

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Qualidade de Vida do Cuidador Informal da Pessoa em Situação
Crónica

Quality of Life of the Informal Caregiver of a Person in Chronical
Situation

Autor

Joana Cristina Ascensão Leite

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Qualidade de Vida do Cuidador Informal da
Pessoa em Situação Crónica

Quality of Life of the Informal Caregiver of a
Person in Chronical Situation

Orientador(es)

Soraia Cristina de Abreu Pereira

Ricardo Manuel da Costa Melo

Autor

Joana Cristina Ascensão Leite

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Eu posso até, e provavelmente vou, olhar para trás. Mas vou continuar seguindo em frente com um sorriso levado no rosto e pura determinação no olhar. Sem medo de trilhar novos caminhos. Sem medo de mudar tudo de vez em quando. (Vargas, 2024)"

AGRADECIMENTO

O presente relatório de estágio reflete o meu caminho na aquisição de habilidades, desenvolvimento de competências e aptidões especializadas à pessoa em situação crónica. Perante esta reflexão demonstro a importância do apoio de diversas pessoas, essenciais na sua conclusão.

Por isso, um agradecimento à minha tutora de estágio, aos colegas e ao enfermeiro coordenador da UHD, pela partilha de conhecimento e experiências enriquecedoras para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A Professora Especialista Soraia Pereira e ao Professor Doutor Ricardo Melo pela colaboração, apoio constante e partilha de conhecimento.

Um atencioso agradecimento aos amigos que estiveram sempre dispostos a me ouvir, apoiar no meu caminho em direção a futuro risonho.

Expresso o meu reconhecimento ao meu pai, que me apoiou e incentivou a enfrentar os desafios e superar obstáculos ao longo destes últimos anos.

E por último aos meus filhos que são o fruto da minha coragem e a alegria.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

O aumento da esperança média de vida, a prevalência de doenças crónicas e a falta de serviços e infraestruturas de apoio à saúde, têm conduzido à necessidade cada vez mais premente de cuidadores informais (CIs). A prestação de cuidados ao cliente afeta a vida do cuidador informal (CI), pelo que determinar as suas principais dificuldades pode melhorar a qualidade de vida de ambos.

A pessoa em situação crónica experiencia uma doença prolongada, que provoca incapacidades e necessidade de adaptação, logo os cuidados de enfermagem focam-se na promoção de estilos de vida saudáveis e no incentivo ao autocuidado. Para isso, é essencial aumentar a literacia em saúde, fortalecer o autoconhecimento da doença, a sua adesão ao regime terapêutico, além de capacitar tanto a pessoa cuidada quanto o cuidador.

Na gestão da doença crónica o enfermeiro desempenha um papel fulcral, ao desenvolver uma relação terapêutica, ao fornecer intervenções educacionais e práticas no cuidado, como a avaliação e monitorização, educação sobre comportamentos de autocuidado, gestão do regime terapêutico (medicamentoso, dietético e de exercício físico) e o suporte emocional quer ao cliente, quer ao CI.

Neste relatório descrevo o percurso no contexto da prática clínica, para o desenvolvimento das competências especializadas, tendo por base as estratégias adotadas e atividades desenvolvidas, centradas no Regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, contribuindo para a melhoria da prática de Enfermagem Especializada.

A metodologia utilizada na elaboração foi o método descritivo, reflexivo, sustentada numa componente teórica que refletiu os saberes teóricos e práticos, bem como as competências desenvolvidas neste percurso.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Cuidador Informal, Enfermeiro Especialista, Competências, Comunicação Terapêutica, Literacia em Saúde.

ABSTRACT

The increase in life expectancy, the prevalence of chronic diseases, and the lack of support services and health infrastructure have led to a growing need for informal caregivers. Providing care to the patient significantly impacts the caregiver's life, making it essential to identify their main challenges to improve the quality of life for both parties.

Individuals with chronic conditions experience prolonged illness, leading to disabilities and the need for adaptation. Consequently, nursing care focuses on promoting healthy lifestyles and encouraging self-care. To achieve this, it is crucial to enhance health literacy, strengthen disease self-awareness, improve adherence to therapeutic regimens, and empower both the patient and the caregiver.

In chronic disease management, nurses play a pivotal role by establishing a therapeutic relationship, providing educational and practical interventions such as assessment and monitoring, education on self-care behaviors, management of therapeutic regimens (including medication, diet, and physical exercise), and offering emotional support to both the patient and the informal caregiver.

This report outlines the journey within the clinical practice context to develop specialized competencies, based on the strategies adopted and activities carried out. It is grounded in the Common and Specific Competencies Regulations for the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, focusing on Chronic Care, and the Standards of Quality for Specialized Care, contributing to the enhancement of Specialized Nursing Practice.

The methodology used in this report was descriptive and reflective, supported by a theoretical component that encompassed both theoretical and practical knowledge as well as the competencies developed throughout this journey.

Keywords: Quality of Life, Informal Caregiver, Specialist Nurse, Competencies, Therapeutic Communication, Health Literacy.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AV - Acesso Vascular

BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure

CI- Cuidador Informal

CIS- Cuidadores Informais

DGS - Direção Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC - Doença Renal Crónica

EF - Exame Físico

EPAP - Pressão Positiva Expiratória

FAV - Fístula Arteriovenosa

FC- Frequência Cardíaca

FEVE - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

FRCV - Fatores de Risco Cardiovasculares

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC - Insuficiência Cardíaca

IPAP - Pressão Positiva Inspiratória

MEMCEPSC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infeção

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

SRAA - Sistema Renina Angiotensina Aldosterona

SC- Subcutâneo

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

UHD- Unidade de Hospitalização Domiciliária

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. ESTUDO DE CASO 1	31
3.1. Enquadramento teórico	31
3.2. Clientes	40
3.3. Medicação	40
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	41
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	46
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	49
3.5. Domínios	50
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	51
3.6. Conceção de Cuidados	55
3.7. Especificação das intervenções	69
3.8. Síntese relativa ao caso	77
4. ESTUDO DE CASO 2	81
4.1. Enquadramento teórico	81
4.2. Clientes	94
4.3. Medicação	95
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	95
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	101
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	103
4.5. Domínios	104
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	104
4.6. Conceção de Cuidados	110
4.7. Especificação das intervenções	129
4.8. Síntese relativa ao caso	140
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	145
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	169
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
ANEXOS	185

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A crescente prevalência de doenças crónicas, em conjugação com o aumento da esperança média de vida, tem intensificado a procura por cuidados de saúde, potenciando, consequentemente, a crescente necessidade de CIs (Aksoydan et al., 2019). As doenças crónicas constituem, atualmente, um dos principais desafios para os sistemas de saúde contemporâneos, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também pelas exigências associadas à sua gestão contínua e complexa (Baixinho & Ferreira, 2020). Neste contexto, torna-se imperativo garantir a continuidade dos cuidados ao longo do percurso da pessoa em situação de doença, promovendo a sua autonomia, dignidade e qualidade de vida (Baixinho & Ferreira, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doença crónica (2024a, s.p.), *“como uma doença de longa duração, geralmente de progressão lenta e que exige cuidados de saúde ao longo do decorrer da doença”*. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (2024, s.p.), a *“doença crónica é uma condição de saúde que dura um ano ou mais, que requer cuidados médicos contínuos e que pode limitar as atividades de vida diária”*. Os fatores de risco para o aparecimento das doenças crónicas podem ser definidos como modificáveis e não modificáveis (Cruz et al., 2017; OMS, 2024a). Entre os fatores de risco modificáveis estão os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, o tabagismo ou o consumo abusivo de álcool (Cruz et al., 2017; OMS, 2024a). Por sua vez, entre os fatores não modificáveis encontramos a hereditariedade, sexo, etnia e idade (Cruz et al., 2017; OMS, 2024a). As doenças crónicas impõem um aumento nos encargos físicos, psicológicos e económicos para a pessoa em situação crónica, as suas famílias e sociedade, bem como para os sistemas de saúde no mundo (Allegrante et al., 2019). Segundo a OMS (2024a), as principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes e as doenças respiratórias crónicas.

O cuidar está inerente na nossa existência, cuidamos, somos cuidados e zelamos pelo cuidado do outro (Fragoso, 2006). O cuidado pode ser definido como o provimento do que é necessário para a saúde, bem-estar, manutenção e proteção de alguém ou algo (Cambridge University Press, 2024). Os CIs são pessoas que desempenham um papel fundamental nos cuidados emocionais à pessoa em situação crónica (Akgun-Citak et al., 2020; Sousa et al., 2022). Esta situação constitui um verdadeiro desafio, pois exige que prestem assistência direta nas atividades de vida diária, na gestão do regime terapêutico, no transporte, nos cuidados com a saúde e suporte emocional (Akgun-Citak et al., 2020; Sousa et al., 2022). Cuidar de alguém pode ser gratificante, contudo é necessário possuímos conhecimentos, competências e habilidades que permitam aos CIs sentirem-se eficazes e confiantes numa determinada tarefa,

suporte fundamental para o sucesso e satisfação com a atividade (Bandura, 1997).

Logo, o enfermeiro assume um papel fundamental na contribuição para a otimização da qualidade dos serviços e dos cuidados à pessoa com doença crónica e CI (Gallani, et al., 2015). Podemos dizer que, o enfermeiro é, por excelência, o profissional formado para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, visando a passagem adequada por todos os setores de saúde, este é instruído para lidar com todos os domínios que compõem o bem-estar da pessoa, os aspetos físicos/clínicos, emocionais, sociais, cognitivos e espirituais, considerando a singularidade da experiência (Gallani, et al., 2015).

Para a concessão do título de especialista, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza aprimorar as competências comuns do enfermeiro especialista, esta entende por enfermeiro especialista, *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Regulamento nº 122/2011, 2011, (OE, 2011, p. 8649)).

A elaboração do presente relatório no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCEPSC), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, é integrado na unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório, em contexto de unidade de cuidado à pessoa em situação crónica. Este relatório reflete o caminho para obtenção do grau de Enfermeira Especialista, assente no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista, enunciados pela OE em 2011, nos seus quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2011 (OE,2011)), e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica que são: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018a, p.19368)).

De acordo com a OE, os cuidados especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar e domiciliário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa e CI para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma (Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018a)).

A opção pela temática *“Qualidade de Vida do Cuidador Informal da Pessoa em Situação Crónica”* surge do interesse e motivação pessoal para aprofundar conhecimentos nesta área. Acresce ainda o facto do enfermeiro, encontrar-se numa posição privilegiada, visto ser o profissional que

acompanha o CI e a pessoa em situação crónica, podendo assim, durante a prestação dos seus cuidados, desenvolver uma relação terapêutica e de confiança, realizar uma avaliação dos sintomas e necessidades, planear e implementar intervenções de enfermagem com o objetivo de promover o autoconhecimento da doença e a sua adesão ao regime terapêutico, e desta forma capacitar o CI e a pessoa na autogestão da sua doença crónica. A literatura evidencia que a Qualidade de Vida e o Cuidador são identificados como elementos importantes nos cuidados de enfermagem e que se influenciam mutuamente, pois a pessoa em situação crónica com apoio da família tem uma melhor qualidade de vida (Perdomo, et al., 2022).

O presente relatório tem como objetivo demonstrar a aprendizagem e o desenvolvimento de competências que ocorreram no contexto da prestação de cuidados, especificamente, no estágio realizado na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD). Para tal, este relatório visa a apresentação e descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio clínico, com enfoque no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018a)) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2017a). Através desta análise, pretende-se evidenciar o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da qualidade dos cuidados prestados à pessoa e ao CI em situação de doença crónica, refletindo sobre o impacto das intervenções implementadas na prática clínica e na otimização dos resultados em saúde.

O desenvolvimento de competências resulta da integração entre a experiência profissional adquirida, o conhecimento científico e a reflexão crítica sobre a prática clínica. Neste sentido, para a elaboração deste relatório, foi adotada uma metodologia descritiva, reflexiva e analítica, sustentada na revisão da literatura e na análise crítica das experiências vivenciadas ao longo do estágio. A pesquisa bibliográfica centrou-se em temáticas essenciais para a prática especializada, nomeadamente prática baseada na evidência, qualidade de vida, CI, enfermeiro especialista, competências, comunicação terapêutica e literacia em saúde. A recolha de informação foi realizada através de bases de dados científicas como CINAHL, EBSCOhost, PubMed e RCCAP, complementada pela análise de fontes bibliográficas e pela consulta de normas e regulamentos pertinentes à atuação do Enfermeiro Especialista.

A análise crítica dos resultados obtidos e a reflexão sistemática sobre as atividades desenvolvidas foram fundamentais para alcançar os objetivos inicialmente propostos. O objetivo principal centrou-se no desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao CI da pessoa em situação crónica, com vista a promoção da sua qualidade de vida.

O aprofundamento das competências clínicas, científicas e reflexivas teve um impacto significativo na melhoria da prática da enfermagem especializada, tanto a nível individual como na dinâmica da equipa de enfermagem da UHD. Ao longo deste percurso, foi possível consolidar conhecimentos, desenvolver novas competências e aperfeiçoar intervenções direcionadas à

assistência do CI e da pessoa com doença crónica, promovendo uma abordagem mais qualificada, holística e baseada na evidência.

Estruturalmente o relatório encontra-se organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo, é apresentada uma introdução que contextualiza o propósito do relatório. No segundo capítulo, é efetuada a exposição e caracterização do contexto clínico onde decorreu o estágio, relatando de forma pormenorizada a organização estrutural e humana e uma fundamentação teórica do CI e dos modelos teóricos aplicáveis no contexto de cuidados. No terceiro e quarto capítulo, estão explanados os dois planos de cuidados realizados, juntamente com o enquadramento conceptual e teórico inerente à temática em estudo, suportado pela evidência científica, derivada da pesquisa em bases de dados científicas. Seguidamente, no quinto capítulo, procede-se à análise crítico-reflexiva sobre os contributos para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, terminando o sexto capítulo com uma síntese final do relatório.

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

Este capítulo apresenta uma análise detalhada do contexto clínico em que se desenvolveu o estágio no âmbito do MEMCEPSC. Além disso, inclui uma fundamentação teórica sobre o CI e os modelos teóricos aplicáveis ao contexto do cuidado, proporcionando uma base sólida para a compreensão e aplicação das práticas especializadas. A OE defende que a formação dos futuros Enfermeiros Especialistas, inclua a aprendizagem em contexto real e assim desenvolvam competências comuns e específicas de cada uma das áreas de especialidade. Desta forma, o período de estágio compreendeu um total de 810 horas, das quais 384 horas dedicadas à prática clínica no contexto da UHD. Ao longo deste capítulo, serão exploradas as particularidades deste contexto, fornecendo uma visão abrangente das suas práticas e particularidades.

Unidade de Hospitalização Domiciliária

A UHD é considerada uma alternativa ao internamento hospitalar convencional para pessoa em situação aguda ou crónica agudizada, segundo Chan é caracterizada *“pela prestação de cuidados de saúde de nível hospitalar no domicílio, proporcionando uma abordagem personalizada e adaptada à realidade individual de cada doente no seu meio habitual. A ligação direta entre a equipa de saúde, o doente e os seus cuidadores fora do ambiente hostil do hospital, e ao mesmo tempo sem perder a segurança e a qualidade dos cuidados, permite reforçar a humanização da Medicina, melhorar a perceção da doença e criar oportunidades de educação e promoção da saúde únicas, personalizadas para aquele doente ou família”* (Chan, 2022, p. 53). Desde 2015 que a UHD é uma realidade no nosso país, com a criação da primeira unidade no Hospital Garcia da Orta, inspirado na experiência do Hospital Universitário Infanta Leonor, em Madrid (Chan, 2022).

Em 2018 a Direção Geral de Saúde (DGS) emite a norma nº 020/2018 (DGS, 2018) referente à UHD em Idade Adulta, e nesse mesmo ano, 24 hospitais do Sistema Nacional de Saúde assinaram um compromisso para a criação destas unidades durante o ano de 2019 (Chan, 2022). Neste documento encontra-se ainda definida a tipologia de clientes a admitir na UHD: *“doentes com patologia aguda ou crónica agudizada”* e *“doentes em estágio terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da exclusiva responsabilidade do hospital”* (DGS, 2018, p. 3). Os critérios clínicos, sociais e geográficos para admissão dos clientes na UHD estão também definidos na norma citada e são os seguintes (DGS, 2018, p.2):

- *"Aceitação voluntária da UHD, com a assinatura de um consentimento informado por parte do doente e/ou representante legal;*
- *Existência de um diagnóstico clínico que requerendo internamento apresente estabilidade clínica de acordo com a legis artis;*
- *Situação clínica transitória (doença aguda, ou crónica agudizada), e comorbilidades controláveis no domicílio;*
- *Existência de um cuidador (facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária);*
- *Existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica do doente, no domicílio (luz, água e rede de esgoto);*
- *Existência de telefone ou telemóvel para fins de contacto com a equipa da UHD;*
- *Residência localizada, numa distância/tempo de deslocação a definir em função das exigências de segurança para intervenção em tempo útil, quando tiver indicada uma intervenção da equipa da UHD ou o retorno para o hospital, em caso de agravamento da condição clínica".*

No que respeita aos recursos humanos, a unidade é constituída por uma equipa de cinco médicos de medicina geral, uma equipa de oito enfermeiros e uma assistente operacional, que garantem o acompanhamento dos clientes durante vinte e quatro horas e sete dias por semana. Além desta equipa, diariamente é frequente a intervenção de outras especialidades médicas dentro da unidade, num contexto multiprofissional e disciplinar. Os enfermeiros são distribuídos por turno, numa escala de trabalho mensal, na qual os cuidados são assegurados durante vinte e quatro horas por dia. Diariamente no turno de manhã estão quatro enfermeiros por turno em prestação direta de cuidados de enfermagem, no turno da tarde três enfermeiros e no turno da noite um enfermeiro de prevenção. Durante o período de prevenção, o enfermeiro do turno da noite não se encontra presencialmente na unidade de saúde, mas permanece disponível através de contacto telefónico. Sempre que necessário, é contactado pelo cliente ou CI para intervir, e assegura a continuidade e a segurança dos cuidados prestados.

De acordo com o Regulamento nº 743/2019 (OE, 2019, p. 138) *"a equipa deve, preferencialmente, integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, bem como em outras áreas de Especialidade, atentas as necessidades dos clientes"*. A equipa de enfermagem da UHD é formada por dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, e três Enfermeiros Generalistas, este número corresponde ao preconizado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 139) que refere *"que o mapa de enfermeiros tenha, na sua composição global, pelo menos, 35 % de enfermeiros especialistas, os quais devem ser alocados por área de especialidade, de acordo com a tipologia de cuidados que constituem objeto das unidades"*.

De acordo com o Regulamento nº 743/2019 (Regulamento nº 743/2019, 2019, p.141) para uma dotação segura de cuidados, *“nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de enfermagem e, para uma adequada dotação de enfermeiros na UHD, considera-se o rácio de 1 (um) enfermeiro por cada 5 (cinco) clientes”*. No entanto, na prática, essa dotação nem sempre é cumprida. O serviço da UHD pode atingir um máximo de 18 doentes internados, o que, em alguns turnos, leva a um rácio superior ao recomendado. Durante os turnos da manhã e da tarde, três enfermeiros assumem a responsabilidade pelos cuidados prestados, sendo cada um deles responsável até um máximo de seis clientes internados. Já no turno da noite, o enfermeiro de prevenção pode ter sob sua responsabilidade até 18 clientes internados.

Na unidade da UHD, a organização do trabalho em enfermagem segue o método individual, no qual um enfermeiro é responsável por um conjunto de clientes ao longo de todo o turno. Este modelo de assistência enfatiza a individualização do cuidado, ao proporcionar uma abordagem mais humanizada e focada nas necessidades específicas de cada cliente.

Os clientes internados neste regime recebem duas visitas domiciliárias diárias. De segunda a sexta-feira, a visita da manhã é realizada por uma equipa multidisciplinar, composta por um médico e um enfermeiro. Já as visitas realizadas durante o fim de semana e no turno da tarde são da responsabilidade exclusiva do enfermeiro. A distribuição dos clientes é realizada pelas três equipas que se encontram simultaneamente na prestação direta de cuidados de enfermagem, sendo esta divisão geralmente feita de forma equitativa e por proximidade geográfica dos domicílios dos clientes, a primeira equipa assume os clientes com localização mais a norte da área geográfica de abrangência da unidade, a segunda equipa assume os clientes com localização geográfica a oeste da unidade e a última equipa os residentes mais a sul.

Os clientes referenciados provêm geralmente do serviço de medicina interna e serviço de urgência, no entanto especialidades como neurologia, otorrino, cirurgia e ortopedia também realizam pedido de avaliação pela equipa, mas em menor percentagem. Esta avaliação é conduzida pelo médico e pelo quarto enfermeiro do turno da manhã, que se deslocam até ao cliente internado na unidade hospitalar. Durante a visita, a situação clínica do cliente é avaliada para determinar se preenche os critérios necessários para admissão. Reunidas todas as condições, o cliente é admitido na unidade e regressa a casa, acompanhado pelo CI ou através de transporte hospitalar.

A primeira visita domiciliária ocorre dentro das vinte e quatro horas seguintes à admissão. Geralmente, as admissões são realizadas durante o período da tarde, sob a responsabilidade do enfermeiro, esta etapa é conduzida na presença do cliente e do CI. A primeira visita domiciliária é um momento fundamental no processo da UHD, pois permite fornecer orientações essenciais sobre os direitos e deveres do cliente durante o internamento neste regime. Além disso, é realizada uma avaliação inicial tanto do cliente quanto do CI, com o propósito de garantir uma

compreensão abrangente das suas necessidades. Nesta fase, são ainda transmitidas informações detalhadas sobre a gestão e adesão ao regime terapêutico, promovendo uma abordagem estruturada e segura para a continuidade dos cuidados no domicílio. Para além do seu carácter informativo e avaliativo, a primeira visita domiciliária desempenha um papel determinante na construção de uma relação terapêutica e de confiança entre a equipa de saúde, o cliente e o CI. Este vínculo fortalece o envolvimento ativo de ambos no processo de cuidados, ao contribuir para um acompanhamento mais seguro, eficaz e personalizado.

O cliente pode retornar ao internamento convencional em meio hospitalar sempre que o solicitar ou sempre que a equipa multidisciplinar considere necessário. De acordo com a DGS (2018, p. 5), esta decisão pode ocorrer, nomeadamente, em casos de agravamento clínico, sendo sempre respeitada a vontade e expectativas do cliente (ou do seu familiar/cuidador), após estes serem devidamente informados sobre o prognóstico clínico.

No âmbito da UHD, um dos critérios essenciais para a admissão do cliente é a "*existência de um cuidador*" (DGS, 2018, p.2), conforme mencionado anteriormente. Este requisito destaca a importância do apoio e assistência prestados pelo CI, tanto na realização dos autocuidados quanto no desempenho das atividades da vida diária.

Diante deste contexto, torna-se fundamental investir na capacitação e orientação do CI, assegurando que esteja devidamente preparado para assumir um papel ativo no regime terapêutico. Além disso, a interligação entre o cliente, o CI e os profissionais de saúde é um fator determinante para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, ao promover não apenas a segurança e o bem-estar do cliente, mas também a qualidade de vida do CI, que desempenha um papel essencial neste processo.

Considerando a pertinência do papel do CI e a sua relevância no âmbito da UHD, seguidamente iremos abordar a temática do CI e da sua qualidade de vida, bem como os modelos teóricos que sustentam e orientam a prática de enfermagem neste contexto de cuidados.

O Cuidador Informal e o Ato de Cuidar

O ato de cuidar, conforme descrito por Coelho (2006, p. 746), transcende a perspetiva biomédica e mecanicista tradicionalmente associada à prática em saúde, sendo concebido de forma holística, centrada nas necessidades integrais da pessoa cuidada. Trata-se de um cuidado construído de forma singular, que promove uma relação integrada entre o enfermeiro e o cliente, reconhecendo-o como um ser completo, respeitando a sua individualidade, escutando-o, informando-o acerca dos procedimentos realizados e a realizar, esclarecendo dúvidas e proporcionando conforto (Coelho, 2006, p. 746). Este processo estabelece uma relação de ajuda e confiança, fomenta a autoestima e considera os fatores biológicos, psicológicos, sociais,

económicos e espirituais, traduzindo-se numa prática de cuidado partilhado, sustentada pelas necessidades humanas básicas e pela visão filosófica-religiosa da pessoa (Coelho, 2006, p. 746). Assim, o ato de cuidar deve ser orientado por uma abordagem integral do ser humano, respeitando a sua dignidade, complexidade e singularidade (Coelho, 2006, p. 746).

A necessidade de ser cuidado, está presente em todo ser humano ao longo da vida, mas este torna-se mais evidente em crianças e idosos, devido à maior dependência para realizar as atividades diárias (Fernandes, 2023). O cuidado, portanto, envolve uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, devendo este ser personalizado e individualizado (Fernandes, 2023).

A Agência Lusa (2024, s.p.) de acordo com os dados do Instituto da Segurança Social relativos a julho de 2024, divulgou que em Portugal possuímos aproximadamente 15 mil CI, dos quais mais de 9 mil são cuidadores principais e sobretudo mulheres com idade média próxima dos 60 anos (Agência Lusa, 2024).

Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem (2025, s.p.), o cuidador caracteriza-se pelo *“indivíduo que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”*.

De acordo com o estatuto do CI (Departamento de Prestações e Contribuições, 2025, pp.4-5), estes podem ser classificados em principais ou não principais. O CI principal é caracterizado por ser *“indivíduo que assegura a maior parte dos cuidados que a pessoa doente e/ou dependente requer no domicílio, este pode ser o cônjuge, ou um parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, este é responsável pelas principais tarefas relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa dependente, que pode ser de forma permanente, residindo em comunhão de habitação e ao qual não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”*. O CI não principal, é *“o indivíduo que acompanha e cuida de forma regular, mas não permanente da pessoa cuidada, nestes casos é possível auferir ou não remuneração por atividade profissional, pelos cuidados que presta à pessoa cuidada ou ser beneficiário de prestações de desemprego e efetuar um regime de guarda partilhada da pessoa cuidada”*.

Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas e incapacitantes, a figura do CI desempenha um papel fundamental no cuidado ao cliente dependente (McCusker et al., 2020). Embora a sua contribuição seja indispensável para a continuidade dos cuidados no domicílio, os desafios enfrentados pelo CI contribuem para a diminuição da sua qualidade de vida, tornando essencial a implementação de intervenções e suporte adequado para reduzir os impactos negativos da sobrecarga de cuidados (McCusker et al., 2020).

No âmbito da UHD, o CI assume um papel de elevada relevância, a sua atuação constitui um elemento facilitador da continuidade e eficácia dos cuidados, ao estabelecer uma ponte essencial entre a pessoa cuidada e a equipa de saúde. A presença do CI não só viabiliza a

permanência da pessoa no seu ambiente familiar com segurança e dignidade, como também favorece a adesão e implementação do regime terapêutico definido pela equipa multidisciplinar.

A Qualidade de Vida do Cuidador Informal, os seus Desafios e o Impacto na sua Qualidade de Vida

De acordo com o The WHOQOL (1995), qualidade de vida é definida como a percepção *“de um indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (The WHOQOL, 1995).

A qualidade de vida do CI é diretamente influenciada pela sua sobrecarga física, emocional e social associada ao cuidado contínuo da pessoa dependente (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023). A falta de suporte adequado pode levar a consequências graves para a saúde do CI, ao comprometer o seu bem-estar, mas também a qualidade do cuidado prestado ao cliente (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023).

A presença do CI é elementar para garantir a continuidade dos cuidados, particularmente diante da complexidade das doenças crónicas, que exigem monitorização contínua e adaptações nos padrões de vida do cliente (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). O papel do CI é determinante na gestão dos sintomas e na redução da frequência de hospitalizações, contribuindo para a diminuição das complicações associadas à progressão da doença (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). Além disso, o suporte emocional oferecido pelo CI exerce uma influência positiva no bem-estar do cliente, favorecendo a adesão às orientações médicas e promovendo a aceitação da condição crónica (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022).

Quando o CI enfrenta dificuldades em responder às exigências associadas ao processo de cuidar, pode experienciar níveis elevados de stress, o que compromete não apenas o seu bem-estar, mas também a qualidade dos cuidados prestados à pessoa assistida (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023).

Desta forma, torna-se essencial reconhecer a subjetividade inerente a cada CI, uma vez que as suas necessidades, expectativas e percepções são individuais, atribuindo significados distintos aquilo que valoriza enquanto ser humano (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023). De acordo com Lage (2005, p.210) *“o processo de cuidar é habitualmente um processo complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente em termos da sua saúde mental”*. Desta forma, é imprescindível reconhecer

que o CI, enquanto indivíduo, tem necessidades que devem ser atendidas sob uma perspectiva holística, visando o seu bem-estar pessoal (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023).

É importante recordar que são seres humanos com necessidades próprias, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais, que enfrentam desafios significativos, entre os quais se destaca a falta de formação adequada, falta de ajudas técnicas (que podem contribuir para uma maior autonomia da pessoa dependente), falta de suporte profissional, social, jurídico, financeiro e dificuldades nas competências comunicacionais, o que os expõem a uma maior sobrecarga emocional, física, social e financeira (Akgun-Citak et al., 2020; Rodger et al., 2015). Cuidar de uma pessoa dependente exige habilidades especializadas e envolve uma ampla gama de intervenções, o que pode aumentar o nível de stress e ansiedade no CI (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). Além disso, ao assumirem múltiplas funções, estes frequentemente experimentam uma diminuição no seu tempo para as suas relações interpessoais, afetando as suas dinâmicas familiares e rotinas diárias (Rodger et al., 2015).

O investimento na formação dos CI não só contribui para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, como também reduz a ansiedade e a frustração associadas às responsabilidades do CI (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). A capacitação adequada é essencial para que possam desempenhar as suas funções de maneira eficaz, garantindo que possuam o conhecimento necessário para executar o autocuidado ao cliente (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). Esta capacitação pode levar à diminuição dos custos em saúde e ao aumento da qualidade de vida do CI e da pessoa cuidada (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019).

O CI, hoje mais do que nunca, tem de ser valorizado e devidamente apoiado pelos profissionais de saúde e instituições de saúde, pois dele depende a continuidade da pessoa dependente no domicílio, que constitui o local de excelência para a prestação de cuidados (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023). Logo, torna-se essencial o desenvolvimento de políticas de suporte que incluam capacitação, apoio psicológico e estratégias, para responder de forma holística às necessidades dos CI (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023).

O CI assume um papel central no contexto da UHD, ao assegurar a continuidade dos cuidados ao cliente, muitas vezes sem dispor de formação específica, apoio estruturado ou recursos adequados. Esta realidade, embora essencial para a permanência do cliente no domicílio, acarreta exigências físicas, emocionais e sociais que podem comprometer significativamente o bem-estar do CI. A complexidade dos cuidados na UHD, requer uma articulação permanente com a equipa multidisciplinar, uma gestão do regime terapêutico e uma atenção constante ao estado da pessoa cuidada, estes fatores intensificam ainda mais os desafios enfrentados, sobretudo quando concomitantemente se mantêm as responsabilidades familiares e domésticas. Assim, a qualidade de vida do CI deve ser encarada como um pilar fundamental

para a sustentabilidade dos cuidados domiciliários, sendo imperativo valorizar a sua função, assegurar apoio emocional e social, disponibilizar formação contínua e promover a sua integração ativa. Cuidar de quem cuida é um foco indispensável para garantir a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados prestados no domicílio.

Modelo Teórico

A prática clínica do enfermeiro especialista deve fundamentar-se num modelo teórico, pois estes norteiam objetivos, ações e abordagens no cuidado em enfermagem, ao sustentar as intervenções realizadas. No âmbito da UHD, os modelos teóricos que fundamentam a prática clínica são a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, considerando a sua influência no cliente, CI e nas patologias apresentadas em ambos os estudos de caso.

Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

O conceito de autocuidado, de acordo com a Classificação para a Prática de Enfermagem (2025, s.p.) caracteriza-se pela *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”*. Orem (2001) descreve que o autocuidado consiste no desenvolvimento de atividades realizadas pela pessoa para o seu próprio benefício, visando manter a vida, saúde e bem-estar pessoal. Para desenvolver o seu conceito, Orem assentou o mesmo em três teorias que se correlacionam, sendo estas, a teoria do autocuidado (descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si mesmas), a teoria do défice de autocuidado (descreve e esclarece a razão pela qual os clientes podem ser ajudados através da enfermagem), e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve e elucida que as relações que tem de ser criadas e mantidas, para que se produza enfermagem) (Orem, 2001).

Esta teoria surgiu como fundamento para compreender as condições e limitações das ações humanas que podem beneficiar com a enfermagem, no entanto, é fundamental manter um equilíbrio entre a necessidade de autocuidado e o cuidado de enfermagem (Orem, 2001). O enfermeiro, tem a responsabilidade de prestar cuidados ao outro e promover o desenvolvimento de competências que possibilitem a realização dos cuidados ou a aquisição das habilidades necessárias para a sua execução (Orem, 2001).

Por sua vez, o cliente, desempenha um papel ativo na regulação das suas funções, ao assumir a responsabilidade pela adoção de ações e práticas personalizadas que contribuam para a sua própria saúde e bem-estar (Orem, 2001).

Os clientes podem apresentar défice de autocuidado devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais, que comprometem a sua capacidade de realizar atividades essenciais da vida diária de forma autónoma (Orem, 2001). Quando as necessidades de autocuidado ultrapassam a capacidade individual de supri-las, a intervenção de enfermagem torna-se essencial (Orem, 2001).

No desenvolvimento da sua teoria, Orem categorizou três sistemas de enfermagem, que variam conforme o nível de dependência do cliente e o grau de intervenção necessária por parte do enfermeiro. Estes sistemas permitem ajustar a assistência prestada, ao garantir que o cliente receba os cuidados adequados à sua condição e capacidade de autocuidado (Orem, 2001). Estes sistemas são, o sistema totalmente compensatório (quando a ação do enfermeiro compensa a incapacidade do cliente em executar o autocuidado), o sistema parcialmente compensatório (quando a ação do enfermeiro consiste em ajudar o cliente naquilo que ele não é capaz de realizar por si próprio), e o sistema de apoio-educação (quando a ação do enfermeiro promove o exercício e o desenvolvimento do autocuidado, quando o cliente é capaz de o executar) (Orem, 2001).

No doente crónico devido às suas comorbilidades esta teoria de enfermagem é um pilar basilar, pois possibilita a compreensão das necessidades do cliente, com o objetivo de promover a sua independência, através da sua capacitação e empoderamento, maximizando a autonomia da pessoa (Sanchez et al., 2021). Para que isto ocorra, Orem identificou cinco estratégias a serem usadas como uma sequência de ações que os enfermeiros podem utilizar ao cuidar de uma pessoa para compensar as suas limitações, sendo estas, executar substituindo a pessoa na sua incapacidade, orientar e encaminhar, fornecer apoio físico e/ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento pessoal, e para finalizar, ensinar (Orem, 2001).

Em suma, ao aplicarmos esta abordagem, o profissional de enfermagem garante uma assistência eficaz, humanizada e centrada no cliente e CI, permitindo um cuidado individualizado e sistematizado, ao promover a independência e capacitação da pessoa, ao maximizar a sua funcionalidade e o desenvolvimento da capacidade de ensino do cliente e CI (Sanchez et al., 2021).

Esta teoria assume uma particular relevância no contexto da UHD, ao reconhecer a capacidade e a responsabilidade do cliente em participar ativamente no seu autocuidado, de forma autónoma ou com o apoio de terceiros. Neste cenário, a pessoa cuidada é vista como agente central no regime terapêutico, sendo incentivada a manter, recuperar ou desenvolver competências de autocuidado, sempre que possível. No entanto, quando esta capacidade está comprometida, o CI emerge como figura essencial, ao complementar o autocuidado. Esta articulação entre cliente, CI e a equipa de enfermagem exige uma abordagem personalizada, colaborativa e centrada nas necessidades reais de ambos, ao promover a dignidade, o conforto

e a continuidade dos cuidados no domicílio. Assim, a teoria do autocuidado oferece um referencial teórico sólido para orientar a prática de enfermagem na UHD, permitindo compreender e intervir de forma integrada nas dimensões biopsicossociais que envolvem o cuidar, valorizando simultaneamente a autonomia do cliente e o apoio indispensável do CI.

Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, é uma abordagem fundamental para relatar, compreender, interpretar e explicar os fenómenos que são alvo de cuidados na prática de enfermagem (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al., 2000). Ao longo da vida o ser humano está sujeito a processos transacionais, partindo do pressuposto de que as pessoas em transição são mais vulneráveis a riscos que prejudicam a sua saúde e, por isso, merecem ser alvo dos cuidados de enfermagem (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al., 2000).

A transição é compreendida como um processo essencialmente positivo, independentemente do evento que a provocou ser previsível ou súbito, no qual a pessoa tem consciência das mudanças que ocorrem (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al., 2000). A natureza das transições foi classificada por Meleis em quatro tipos, transições do desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al., 2000). Estes tipos de transições não são mutuamente exclusivos, podem ocorrer simultaneamente e estarem associados a fatores como idade, eventos inesperados, experiências de doença e mudanças profissionais, sempre em conexão com o ambiente em que a pessoa está inserida (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis, 2012).

Durante o processo de transição, surgem padrões que os enfermeiros devem identificar para auxiliar na criação de instrumentos que permitam compreender como as pessoas percecionam as transições (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). No contexto dos cuidados de enfermagem, a Teoria das Transições de Meleis tem como objetivo responder aos desafios enfrentados pelos clientes e CIs durante estas experiências, ao desenvolver intervenções ajustadas às suas necessidades. Estas intervenções têm como propósito promover um processo de adaptação saudável, ao fortalecer a capacidade de coping e melhorar a qualidade de vida dos envolvidos (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis, 2012).

No âmbito dos cuidados de enfermagem, esta teoria visa lidar com os desafios que surgem durante as experiências, ao desenvolver intervenções para o cliente e família sempre que necessitem (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis, 2012). As transições são processos complexos e multidimensionais, mas algumas propriedades fundamentais foram identificadas, tais como, a consciencialização, o envolvimento/compromisso, a mudança e a diferença, o espaço temporal da transição, os pontos e acontecimentos críticos (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000).

Na consciencialização do processo, o grau de consciencialização por parte da pessoa no processo de transição, pode variar ou até mesmo estar ausente (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). No envolvimento/compromisso, o nível de envolvimento da pessoa no processo de transição, inclui a procura de apoio profissional, social, económico ou de informação, esta demonstração evidente de envolvimento reflete a disposição da pessoa para o autocuidado (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). Na mudança e diferença, as transições envolvem mudanças e diferenças (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). No contexto saúde/doença, as pessoas decidem modificar hábitos e comportamentos por meio de processos cognitivos. As transições são processos dinâmicos que decorrem ao longo de um intervalo de tempo, caracterizando-se por um fluxo contínuo até que a estabilidade seja novamente alcançada (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). As transições possuem uma duração variável, iniciando-se com os primeiros sinais de antecipação, perceção ou manifestação da mudança (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). Este processo evolui através de fases de instabilidade, incerteza, confusão e stress, até culminar num estado de reequilíbrio e adaptação (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). E os pontos e acontecimentos críticos, incluem os momentos marcantes, como a consciencialização do diagnóstico e suas implicações na vida da pessoa (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000). Além disso, os desafios do autocuidado e da tomada de decisões podem representar momentos críticos no processo de aceitação e adaptação (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al, 2000).

Para desenvolvermos intervenções de enfermagem eficazes, promotoras de respostas saudáveis à transição vivenciada pela pessoa cuidada e pela pessoa que cuida, necessitamos compreender as propriedades e as condições inerentes (Ferreira Malta et al., 2023). Para isso, é essencial identificar as condições pessoais e ambientais que influenciam o processo de transição, sendo que estas podem facilitar ou inibir o processo de transição (Ferreira Malta et al., 2023). Entre as condições pessoais, destacam-se fatores como significados atribuídos, atitudes e crenças culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento prévio apoiados nas dimensões comunitárias e sociais, que podem facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições (Ferreira Malta et al., 2023; Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições de Meleis constitui um referencial teórico essencial na prática de enfermagem, pois proporciona uma compreensão aprofundada dos processos de transição vivenciados pelos clientes e pelos CIs. Esta abordagem permite ao enfermeiro desenvolver estratégias direcionadas para a prevenção, promoção da saúde e intervenção terapêutica, ao auxiliar ambos na adaptação às mudanças ao longo do ciclo de vida (Meleis et al., 2000).

A participação ativa do cliente e do CI no processo de transição é determinante para a obtenção de melhores resultados em termos de autocuidado e qualidade de vida (Ferreira Malta et al., 2023). Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel fundamental como facilitador da

transição, devendo investir na educação em saúde para fomentar o desenvolvimento de estratégias, que possibilitem ao cliente e ao CI, lidar com as transformações inerentes ao processo de transição (Ferreira Malta et al., 2023). Desta forma, a atuação do enfermeiro não se limita apenas à assistência direta, mas também ao empoderamento do cliente e do CI, ao promover a autonomia e facilitar uma adaptação saudável e sustentável às mudanças que enfrentam (Ferreira Malta et al., 2023).

A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, revela-se igualmente pertinente no contexto da UHD, uma vez que este modelo de cuidados implica múltiplas transições (de ambiente, de papéis, de estado de saúde e de responsabilidades), tanto para a pessoa cuidada como para o CI. A pessoa em situação de dependência vivencia uma transição dos cuidados hospitalares para o seu domicílio, que exige uma adaptação às novas dinâmicas de tratamento, e autocuidado. Simultaneamente, o CI assume um papel central e ativo na prestação de cuidados, ao enfrentar também uma transição significativa na sua vida pessoal, familiar e social. Neste enquadramento, a enfermagem assume um papel fundamental ao apoiar ambos os intervenientes na vivência destas transições, ao promover processos de adaptação saudáveis, ao fornecer informação, suporte emocional e capacitação técnica. Assim, a teoria de Meleis oferece um referencial teórico sólido para compreender a complexidade dos fenómenos vivenciados na UHD, permitindo ao enfermeiro intervir de forma sensível, proativa e individualizada, com o objetivo de garantir a continuidade, a qualidade e a humanização dos cuidados em contexto domiciliário.

3. ESTUDO DE CASO 1

Cliente do sexo masculino, 81 anos, cognitivamente íntegro, com comprometimento progressivo do estado físico devido a Patologia Osteoarticular Degenerativa, tornando-se atualmente dependente de assistência no autocuidado, particularmente nas atividades de higiene pessoal, vestuário, mobilidade (erguer-se) e locomoção. Reside com a esposa e conta com o apoio das duas filhas, que habitam no mesmo prédio. A relação familiar é próxima e estruturada, sendo as filhas um suporte fundamental, especialmente na monitorização dos autocuidados e na autogestão da doença. A filha mais velha é responsável pela gestão do regime medicamentoso, organizando a caixa semanal de medicação e garantindo que os fármacos são administrados na dose, horário e via adequados. Ambas as cuidadoras estão devidamente informadas e capacitadas, compreendendo a importância do tratamento e assegurando a sua correta aplicação. O cliente apresenta um histórico clínico de: Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Mellitus (DM) não insulinotratada com mais vinte anos de evolução, Insuficiência Cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada, e Fibrilação Auricular não valvular permanente sob anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K. Dislipidemia e Hiperuricemia. Doença Renal Crónica (DRC) estadio 5 com Fístula Arterio-venosa (FAV) construída no membro superior esquerdo desde setembro de 2022 e por indicação de Urologia é cronicamente algaliado por apresentar Bexiga Neurogénica. O cliente foi internado na UHD para tratamento de uma infeção respiratória, bem como para vigilância da função renal e cardíaca. Apresenta um quadro clínico com cerca de três dias de evolução, caracterizado por: dispneia, tosse, rinorreia, edemas bilaterais dos membros inferiores e urina com sedimento.

3.1. Enquadramento teórico

O desenvolvimento de competências exige um esforço pessoal e profissional, impulsionado pela procura contínua de conhecimento. Para contextualizar as patologias em estudo, foi realizada uma pesquisa aprofundada, consulta e análise bibliográfica, selecionadas as fontes mais relevantes e fundamentadas para a abordagem dos estudos de caso.

No primeiro estudo de caso, serão abordadas a Patologia Osteoarticular e a DRC, com especial ênfase na gestão do regime terapêutico, bem como no autocuidado relacionado com o Acesso Vascular (AV) e o cateter vesical. Neste contexto, destaca-se a importância do papel do enfermeiro na vigilância clínica e, sobretudo, na capacitação tanto do cliente como do CI para a

gestão eficaz do regime terapêutico (dietético, restrição ingestão hídrica, medicamentoso), bem como para a promoção do autocuidado no que respeita ao AV e ao cateter vesical. A pesquisa realizada para sustentar o enquadramento teórico permitiu a consolidação de conhecimentos e boas práticas, ao contribuir para a fundamentação dos estudos de caso e a justificação das atividades desenvolvidas, bem como para a descrição detalhada das intervenções realizadas.

Doença Renal Crónica, a sua Definição, Etiologia e Diagnóstico

A DRC apresenta elevada carga clínica e impacto social, obrigando a tratamentos complexos, exigentes e prolongados no tempo (DGS, 2023).

A DRC resulta de uma série de processos patológicos que causam lesão irreversível do tecido renal, no qual existe uma destruição maciça dos nefrónios, logo os rins são incapazes de manter o equilíbrio hidroeletrólítico e de excretar os produtos tóxicos no organismo (Ponce & Mendes, 2017). Esta doença é caracterizada pela presença de alterações na taxa de filtração glomerular (TFG) acompanhada ou não de lesão do parênquima renal, que persistem por mais de três meses (Ponce & Mendes, 2017).

O envelhecimento, a perda progressiva da função renal ao longo da vida e a prevalência de outras doenças crónicas, como a DM e HTA parecem estar associados a DRC (Ponce & Mendes, 2017). Os fatores de risco para o aparecimento da DRC são o envelhecimento, história familiar de doença renal, alteração congénita ou adquirida do parênquima renal, baixo nível de escolaridade e de rendimento, doença cardiovascular, DM, HTA, obesidade, dislipidemia, doenças autoimunes, infeções e patologias obstrutivas do trato urinário, litíase renal e toxicidade das drogas (Levey & Coresh, 2002; Levey & Coresh, 2012; Rosenberg, 2019).

A progressão da DRC é avaliada com base na estrutura renal e TFG, de acordo com o Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) da National Kidney Foundation (Levey & Coresh, 2002), sendo aceite uma classificação em 5 estadios, desde um estadio inicial caracterizado por um risco aumentado de desenvolver a doença, até ao estadio 5, em que a TFG é inferior a 15 ml/min (Levey & Coresh, 2002). Enquanto no estadio 1 existe lesão renal, mas a TFG é superior ou igual a 90 ml/min/1,73m², considerada normal ou elevada; no estadio 2, a TFG é de 60-89 ml/min/1,73 m², considerada ligeiramente reduzida; no estadio 3a, com a TFG 45-59 ml/min/1,73 m², considerada de leve a moderadamente reduzida; no estadio 3b com a TFG 30-44 ml/min/1,73 m², considerada de moderada a severamente reduzida; no estadio 4, com a TFG 15-29 ml/min/1,73 m², considerada severamente reduzida; e por último, no estadio 5, com TFG <15 ml/min/1,73 m², o compromisso da função renal é tão grave, que esta é considerada como DRC terminal com necessidade de terapia substituição renal (Levey & Coresh, 2002).

A albuminúria surge também como um parâmetro adicional de avaliação, com esta possuímos

uma avaliação mais aproximada do risco e progressão da doença (Rosenberg, 2019). Este indicador emergiu da necessidade de identificar com maior rigor o risco de consequências e resultados adversos em pessoas com taxa de excreção de albumina $>30\text{mg}/24\text{h}$ e/ou TFG $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$, independentemente da etiologia ou da duração da função renal reduzida (Rosenberg, 2019). Nos clientes com DRC, a albumina é um tipo de proteína plasmática encontrada em maior quantidade na urina, estando associada a um maior risco de eventos adversos (Rosenberg, 2019). Esta estratificação de risco é utilizada para definir a intensidade de monitorização da pessoa com DRC e facilitar o seu acompanhamento (Rosenberg, 2019). Além dos níveis de creatinina, outros marcadores endógenos têm sido estudados para a avaliar a função renal, como a cistatina C, que se destaca por ser um indicador mais precoce na deteção da TFG (Mira et al., 2017).

Portanto o rim desempenha um papel essencial na regulação da pressão sanguínea, controlada pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), por meio do balanço hidroeletrólítico, sendo fundamental para a manutenção da homeostase do volume de água no organismo (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011). Porém, na pessoa com DRC a capacidade excretora do rim encontra-se comprometida, o que contribui para a hipervolemia quando a ingestão de líquidos não é restringida (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011). A regulação e a composição dos líquidos corporais dependem, em grande parte, da função excretora renal e da ação de hormonas como a aldosterona e a hormona antidiurética (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011). A presença de proteinúria na DRC contribui para a redução da pressão oncótica plasmática, o que compromete a perfusão renal e ativa o SRAA, o que resulta na diminuição da excreção de sódio, ao promover a sua retenção e consequente aumento da pressão arterial (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011). Nestas condições, ocorre uma maior reabsorção de sódio e água pelos túbulos renais, favorecendo a formação de edemas periféricos, alterações cardiopulmonares, podendo evoluir, a longo prazo, para derrames pleurais e/ou pericárdicos (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011). Como resultado da hiperhidratação e da sobrecarga de volume, observa-se um aumento do peso corporal, o que impõe uma maior sobrecarga ao coração, intensificando o trabalho cardíaco e levando a um aumento da pressão arterial (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011).

Regime Terapêutico

A DRC é uma condição incurável e progressiva, cujas consequências se estendem não apenas à vida do cliente, mas também ao CI (Almutary, Bonner e Douglas, 2016). Tanto a evolução da doença quanto o regime terapêutico imposto geram um impacto significativo nas experiências e na qualidade de vida de ambos, provocando limitações de ordem física, psicológica e social (Almutary, Bonner e Douglas, 2016).

Regime Dietético e Restrição de Ingestão de Líquidos

O regime dietético é um dos maiores desafios enfrentados pelos clientes com DRC, este deve ser rigorosamente controlado com restrições de sódio, potássio e líquidos, de acordo com a condição clínica do cliente (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). A ingestão de líquidos deve ser austeramente controlada, sendo recomendada entre 500 ml e 1000 ml/dia, a monitorização rigorosa da diurese é essencial para ajustar a ingestão de líquidos e vigiar a evolução clínica do cliente (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Logo a pesagem diária do cliente facilita o controlo do peso corporal, contribuindo para uma melhor gestão da dieta e vigilância da retenção de líquidos (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Dado o impacto da retenção de sódio e água na DRC, a ingestão de sódio deve ser igualmente limitada a 2-3 g/dia, visando controlar a pressão arterial, minorar a sede, minimizar o edema e evitar o aumento de peso corporal (Kalantar-Zadeh et al., 2021; Mancia et al., 2023). Para reduzir o consumo de sódio, recomenda-se o uso de ervas aromáticas e especiarias na preparação dos alimentos (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). É relevante considerar que líquidos não incluem apenas água, mas também, o gelo, o café/cevada, o leite, o chá, os iogurtes líquidos, os sumos e refrigerantes, a cerveja, o vinho e outras bebidas brancas, as sopas e caldos, os gelados e gelatinas, e estes devem ser contabilizados no volume de líquidos ingeridos (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Optar por preparar líquidos à temperatura ambiente ou mornos, bochechar com água morna, mastigar rodelas de limão, utilizar pastilhas elásticas, escovar os dentes e a língua, evitar consumir bebidas gaseificadas, refrigerantes e alimentos com elevado teor de açúcar ou salgados são algumas das estratégias que auxiliam no autocontrolo da sede (FMC, 2021). É vital que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenhem um papel ativo neste sistema, provendo informações e orientação aos clientes e CIs sobre as estratégias mais eficazes para a autogestão do regime dietético e de restrição de líquidos, garantindo uma melhor adesão ao regime terapêutico (Cristóvão, 2016).

Regime Medicamentoso

A gestão do regime medicamentoso representa um desafio particularmente exigente para o cliente com DRC, sendo influenciada por diversos fatores incluindo condições físicas, cognitivas e socioeconómicas (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018). Entre estes fatores destacam-se a polimedicação, os efeitos adversos dos medicamentos, as limitações cognitivas e funcionais, o nível de literacia em saúde, as dificuldades económicas e a perceção do cliente em relação à gravidade da sua condição (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018). A existência de comorbilidades e a necessidade frequente de ajuste na terapêutica, também dificultam a continuidade e o eficaz cumprimento do tratamento (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018). Adicionalmente, a ausência de apoio familiar, a desmotivação, o cansaço

físico e a complexidade dos horários de administração da medicação podem contribuir para a não adesão (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018). Neste contexto, torna-se essencial promover uma abordagem centrada na pessoa, que reconheça a singularidade de cada cliente e o envolva ativamente no processo de cuidados (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018).

O enfermeiro, enquanto profissional de proximidade e facilitador do autocuidado, desempenha um papel central na promoção da adesão ao regime medicamentoso (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018). Compete-lhe identificar os fatores que dificultam a adesão ao regime medicamentoso e implementar estratégias que capacitem o cliente e CI a gerir a sua medicação, promovendo o autocuidado (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018). Para tal, pode recorrer a diferentes estratégias, como a simplificação da linguagem utilizada, o uso de organizadores de medicação, lembretes visuais ou tecnológicos, e estes devem respeitar a rotina e o seu contexto de vida (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al., 2018).

Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa

As FAVs são os acessos preferencialmente utilizados, pela menor morbilidade associada, pela maior durabilidade quando comparadas com os outros acessos arteriovenosos, bem como pela menor taxa de eventos trombóticos, melhores taxas de fluxo e de menos complicações após maturação (Malik et al., 2021; Roetker et al., 2023). A sua construção envolve um procedimento cirúrgico, no qual decorre uma anastomose entre uma artéria e uma veia (Malik et al., 2021; Roetker et al., 2023). Após a sua construção a FAV passa por um período de maturação de aproximadamente seis semanas, após este período por norma, torna-se adequada para fornecer um tratamento de hemodiálise eficiente (Lok et al., 2020).

O Exame físico (EF) ou exame objetivo é uma das principais estratégias de monitorização do AV, este é procedimento rápido, fácil de aprender e executar (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). O EF compreende três etapas principais, a inspeção, palpação e auscultação do AV (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). Durante a inspeção do membro do AV, devemos observar toda o membro do AV, incluindo ombro, tórax, seios, pescoço e rosto (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). É essencial avaliar a presença de estreitamentos e/ou diminuição abrupta da veia de drenagem, edema, circulação colateral, sinais de isquemia (frio, palidez, úlceras), sinais de hipertensão venosa (hiperpigmentação e úlceras digitais), equimoses, hematomas, dilatações aneurismáticas, sinais de infeção na região do acesso, erupções cutâneas e alterações na solução de continuidade da pele (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). Além disso, o teste de elevação do membro deve ser realizado (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma &

Niyyar, 2021). Durante a etapa de palpação do AV é necessário avaliar o frémito, a pulsatilidade e as características do pulso (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). O teste de oclusão sequencial da veia e o teste de aumento do pulso, também devem ser realizados pois auxiliam na deteção de alterações hemodinâmicas no AV (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). E por último a auscultação do AV, nesta etapa devemos avaliar as características do sopro, o que permite identificar alterações que possam indicar disfunções no AV (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021).

O enfermeiro deve promover o desenvolvimento de comportamentos diários adequados, fornecendo instrução tanto ao cliente quanto ao CI, de modo a capacitá-los para o autocuidado do AV (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012). A aquisição de hábitos apropriados é essencial para garantir o bom funcionamento do AV (Ibeas et al., 2017). O autocuidado abrange diversas práticas que devem ser incorporadas na rotina do cliente, tais como, a higiene adequada do membro do AV, sendo recomendado que o cliente proceda à sua higienização diária com água e sabão, bem como à observação cuidadosa da presença de sinais de infecção, nomeadamente calor local, rubor, edema ou dor (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012). A palpação do AV deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, idealmente ao acordar e antes de dormir, com o intuito de verificar a presença do frémito (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012). Adicionalmente, é essencial que o cliente evite dormir sobre o membro do AV, de forma a não comprometer o seu funcionamento (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012). Do mesmo modo, deve recusar a administração de medicação endovenosa, não permitir a avaliação da tensão arterial ou colheitas de sanguíneas no membro do AV (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012). Também se recomenda que o cliente evite o uso de vestuário apertado ou de acessórios, como pulseiras ou relógios, que possam restringir o fluxo sanguíneo (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012). Outro aspeto relevante diz respeito ao cliente, evitar locais com diferenças de temperaturas extremas pelo risco de alterações bruscas da pressão arterial e efeitos no fluxo sanguíneo do AV, uma vez que ambientes muito frios podem induzir vasoconstrição, enquanto o calor excessivo pode causar vasodilatação e hipotensão (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Sousa, 2012).

Autocuidado com o Cateter Vesical

O cateter vesical segundo a DGS (2022, p.5), *“é uma intervenção amplamente utilizada em contextos clínicos para gerir condições como retenção urinária aguda ou obstrução, necessidade de monitorização do débito urinário em clientes críticos, uso em procedimentos pré-operatórios específicos, clientes incontinentes com lesões/úlceras por pressão na região sagrada ou perineal, clientes que requerem uma imobilização prolongada e para a promoção de conforto em cuidados em fim de vida”*. Contudo, o uso prolongado está associado a complicações

significativas, incluindo infecções do trato urinário e lesões cutâneas (DGS, 2022).

O autocuidado ao cateter vesical desempenha um papel essencial na prevenção de complicações, como infecções do trato urinário, lesões uretrais e desconforto do cliente (DGS, 2022; Papa, 2021). É imprescindível que o cliente e o CI sejam instruídos e capacitados sobre práticas de autocuidado ao cateter vesical, de forma a garantir a segurança e a qualidade de vida do cliente (DGS, 2022; Papa, 2021).

Diariamente deve ser efetuada a higiene da área do meato urinário com água e sabão, evitando produtos irritantes, que possam comprometer a integridade da pele e da mucosa uretral (DGS, 2022; Papa, 2021). O tubo do cateter deve ser limpo a partir do ponto de inserção, movendo-se no sentido do saco coletor (DGS, 2022; Papa, 2021). O sistema de drenagem deve ser mantido fechado para minimizar o risco de introdução de microrganismos que possam comprometer a integridade da pele e da mucosa uretral (DGS, 2022; Papa, 2021). Além disso, é recomendada a correta fixação do cateter, para prevenir traumas e minimizar o risco de deslocamento (DGS, 2022; Papa, 2021). A monitorização do funcionamento do cateter vesical também é uma prática essencial, pois o cliente e CI deve observar a presença de sedimentos, alterações na cor ou odor da urina, bem como sinais inflamatórios no ponto de inserção (DGS, 2022; Papa, 2021). Além disso, é recomendado que a bolsa coletora esteja sempre abaixo do nível da bexiga e devem ser ensinadas técnicas seguras para o esvaziamento do saco coletor e limpeza do cateter (DGS, 2022; Papa, 2021). Por fim, a febre, a dor, ou alterações nas características da urina são sinais de alerta, os quais o cliente e CI também devem ser instruídos a estar atentos, e a contatar imediatamente um profissional de saúde (DGS, 2022; Papa, 2021).

Patologia Osteoarticular, a sua Definição, Etiologia e Diagnóstico

A Patologia Osteoarticular caracteriza-se por um processo degenerativo que envolve a degradação progressiva da cartilagem articular e o aumento da densidade do osso subcondral (Coniam et al, 1999). Esta condição pode comprometer significativamente a qualidade de vida do cliente, resultando em dor crónica, limitação funcional e, em alguns casos, à incapacidade permanente (Coniam et al, 1999). Normalmente, a dor é mais intensa ao acordar, e tende a aliviar com a atividade física, no entanto, a dor noturna também é comum (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). As regiões frequentemente afetadas incluem as mãos, joelhos, quadris, ombros e coluna (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016).

A etiologia da Patologia Osteoarticular é multifatorial e pode estar associada a diversos fatores, tais como, predisposição genética, processos inflamatórios, alterações degenerativas, traumas mecânicos e doenças autoimunes, contudo fatores como o envelhecimento, sobrecarga articular, obesidade e estilo de vida, desempenham um papel relevante na sua manifestação e progressão (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016).

O diagnóstico da Patologia Osteoarticular baseia-se numa abordagem clínica e complementar, através de uma avaliação inicial que inclui anamnese detalhada e EF para identificação de sinais como dor, rigidez, edema e limitação dos movimentos articulares (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). Os exames laboratoriais podem ser utilizados para detetar marcadores inflamatórios e autoanticorpos em doenças reumatológicas (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). Além disso os exames complementares de diagnóstico, são essenciais para avaliar as alterações estruturais e a gravidade do comprometimento osteoarticular (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016).

O diagnóstico precoce e preciso da patologia osteoarticular é essencial para a implementação de estratégias terapêuticas eficazes, visando reduzir a progressão da doença, aliviar sintomas e melhorar a funcionalidade física dos clientes (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). Ainda não existe uma cura para esta doença, mas há tratamentos que objetivam o alívio da dor, ao promover a funcionalidade mecânica e qualidade de vida ao cliente (Abreu et al., 2020). O tratamento inicial é menos invasivo, com menor risco de complicações, e em última instância temos o tratamento cirúrgico (Abreu et al., 2020).

Os pilares do tratamento inicial baseiam-se no alívio dos sintomas e na melhoria da funcionalidade física dos clientes, entre as principais abordagens terapêuticas incluem-se o regime dietético, o regime de exercício físico, o uso de ortoses, e a administração de medicamentos (Abreu et al., 2020). Outro foco essencial é o autocuidado, devemos incentivar o cliente na adesão ao regime terapêutico, pois a prática regular de exercício, fortalece os músculos e aumenta a amplitude de movimento (Abreu et al., 2020).

Dor

A dor é um dos principais sintomas das Patologias Osteoarticulares e representa um fator determinante na limitação funcional e na qualidade de vida dos clientes (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; Prado et al, 2023). Esta pode ter origem multifatorial, incluindo processos inflamatórios, degeneração articular, sobrecarga mecânica e fatores neuromusculares e a sua intensidade e frequência variam conforme a doença subjacente, a progressão do quadro clínico e a resposta individual ao tratamento (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; Prado et al, 2023).

Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem (ICPN, 2025, s.p.) a dor caracteriza-se por uma *“sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”*.

A avaliação da dor osteoarticular deve ser realizada de forma criteriosa, considerando a sua

intensidade, a localização, a qualidade, a duração, a frequência, o tipo (mecânica, inflamatória ou neuropática), os fatores de alívio e de agravamento, e o impacto na funcionalidade do cliente nas suas atividades de vida diária (OE, 2008; Prado et al, 2023). Na avaliação da intensidade da dor devemos privilegiar a utilização de instrumentos de autoavaliação, tais como a escala visual analógica, a escala numérica, a escala de faces e a escala qualitativa (OE, 2008).

O controlo da dor na Patologia Osteoarticular requer uma abordagem multidisciplinar e envolve estratégias farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2008). O regime medicamentoso inclui analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides, corticosteroides e, em alguns casos, opioides para controlo da dor intensa (OE, 2008; Prado et al, 2023). Nas terapias não farmacológicas podemos optar por diferentes estratégias, segundo a OE (OE, 2008) existem três categorias, as cognitivo- comportamentais (terapia cognitiva / comportamental, reestruturação cognitiva, relaxamento com imaginação, distração), as físicas (aplicação de frio e de calor, exercício, imobilização, massagem, estimulação elétrica transcutânea) e as de suporte emocional (toque terapêutico e conforto) (OE, 2008). Carvalho, Mendes & Oliveira (2020) complementa reforçando que a fisioterapia, a reabilitação funcional, os exercícios terapêuticos e as terapias complementares, desempenham um papel fundamental na redução da dor ao mobilizar as articulações rígidas.

Portanto, compreender os mecanismos da dor na Patologia Osteoarticular é essencial para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficazes, ao permitir um controlo adequado e individualizado, que minimize as limitações funcionais e proporcione melhor qualidade de vida aos clientes afetados e aos CI que os apoiam (Mota et al, 2020).

Promoção da Prevenção de Quedas

A capacidade funcional refere-se à habilidade do cliente em manter suas capacidades físicas e cognitivas, permitindo-lhe realizar as suas atividades vida diária (Marinho et al., 2020). A perda desta capacidade pode acarretar consequências significativas não apenas para o próprio cliente, mas também para o CI (Marinho et al., 2020). A incapacidade funcional resulta em maior vulnerabilidade e dependência, portanto temos de ter particular atenção na promoção de estratégias para a prevenção de quedas, pois estas estão frequentemente relacionadas à perda de tónus muscular, ao comprometimento do equilíbrio postural e a disfunções do sistema osteoarticular (Marinho et al., 2020).

A prevenção das quedas envolve estratégias multidimensionais, que englobam a avaliação e o controlo dos fatores de risco individuais e ambientais (Marinho et al., 2020). Entre as intervenções mais eficazes, destacam-se programas de exercícios físicos específicos, voltados para o fortalecimento muscular, melhoria do equilíbrio e da mobilidade (Sherrington et al., 2019; Marinho et al., 2020). A preparação do domicílio é igualmente fundamental para minimizar

riscos (Lord et al., 2018; Marinho et al., 2020). Medidas como a instalação de corrimãos, eliminação de tapetes soltos, melhoria na iluminação e adaptação do mobiliário contribuem para a redução dos acidentes (Lord et al., 2018; Marinho et al., 2020). O uso de calçados adequados e a revisão periódica dos medicamentos também são estratégias importantes, pois estes podem comprometer o equilíbrio e a cognição (Gillespie et al., 2019; Marinho et al., 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 81 anos | Masculino

Cuidador

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Parentesco: filha / filho.

02-10-2024 08:00 - Não coabita com a pessoa dependente.

02-10-2024 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

02-10-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

02-10-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

02-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

02-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

02-10-2024 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

02-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

02-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-02 08:00:00	Carvedilol 6,25 mg - meio comprimido ao pequeno almoço e ao jantar	
2024-10-02 08:00:00	Amlodipina 5 mg - 1 comprimido ao pequeno almoço	
2024-10-02 08:00:00	Alopurinol 100 mg - meio comprimido ao pequeno almoço	
2024-10-02 08:00:00	Linagliptina 5 mg - 1 comprimido ao pequeno almoço	
2024-10-02 08:00:00	Pravastatina 20 mg - 1 comprimido ao almoço	
2024-10-02 08:00:00	Apixabano 2,5 mg - 1 comprimido ao pequeno almoço e ao jantar	
2024-10-02 08:00:00	Fentanilo 25 mcg/h, 1 penso de 3 em 3 dias	
2024-10-02 08:00:00	Senosideos - 2 comprimidos ao jantar em SOS se obstipação	
2024-10-02 08:00:00	Paracetamol 1Gr - 1 comprimido em SOS até 3 vezes/dia	
2024-10-02 08:00:00	Furosemida 80 mg - Manhã e a tarde	2024-10-08 08:00:00
2024-10-08 08:00:00	Furosemida 40 mg - Manhã e a tarde	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Alopurinol

Relevância para o Cliente: Promover o controlo dos valores de ácido úrico, considerando o diagnóstico de hiperuricemia, pelos valores de ácido úrico de 14,4 mg/dl em junho de 2023.

Indicação Terapêutica: Diminuição do nível de ácido úrico no seu sangue e urina (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Sonolência, náuseas, vômitos, diarreia, erupção cutânea, urticária (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: A diminuição da função renal pode causar a acumulação do fármaco e efeitos tóxicos. Assegurar que o cliente mantém uma ingestão de líquidos adequada. Monitorizar as taxas de ingestão e excreção. Instruir o cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado (Deglin & Vallerand, 2016).

Amlodipina

Relevância para o Cliente: Promover o controlo do perfil tensional, tendo em conta, que o cliente tem HTA com mais de 20 anos de evolução e atualmente apresenta um perfil tensional

controlado.

Indicação Terapêutica: Tratamento da HTA, promove a vasodilatação sistêmica o que leva à redução da pressão arterial (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Cefaleias, tonturas, fadiga, edema periférico, angina, bradicardia, hipotensão, palpitações, hiperplasia gengival, náuseas, rubor (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar e instruir o cliente e CI a avaliar a pressão arterial e frequência cardíaca (FC) durante a terapêutica instituída. Alertar o cliente e CI que deve alterar a posição lentamente para minimizar a hipotensão ortostática. Encorajar o cliente e CI a cumprir outras medidas de controlo da HTA (dieta pobre em sódio, controlo do stress). Monitorizar a ingestão e as taxas de excreção e os pesos diários. Avaliar os sinais de IC congestiva (edema periférico, crepitações pulmonares, dispneia, ganho de peso). O cliente deve ser instruído a ingerir sempre a terapêutica, mesmo que tenha a pressão arterial controlada (Deglin & Vallerand, 2016).

Apixabano

Relevância para o Cliente: Prevenir a formação de coágulos sanguíneos, considerando que o cliente apresenta fibrilação auricular não valvular e tem pacemaker desde fevereiro de 2023.

Indicação Terapêutica: Promover a hipocoagulação, a sua ação consiste em prevenir a formação de coágulos sanguíneos, bloqueando o Fator Xa, um elemento crucial no processo de coagulação (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Hemorragias incluindo: epistáxis, gengivorragia, hematúria, hematêmese, enterorragia, melena, rectorragia, estomatorragia, metrorragia, equimose e inchaço, anemia que pode causar cansaço ou palidez, número diminuído de plaquetas no sangue (podendo afetar a coagulação), náuseas (sentir-se enjoado), erupção cutâneas (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar a presença de sinais de perda de sangue e de hemorragia (gengivorragias, epistáxis, hematomas sem causa aparente). Instruir o cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Infomed, 2024).

Carvedilol

Relevância para o Cliente: Promover o controlo do perfil tensional, tendo em conta, que o cliente tem IC com fração de ejeção preservada e HTA com mais de 20 anos de evolução e atualmente

apresenta um perfil tensional controlado.

Indicação Terapêutica: Tratamento da HTA e da IC (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Fadiga, fraqueza, ansiedade, depressão, tonturas, sonolência, insónias, perda de memória, bradicardia, edema pulmonar, hipotensão ortostática, diarreia, impotência, hiperglicemia (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar e instruir o cliente e CI a avaliar a pressão arterial e FC durante a terapêutica instituída. Avaliar a hipotensão ortostática quando auxiliar o cliente a levantar-se da posição de supino. Monitorizar a ingestão e as taxas de excreção e os pesos diários. Avaliar regularmente os sinais de excesso de fluidos (edema periférico, crepitações pulmonares, dispneia, ganho de peso). Instruir o cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Deglin & Vallerand, 2016).

Fentanilo

Relevância para o Cliente: Promover o alívio da dor crónica, considerando que o cliente tem Patologia Osteoarticular degenerativa com dor crónica e iniciou penso transdérmico de fentanilo a dezembro de 2012.

Indicação Terapêutica: Alívio da dor crónica, com recurso a analgésicos opiáceos (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Sedação, confusão, fraqueza, tonturas, agitação, depressão respiratória, apneia, laringoespasmos, obstipação, dores de cabeça, náuseas, vômitos, anorexia, suores (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar tipo, localização e intensidade da dor antes e após a aplicação assim como periodicamente durante a terapêutica. Monitorizar os sinais vitais antes e periodicamente durante a administração. Se a frequência respiratória for <10/min, avaliar o nível da sedação. Avaliar por rotina, a função intestinal do cliente. Devem ser instruídas medidas de prevenção da obstipação, através do aumento da ingestão de líquidos e de fibras da utilização de emolientes das fezes e laxantes para minimizar os seus efeitos. Ensinar ao cliente e CI o método correto de aplicação e de destruição do sistema transdérmico. Alertar o cliente e CI para evitar o uso simultâneo com este fármaco, de álcool ou de outros depressores do sistema nervoso central (Deglin & Vallerand, 2016).

Furosemida

Relevância para o Cliente: Promover a excreção urinária e o tratamento de edemas nos membros inferiores, considerando que o cliente apresenta IC de fração de ejeção preservada e DRC estadio 5.

Indicação Terapêutica: Tratamento de edemas e congestão pulmonar na IC e DRC (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrointestinais e câibras. Pode causar também hiperglicemia/glicosúria e hiperuricemia, com risco de precipitar ataques de gota (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar e instruir o cliente e CI a avaliar a pressão arterial e FC durante a terapêutica instituída. Avaliar o estado dos fluidos durante a terapêutica, monitorizar diariamente o peso, as taxas de ingestão e de excreção, quantidade e localização de excesso de fluidos (edema periférico, crepitações pulmonares, dispneia, ganho de peso). Avaliar a hipotensão ortostática quando auxiliar o cliente a levantar-se da posição de supino. Quando administrada por via endovenosa, deve ser administrada direta, sem ser diluída, com um ritmo de perfusão lento durante 2 minutos (Deglin & Vallerand, 2016).

Linagliptina

Relevância para o Cliente: Promover o controlo glicémico, tendo em conta, que o cliente apresenta DM tipo 2 não insulinotratada com mais 20 anos de evolução.

Indicação Terapêutica: Tratamento do DM do tipo 2, para melhorar o controlo glicémico, como adjuvante da dieta e do exercício (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Tremores, suores, ansiedade, visão turva, lábios dormentes, palidez, alteração de humor ou confusão, hipoglicemia, reações alérgicas (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Deve ser avaliado o padrão alimentar e ensinado ao cliente e CI, que esta terapêutica deve ser acompanhada de certas medidas como, restrições alimentares (alimentos ricos em açúcar). Instruir e ensinar o cliente e CI a realizar a autovigilância da glicemia capilar. Ensinar o cliente e CI os sinais de hiperglicemia e hipoglicemia. Se ocorrer hipoglicemia, aconselhar o cliente a beber um copo com sumo de laranja, ou 2-3 colheres de chá com açúcar, mel, e a notificar o enfermeiro. Informar o cliente e CI que a medicação ajuda a controlar a hiperglicemia, mas não cura a diabetes. A terapêutica instituída é usualmente a longo prazo. Instruir o cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia. (Infomed, 2024).

Paracetamol

Relevância para o Cliente: Promover o controlo da dor, considerando que o cliente tem Patologia Osteoarticular degenerativa com dor crónica, e o penso transdérmico de fentalino não alivia a dor na sua totalidade.

Indicação Terapêutica: Tratamento da dor ligeira (Deglin & Vallerand, 2016).

Reações Adversas: Neutropenia, pancitopenia, rash cutâneo, urticária (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar o tipo, localização e intensidade da dor antes e após a administração. Instruir o cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado, e não mais do que foi prescrito (Deglin & Vallerand, 2016).

Pravastatina

Relevância para o Cliente: Promover a redução dos níveis de colesterol e triglicerídeos no sangue e prevenir complicações cardiovasculares, tendo em conta, que o cliente tem dislipidemia.

Indicação Terapêutica: Prevenir a produção de colesterol no fígado, o que, por sua vez, diminui os níveis de colesterol e de outras gorduras, como os triglicerídeos, no organismo (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Tonturas, cefaleias, fraqueza, insónia, obstipação, diarreia, flatulência, cólicas abdominais, pirose, náuseas, gosto alterado, erupções cutâneas, prurido, rabdomiólise (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Obter os antecedentes dietéticos, especialmente em relação ao consumo de lipídeos. Avaliar o padrão alimentar e ensinar o cliente e CI, que esta terapêutica deve ser acompanhada de certas medidas como, restrições alimentares (gorduras, colesterol, hidratos de carbono e álcool). Instruir o cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Deglin & Vallerand, 2016).

Senosideos

Relevância para o Cliente: Promover o peristaltismo intestinal, considerando que o cliente tem obstipação por diminuição da atividade física, da restrição da ingestão hídrica e pelos efeitos adversos do regime medicamentoso.

Indicação Terapêutica: Estimular o peristaltismo do intestino grosso (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Irritação gástrica ou abdominal, câibras, dores abdominais, desidratação, astenia, miopatia, depleção salina, distúrbios da função renal, baixa dos níveis sanguíneos de cálcio, potássio, magnésio e aumento da atividade das supra-renais. O uso prolongado pode causar náuseas e diarreia (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar a distensão abdominal, presença de sons intestinais e o padrão de funcionamento intestinal. Avaliar a cor, consistência e quantidade das fezes produzidas. Informar e encorajar o cliente e CI a usar outras formas de regular os intestinos, tais como, aumentar as fibras no regime alimentar. Instruir o cliente com doença cardíaca a evitar o esforço durante a defecação (manobra de Valsava). Informar o cliente e CI que o fármaco pode corar a urina de cor -de -rosa, vermelho, violeta, amarelo ou castanho. Informar o cliente e CI que não se deve utilizar o laxante, quando a obstipação é acompanhada de dores abdominais, febre, náuseas ou vômitos (Deglin & Vallerand, 2016).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Fístula arteriovenosa

02-10-2024 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

02-10-2024 08:00 - Braço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da fístula arteriovenosa

02-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução do frémito da fístula arteriovenosa [Tarde]*

08-10-2024 08:00 - Frémito da fístula arteriovenosa

08-10-2024 08:00 - Braço Esquerda(o): Frémito bem perceptível.

02-10-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa:

facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da fístula arteriovenosa [Manhã]

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com a fístula arteriovenosa

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre sinais de compromisso da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre sinais de compromisso da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre complicações da fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre sinais de compromisso da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre complicações da fístula

arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [RESOLVIDO]

08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com a fístula arteriovenosa [Manhã]

Sondas, Drenos e Cateteres

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Cateter urinário

02-10-2024 08:00 - Quantidade de urina: 2900 ml.

08-10-2024 08:00 - Quantidade de urina: 3000 ml.

02-10-2024 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

08-10-2024 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

02-10-2024 08:00 - Transparência da urina: Com sedimento.

08-10-2024 08:00 - Transparência da urina: Com sedimento [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Algalia nº18 de longa duração.

08-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Algalia nº18 de longa duração.

02-10-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

02-10-2024 08:00 - Otimizar cateter urinário [Manhã e Tarde]

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de infeção do sistema urinário

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção do sistema urinário [RESOLVIDO] 08-10-2024

08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de infeção do sistema urinário [Manhã]

02-10-2024 08:00 - Cateter venoso periférico

08-10-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

08-10-2024 08:00 - Antebraço Direita(o)

08-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Abocath nº 20G.

08-10-2024 08:00 - Ausência de dor.

08-10-2024 08:00 - Ausência de calor.

08-10-2024 08:00 - Ausência de rubor.

08-10-2024 08:00 - Ausência de tumefação.

08-10-2024 08:00 - Ausência de exsudado.

08-10-2024 08:00 - Ausência de infiltração.

02-10-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

02-10-2024 08:00 - Antebraço Direita(o)

02-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Abocath nº 20G.

02-10-2024 08:00 - Ausência de dor.

02-10-2024 08:00 - Ausência de calor.

02-10-2024 08:00 - Ausência de rubor.

02-10-2024 08:00 - Ausência de tumefação.

02-10-2024 08:00 - Ausência de exsudado.

02-10-2024 08:00 - Ausência de infiltração.

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

02-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Manhã e Tarde]*

08-10-2024 08:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

08-10-2024 08:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

02-10-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

02-10-2024 08:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [Manhã e Tarde]*

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

Atitudes Terapêuticas

A realização regular do EF ao AV é fundamental para monitorizar a sua evolução ((Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). A aplicação sistemática de técnicas como a inspeção, palpação e auscultação permite a deteção precoce de possíveis complicações (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021). Paralelamente, é de extrema importância a educação do cliente e do CI, ao promover o autocuidado do AV, uma vez que este representa um pilar essencial para garantir um acesso saudável e funcional (Ibeas et al., 2017; Lok et al., 2020; Malik et al., 2021; Sharma & Niyyar, 2021).

Exame Físico a FAV a 02/10/2024

FAV rádio -cefálica no membro superior esquerdo maturada (construída em setembro de 2022). Ao EF apresenta frémito contínuo, palpável num trajeto de 10 cm desde anastomose até terço médio do braço. Veia cefálica sem dilatação aneurismática, com pulso normopulsátil, sopro contínuo. À elevação do membro, a veia de drenagem colapsa. Ausência de edema, circulação colateral e sem sinais de hiperfusão da mão.

Sondas, Drenos e Cateteres

A vigilância regular do cateter vesical combinada com o ensino adequado ao cliente e CI, desempenha um papel crucial na prevenção de complicações, ao contribuir para uma melhor qualidade de vida e segurança do cliente (DGS, 2022; Papa, 2021). O envolvimento ativo do mesmo no seu autocuidado é essencial para promover práticas seguras e eficazes (DGS, 2022; Papa, 2021).

Autocuidado ao Cateter Vesical a 02/10/2024

O cliente assistido pelo CI realiza a higiene diária do meato urinário diariamente com água e sabão. Ambos estão atentos a sinais de alerta ou complicações, como febre, dor, ou alterações nas características da urina. O CI cumpre a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado. O saco coletor encontra-se pendurado num objeto que o mantém abaixo do nível da bexiga, e o CI esvazia o saco coletor sempre que este atinja 2/3 da sua capacidade.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2024 08:00	Sensações somáticas	
02-10-2024 08:00	Sistema respiratório	
02-10-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
02-10-2024 08:00	Eliminação urinária	
02-10-2024 08:00	Volume de líquidos	
02-10-2024 08:00	Erguer-se	
02-10-2024 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
02-10-2024 08:00	Vestir-se ou despir-se	
02-10-2024 08:00	Andar	

Início	Domínios	Fim
02-10-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
02-10-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
02-10-2024 08:00	Padrão alimentar	

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

Sensações Somáticas - Dor

A gestão da dor requer uma abordagem multiprofissional, envolvendo a equipa de saúde, o cliente e CI, de forma a garantirmos o bem-estar do cliente (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008). É essencial proporcionarmos informações sobre a dor e instruímos sobre as opções terapêuticas disponíveis, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008). As medidas farmacológicas incluem a administração de analgésicos de forma programada ou em SOS, conforme prescrição médica (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008). As abordagens não farmacológicas, por sua vez, contribuem para a modulação da percepção da dor e incluem técnicas como musicoterapia, massagem, aromaterapia, entre outras (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008). Estas intervenções são de fácil aplicação, e podem ser ensinadas ao cliente e CI, e implementadas no domicílio (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008). O papel do enfermeiro é essencial neste processo, ao proporcionar um ambiente calmo e privado para ensinar as técnicas de controlo da dor e permitir ao cliente e CI expressar as suas preocupações e dúvidas (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008). A decisão sobre a técnica mais adequada deve ser tomada de forma conjunta, considerando as necessidades e preferências do cliente (Carvalho, Mendes & Oliveira, 2020; OE, 2008).

A seleção deste domínio revela-se fundamental, uma vez que o cliente apresenta queixas algicas generalizadas. A abordagem incluiu a administração de terapêutica analgésica conforme a prescrição médica, bem como o ensino e implementação de estratégias não farmacológicas, como a criação de um ambiente tranquilo e a aplicação de calor local ou massagem, sempre respeitando as preferências individuais do cliente.

Sistema Respiratório

A IC é uma síndrome clínica resultante de uma disfunção estrutural e/ou funcional do coração, que leva ao aumento das pressões intracardíacas e/ou a um débito cardíaco insuficiente, quer em repouso, quer durante o esforço (McDonagh et al, 2021). Esta condição manifesta-se através de sintomas característicos, como dispneia, edema maleolar e fadiga, frequentemente

associados a sinais clínicos, tais como pressão venosa jugular elevada, ruídos pulmonares e edema periférico (McDonagh et al, 2021).

Ao abordamos a DRC, esta não se limita à falência da função excretora renal, mas também compromete as funções metabólicas e endócrinas, e afeta todo o organismo (Marchão et al., 2011). Assim, os clientes com insuficiência renal, frequentemente desenvolvem edema, derrame pleural e infecções respiratórias (Marchão et al., 2011). Diante destes fatores, a avaliação da capacidade respiratória é essencial para identificar possíveis estados de hiperhidratação (Marchão et al., 2011). Os clientes com sobrecarga hídrica podem apresentar edemas periféricos, dispneia e risco aumentado de complicações, como edema pulmonar agudo e derrame pericárdico (Marchão et al., 2011).

A seleção do domínio respiratório é essencial para uma avaliação com recolha de dados sobre frequência e ritmo respiratório, simetria dos movimentos, profundidade da ventilação, uso de músculos acessórios e saturação de oxigénio, sendo fundamental para uma abordagem eficaz e direcionada as queixas e aos sinais e sintomas do cliente, de forma a mantermos a vigilância da infecção respiratória, da DRC e da IC.

Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular sofre um impacto significativo devido à falência renal, sendo fortemente influenciado pela retenção de água e sódio (Lima et al., 2022a). Como consequência da sobrecarga hídrica e da acumulação de sódio, a HTA é uma condição frequentemente observada (Lima et al., 2022a). A diminuição da perfusão renal intensifica o agravamento da HTA, uma vez que desencadeia a ativação do SRAA (Lima et al., 2022a). As oscilações nos valores de pressão arterial são frequentes em clientes com IC, especialmente devido à interação com fatores, como a retenção de líquidos e a disfunção renal, o que requer uma monitorização rigorosa para a prevenção de descompensações (Lima et al., 2022a; Fernandes et al., 2016).

Neste contexto a seleção do domínio sistema cardiovascular é justificada, para uma avaliação da FC, assim como a monitorização da pressão arterial sistólica e diastólica, ao permitir uma vigilância rigorosa ao cliente.

Eliminação Urinária

A monitorização da eliminação urinária tem como objetivo acompanhar a evolução da função renal residual do cliente, a sua tendência é de diminuição progressiva, devido à progressão natural da IC e da DRC (Lee et al., 2019). A vigilância da eliminação urinária é essencial, uma

vez que a sua diminuição está diretamente relacionada com a necessidade de ajustar a ingestão hídrica (Lee et al., 2019).

No domínio da eliminação urinária é essencial recolher dados sobre a monitorização da diurese e vigiar a resposta à terapia diurética. Assim como observar as suas características, incluindo a cor, o odor e a transparência da urina, de modo a identificar possíveis alterações.

Volume de Líquidos

A maior parte dos líquidos é excretada através da urina, embora as perdas insensíveis, como a transpiração e a respiração, contribuam significativamente com perdas entre 300 e 500 ml por dia (Cristóvão, 2016). A regulação do volume e da composição dos líquidos corporais depende, em grande medida, da função excretora renal e da ação de hormonas (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). No entanto, com a progressão da insuficiência renal, ocorre uma diminuição progressiva da diurese, podendo evoluir até à anúria (Cristóvão, 2016; Chou & Kalantar - Zadeh., 2017; Law et al., 2023). A retenção de líquidos, característica da DRC avançada, manifesta-se através do aparecimento de edemas, aumento do peso corporal e da pressão arterial elevada (Cristóvão, 2016; Chou & Kalantar - Zadeh., 2017; Law et al., 2023).

A escolha do domínio volume de líquidos revela-se pertinente pela vigilância da retenção de líquidos, sendo essencial a recolha de dados relacionados com a presença de sede, tumefação dos tecidos, turgor cutâneo, variações de peso corporal, monitorização dos edemas (sinal de Godet) e medir a sua extensão e localização.

Autocuidado: Cuidar da Higiene pessoal, Erguer-se, Vestir-se ou Despir-se e Andar

A Patologia Osteoarticular degenerativa é uma doença crónica que afeta as articulações, caracterizada pela degeneração progressiva da cartilagem articular e pelas alterações nos tecidos circundantes (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). Esta condição provoca dor, rigidez, limitação dos movimentos, e compromete a qualidade de vida da pessoa afetada de forma significativa (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). Manifesta-se principalmente através de dor articular de ritmo mecânico, ou seja, intensifica-se com o movimento e alivia com o repouso (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). Com a progressão da doença, ocorre uma redução da amplitude de movimento da articulação afetada, o que pode resultar em atrofia muscular por desuso, e agravar ainda mais a limitação funcional (Barenco et al, 2023; Coniam et al, 1999; Lovato et al, 2016). A restrição de movimentos dificulta a realização de tarefas simples e interfere nas

atividades da vida diária (Cardoso et al., 2022; Prado et al., 2023). Atividades como caminhar, subir escadas, levantar objetos ou até mesmo cuidar da própria higiene pessoal tornam-se desafiadoras (Cardoso et al., 2022; Prado et al., 2023). A dor e a limitação funcional provocada pela doença articular degenerativa, contribui para o aumento da vulnerabilidade, diminuição da capacidade funcional e aumento do risco da dependência do cliente, logo ambas apresentam uma forte correlação com a redução da qualidade de vida quer do cliente, quer do CI (Cardoso et al., 2022; Prado et al., 2023).

O cliente devido à Patologia Osteoarticular degenerativa apresenta um agravamento do seu estado físico, este necessita de assistência em algumas atividades da vida diária e revela dependência noutras. No entanto o agravamento do seu estado geral manifestado pela dispneia, tosse produtiva, rinorreia, febre, edemas bilaterais nos membros inferiores e fadiga com pequenos esforços, coloca-o numa situação de maior vulnerabilidade. Estas condições podem comprometer ainda mais a realização de atividades de autocuidado e aumentar significativamente o risco de quedas.

Atitudes Terapêuticas

A FAV é reconhecida como o AV preferencial para a realização da hemodiálise, devido à sua segurança e maior durabilidade (Clementino et al., 2018). Esta exige cuidados de enfermagem personalizados, direcionados ao incentivo do autocuidado ao AV, assim como a adoção de medidas preventivas pelo cliente e CI, particularmente na prevenção de infeções e trombozes do AV (Clementino et al., 2018). É responsabilidade do enfermeiro, capacitar o cliente e CI para comportamentos de autocuidado, fornecendo informações e orientações sobre os cuidados a ter com a FAV, de forma a garantir o seu funcionamento (Ibeas et al., 2017; Sousa, C. N., 2012). O enfermeiro assume igualmente um papel determinante, ao executar um EF regular ao AV, de maneira a manter a sua vigilância, prevenção e deteção de complicações (Ibeas et al., 2017; Sousa, C. N., 2012).

Sondas, Drenos e Cateteres

O cateter vesical é uma intervenção amplamente utilizada em contextos clínicos para gerir diferentes condições, contudo, o uso prolongado está associado a complicações significativas, incluindo infeções do trato urinário e lesões cutâneas (DGS,2022). A implementação de práticas baseadas em evidências e a promoção de comportamentos de autocuidado podem prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida e reduzir custos associados à gestão de infeções e

outras complicações (Papa, 2021; DGS,2022). A educação em saúde é um fator crucial, de forma a capacitarmos o cliente e CI, para uma higiene adequada e monitorização constante (Papa, 2021; DGS,2022).

Os cuidados básicos com o cateter vesical envolvem três pilares fundamentais, sendo estes, a manutenção da higiene, monitorização de sinais de complicações e educação ao cliente e CI (Papa, 2021; DGS,2022). Em cada um deles o enfermeiro desempenha um papel essencial ao capacitar o cliente e o CI na adoção de práticas de autocuidado, contribuindo para a vigilância, prevenção e identificação precoce de possíveis complicações (Papa, 2021; DGS,2022).

Padrão Alimentar

O cliente com o apoio do CI, são essenciais para gerir eficazmente o regime terapêutico em toda a sua dimensão (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Realçamos a importância dos cuidados relacionados com a dieta, que engloba tanto a ingestão de alimentos, como a restrição de líquidos (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). A gestão dietética implica duas vertentes principais, nos quais devemos instruir o cliente e CI sobre os cuidados associados à restrição hídrica e os relacionados com a restrição alimentar (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). A restrição hídrica constitui um dos aspetos mais relevantes do tratamento e, simultaneamente, um dos mais desafiantes de gerir (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Esta restrição é essencial para prevenir complicações cardiovasculares e respiratórias decorrentes do excesso de líquidos acumulados no organismo (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017). Uma gestão inadequada desta restrição pode levar a um aumento excessivo do peso corporal, contribuindo para uma maior morbidade e mortalidade cardiovascular (Chou & Kalantar - Zadeh., 2017; Law et al., 2023).

Na escolha do domínio padrão alimentar o foco da intervenção é realizar uma avaliação, com a recolha de informações detalhadas sobre o padrão alimentar do cliente, incluindo o número de refeições diárias, consumo de vegetais e fruta, e a ingestão de potássio, sal e líquidos. Posteriormente, é fundamental promover a educação e orientação do cliente e CI, ao incentivar a adesão a um regime dietético adequado às suas necessidades individuais. A disponibilização de informações claras sobre a restrição da ingestão de líquidos é crucial, assegurando que ambos compreendem a sua importância para a gestão eficaz da sua condição de saúde.

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Manifesta dor.

02-10-2024 08:00 - Dor

02-10-2024 08:00 - Localização da dor

02-10-2024 08:00 - Corpo

02-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 3.

02-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.

02-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.

02-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.

08-10-2024 08:00 - Localização da dor

08-10-2024 08:00 - Corpo

08-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 1.

08-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.

08-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.

08-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da dor

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da dor [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Localização da dor

08-10-2024 08:00 - Corpo

08-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 1.

08-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.

08-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.

08-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.

02-10-2024 08:00 - Diminuir dor

02-10-2024 08:00 - Gerir analgesia [Manhã e em SOS]

02-10-2024 08:00 - Aplicar calor [SOS]

02-10-2024 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]

02-10-2024 08:00 - Promover autocontrolo: dor

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

02-10-2024 08:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [Manhã]

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

[RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [Tarde] [FIM]

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [Manhã]

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

02-10-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular.

02-10-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

02-10-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

02-10-2024 08:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

02-10-2024 08:00 - Sem adejo nasal.

02-10-2024 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

02-10-2024 08:00 - Periférico(a): 96 %.

02-10-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

02-10-2024 08:00 - Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina.

02-10-2024 08:00 - Reflexo da tosse: presente.

02-10-2024 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

02-10-2024 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

02-10-2024 08:00 - Secreções normais.

02-10-2024 08:00 - Secreções amareladas.

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Manhã e Tarde]

08-10-2024 08:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

08-10-2024 08:00 - Secreções normais [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

02-10-2024 08:00 - Dispneia

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da dispneia

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [Manhã e Tarde]

08-10-2024 08:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

08-10-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

08-10-2024 08:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MELHOROU].

08-10-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

08-10-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

08-10-2024 08:00 - Sem adejo nasal.

08-10-2024 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

08-10-2024 08:00 - Periférico(a): 97 %.

08-10-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

08-10-2024 08:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MELHOROU].

08-10-2024 08:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

08-10-2024 08:00 - Secreções normais [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Localização do Pulso

02-10-2024 08:00 - Braço Direita(o)

02-10-2024 08:00 - Frequência do pulso: 55 pulsações por minuto.

02-10-2024 08:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

02-10-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

02-10-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

02-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

02-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

02-10-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

02-10-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

02-10-2024 08:00 - Coloração das extremidades

02-10-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

02-10-2024 08:00 - Localização da dor

02-10-2024 08:00 - Corpo

02-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 3.

02-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.

02-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.

02-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Manhã e Tarde]

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Localização do Pulso

08-10-2024 08:00 - Braço Direita(o)

08-10-2024 08:00 - Frequência do pulso: 58 pulsações por minuto.

08-10-2024 08:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

08-10-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

08-10-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Coloração das extremidades

08-10-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Eliminação urinária

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Quantidade de urina: 3000 ml.

08-10-2024 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

08-10-2024 08:00 - Transparência da urina: Com sedimento [MANTEVE].

Volume de líquidos

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Sensação de sede normal.

02-10-2024 08:00 - Tumefação dos tecidos

02-10-2024 08:00 - Membro inferior: depressível.

02-10-2024 08:00 - Sinal de Godet

02-10-2024 08:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

02-10-2024 08:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

02-10-2024 08:00 - Pele hidratada.

02-10-2024 08:00 - Peso: 74.00 Kg.

02-10-2024 08:00 - Ausência de olhos encovados.

02-10-2024 08:00 - Edema

02-10-2024 08:00 - Localização do edema

02-10-2024 08:00 - Membro inferior

08-10-2024 08:00 - Localização do edema

08-10-2024 08:00 - Membro inferior

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução de sinais de edema

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Localização do edema

08-10-2024 08:00 - Membro inferior

08-10-2024 08:00 - Tumefação dos tecidos

08-10-2024 08:00 - Membro inferior: depressível [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Sinal de Godet

08-10-2024 08:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm) [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Pele hidratada.

08-10-2024 08:00 - Peso: 72.00 Kg.

08-10-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

08-10-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

08-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

08-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

02-10-2024 08:00 - Diminuir edema

02-10-2024 08:00 - Posicionar para diminuir edema [Manhã e Tarde]

02-10-2024 08:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

08-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos [Tarde]

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

08-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em potássio [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Tarde]

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM]

08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [Manhã]

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da retenção de líquidos

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de

líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

08-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de líquidos [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime ingestão de líquidos [Tarde]

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância do peso corporal [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da pressão sanguínea [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação urinária [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Analisar com o cuidador a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre dieta restrita em potássio [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre dieta restrita em sódio [Tarde]

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre posicionamento para diminuir o edema [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos [Manhã]

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Sensação de sede normal.

08-10-2024 08:00 - Ausência de olhos encovados [MANTEVE].

Erguer-se

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

02-10-2024 08:00 - Erguer-se comprometido

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução do erguer-se

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

08-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição

de pé com insegurança.

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

02-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se* [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - O cuidador levanta o familiar dependente de acordo com a recomendação.

Cuidar da higiene pessoal

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho.

02-10-2024 08:00 - Abre a torneira.

02-10-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

02-10-2024 08:00 - Lava a cavidade oral.

02-10-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene.

02-10-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

02-10-2024 08:00 - Penteia-se.

02-10-2024 08:00 - Não se barbeia.

02-10-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

02-10-2024 08:00 - Não corta as unhas.

02-10-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

02-10-2024 08:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

02-10-2024 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

02-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal* [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

08-10-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

08-10-2024 08:00 - Penteia-se [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Não se barbeia [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

08-10-2024 08:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente.

Vestir-se ou despir-se

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Não escolhe as roupas.

02-10-2024 08:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

02-10-2024 08:00 - Capaz de vestir-se

02-10-2024 08:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

02-10-2024 08:00 - Capaz de calçar meias

02-10-2024 08:00 - Não calça as meias.

02-10-2024 08:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Não escolhe as roupas [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Capaz de vestir-se

08-10-2024 08:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [MANTEVE].

08-10-2024 08:00 - Capaz de calçar meias

08-10-2024 08:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [Manhã] [FIM] 08-10-2024 08:00
08-10-2024 08:00 - Vestuário do familiar dependente adequado face às condições ambientais e antropométricas.

Andar

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

02-10-2024 08:00 - Andar comprometido

02-10-2024 08:00 - Determinar evolução do andar

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do andar [Manhã]

08-10-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

08-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

02-10-2024 08:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

02-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [Tarde] [FIM]

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [Tarde]

Padrão alimentar

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 5.

02-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

02-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

02-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

02-10-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado

para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

08-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

08-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em potássio [Tarde]

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

02-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético [FIM] 08-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não

dificultador.

08-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

08-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Tarde]

08-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre dieta restrita em potássio [Tarde]

08-10-2024 08:00

08-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 5.

08-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

08-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

08-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Reforçar ao cliente a importância da autovigilância e avaliação diária dos sinais vitais no domicílio;
- Instruir o cliente a avaliar em SOS ou sempre que sentir algum mal-estar;
- Instruir o cliente que a retenção de líquidos, consequentemente aumenta a pressão sanguínea; Fonte: (Chou et al., 2017).

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Instruir o cliente a identificar quais os sinais de que deve estar atento em caso de retenção de líquidos (dispneia e tosse em pequenos esforços e ortopneia, edema dos membros inferiores, incremento do peso corporal, aumento da pressão arterial e astenia);
- Informar o cliente sobre as semelhanças entre os sinais das complicações pulmonares causadas pela retenção de líquidos e os sintomas de infeções respiratórias, particularmente em sintomas como a dispneia e a tosse; Fontes (Lee et al., 2019; Marchão et al., 2011; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- Instruir o cliente que as complicações em caso de retenção de líquidos são, dispneia, derrame pleural e edema agudo do pulmão, congestão pulmonar, complicações cardíacas como hipertrofia do ventrículo esquerdo, e hipertensão; Fontes: (Chou & Kalantar - Zadeh., 2017; Law et al., 2023).

Ensinar cuidador sobre sinais de retenção de líquidos

- Instruir o CI a identificar quais os sinais a que deve estar atento no cliente em caso de retenção de líquidos (dispneia e tosse em pequenos esforços e ortopneia, edema dos membros inferiores, incremento do peso corporal, aumento da pressão arterial e astenia);
- Informar o CI sobre as semelhanças entre os sinais das complicações pulmonares causadas pela retenção de líquidos e os sintomas de infeções respiratórias, particularmente em sintomas como a dispneia e a tosse; Fontes: (Lee et al., 2019;

Marchão et al., 2011; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre complicações da retenção de líquidos

- Instruir o CI que as complicações em caso de retenção de líquidos são, dispneia, derrame pleural e edema agudo do pulmão, congestão pulmonar, complicações cardíacas como hipertrofia do ventrículo esquerdo, e hipertensão; Fontes: (Chou & Kalantar - Zadeh., 2017; Law et al., 2023).

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- Informar o CI que para a prevenção de quedas, é necessário efetuar alterações no domicílio;
- Instruir o CI a remover todos os tapetes e passadeiras;
- Instruir o CI a retirar todos os objetos do chão em que se possa tropeçar (papeis, livros, roupas e sapatos);
- Instruir o CI a evitar o excesso de móveis e proporcionar espaço entre a mobília para circulação;
- Instruir o CI a manter as divisões bem iluminadas quando as utilizar;
- Instruir o CI a enrolar ou prender junto da parede os cabos e fios soltos para não tropeçar neles;
- Instruir o CI a preferir sofás mais altos e firmes e poltronas com braço;
- Instruir o CI que na casa de banho, é importante manter o chão seco e não trancar a porta;
- Instruir o CI a optar por comprar ao cliente, calçado de tamanho adequado e com sola antiderrapante; Fonte: (Marinho et al., 2020).

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Instruir o cliente sobre a importância, de manter a pesagem diária, utilizando sempre a mesma balança, preferencialmente à mesma hora do dia e com a mesma quantidade de roupa;
- Informar o cliente que a pesagem diária, facilita o controlo do peso, contribuindo para uma melhor gestão do regime dietético e vigilância de retenção de líquidos;
- Instruir o cliente da importância de inspecionar regularmente a sua pele, monitorizando o seu estado de hidratação e das suas mucosas; Fontes: (Lima et al., 2022a; Sousa et al., 2016).

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

- Analisar com o cliente que no seu organismo ocorrem alterações devido à incapacidade dos rins em eliminar os líquidos de forma eficaz, acontece uma acumulação de líquidos que resulta num acréscimo do esforço cardíaco e consequentemente na pressão arterial elevada;
- Informar que a redução da ingestão de líquidos contribuirá para um menor acúmulo de volume e estabiliza a pressão arterial;
- Incentivar o cliente a refletir sobre estas questões, ao promover a sua conscientização e autorreflexão sobre a importância da adoção de comportamentos adequados; Fontes: (Levey & Coresh, 2002; Marchão et al., 2011).

Ensinar cuidador sobre vigilância da pressão sanguínea

- Instruir o CI da importância da vigilância e a avaliação diária dos sinais vitais do cliente no domicílio;
- Instruir o CI a avaliar em SOS ou sempre que o cliente sentir algum mal-estar;
- Instruir o CI sobre os sinais de retenção de líquidos, que conseqüentemente aumentam a pressão sanguínea do cliente (edema membros inferiores, hipertensão arterial e dispnéia);
Fonte: (Chou & Kalantar - Zadeh., 2017).

Ensinar cuidador sobre vigilância do peso corporal

- Instruir o CI sobre a importância, de manter a pesagem do cliente diária, utilizando sempre a mesma balança, preferencialmente à mesma hora do dia e com a mesma quantidade de roupa;
- Informar o CI que a pesagem diária do cliente, facilita o controlo do peso, ao contribuir para uma melhor gestão da dieta e vigilância de retenção de líquidos;
- Solicitar ao CI o registo do peso diário do cliente em folhas de registo;
- Reforçar ao CI a importância de inspecionar regularmente a pele do cliente e monitorizar o seu estado de hidratação e das suas mucosas; Fontes: (Lima et al., 2022a ; Sousa et al., 2016).

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos

- Analisar com o cliente a relação entre consumo de sal, o autocontrolo da sede e da pressão arterial;
- Analisar com o cliente a importância de reduzir a ingestão de sal para 2-3g/dia;
- Analisar com o cliente que a ingestão excessiva de líquidos agrava a retenção hídrica, logo optar por colocar numa garrafa apenas a quantidade de líquidos recomendada;
- Incentivar o cliente a refletir sobre o tema e estimular a autorreflexão; Fontes: (Cristovão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos

- Reforçar ao cliente a importância de reduzir a ingestão de líquidos para o alívio dos sintomas da insuficiência cardíaca e da congestão pulmonar;
- Disponibilizar informações claras e detalhadas sobre a doença e os riscos associados à ingestão excessiva de líquidos;
- Reforçar ao cliente que a ingestão excessiva de líquidos agrava a retenção hídrica e provoca edemas nos membros inferiores, dispnéia, astenia, aumento da pressão arterial (pelo maior esforço cardíaco) e edema agudo do pulmão (por acumulação de líquidos no pulmão);
- Incentivar o cliente a refletir sobre estas questões, ao promover a sua conscientização e autorreflexão sobre a importância da adoção de comportamentos adequados; Fontes: (Loutradis et al., 2021; Marchão et al. 2011).

Analisar com o cuidador a relação entre a dieta e retenção de líquidos

- Analisar com o CI a relação entre consumo de sal, o autocontrolo da sede e da pressão arterial;
- Instruir o CI, a quantificar a quantidade de sal adicionado na preparação das refeições

(2-3g/dia);

- Analisar com o CI que a ingestão excessiva de líquidos agrava a retenção hídrica, logo optar por colocar numa garrafa apenas a quantidade de líquidos recomendada para o cliente;
- Incentivar o CI a refletir sobre o tema e estimular a autorreflexão;
- Estabelecer uma relação de ajuda-confiança com o CI, ao escutar, proporcionar conforto, respeitar a sua individualidade e demonstrar disponibilidade para prestar apoio contínuo; Fontes: (Cristovão, 2016; DGS, 2019; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017; Sequeira, 2016).

Ensinar cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário

- Instruir o CI sobre o autocuidado de higiene diária do meato urinário do cliente;
- Assistir o cliente a lavar a área do meato urinário diariamente com água e sabão, evitando produtos irritantes;
- Limpar o tubo do cateter vesical a partir do ponto de inserção, movendo-se no sentido do saco coletor. E manter o sistema de drenagem fechado para minimizar o risco de introdução de microrganismos;
- Enfatizar a importância de manter o cateter fixo de forma adequada para evitar deslocamentos ou traumas;
- Ensinar técnicas seguras de esvaziamento do saco coletor;
- Manter o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga para evitar refluxo urinário;
- Capacitar o CI para identificar sinais de alerta, tais como febre, dor, ou alterações nas características da urina; Fontes: (DGS, 2022; Papa, 2021).

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Informar o cliente que é fundamental avaliar a capacidade dos seus rins, em eliminar líquidos. Pois a TFG, reduz à medida que a doença renal evolui;
- Instruir o cliente a monitorizar a presença de sedimentos, alterações na cor ou odor da urina, bem como sinais inflamatórios; Fontes: (DGS, 2022; Papa, 2021).

Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação urinária

- Informar o CI que é fundamental avaliar a capacidade dos rins do cliente em eliminar líquidos. Pois a TFG, reduz à medida que a doença renal evolui;
- Instruir o CI a monitorizar as taxas de excreção urinária, solicitando ao CI o registo diário da diurese do cliente, para vigilância do débito urinário;
- Instruir o CI a monitorizar a presença de sedimentos, alterações na cor ou odor da urina, bem como sinais inflamatórios; Fontes: (DGS, 2022; Papa, 2021).

Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

- Informar o cliente que o seu posicionamento adequado, é uma estratégia fundamental para auxiliar a minimizar o edema dos membros inferiores;
- Instruir o cliente a elevar as suas pernas acima do nível do coração, ao utilizar almofadas quando ele estiver em posição Fowler ou decúbito dorsal (conforme a sua tolerância);
- Incentivar o cliente a movimentar-se, conforme a sua tolerância; Fonte: (Sousa et al., 2016).

Ensinar cuidador sobre posicionamento para diminuir o edema

- Informar o CI que o posicionamento adequado do cliente, é uma estratégia fundamental para auxiliar a minimizar o edema dos membros inferiores;
- Instruir o CI a elevar as pernas do cliente acima do nível do coração, ao utilizar almofadas quando ele estiver em posição Fowler ou decúbito dorsal (conforme a sua tolerância);
- Instruir o CI a incentivar o cliente a movimentar-se, conforme a sua tolerância;
- Instruir o CI durante o padrão de repouso noturno do cliente, a elevar ligeiramente as pernas ao colocar uma almofada sob os tornozelos; Fonte: (Sousa et al., 2016).

Ensinar sobre complicações na fístula arteriovenosa

- Ensinar o cliente sobre o autocuidado ao AV, com o propósito de produzir condutas que irão auxiliar na preservação da integridade e conservação do seu AV;
- Ensinar os cuidados que se deve ter com o AV, bem como as principais intercorrências (trombose, infecção), que pode apresentar devido ao cuidado inadequado com o mesmo; Fontes: (Ibeas et al., 2017; Sousa, C. N., 2012).

Ensinar sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Instruir o cliente sobre cuidados de higiene adequados ao membro do AV (lavar com água e sabão);
- Instruir o cliente a observar o membro do AV diariamente e vigiar a presença de sinais de infecção (calor local, rubor, edema e dor);
- Instruir o cliente a palpar o AV pelo menos duas vezes por dia para sentir o frémito (ao acordar e ao deitar);
- Instruir o cliente a evitar dormir sobre o membro do AV;
- Instruir o cliente a não permitir a administração de medicação endovenosa no membro do AV;
- Instruir o cliente a não permitir a avaliação da tensão arterial ou colheitas de sangue no membro do AV;
- Instruir o cliente a evitar o uso de roupas apertadas, e não usar acessórios no membro do AV que comprometam o fluxo da FAV (relógios ou pulseiras);
- Instruir o cliente a evitar locais com diferenças de temperaturas extremas pelo risco de alterações bruscas da pressão arterial e efeitos no fluxo sanguíneo da FAV (vasoconstrição em situações de frio extremo ou vasodilatação e hipotensão em situações de calor extremo); Fontes: (Ibeas et al., 2017; Sousa, C. N., 2012).

Ensinar cuidador sobre complicações da fístula arteriovenosa

- Ensinar o CI sobre o autocuidado ao AV do cliente;
- Ensinar o CI sobre os cuidados que deve ter com o AV do cliente, bem como as principais intercorrências (trombose, infecção), que o cliente pode apresentar devido ao cuidado inadequado com o seu AV; Fontes: (Ibeas et al., 2017; Sousa, C. N., 2012).

Ensinar cuidador sobre prevenção de complicações da fístula arteriovenosa

- Instruir CI nos seguintes cuidados de forma a promover e assistir na vigilância do autocuidado ao AV do cliente:
- Assistir nos cuidados de higiene adequados ao membro do AV (higienizar com água e

sabão);

- Assistir na palpação do AV pelo menos duas vezes por dia para sentir o frémito (ao acordar e ao deitar);
- Observar juntamente com cliente, o membro do AV diariamente e vigiar a presença de sinais de infeção, tais como calor local, rubor, edema e dor;
- Não permitir a administração de medicação endovenosa no membro do AV;
- Não permitir a avaliação da tensão arterial ou colheitas de sangue no membro do AV;
- Não permitir o uso de roupas apertadas e acessórios no membro do AV que comprometam o fluxo da FAV do cliente (relógios ou pulseiras);
- Evitar locais com diferenças de temperaturas extremas pelo risco de alterações bruscas da pressão arterial e efeitos no fluxo sanguíneo da FAV (vasoconstrição em situações de frio extremo ou vasodilatação e hipotensão em situações de calor extremo); Fontes: (Ibeas et al., 2017; Sousa, C. N., 2012).

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Instruir o cliente a aplicar calor, para promover a diminuição da inflamação e o relaxamento muscular;
- Instruir o cliente sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tais como aromaterapia (o uso de óleos essenciais, como lavanda) e a musicoterapia, que auxiliam na sua distração;
- Instruir o cliente sobre práticas integrativas e complementares em saúde, no qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos; Fontes: (OE, 2008; Santos et al., 2022).

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Instruir o CI a aplicar calor no cliente, para promover a diminuição da inflamação e o relaxamento muscular;
- Instruir o CI a massajar e pressionar partes do corpo do cliente, para facilitar o relaxamento;
- Instruir o CI a utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tais como aromaterapia (o uso de óleos essenciais, como lavanda) e a musicoterapia, que auxiliam na distração do cliente;
- Instruir o CI sobre práticas integrativas e complementares em saúde, no qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos; Fontes: (OE, 2008; Santos et al., 2022).

Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

- A ingestão excessiva de líquidos agrava a retenção hídrica, variando conforme o estadió da doença renal e o nível de comprometimento da função excretora; Fonte: (Marchão, 2011).

Ensinar sobre regime dietético

- Instruir o cliente a ingerir numa refeição principal alimentos ricos em proteína (carne, peixe, ovos), sendo a outra refeição constituída por sopa, pão e fruta;
- Instruir o cliente a optar por uma dieta variada e mediterrânica, ingerindo mais peixes

- ricos em Omega-3 (sardinha ou salmão) e carnes magras (frango ou peru);
- Instruir o cliente a aumentar ingestão de hidratos de carbono por refeição;
- Instruir o cliente a optar por ingerir, mais refeições por dia e em menor quantidade (média 6 refeições/dia);
- Instruir o cliente a preferir alimentos frescos e evitar alimentos pré-cozinhados e embalados;
- Instruir o cliente a limitar os bolos e produtos de pastelaria, os gelados e refrigerantes;
- Instruir o cliente a limitar os laticínios, órgãos e vísceras animais, conservas, enlatados e fumados;
- Informar sobre regime de ingestão de líquidos; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Instruir o CI a preparar uma refeição principal com alimentos ricos em proteína (carne, peixe, ovos), sendo a outra refeição constituída por sopa, pão e fruta;
- Instruir o CI a optar por preparar uma dieta variada e mediterrânica, ingerindo mais peixes ricos em Omega-3 (sardinha ou salmão) e carnes magras (frango ou peru);
- Instruir o CI a preparar mais refeições por dia e em menor quantidade (média 6 refeições/dia);
- Instruir o CI evitar adquirir bolos e produtos de pastelaria, os gelados e refrigerantes;
- Instruir o CI a optar por adquirir alimentos frescos e evitar alimentos pré-cozinhados e embalados;
- Informar o CI sobre regime de ingestão de líquidos do cliente; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre regime ingestão de líquidos

- Instruir o CI a optar por colocar numa garrafa apenas a quantidade de líquidos recomendada para o cliente (1000 ml de água por dia);
- Informar o CI que todos os líquidos consumidos devem ser contabilizados, incluindo água, café/cevada, gelo, leite, chá, iogurtes líquidos, sumos e refrigerantes, cerveja, vinho e outras bebidas alcoólicas, sopas e caldos, gelados e gelatinas;
- Instruir o CI que o cliente deve evitar o consumo de sopa em ambas as refeições, optar pelo jantar;
- Instruir o CI a evitar o consumo de bebidas gaseificadas, refrigerantes e alimentos com elevado teor de açúcar, pois aumentam a sensação de sede do cliente;
- Informar o CI a preparar líquidos à temperatura ambiente ou mornos, uma vez que contribuem para reduzir a sensação de sede; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Instruir o cliente a reduzir ingestão de sal, quantificando a quantidade de sal adicionado na preparação das refeições (2-3g/dia);
- Instruir o cliente verificar a quantidade de sal no rótulo dos alimentos;
- Instruir o cliente a evitar alimentos salgados e embalados (batatas fritas, fast-food, enchidos, enlatados);

- Instruir o cliente a evitar adquirir alimentos pré-confeccionados pois têm maior teor de sal; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre dieta restrita em potássio

- Instruir o cliente a reduzir ou evitar cereais integrais e pão integral;
- Instruir o cliente a reduzir ou evitar frutos secos e oleaginosos, tais como, castanhas, nozes, amêndoas e passas;
- Instruir o cliente a reduzir ou evitar frutas cruas, tais como, banana, abacate, melão, citrinos e tomate;
- Instruir o cliente a reduzir ou evitar leguminosas, tais como, feijão, grão e ervilhas; Fontes: (Garagarza et al., 2022; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre dieta restrita em potássio

- Instruir CI a reduzir ou evitar adquirir cereais integrais e pão integral;
- Instruir CI a reduzir ou evitar adquirir frutos secos e oleaginosos, tais como, castanhas, nozes, amêndoas e passas;
- Instruir CI a reduzir ou evitar adquirir frutas cruas, tais como, banana, abacate, melão, citrinos e tomate;
- Instruir CI a reduzir ou evitar adquirir leguminosas, tais como, feijão, grão e ervilhas;
- Instruir o CI que deve preparar as batatas e os legumes, da seguinte forma:
- Descascar as batatas e restantes legumes (incluído a cenoura, feijão verde, abobora, couve) em pequenos pedaços;
- Numa panela com bastante água, adicionar os alimentos e deixar ferver durante 2 -3 min;
- Escorrer a água da panela e colocar uma água nova, de preferência a ferver, para terminar a cozedura dos alimentos; Fontes: (Garagarza et al., 2022; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Instruir o cliente a colocar numa garrafa apenas a quantidade de líquidos recomendada (1000ml de água por dia);
- Instruir o cliente que todos os líquidos consumidos devem ser contabilizados, incluindo água, café/cevada, gelo, leite, chá, iogurtes líquidos, sumos e refrigerantes, cerveja, vinho e outras bebidas alcoólicas, sopas e caldos, gelados e gelatinas;
- Instruir o cliente a evitar o consumo de sopa em ambas as refeições, optar pelo jantar;
- Instruir o cliente a evitar o consumo de bebidas gaseificadas, refrigerantes e alimentos com elevado teor de açúcar, pois aumentam a sensação de sede;
- Instruir o cliente a optar por ingerir líquidos à temperatura ambiente ou mornos, uma vez que contribuem para reduzir a sensação de sede; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre dieta restrita em sódio

- Instruir o CI a reduzir ingestão de sal, quantificando a quantidade de sal adicionado na preparação das refeições (2-3g/dia);
- Instruir o CI sobre a relação entre consumo de sal, controlo da sede e da pressão arterial;
- Instruir o CI a substituir o sal na confeção de alimentos por ervas aromáticas e especiarias;

- Instruir o CI a evitar caldos de carne e molhos pré-preparados, pelo excesso de sal na sua preparação;
- Instruir o CI a verificar a quantidade de sal no rótulo dos alimentos;
- Instruir CI a evitar adquirir alimentos pré-confecionados pois têm maior teor de sal;
- Instruir CI a evitar adquirir os alimentos salgados e embalados (batatas fritas, fast-food, enchidos, enlatados); Fontes: (Cristovão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede

- Instruir o cliente a utilizar uma garrafa pequena para controlar o volume a ingerir durante o dia, optando por ingerir pequenas quantidades de cada vez;
- Instruir o cliente a preferir líquidos à temperatura ambiente;
- Instruir o cliente a mastigar pastilhas elásticas de sabor a mentol e sem açúcar;
- Instruir o cliente a trincar rodela de limão;
- Instruir o cliente a lavar os dentes e a língua, quando sentir muita sede;
- Instruir o cliente a evitar bebidas gaseificadas e ricas em açúcar; Fontes: (Cristovão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

- Informar o cliente como seu organismo funciona, destacando que seus rins não conseguem excretar urina em quantidade suficiente. No momento, o excesso de líquidos só pode ser removido com o auxílio de medicação administrada duas vezes dia, que complementa a capacidade dos rins de eliminar líquidos diariamente;
- Instruir o cliente que necessita de reduzir a ingestão de líquidos para o alívio dos sintomas da insuficiência cardíaca e da congestão pulmonar;
- Informar o cliente que a retenção de líquidos provoca sinais e sintomas como edemas nos membros inferiores, dispneia, astenia, aumento da pressão arterial (pelo maior esforço cardíaco) e edema agudo do pulmão (por acumulação de líquidos no pulmão); Fontes: (Loutradis et al., 2021; Marchão et al. 2011).

3.8. Síntese relativa ao caso

Os cuidados prestados ao cliente centraram-se no controlo dos sinais e sintomas associados ao processo infeccioso diagnosticado, bem como na monitorização da função renal e cardíaca. As intervenções de enfermagem abrangeram diversas dimensões do cuidado, incluindo os domínios do sistema respiratório, sistema cardiovascular, volume de líquidos, padrão alimentar, sensações somáticas (dor), atitudes terapêuticas (FAV) e sondas, cateteres e drenos (cateter vesical). O primeiro contacto com o cliente ocorreu no primeiro dia do seu internamento, durante a avaliação inicial foi dada particular importância aos dados sugestivos de alteração da volémia. O cliente apresentava dispneia e edemas acentuado dos membros inferiores.

A participação ativa do CI assumiu um papel essencial na manutenção da continuidade dos cuidados, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida do cliente e, simultaneamente, para o fortalecimento do próprio CI no desempenho desta função. Desde o primeiro contacto, foi evidente a necessidade de envolver o CI e o cliente, na promoção da consciencialização acerca da ingestão e retenção de líquidos, da dieta e do controlo da pressão arterial. Foi fundamental esclarecer que a redução da ingestão de líquidos contribui para a diminuição do acúmulo de volume no organismo, favorecendo a estabilização da pressão arterial. Além disso, destacou-se que o consumo excessivo de líquidos pode agravar a retenção hídrica, resultando em edemas nos membros inferiores, dispneia, astenia, elevação da pressão arterial (devido ao aumento da sobrecarga cardíaca) e, em casos mais graves, edema agudo do pulmão. Também foi abordada a relação entre o consumo de sal, o autocontrolo da sede e a regulação da pressão arterial, demonstrando como estes fatores estão interligados na gestão da condição clínica do cliente. Após um processo de autorreflexão, tanto CI quanto o cliente compreenderam a importância destas relações, reconhecendo-as como determinantes para o controlo dos sinais e sintomas associados ao equilíbrio do volume de líquidos no organismo.

No decorrer das intervenções de enfermagem, o CI e o cliente foram informados e instruídos sobre a importância da vigilância diária do peso corporal, da monitorização da pressão arterial, da FC, da saturação de oxigénio e da observação dos membros inferiores. O objetivo foi capacitá-los para a identificação precoce de sinais indicativos de retenção de líquidos, tais dispneia e tosse com pequenos esforços, ortopneia, edema dos membros inferiores, aumento do peso corporal, elevação da pressão arterial. A finalidade desta estratégia foi permitir que ambos reconhecessem possíveis indícios de retenção hídrica ou descompensação cardíaca, ao promover a adoção de medidas adequadas, como a solicitação de avaliação médica atempada. Além disso, o CI demonstrou estar apto a reconhecer sinais iniciais de sobrecarga hídrica e a auxiliar o cliente na implementação de estratégias para prevenir complicações. A implementação destas orientações resultou em ganhos significativos para o cliente e CI, possibilitando a conclusão deste diagnóstico.

A gestão do cateter vesical e da FAV também, foram um dos focos de intervenção, com a realização de ensinamentos direcionados ao CI e ao cliente, para aprimorar e corrigir práticas no autocuidado. A aquisição de hábitos apropriados mostrou-se fundamental para a promoção de boas práticas no autocuidado, assegurando a segurança e o bem-estar do cliente. Ao longo do acompanhamento, foi observada uma evolução positiva na adesão às recomendações, permitindo, assim, a conclusão destes diagnósticos.

No âmbito da sensação somática, foi identificada a presença de dor crónica no cliente, evidenciando a necessidade de ampliar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas, ao contribuir para um maior conforto do cliente e, simultaneamente, para o alívio do desgaste emocional do CI, ao capacitá-lo para atuar de forma segura e eficaz na gestão da dor. Diante disso, foram efetuados ensinamentos, com o objetivo de capacitá-los para a adoção de medidas

complementares ao tratamento medicamentoso, com o propósito de promover uma melhor gestão da dor e melhoria da qualidade de vida. Ao longo do processo, observou-se uma evolução positiva na compreensão e na aplicação destas estratégias, o que possibilitou a conclusão deste diagnóstico.

No que se refere ao autocuidado, especificamente nas atividades de higiene pessoal, vestir-se, despir-se, mobilidade (erguer-se) e locomoção, o cliente apresenta uma redução da sua funcionalidade física, tornando-se dependente do apoio e assistência do CI. A necessidade de suporte é particularmente evidente nas tarefas relacionadas com a higiene, o vestuário e a capacidade de se erguer e deslocar. No entanto, observou-se que o CI demonstra competência e disponibilidade para auxiliá-lo de forma eficaz, ao garantir que as necessidades do cliente sejam atendidas. A sua intervenção diária revelou-se fundamental para a preservação da dignidade e do bem-estar do cliente, evidenciando a relevância do seu empenho e dedicação contínuos.

No segundo contacto, devido à complexidade das intervenções necessárias, foi dada prioridade à otimização da gestão do regime de líquidos e do regime dietético. Tanto o CI quanto o cliente demonstram um compromisso com estas orientações, porém identificou-se a necessidade de aprofundar e aprimorar o conhecimento sobre o regime terapêutico, especialmente no que se refere às restrições de sódio, potássio e líquidos. Para garantir uma melhor adesão ao regime terapêutico, tornou-se essencial lembrar e reforçar os ensinamentos, permitindo a consolidação do conhecimento e a adoção de práticas mais eficazes no controlo do regime dietético e restrição de líquidos.

Após as visitas domiciliárias, o CI e o cliente referiram que às abordagens as diferentes temáticas permitiram aprofundar e reforçar os conhecimentos nas diferentes áreas. Ao longo do processo de cuidados, tive a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com o CI e com o cliente, baseada na confiança, no respeito e na individualidade de cada um. Esta relação permitiu não apenas a promoção de um ambiente de segurança e tranquilidade, mas também o fortalecimento da autoconfiança do CI e do cliente, no controlo do regime terapêutico. Além disso, foi fundamental integrar princípios éticos e humanizados, como a compreensão e a empatia, ao assegurar que ambos se sentissem acolhidos e valorizados. Desta forma, a relação terapêutica consolidou-se como um pilar essencial para a prestação de um cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades.

A aplicação da técnica *teach-back* (DGS, 2019) foi utilizada com o CI e com o cliente, para reforçar as informações transmitidas, permitindo avaliar se foram corretamente compreendidas. Este método assegurou uma melhor assimilação dos fatores que influenciam o seu estado de saúde, ao garantir que o CI e o cliente consigam interpretar e aplicar corretamente as orientações recebidas.

Neste contexto, o ensino e o apoio direcionados ao CI assumiram um papel central, não só para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, mas também para promover a sua

própria qualidade de vida. A capacitação técnica, aliada ao suporte emocional e informativo, contribui para o fortalecimento das suas competências, redução do risco de sobrecarga e favorecimento de um ambiente de cuidado mais equilibrado e sustentável para ambos.

Em conclusão, a educação para a saúde, quando estruturada de forma participativa e inclusiva, revelou-se uma ferramenta essencial na promoção de mudanças sustentáveis nos estilos de vida. Através da adoção de estratégias de comunicação eficazes e personalizadas, foi possível capacitar o CI com técnicas adequadas de assistência, ao contribuir para um cuidado mais eficiente, seguro e humanizado. Neste contexto, a atuação do Enfermeiro Especialista assume um papel fundamental, pois, com a sua expertise, não apenas orienta e educa, mas também promove a autonomia dos envolvidos no processo de cuidados, incentivando a adoção de práticas saudáveis. Desta forma, o impacto da intervenção especializada reflete-se na melhoria da qualidade de vida do CI e do cliente, ao fortalecer o autocuidado e a gestão do regime terapêutico, elementos essenciais para um acompanhamento de saúde eficaz e centrado na pessoa.

4. ESTUDO DE CASO 2

Cliente do sexo feminino com 69 anos, cognitivamente integra, necessita atualmente de assistência no autocuidado, particularmente nas atividades de higiene pessoal, mobilidade (erguer-se) e locomoção, por agravamento da IC. Reside com o esposo e tem dois filhos, ambos habitam na mesma rua dos seus progenitores e mantêm uma boa relação familiar. Os filhos desempenham um papel fundamental no apoio à mãe, especialmente na monitorização e autogestão da sua doença. A principal cuidadora é a filha, que conta com o suporte constante do irmão e do pai. Como antecedentes pessoais, a cliente apresenta DM tipo 2, Obesidade Mórbida, IC com fração de ejeção preservada, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) agudizada, DRC, Patologia Osteoarticular do dorso e histórico de Tromboembolismo Pulmonar de risco intermédio de mortalidade a dezembro de 2022. Em 23 de setembro, foi internada no serviço de medicina interna devido a IC descompensada, manifestando dispneia em repouso, intolerância ao decúbito e edema bilateral dos membros inferiores. No dia 27 de setembro, o seu regime de internamento foi alterado para a UHD, com o objetivo de manter a monitorização e vigilância da função renal e cardíaca.

4.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo pretende-se apresentar as informações obtidas por meio da revisão e análise bibliográfica, que identificamos como mais pertinente para a abordagem do caso clínico em estudo e a elaboração do seu plano de cuidados.

Insuficiência Cardíaca, a sua Definição, Etiologia e Diagnóstico

A IC é uma patologia com uma elevada prevalência mundial, que representa um dos principais desafios da saúde pública na atualidade (McDonagh et al., 2021; Heidenreich et al., 2022, OMS, 2024b). A prevalência da doença cardiovascular tem aumentado ao longo dos anos, e a sua origem é atribuída à presença de fatores de risco cardiovasculares (FRCV), podendo estes ser classificados em modificáveis e não modificáveis (Timóteo et al., 2020). Os FRCV não modificáveis são aqueles que não podem ser alterados por meio de intervenções preventivas, nomeadamente a idade, o género, a etnia/raça, a história pessoal e familiar de doença cardiovascular. Contudo os FRCV modificáveis podem ser alvo de intervenção e ser retificados,

reduzindo a probabilidade de desenvolvimento e progressão da doença (Homem et al., 2023). Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, a alimentação, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, os fatores psicossociais, a HTA, a dislipidémia, a DM, a obesidade e as alterações do sono (Homem et al., 2023).

A IC é uma síndrome clínica caracterizada por uma anomalia estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado tanto em repouso quanto durante o exercício (SEC, 2021). Esta manifesta-se por um conjunto de sintomas característicos tais como, a dispneia, a fadiga e edema nos membros inferiores, frequentemente acompanhados por sinais clínicos, como presença de sopros, taquicardia, distensão da veia jugular, congestão pulmonar e edema periférico (McDonagh et al., 2021; SEC, 2021). No sistema renal, observa-se redução da diurese diurna, acompanhada por noctúria, reflexo do acúmulo de fluidos e a sua redistribuição durante o repouso (Smeltzer et al., 2020). As manifestações respiratórias incluem ortopneia, dispneia aos esforços e dispneia paroxística noturna, estes sintomas resultam da congestão pulmonar e do comprometimento da função cardíaca na manutenção da perfusão tecidual adequada (Smeltzer et al., 2020). Esta é uma patologia crónica e progressiva que associada ao aparecimento da sintomatologia, pode comprometer a funcionalidade física, assim torna-se essencial a adoção de novos estilos de vida, visando o controlo da doença e a melhoria da qualidade de vida dos clientes após o diagnóstico (Cavalcante et al., 2018; Stamp et al., 2018).

A IC frequentemente, deve-se a uma disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, sendo que as três razões principais de diminuição da contratilidade do ventrículo esquerdo são a doença arterial coronária, a estenose aórtica e a hipertensão sistémica. Porém as anomalias da função diastólica ventricular, das válvulas, do pericárdio, do endocárdio, do ritmo cardíaco e da condução também podem causar IC, e estas podem coexistir (Fonseca et al., 2018; SEC, 2021).

Segundo McDonagh et al. (2021), a IC é classificada com base na presença e gravidade dos sintomas, utilizando a classificação funcional da Associação de Cardiologia de Nova Iorque (New York Heart Association - NYHA), que é dividida em quatro classes. Na Classe I, o cliente não apresenta qualquer limitação para a atividade física, esta não causa dispneia, fadiga ou palpitações (McDonagh et al., 2021). Já na Classe II, verifica-se uma ligeira limitação na atividade física, o cliente permanece confortável em repouso, mas a atividade física habitual pode desencadear sintomas como dispneia, fadiga ou palpitações (McDonagh et al., 2021). Na Classe III, a limitação torna-se mais acentuada (McDonagh et al., 2021). Embora o cliente se mantenha confortável em repouso, mesmo esforços menos intensos já são suficientes para provocar os sintomas (McDonagh et al., 2021). Por fim, na Classe IV, o cliente é incapaz de realizar qualquer atividade física sem desconforto (McDonagh et al., 2021). Os sintomas podem estar presentes mesmo em repouso e tendem a agravar-se com qualquer esforço físico (McDonagh et al., 2021).

Além da classificação funcional, a insuficiência cardíaca também pode ser avaliada com base em parâmetros hemodinâmicos, como a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) (SEC, 2021). De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), a IC pode ser igualmente classificada, com base na FEV, esta indica a percentagem de sangue ejetada pelo ventrículo esquerdo a cada contração. Com base na FEVE, distinguem-se atualmente três categorias principais de IC. A primeira corresponde à IC com fração de ejeção reduzida, definida por uma FEVE igual ou inferior a 40%. A segunda categoria, designada IC com fração de ejeção ligeiramente reduzida, abrange valores de FEVE entre 41% e 49%. Por fim, a IC com fração de ejeção preservada é caracterizada por uma FEVE igual ou superior a 50% (SEC, 2021).

Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico preciso da IC incluem a pesquisa de marcadores cardíacos nomeadamente o péptido natriurético tipo B (BNP)/porção N terminal do propeptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP), o eletrocardiograma de 12 derivações, a ecocardiografia transtorácica, a radiografia do tórax e as análises laboratoriais para a identificação de comorbilidades (SEC, 2021).

Regime Terapêutico

O tratamento desta patologia inclui duas formas de gerir a doença, com intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Timóteo et al., 2020). A intervenção farmacológica tem como objetivo estabilizar a função cardíaca do cliente e a intervenção não farmacológica tem como objetivo providenciar estratégias para capacitar o cliente e CI na gestão do seu autocuidado (Mcdonagh et al., 2021).

O enfermeiro exerce um papel fundamental no cuidado ao cliente e CI com IC, a sua dinâmica envolve intervenções terapêuticas, educativas e de estímulo ao autocuidado, ao contribuir para a estabilidade clínica do cliente (Galvão et al., 2016; Silva et al., 2022). A educação em saúde promove a adesão ao tratamento, a adoção de mudanças no estilo de vida e a implementação de estratégias de autocuidado, que são fatores determinantes para a redução da recorrência de descompensações (Galvão et al., 2016; Silva et al., 2022).

Regime Dietético e Restrição de Ingestão de Líquidos

A adoção de um regime dietético adequado e do controlo da ingestão de líquidos desempenha um papel fundamental no controlo da IC, contribuindo para a redução da sobrecarga cardiovascular e da retenção hídrica (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). A restrição de sódio é uma das primordiais recomendações nutricionais para clientes com IC, é recomendado limitar a ingestão de sal a 2-3g/dia, uma vez que o consumo excessivo está associado à retenção de fluidos e ao agravamento dos sintomas de congestão (Heidenreich et

al., 2022; McDonagh et al., 2021). O controlo da ingestão hídrica é fundamental, especialmente em clientes com IC avançada (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). A ingestão excessiva de líquidos pode desencadear episódios de descompensação, resultando em edema periférico e congestão pulmonar (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). Geralmente, recomenda-se uma restrição de líquidos para 1000 ml/dia, sendo esse valor ajustado conforme os níveis séricos de sódio e o estado clínico do cliente (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). A vigilância do peso corporal diário é outra estratégia relevante para reconhecermos variações no peso corporal do cliente, que possam significar retenção hídrica, desta forma proporcionamos ajustes precoces na ingestão de líquidos e na terapêutica diurética (Yancy et al., 2017).

Estratégias de Autocuidado

A implementação de estratégias de autocuidado representa um componente essencial na promoção da segurança, da integridade física e da qualidade de vida dos clientes com IC (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022). Entre estas estratégias, destacam-se as intervenções que visam prevenir complicações clínicas comuns, como as respiratórias, cutâneas e circulatórias (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022). O posicionamento do cliente na posição de Fowler, por exemplo, é amplamente recomendado por facilitar a expansão pulmonar e, conseqüentemente, prevenir complicações respiratórias (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022). Além disso, a inspeção regular da pele e a realização de mudanças de decúbito são fundamentais para evitar lesões cutâneas, aspiração e infeções associadas à imobilidade (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022).

A avaliação contínua da perfusão periférica também se revela imprescindível, uma vez que permite identificar precocemente sinais de comprometimento circulatório, ao contribuir para a prevenção de eventos tromboembólicos e para um acompanhamento eficaz da função respiratória (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022). Estas práticas, não apenas fortalecem a monitorização da condição clínica do cliente, como também promovem uma abordagem mais eficaz, segura e humanizada (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022).

O autocuidado muitas vezes é afetado pois a fadiga e a intolerância ao esforço são sintomas comuns na IC, ao limitar a sua capacidade funcional, desta forma, a adoção de estratégias de conservação de energia torna-se essencial para otimizar o desempenho das atividades diárias, ao reduzir a sobrecarga cardíaca e promover a autonomia de cada cliente (Costa et al., 2019; Lima et al., 2022b; Silva et al., 2022). As principais recomendações são a distribuição das atividades ao longo do dia (evitar esforços excessivos em curtos períodos), definir períodos de descanso entre as tarefas (minimizar a fadiga e permitir recuperação adequada), realizar as

atividades com movimentos lentos e suaves (a premência aumenta a fadiga e o desconforto), reorganizar e adaptar o domicílio (garantir que os objetos essenciais estejam ao alcance, ao reduzir deslocamentos desnecessários) e manter uma postura adequada durante as tarefas (Heart Failure Matters, 2025).

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a sua Definição, Etiologia e Diagnóstico

A DPOC afeta aproximadamente 800 mil portugueses e é atualmente a terceira principal causa de morte no mundo (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024). Dada a sua elevada prevalência e impacto na qualidade de vida dos clientes e CIs, é essencial aumentar a consciencialização sobre a doença, ao promover estratégias eficazes de prevenção e controlo (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024).

A DPOC caracteriza-se por uma obstrução progressiva e irreversível do fluxo de ar nas vias respiratórias, associada a um processo inflamatório persistente causado principalmente pela exposição prolongada a agentes nocivos, esta compromete significativamente a função pulmonar ao reduzir a capacidade respiratória (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024; Agustí et al, 2023). A tosse crónica com expectoração branca matinal (bronquite crónica) é um dos sintomas iniciais (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024). Outros sintomas como a pieira, resultam da inflamação e estreitamento dos brônquios, como consequência o tórax do cliente pode tornar-se insuflado e causar uma sensação de aperto no peito (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024). Além das alterações nas vias aéreas é comum a presença de enfisema pulmonar, uma condição caracterizada pela destruição dos alvéolos pulmonares, ao prejudicar as trocas gasosas de oxigénio e dióxido de carbono (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024). À medida que a doença progride, a dispneia torna-se mais intensa, ao surgir mesmo com esforços mínimos (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024).

A DPOC pode apresentar exacerbações, caracterizadas por episódios súbitos de agravamento dos sintomas, estas podem ser desencadeadas por infeções respiratórias, exposição a fumos, poeiras ou poluição, logo a sua prevenção é fundamental, pois cada exacerbação pode resultar numa perda irreversível da função pulmonar (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024). Além do impacto respiratório, os clientes com DPOC apresentam um aumento do risco de desenvolver outras condições, como doenças cardiovasculares, ansiedade e depressão, fatores que afetam significativamente a qualidade de vida (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024).

A DPOC tem uma etiologia multifatorial, sendo predominantemente causada pela exposição crónica a substâncias irritantes que promovem inflamação e o dano pulmonar irreversível (Lange et al., 2015; OMS, 2024c). Entre os principais fatores de risco, destacam-se o tabagismo, que é responsável por cerca de 85-90% dos casos de DPOC, a exposição a poluentes ambientais, a inalação de fumo de biomassa, a poluição do ar e exposição ocupacional a poeiras

e produtos químicos, os fatores genéticos (a deficiência de alfa-1 antitripsina, é uma condição hereditária rara, que pode predispor indivíduos ao desenvolvimento precoce de enfisema pulmonar), as infecções respiratórias frequentes na infância e as infecções pulmonares recorrentes podem comprometer o desenvolvimento pulmonar e aumentar o risco de DPOC na idade adulta (Lange et al., 2015; OMS, 2024c).

O diagnóstico da DPOC baseia-se no historial clínico, na avaliação dos sintomas e nos exames complementares de diagnóstico. Os principais critérios diagnósticos são a história clínica com avaliação dos principais fatores de risco, como tabagismo e exposição a poluentes, além da presença de sintomas como dispneia persistente, tosse crónica e produção excessiva de muco (Agustí et al, 2023). A espirometria é um exame fundamental para o diagnóstico, mede a capacidade respiratória do cliente (Lange et al., 2015; OMS, 2024c). Os exames complementares de diagnóstico são utilizados para identificar alterações estruturais pulmonares, como hiperinsuflação e destruição alveolar adulta (Lange et al., 2015; OMS, 2024c). E por último a gasometria arterial que avalia os níveis de oxigénio e dióxido de carbono no sangue, especialmente em casos graves de doença em idade adulta (Lange et al., 2015; OMS, 2024c).

A identificação precoce da DPOC é essencial para o controlo da progressão da doença e para a implementação de estratégias terapêuticas adequadas, pois o conhecimento da doença e a adoção de estratégias de autocuidado são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos clientes e CIs (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024). Aprender a viver com DPOC exige um processo contínuo de consciencialização e resiliência, onde a saúde respiratória se torna a prioridade (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024).

Regime Terapêutico

Os hábitos de vida saudáveis desempenham um papel fundamental no controlo da DPOC e na atenuação dos seus sintomas (Durães, 2024). Estratégias como a gestão da respiração, e a aplicação de técnicas de conservação de energia podem contribuir significativamente para a redução da sensação de dispneia (Durães, 2024). A higiene das vias respiratórias, como a ingestão de líquidos e a utilização de técnicas de tosse controlada facilitam a eliminação da expetoração (Durães, 2024). A prática regular de exercício físico melhora a autonomia e reduz o cansaço, fortalecendo os músculos respiratórios (Durães, 2024). Uma alimentação equilibrada contribui para o controlo do peso corporal e o acompanhamento médico regular é fundamental para monitorizar a evolução da doença e ajustar o regime terapêutico (Durães, 2024).

Regime Medicamentoso

Embora não exista cura para a DPOC, diversos tratamentos podem controlar a evolução da doença, aliviar os sintomas e reduzir o risco de exacerbações (Durães, 2024). As principais abordagens incluem a terapia inalatória (broncodilatadores e anti-inflamatórios que ajudam a melhorar o fluxo aéreo e reduzir a inflamação das vias respiratórias), a reabilitação pulmonar (programas de exercícios que melhoram a capacidade respiratória e aumentam a resistência física), a oxigenoterapia (indicada para casos avançados, que auxilia a suprir a deficiência de oxigénio no organismo), e a imunização contra gripe e pneumonia é essencial para reduzir o risco de infeções respiratórias e suas complicações (Durães, 2024).

Terapia Inalatória

A via inalatória é atualmente reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos clientes e CIs principalmente daqueles com patologia crónica, como a asma e a DPOC (Aguiar et al., 2017). Todavia a sua otimização exige uma adequada técnica inalatória, o que representa para os profissionais de saúde uma responsabilidade acrescida (Aguiar et al., 2017). A eficácia dos agentes farmacológicos na patologia respiratória resulta dos seus efeitos a nível das vias aéreas inferiores, assim, com a obtenção de elevadas concentrações locais destes agentes a nível do pulmão, maximizando o seu efeito terapêutico, e minimizando a absorção sistémica e os seus efeitos adversos administração (Aguiar et al., 2017). A ação dos fármacos administradas por via oral obtém-se após a sua entrada em circulação, uma pequena quantidade atinge o pulmão, por sua vez, na via inalatória os recetores existentes atingem as vias aéreas, só em pequena quantidade entram na circulação, apresentando assim vantagens óbvias, tais como, o uso de menor quantidade de drogas para obter o mesmo efeito terapêutico, um início mais rápido de ação e menos efeitos secundários administração (Aguiar et al., 2017). Devido às características anatómicas das vias aéreas, padrão ventilatório e propriedades aerodinâmicas das partículas de fármaco, a otimização máxima da deposição pulmonar da terapêutica está diretamente relacionada com a técnica de administração (Aguiar et al., 2017). De acordo com a Aguiar et al (2017), a técnica de inalação com câmara expansora pelo inalador pressurizado de dose calibrada (“pressurized metered dose inhale” (pMDI)) realiza -se segundo os seguintes passos:

1. O cliente deve estar de pé, sentado ou semifowler;
2. Aquecer o inalador pressurizado de dose calibrada à temperatura corporal;
3. Retirar a tampa do inalador pressurizado de dose calibrada e agitar durante 5 segundos;
4. Colocar o inalador pressurizado de dose calibrada na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora;
5. Efetuar uma expiração lenta;

6. Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo; no caso das câmaras com máscara, esta deve ficar bem-adaptada à face, com as narinas ocluídas;
7. Ativar o inalador pressurizado de dose calibrada (no final da expiração);
8. O cliente deve realizar um ciclo de 5 ventilações completas (cheirar a flor e soprar a vela); seguidamente retira-se a câmara expansora da face do cliente e aguarda-se cerca de 30 segundos a 1 min para realizar a próxima inalação, repetindo novamente o ciclo.
9. Esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação inalador pressurizado de dose calibrada;
10. Lavar a cavidade bucal e a face ao utilizar máscara, especialmente se forem inalados corticoides (Aguiar et al., 2017).

Ventilação Não Invasiva: Bilevel Positive Airway Pressure

A ventilação não invasiva (VNI) é caracterizada como um método ventilatório que não exige necessidade de entubação traqueal, promovendo suporte respiratório por meio de interfaces como máscaras faciais, nasais ou capacetes (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Desta forma, proporcionarmos maior conforto e tolerância aos clientes, ao permitir que clientes conscientes sejam ventilados de maneira eficaz, no entanto, apesar de suas vantagens, a aplicação da VNI tem indicações específicas, sendo influenciada pela patologia do cliente, pelo seu nível de colaboração e pelo empenho dos profissionais de saúde responsáveis pela sua administração (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009).

Os ventiladores utilizados neste tipo de suporte respiratório são ventiladores de pressão, sendo configurados para gerar pressão positiva durante a inspiração, denominada Inspiratory Positive Airway Pressure (IPAP), e pressão positiva durante a expiração, conhecida como Expiratory Positive Airway Pressure (EPAP) (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Esta modalidade ventilatória é denominada Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), uma vez que permite a aplicação de diferentes níveis de pressão ao longo do ciclo respiratório (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Além disso, estes dispositivos possibilitam tanto a ventilação espontânea, na qual os ciclos respiratórios são iniciados pelo próprio cliente e detetados pelo ventilador com base na sensibilidade do trigger inspiratório, enquanto na ventilação controlada, o número de ciclos respiratórios é previamente estabelecido pelo profissional de saúde responsável pelo ajuste do equipamento (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009).

Nos clientes com DPOC, a VNI é recomendada como a primeira opção terapêutica para suporte ventilatório (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Os clientes demonstram uma boa tolerância à VNI, especialmente durante o período noturno, sendo a máscara nasal a interface mais indicada por proporcionar maior conforto e adesão ao tratamento (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). A utilização prolongada da VNI nestes clientes apresenta benefícios

significativos, refletindo-se na redução da retenção de dióxido de carbono, na diminuição da sobrecarga imposta aos músculos respiratórios e na menor necessidade de internamentos hospitalares decorrentes de exacerbações da DPOC (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009).

As máscaras nasais permitem a aplicação de pressões positivas nas vias aéreas necessárias a patologia em causa, sem impedirem a comunicação verbal do cliente nem a eliminação da expectoração ou secreções brônquicas (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). As úlceras de pressão na face dos clientes, são menos frequentes, uma vez que as pressões utilizadas são menores, o que permite uma fixação mais suave à face do cliente (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). As máscaras nasais estão disponíveis em diferentes tamanhos para melhor se adaptarem à anatomia de cada cliente, esta deve ter o tamanho adequado e ser colocada na face, com a pressão adequada para evitar fugas significativas (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). O ajuste da interface depende da fuga existente, pelo que a vigilância da fuga e a verificação do volume corrente realizado pelo cliente deve ser frequente, de forma a evitar a hipoventilação, dado que, esta situação conduz a um aumento da pressão parcial arterial de dióxido de carbono originando encefalopatia, com a conseqüente necessidade de VNI (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009).

Diabetes Mellitus, a sua Definição, Etiologia e Diagnóstico

A epidemiologia da DM tem revelado uma tendência alarmante nas últimas décadas, com um crescimento exponencial no número de pessoas afetadas globalmente (OMS,2024e). A DM resulta da deficiência de insulina, conseqüente à ineficiência da sua ação a nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas (ADA, 2024; Banday et al., 2020). A insulina é uma hormona anabólica, produzida pelas células β dos Ilhéus de Langerhans do pâncreas, em resposta à ingestão de alimentos, que têm como função disponibilizar a glicose às células, através de um processo neuro-hormonal complexo (ADA, 2024; Banday et al., 2020). É uma patologia, em que o organismo não possui capacidade de manter os níveis de glicose dentro dos valores considerados normais na corrente sanguínea, logo a sua carência ou ação diminuta promove o incorreto aproveitamento das principais fontes de energia do nosso organismo (ADA, 2024; Banday et al., 2020). Polidipsia, poliúria, polifagia, perda de peso inexplicável, fadiga, infeções recorrentes, sonolência, são os sintomas clínicos clássicos que podem sugerir a presença do diagnóstico da DM (ADA, 2024; Banday et al., 2020).

De acordo com os critérios da American Diabetes Association (ADA, 2024), o diagnóstico da DM é confirmado se o cliente apresentar pelo menos um dos seguintes resultados laboratoriais:

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, este teste mede os níveis de glicose plasmática após um período mínimo de 8 horas de jejum, durante o qual o cliente não deve ingerir alimentos,

exceto água. Este exame é geralmente realizado no período da manhã, antes do pequeno-almoço.

- Glicemia de 200 mg/dL, duas horas após a ingestão de 75 g de glicose no teste oral de tolerância à glicose (OGTT), este teste avalia a capacidade do organismo processar a glicose. O procedimento consiste na medição da glicemia antes e duas horas após a ingestão de uma solução com 75 g de glicose.
- Hemoglobina glicada (HbA1c) \geq 6,5%, este exame mensura a média dos níveis de glicose no sistema sanguíneo nos últimos dois a três meses, uma das principais vantagens, é que este teste não requer jejum, nem a ingestão de substâncias específicas antes da sua realização.
- Glicemia ao acaso \geq 200 mg/dL, associada à presença dos sintomas clássicos da DM, este consiste na medição dos níveis de glicose no sangue em qualquer momento do dia, independentemente do horário da última refeição. É frequentemente solicitado quando o cliente apresenta sintomas sugestivos de hiperglicemia, como polidipsia, poliúria e perda de peso inexplicável (ADA, 2024).

A deteção precoce e o diagnóstico da DM são fundamentais para a implementação de estratégias eficazes de controlo, visando a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida do cliente e CI afetado. A DM é uma doença metabólica complexa cuja fisiopatologia envolve múltiplos fatores genéticos e ambientais, a sua manifestação clínica e os mecanismos subjacentes variam conforme o tipo de DM, o que levou à sua classificação em quatro categorias clínicas principais, cada uma com etiologia distinta (DGS, 2011a):

- A DM tipo 1 resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, como consequência, a insulinoaterapia torna-se indispensável para a sobrevivência do cliente.
- A DM tipo 2 é a forma mais frequente de DM, resultando da existência de insulinoopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. A DM tipo 2 é silenciosa e lenta, podendo permanecer assintomática por anos, é diagnosticada frequentemente em exames laboratoriais de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa.
- A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez.
- Os outros tipos específicos de DM que correspondem a situações em que a DM é resultado de um processo etiopatogénico identificado.

Diabetes Mellitus Tipo 2

A DM tipo 2 anteriormente associada à população adulta, tem vindo a aumentar o seu diagnóstico entre adolescentes e crianças, especialmente devido aos estilos de vida pouco saudáveis, como dieta inadequada e sedentarismo (ADA, 2024). A principal característica fisiopatológica da DM tipo 2 é a resistência à insulina, ou seja, a incapacidade dos tecidos periféricos responderem adequadamente à ação da insulina (ADA, 2024). Apesar do pâncreas

continuar a produzir insulina, a resistência à sua ação leva a um incremento da necessidade da hormona, obrigando células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas a um funcionamento aumentado (ADA, 2024). Com o tempo a falência progressiva das células β dos ilhéus de Langerhans ocorre, comprometendo ainda mais a regulação da glicose no sistema sanguíneo (ADA, 2024). Este processo é intensificado pelo excesso de peso corporal e pela acumulação de tecido adiposo, particularmente gordura visceral, que interfere no metabolismo da glicose e dos lípidos (ADA, 2024). A fisiopatologia da DM tipo 2 é multifatorial, envolve a interação de diversos fatores genéticos e ambientais (ADA, 2024). Os mecanismos fisiopatológicos incluem, a redução da sensibilidade à insulina nos tecidos periféricos, a disfunção das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, o aumento da secreção de glucagon pelas células α pancreáticas, as alterações na ação das incretinas, o acúmulo de gordura visceral e obesidade, o impacto negativo no metabolismo lipídico, o aumento da lipólise, as disfunções neurotransmissoras que afetam o controlo glicémico e o aumento da reabsorção renal de glicose, prolongando o estado hiperglicémico (ADA, 2024). A idade avançada, histórico familiar de DM, a diabetes gestacional, o sedentarismo e alimentação inadequada, e a obesidade destacam-se entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da patologia (ADA, 2024).

Regime Terapêutico da Diabetes Mellitus Tipo 2

O principal objetivo no tratamento da patologia consiste na manutenção da glicemia dentro dos níveis recomendados, prevenindo, assim, a progressão das complicações tardias da doença (ADA, 2024; APDP, 2023). Neste sentido o controlo da DM tipo 2 deve ser iniciado precocemente e baseado numa abordagem terapêutica, composta por alimentação equilibrada, prática regular de exercício físico e tratamento farmacológico (ADA, 2024; APDP, 2023). Além destes elementos essenciais, é fundamental reforçar o regime terapêutico, o controlo metabólico e a monitorização contínua da DM (ADA, 2024; APDP, 2023). Para tal, é indispensável o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar, esta deve respeitar as particularidades individuais do cliente, incluindo as suas experiências, valores, cultura e ritmo de aprendizagem (ADA, 2024; APDP, 2023). A abordagem visa garantir a participação ativa do diabético no seu processo educativo, ao promover uma relação de ajuda baseada na empatia e na comunicação eficiente (ADA, 2024; APDP, 2023).

Regime Dietético da Diabetes Mellitus Tipo 2

A gestão nutricional constitui um dos focos basilares no tratamento da DM, uma vez que a doença caracteriza-se por alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, exigindo um controlo rigoroso da alimentação (ADA, 2024; APDP, 2023). A adoção de um regime dietético

adequado desempenha um papel essencial na manutenção do equilíbrio glicémico, o seu planeamento deve ser individualizado, as variáveis como idade, sexo e nível de atividade física, devem ser consideradas de forma a incentivar hábitos alimentares equilibrados (ADA, 2024; APDP, 2023). O cliente deve ser orientado na seleção, quantificação e distribuição dos alimentos, as suas necessidades energéticas e nutricionais devem ser garantidas, além disso a sua orientação nutricional deve ser contínua e adaptada às suas particularidades, não desvalorizando a importância do reforço na reeducação alimentar como uma estratégia essencial no tratamento da DM (ADA, 2024; APDP, 2023).

De acordo com a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP, 2023), a alimentação do diabético deve fornecer uma quantidade de energia compatível com as suas necessidades, pois os alimentos não desempenham apenas uma função energética, mas também são fundamentais para a estruturação e regulação do organismo (APDP, 2023). Assim, os nutrientes podem ser classificados em três categorias principais, energéticos (hidratos de carbono, gorduras e proteínas, responsáveis pelo fornecimento de energia ao organismo), estruturais (proteínas, gorduras e água, que participam na composição e manutenção dos tecidos corporais), e reguladores (fibras, vitaminas, minerais e água, essenciais para o funcionamento adequado do metabolismo e a regulação das funções fisiológicas) (APDP, 2023).

Regime de Exercício Físico da Diabetes Mellitus Tipo 2

A prática de exercício físico melhora o controlo da glicemia ao aumentar a sensibilidade à insulina, ao diminuir a glicemia durante e após o esforço físico, ao diminuir a massa gorda, ao aumentar a massa muscular, ao promover o bem-estar físico e mental, ao reduzir o stress psicossocial e ao diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares (ADA, 2024; APDP, 2023). Para que o regime de exercício físico seja eficiente este deve ser coerente com o estilo de vida do cliente, aspetos como o tipo de DM, idade, objetivos terapêuticos, presença de complicações crónicas e comorbidades associadas devem ser considerados no regime de exercício físico para promovermos a sua adesão (ADA, 2024; APDP, 2023).

Regime Medicamentoso da Diabetes Mellitus Tipo 2

A monitorização da glicemia capilar integrada num processo de educação terapêutica, permite prevenir o aparecimento de desequilíbrios no controlo da glicemia, descompensações agudas e diminuir a longo prazo o risco das complicações tardias, sendo relevante que o cliente e o seu CI participem de uma maneira ativa na gestão da sua doença (Godinho et al., 2015). Porém quando as medidas comportamentais e de estilo de vida não são suficientes para garantir um controlo glicémico adequado, torna-se necessário recorrer ao regime medicamentoso (ADA,

2024; Godinho et al., 2015).

Os antidiabéticos orais apresentam diferentes mecanismos de ação, sendo utilizados para reduzir os níveis de glicose no sangue (ADA, 2024; Godinho et al., 2015). Estes medicamentos não substituem a adoção de hábitos saudáveis, mas representam uma ferramenta terapêutica fundamental no controlo metabólico da DM tipo 2 (ADA, 2024; Godinho et al., 2015).

Na DM tipo 2, a insulina pode ser utilizada como complemento aos antidiabéticos orais, especialmente quando não se atinge um controlo metabólico adequado com os fármacos convencionais (DGS, 2011b). A autogestão da DM exige uma consciencialização sobre a importância das modificações no estilo de vida, autocontrolo da glicemia e métodos de administração de insulina (Sousa et al., 2019). A via mais comum de administração de insulina é a injeção subcutânea e existem diferentes formas de a administrar por via subcutânea, com recurso a seringas, canetas de insulina e bombas de insulina (Sousa et al., 2019).

Insulinoterapia

A absorção de insulina não varia em função da profundidade do tecido subcutâneo (SC), aliás para obtermos uma absorção ideal, a insulina deve ser injetada no tecido SC, não na derme ou no músculo (Sousa et al., 2019). A melhor maneira de proteger o tecido, é rodar consistentemente e adequadamente os locais de injeção, esta rotação deve ser efetuada de uma região do corpo para outra (abdómen para coxa, para nádega, para braço), e este esquema rotação consiste em dividir o local da injeção em quadrantes e espaçar regularmente as distâncias de 1 a 2 cm entre cada quadrante (Sousa et al., 2019). A lipodistrofia cutânea é uma das complicações mais comuns da técnica de administração de insulina, a sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, embora vários fatores causais estejam associados, como traumatismos repetidos em áreas muito limitadas, reutilização de agulha e a própria insulina especialmente em altas doses (Sousa et al., 2019).

As canetas de insulina são o método de administração de insulina mais selecionado, pois melhoram a satisfação do cliente e CI com o tratamento instituído, reduzem os erros de dosagem de insulina e lesões por picada de agulha (Sousa et al., 2019). Aos efetuarmos o ensino sobre o uso correto da caneta, devemos ter em atenção vários passos básicos importantes, tais como:

1. Lavar as mãos e assegurar-se que o local de injeção está limpo (não é necessário usar álcool);
2. Selecionar o número de unidades a administrar rodando o botão;
3. Colocar a agulha na caneta (as agulhas devem ser usadas apenas uma vez);
4. Erguer suavemente uma prega;
5. Introduzir a agulha na superfície da prega cutânea num movimento firme, perpendicular à

- pele;
6. Injetar a insulina lentamente, agulha deve permanecer introduzida no tecido SC durante 10 segundos (uma contagem até 10) após o êmbolo ser pressionado (para dar tempo de a dose total de insulina sair);
 7. Retirar a agulha da pele no mesmo ângulo em que estava inserida;
 8. Soltar a prega cutânea;
 9. Rejeitar a agulha usada com segurança (Sousa et al., 2019).

As orientações relativas à sua conservação da insulina devem ser seguidas de forma a preservarmos a sua estabilidade e ação, portanto as insulinas em uso podem ser mantidas no frigorífico (entre 2 e 8°C), ou em temperatura ambiente (15 e 30°C), protegidas da luz e de oscilações bruscas de temperatura (Sousa et al., 2019). Quando mantida no frigorífico, a insulina deve ser retirada com 30 minutos de antecedência da aplicação, para evitar desconforto e irritação no local, posteriormente não guardar a caneta recarregável no frigorífico porque pode danificar o mecanismo interno e, em alguns casos, interferir no registo da dose correta logo deve ser mantida à temperatura ambiente (Sousa et al., 2019). O cartucho em uso pode ser conservado até um máximo de 30 dias, a uma temperatura inferior a 25°C., após esse período, não o utilizar (Sousa et al., 2019).

A hipoglicemia e hiperglicemia são os sinais e sintomas que devem ser vigiados e monitorizados periodicamente ao longo da terapêutica (DGS, 2011b; Sousa et al., 2019). No caso de hipoglicemia, esta requer tratamento imediato logo que aparecem os primeiros sinais (ansiedade, arrepios, suores frios, confusão, pele fria e pálida, dificuldade de concentração, sonolência, fome excessiva, cefaleias, irritabilidade, náuseas, nervosismo, pulsação rápida, tremores, cansaço pouco habitual ou fraqueza) (DGS, 2011b; Sousa et al., 2019). Instruir o cliente e CI a ingerir açúcar ou produto açucarado imediatamente e descansar 10-15 minutos (DGS, 2011b; Sousa et al., 2019). O enfermeiro deve apropriar-se da melhor evidência científica, para que as suas práticas sejam seguras, e promovam a capacitação e ensino do cliente e CI, recordando que este deve ser reforçado constantemente em todos os aspetos do regime terapêutico (DGS, 2011b; Sousa et al., 2019).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

Cuidador

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Parentesco: filha / filho.

01-10-2024 08:00 - Não coabita com a pessoa dependente.

01-10-2024 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

01-10-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

01-10-2024 08:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

01-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

01-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

01-10-2024 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

01-10-2024 08:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

01-10-2024 08:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

4.3. Medicação

Início

Medicação

Fim

2024-10-01 08:00:00Apixabano 2,5 mg - 1 comprimido ao pequeno almoço e ao jantar

2024-10-01 08:00:00Empaglifozina 25 mg - 1 comprimido ao pequeno almoço

2024-10-01 08:00:00Espironolactona 25 mg - 1 comprimido de manhã

2024-10-01 08:00:00Fentanilo 25 mcg/h, 1 penso de 3 em 3 dias

2024-10-01 08:00:00Furosemida 80 mg - manhã e a tarde

2024-10-01 08:00:00Insulina Garglina (Lantus) - 30 unidades de manhã e 30 unidades ao deitar

2024-10-01 08:00:00Pantoprazol 20 mg - 1 comprimido em jejum

2024-10-01 08:00:00Paracetamol 1Gr - 1 comprimido em SOS até 3 vezes/dia

2024-10-01 08:00:00Ozempic 0,5 mg - 1 injeção/semana às segundas - feiras

2024-10-01 08:00:00Sitagliptina 50 mg - 1 comprimido ao pequeno almoço

2024-10-01 08:00:00Trixeo Aerosphere - 2 inalações de manhã e 2 inalações à noite

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Apixabano

Relevância para a Cliente: Prevenir a formação de coágulos sanguíneos, considerando histórico de tromboembolismo pulmonar de risco intermédio de mortalidade a dezembro de 2022.

Indicação Terapêutica: Promover a hipocoagulação, a sua ação consiste em prevenir a formação de coágulos sanguíneos, bloqueando o Fator Xa, um elemento crucial no processo de coagulação (Infomed, 2024)

Reações Adversas: Hemorragias incluindo, epistáxis, gengivorragia, hematúria, hematêmese, enterorragia, melena, rectorragia, estomatorragia, metrorragia, equimose e inchaço, anemia que pode causar cansaço ou palidez, número diminuído de plaquetas no sangue (podendo afetar a coagulação), náuseas, erupção cutânea (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar a presença de sinais de perda de sangue e de hemorragia (gengivorragias, epistáxis, hematomas sem causa aparente). Instruir a cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicada. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Infomed, 2024).

Empaglifozina

Relevância para a Cliente: Melhorar o controlo glicémico, considerando que a cliente apresenta DM tipo 2 insulinotratada.

Indicação Terapêutica: Tratamento da DM tipo 2 (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Tremores, suores, alteração de humor ou confusão, ansiedade, taquicardia, polifagia, cefaleias, disúria, urina com aparência turva, infeção genital, poliúria e polaquiúria (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Deve ser avaliado o padrão alimentar e ensinar a cliente e CI, que esta terapêutica deve ser acompanhada de certas medidas como, restrições alimentares (alimentos ricos em açúcar). Instruir a cliente e CI a realizar a autovigilância da glicemia capilar. Ensinar a cliente e CI, os sinais de hiperglicemia e hipoglicemia. Se ocorrer hipoglicemia, aconselhar a cliente a beber um copo com sumo de laranja, ou 2-3 colheres de chá com açúcar, mel, e a notificar o enfermeiro. Informar a cliente e CI que a medicação ajuda a controlar a hiperglicemia, mas não cura a DM. A terapêutica instituída é usualmente a longo prazo. Instruir a cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado. Se alguma dose for omitida,

tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Deglin & Vallerand, 2016).

Espironolaton

Relevância para a Cliente: Aumentar a excreção de sódio e água enquanto retém potássio e magnésio, ao diminuir a retenção de líquidos associada a IC e DRC.

Indicação Terapêutica: Tratamento da retenção de líquidos devido à IC e DRC, esta tem um efeito diurético e poupador de potássio, aumentando a excreção de sódio e água enquanto retém potássio e magnésio. (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Dor de cabeça, perturbações gastrointestinais, náuseas, diarreia, vômitos, pele seca, sonolência, mastalgia, perturbações menstruais, confusão, cefaleias e apatia (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar as taxas de ingestão e de eliminação e o peso corporal diariamente durante a terapêutica. Monitorizar a existência de sinais ou sintomas de hipocaliemia (fraqueza, fadiga, arritmias, poliúria, polidipsia) ou de hipercaliemia (fadiga, fraqueza muscular, parestesias, confusão, dispneia). Os clientes com DM e DRC estão em maior risco de desenvolverem estes sintomas. Informar a cliente e CI, que devem evitar substitutos do sal e alimentos com elevados níveis de potássios ou sódio, exceto de indicado pelo profissional de saúde. Instruir a cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicada. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Deglin & Vallerand, 2016).

Fentanilo

Relevância para a Cliente: Promover o alívio da dor crónica, pois a cliente tem patologia osteoarticular do dorso.

Indicação Terapêutica: Alívio da dor crónica, com recurso a analgésicos opiáceos (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Sedação, confusão, fraqueza, tonturas, agitação, depressão respiratória, apneia, laringoespasmos, obstipação, cefaleias, náuseas, vômitos, anorexia, suores (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar tipo, localização e intensidade da dor antes e após a aplicação assim como periodicamente durante a terapêutica. Monitorizar os sinais vitais antes e periodicamente durante a administração. Se a frequência respiratória for <10/min, avaliar o nível da sedação. Avaliar por rotina, a função intestinal. Devem ser instruídas medidas de prevenção da obstipação, através do aumento da ingestão de líquidos e de fibras da utilização

de emolientes das fezes e laxantes para minimizar os seus efeitos. Ensinar a cliente e CI, o método correto de aplicação e de destruição do sistema transdérmico. Alertar a cliente e CI, para evitar o uso simultâneo com este fármaco, de álcool ou de outros depressores do sistema nervoso central (Deglin & Vallerand, 2016).

Furosemida

Relevância para a Cliente: Promover a excreção urinária e o tratamento de edemas nos membros inferiores, considerando que a cliente apresenta IC de fração de ejeção preservada e DRC estadio 3 tipo b.

Indicação Terapêutica: Tratamento de edemas e congestão pulmonar na IC e DRC (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrointestinais e câibras. Pode causar também hiperglicemia/glicosúria e hiperuricemia, com risco de precipitar ataques de gota ((Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar o estado dos fluidos durante a terapêutica: monitorizar diariamente o peso, as taxas de ingestão e de excreção, quantidade e localização de excesso de fluidos (edema periférico, crepitações pulmonares, dispneia, ganho de peso). Monitorizar a pressão arterial e FC frequentemente durante a terapêutica. Avaliar a hipotensão ortostática quando auxiliar a cliente a levantar-se da posição de supino. Quando administrada por via endovenosa, deve ser administrada direta, sem ser diluída, com um ritmo de perfusão lento durante 2 minutos (Deglin & Vallerand, 2016).

Insulina Lispro (Lantus)

Relevância para a Cliente: Promover o controlo glicémico na DM tipo 2, a insulina é utilizada como complemento aos antidiabéticos orais, pois a cliente não atinge um controlo metabólico adequado com os fármacos convencionais.

Indicação Terapêutica: Tratamento da DM em adultos, sendo um análogo da insulina humana com uma ação de duração prolongada. Deve ser administrado uma vez por dia a qualquer hora, mas à mesma hora todos os dias (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Urticária, hipoglicemia, hiperglicemia reativa, lipodistrofia, lipohipertrofia, prurido, edemas, vermelhidão, reações alérgicas incluindo anafilaxia (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Instruir a cliente e CI, a realizar a autovigilância da glicemia capilar, a técnica de administração correta, o tipo de insulina, o material, o armazenamento e a

deposição das seringas. Discutir a importância de não mudar de marca das insulinas ou seringas, da seleção e rotação dos locais de injeção e da adesão ao regime terapêutico. Deve-se monitorizar e informar a cliente e CI, dos sinais e sintomas de hipoglicemia (ansiedade, inquietação, alterações de humor, formigueiros das mãos pés, lábios ou língua, arrepios, suores frios, confusão, entre outros) e de hiperglicemia (confusão, sonolência, pele corada e seca, hálito com odor frutado, poliúria, perda de apetite, cansaço e polidipsia) periodicamente ao longo do tratamento. Se ocorrer hipoglicemia, aconselhar o a cliente a beber um copo com sumo de laranja, ou 2-3 colheres de chá com açúcar, mel, e a notificar o enfermeiro. Deve ser avaliado o padrão alimentar e ensinar a cliente e CI que esta terapêutica deve ser acompanhada de certas medidas como, restrições alimentares (alimentos ricos em açúcar). Monitorizar o peso corporal periodicamente. Pode ser necessário alterar a dose de insulina em caso de alteração do peso. Informar a cliente e CI que a medicação ajuda a controlar a hiperglicemia, mas não cura a DM e que esta terapêutica instituída é usualmente a longo prazo (Deglin & Vallerand, 2016).

Pantoprazol

Relevância para a Cliente: Inibir a secreção de ácido clorídrico no estômago.

Indicação Terapêutica: Inibidor da secreção de ácido clorídrico no estômago através do bloqueio específico das bombas de prótons das células parietais. (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Cefaleias, dores abdominais, diarreia, eructação, flatulência (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar rotineiramente a dor abdominal ou epigástrica e a presença de sangue nas fezes, emése ou aspirado gástrico. Deve ser administrado em jejum, de preferência antes do pequeno-almoço, para otimizar a absorção (Deglin & Vallerand, 2016).

Paracetamol

Relevância para a Cliente: Promover o controlo da dor, considerando que a cliente tem patologia osteoarticular do dorso com queixas de dor crónica, e os pensos transdérmico de fentalino não aliviam a dor na sua totalidade.

Indicação Terapêutica: Tratamento da dor ligeira (Deglin & Vallerand, 2016).

Reações Adversas: Neutropenia, pancitopenia, rash cutâneo, urticária (Deglin & Vallerand, 2016).

Implicações para a Enfermagem: Avaliar o tipo, localização e intensidade da dor antes e após a administração. Instruir a cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado, e não

mais do que foi prescrito. Aconselhar a cliente a evitar a ingestão de álcool (3 ou mais copos/dia aumentam o risco de danos hepáticos) se tomar mais do que as ocasionais 1-2 doses (Deglin & Vallerand, 2016).

Ozempic (Semaglutido)

Relevância para a Cliente: Promover o controlo glicémico e assistir na perda de peso.

Indicação Terapêutica: Tratamento de adultos com DM tipo 2 insuficientemente controlada, como adjuvante à dieta e exercício (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Doenças gastrointestinais, incluindo náuseas (muito frequentes), diarreia (muito frequentes) e vômitos (frequentes) (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Se não tiver sido tomada uma dose, a mesma deve ser administrada o mais rapidamente possível e no prazo de 5 dias após a dose omitida. Se tiverem passado mais de 5 dias, a dose omitida deve ser ignorada e a dose seguinte deve ser administrada no dia inicialmente previsto. Em qualquer um dos casos, a cliente pode retomar a sua posologia habitual de uma vez por semana. Se necessário, o dia da administração semanal pode ser alterado, desde que o intervalo entre as duas doses seja de, pelo menos, 3 dias (>72 horas). Depois de selecionado um novo dia para administrar a dose, deve ser continuada a administração uma vez por semana. Ensinar a cliente e CI, a técnica de administração correta, deve ser aconselhado a rejeitar a agulha após cada injeção e a guardar a caneta sem a agulha colocada. Deste modo, pode evitar o entupimento das agulhas, a sua contaminação, infeções, o risco de verter solução e a administração de doses incorretas. A caneta destina-se exclusivamente a utilização individual. Pode ser administrado com agulhas descartáveis 30G, 31G e 32G até um comprimento de 8 mm. Discutir a importância da seleção e rotação dos locais de injeção e da adesão ao regime terapêutico. Este deve ser administrado uma vez por semana a qualquer hora do dia, com ou sem refeições. Não deve ser utilizado se não tiver um aspeto límpido, incolor ou quase incolor e se tiver sido congelado. Em caso de compromisso renal ligeiro, moderado ou grave, não é necessário um ajuste de dose para a cliente com compromisso. A experiência com a utilização de semaglutido em clientes com compromisso renal grave é limitada (Infomed, 2024).

Sitagliptina

Relevância para a Cliente: Diminuir os níveis de açúcar no sangue em clientes com DM tipo 2.

Indicação Terapêutica: Aumentar os níveis de insulina produzida após uma refeição e diminuir a quantidade de açúcar produzida pelo organismo (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Dor grave e persistente no abdómen, reação alérgica grave (frequência desconhecida), incluindo erupção cutânea, urticária e inchaço da face, lábios, língua e garganta (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Deve ser avaliado o padrão alimentar e ensinar a cliente e CI que esta terapêutica deve ser acompanhada de certas medidas como, restrições alimentares (alimentos ricos em açúcar). Instruir a cliente e CI a realizar a autovigilância da glicemia capilar. Ensinar a cliente e CI, os sinais de hiperglicemia e hipoglicemia. Se ocorrer hipoglicemia, aconselhar a cliente a beber um copo com sumo de laranja, ou 2-3 colheres de chá com açúcar, mel, e a notificar o enfermeiro. Informar a cliente e CI, que a medicação ajuda a controlar a hiperglicemia, mas não cura a DM. A terapêutica instituída é usualmente a longo prazo. Instruir a cliente a ingerir a medicação exatamente como lhe é indicado. Se alguma dose for omitida, tomá-la quanto antes nesse mesmo dia (Deglin & Vallerand, 2016).

Trixeo Aerosphere

Relevância para a Cliente: Facilitar a respiração e melhorar os sintomas da DPOC, tais como falta de ar, pieira e tosse. E prevenir agudizações (exacerbações) da DPOC.

Indicação Terapêutica: Facilitar a respiração e melhorar os sintomas da DPOC, tais como falta de ar, pieira e tosse. Este pode também prevenir agudizações (exacerbações) da DPOC (Infomed, 2024).

Reações Adversas: Candidíase oral, pneumonia, reações de hipersensibilidade, hiperglicemia, ansiedade, insónia, depressão, agitação, irrequietude, nervosismo, cefaleias, tonturas, tremor, palpitações disfonia, tosse, irritação da garganta, boca seca, espasmos musculares, infecção do trato urinário, retenção urinária, dor torácica (Infomed, 2024).

Implicações para a Enfermagem: Monitorizar a pressão arterial, FC, frequência respiratória e Saturações de O₂ frequentemente durante a terapêutica. Instruir a cliente e CI, sobre o uso a técnica inalatória correta do inalador de dose calibrada. Rever com a cliente e CI, a técnica de inalação e solicitar a sua exemplificação, para correção de erros. Instruir a cliente e CI a premir o inalador 4 vezes antes de utilizar pela primeira vez (Deglin & Vallerand, 2016).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ventilação não invasiva [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Modo ventilatório: Pressão positiva nas vias aéreas a dois níveis (BiPAP).

01-10-2024 08:00 - Pressão expiratória positiva nas vias respiratórias (EPAP): 4 cm H₂O.

01-10-2024 08:00 - Pressão inspiratória positiva nas vias respiratórias (IPAP): 10 cm H₂O.

01-10-2024 08:00 - Assegurar ventilação não invasiva [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Otimizar ventilação não invasiva [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: ventilação não invasiva [FIM]

07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: facilitador.

01-10-2024 08:00 - Capacidade para usar dispositivo de ventilação não invasiva

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Adota comportamentos de autogestão da ventilação não invasiva.

07-10-2024 08:00 - Refere satisfação com a autogestão da ventilação não invasiva.

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ventilação não invasiva [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre ventilação não invasiva: facilitador.

01-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para usar dispositivo de ventilação não invasiva

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ventilação não invasiva [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da ventilação não invasiva.

Sondas, Drenos e Cateteres

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Cateter venoso periférico

07-10-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

- 07-10-2024 08:00 - Braço Direita(o)
07-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Abocath nº 20G.
07-10-2024 08:00 - Ausência de dor.
07-10-2024 08:00 - Ausência de calor.
07-10-2024 08:00 - Ausência de rubor.
07-10-2024 08:00 - Ausência de tumefação.
07-10-2024 08:00 - Ausência de exsudado.
07-10-2024 08:00 - Ausência de infiltração.
- 01-10-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico
01-10-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o)
01-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Abocath nº 20G.
01-10-2024 08:00 - Ausência de dor.
01-10-2024 08:00 - Ausência de calor.
01-10-2024 08:00 - Ausência de rubor.
01-10-2024 08:00 - Ausência de tumefação.
01-10-2024 08:00 - Ausência de exsudado.
01-10-2024 08:00 - Ausência de infiltração.
- 01-10-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**
01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Manhã e Tarde]
07-10-2024 08:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.
07-10-2024 08:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.
- 01-10-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**
01-10-2024 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Manhã e Tarde]

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

Atitudes Terapêuticas

A VNI é uma forma de suporte ventilatório que dispensa procedimentos invasivos, sendo amplamente reconhecida pelos seus benefícios no tratamento de diversas condições clínicas associadas à insuficiência respiratória (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Atualmente, a sua utilização tem vindo a crescer, sendo aplicada tanto em patologias agudas como em doenças respiratórias crónicas (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Este método assegura uma oxigenação eficaz e desempenha um papel essencial na redução da hipercapnia e da acidose respiratória, contribuindo para o alívio da dispneia e da sobrecarga respiratória (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Além disso, auxilia na prevenção da fadiga muscular e na melhoria da ventilação alveolar, otimizando a função respiratória

(Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). Entre as suas principais vantagens, destaca-se a capacidade de prevenir ou retardar a progressão da insuficiência respiratória para estádios mais graves, promovendo uma recuperação mais rápida, segura e menos invasiva (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). No entanto, apesar dos benefícios significativos para a saúde do cliente, estes dispositivos podem afetar negativamente a autoimagem deste, uma vez que a sua aplicação direta no rosto durante os períodos de uso pode causar desconforto e constrangimento (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009), Enquanto enfermeiros devemos monitorizar a integridade da pele nas zonas de contacto com a máscara, prevenindo úlceras de pressão, bem como evitar a secura excessiva das mucosas (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009). A monitorização deve ser adaptada às necessidades individuais da cliente, sendo fundamental garantir o acompanhamento contínuo dos parâmetros vitais da cliente, como indicadores clínicos da condição fisiológica da pessoa (OE, 2018b).

Avaliação do Uso Adequado do BIPAP a 02/10/2024

A cliente e o CI promovem práticas de autocuidado e uso adequado do BIPAP, ambos estão instruídos sobre como utilizar corretamente o dispositivo. A máscara nasal apresenta o tamanho adequado e adapta-se a anatomia facial da cliente, com a pressão adequada para evitar fugas significativas, mas que proporcionam o seu conforto. A cliente não apresenta alterações da integridade cutânea no rosto, nem demonstra emoções de alteração na sua autoimagem. Quer a cliente quer o CI percebem que a utilização do BIPAP melhorou a saúde e a qualidade de vida da cliente e CI.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-10-2024 08:00	Sensações somáticas	
01-10-2024 08:00	Sistema respiratório	
01-10-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
01-10-2024 08:00	Pele e mucosas	
01-10-2024 08:00	Volume de líquidos	
01-10-2024 08:00	Conservação de energia	
01-10-2024 08:00	Erguer-se	
01-10-2024 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
01-10-2024 08:00	Andar	
01-10-2024 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
01-10-2024 08:00	Padrão alimentar	
01-10-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
01-10-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Sensações Somáticas

A dor é uma manifestação frequentemente negligenciada em clientes com DPOC, apesar de ser uma experiência que afeta profundamente a sua qualidade de vida (Marques et al., 2020). No contexto da DPOC, a dor é frequentemente associada a Patologias Osteoarticulares, resultantes tanto da inflamação sistémica característica da doença quanto do impacto da redução da mobilidade e das alterações metabólicas (Marques et al., 2020). Os clientes com DPOC apresentam uma predisposição a alterações músculo-esqueléticas que contribui para o desenvolvimento da dor crónica, incluindo a inflamação sistémica, que aumenta os níveis de citocinas pró-inflamatória, estes mediadores inflamatórios contribuem para a degradação do tecido cartilaginoso e o desenvolvimento de osteoartrite e osteoporose, principais causas de dor articular em clientes com DPOC (Agusti et al., 2021; Marques et al., 2020). A perda de massa muscular periférica e respiratória, é um efeito direto da redução da atividade física, inflamação crónica e hipoxemia (Marques et al., 2020). Esta fraqueza contribui para desequilíbrios articulares, sobrecarga mecânica e dores associadas à movimentação (Marques et al., 2020).

A seleção deste domínio é pertinente pois os enfermeiros têm a responsabilidade de avaliar a dor de forma abrangente e considerar diversos aspetos como, a descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração e frequência), as formas de comunicação ou expressão da dor, os fatores que aliviam ou agravam o desconforto, o impacto da dor nas atividades de vida diária, e o conhecimento do cliente sobre a sua condição. Além disso é importante o controlo da dor através da administração de terapêutica analgésica segundo a indicação terapêutica, e a implementação de estratégias não farmacológicas, como a promoção de um ambiente tranquilo respeitando as preferências individuais do cliente.

Sistema Respiratório

A dispneia é um dos sintomas mais prevalentes e debilitantes associados à IC, refletindo a interação complexa entre o sistema respiratório e o sistema cardiovascular (Smeltzer et al., 2020; SEC, 2021). É definida como uma sensação subjetiva de dificuldade ou desconforto respiratório, frequentemente descrita como "falta de ar" (Smeltzer et al., 2020; SEC, 2021). Este sintoma surge como resultado de alterações funcionais e estruturais nos pulmões, na circulação pulmonar e no coração, sendo um marcador clínico importante de gravidade e prognóstico na IC (Smeltzer et al., 2020; SEC, 2021). A IC pode originar congestão pulmonar devido às elevadas pressões intracardíacas e/ou ao inadequado débito cardíaco causado por uma deformidade estrutural e/ou funcional do coração (Loscalzo et al., 2022; SEC, 2021). Esta congestão pulmonar

está associada ao acúmulo de líquidos nos alvéolos (edema pulmonar), ao comprometer a troca gasosa e desencadear a dispneia (Loscalzo et al., 2022).

Ao selecionarmos o domínio respiratório devemos efetuar o EF ao cliente com recolha de dados para uma avaliação diagnóstica, sobre a frequência e o ritmo respiratório, a simetria dos movimentos, a profundidade da ventilação, o uso de músculos acessórios, a saturação de oxigénio e a presença de cianose, permitindo a monitorização da evolução da dispneia.

Sistema Cardiovascular

Na IC as elevadas pressões intracardíacas e/ou inadequado débito cardíaco provocado por uma anomalia estrutural e/ou funcional do coração, conduz a uma diminuição da perfusão tecidual e retenção de líquidos (Aguiar et al., 2021; SEC, 2021; Dacha, Chaiwong, & Tajarerernmuang, 2022). Por sua vez, a DPOC é marcada por uma obstrução crónica ao fluxo aéreo, frequentemente associada a inflamação pulmonar e à redução da capacidade respiratória (Aguiar et al., 2021; Dacha, Chaiwong, & Tajarerernmuang, 2022). Ambas as condições compartilham fatores de risco comuns, como a hipertensão e o envelhecimento, o que contribui para a frequente coexistência (Aguiar et al., 2021; Dacha, Chaiwong, & Tajarerernmuang, 2022). Na IC, a redução do débito cardíaco afeta diretamente os pulmões, causando congestão pulmonar e comprometendo a troca gasosa (Aguiar et al., 2021; Dacha, Chaiwong, & Tajarerernmuang, 2022). Por outro lado, a DPOC pode levar à hipoxia crónica, que ativa mecanismos neuro-hormonais, como o SRAA, ao sobrecarregar o coração e acelerar a progressão da IC (Aguiar et al., 2021; Dacha, Chaiwong, & Tajarerernmuang, 2022). Esta relação bidirecional entre ambas as condições agrava sintomas comuns, como dispneia, fadiga e edemas periféricos (Aguiar et al., 2021; Dacha, Chaiwong, & Tajarerernmuang, 2022).

Neste contexto a seleção do domínio sistema cardiovascular é justificada para uma avaliação da FC, assim como a monitorização da pressão arterial sistólica e diastólica, ao possibilitar uma vigilância rigorosa da cliente.

Pele e Mucosas

A avaliação da pele e mucosas é um componente essencial na avaliação clínica dos clientes com IC e DPOC, pois estas doenças crónicas frequentemente apresentam alterações visíveis na pele e mucosas, que refletem a gravidade da doença (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024; Miller, 2016). Na IC, a perfusão tecidual está comprometida devido à redução do débito cardíaco, provocando várias alterações na pele e nas mucosas, tais como cianose, edema, pele fria e húmida (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021; Miller, 2016). Na DPOC, a hipoxemia crónica e a inflamação sistémica contribuem para alterações características na pele e nas

mucosas tais como a cianose crónica, dedos em baqueta de tambor, secura das mucosas (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024; Miller, 2016).

A escolha do domínio pele e mucosas revela-se essencial pois a observação do cliente é um componente importante na avaliação clínica. O enfermeiro deve ter em atenção a perfusão periférica, identificação de sinais de cianose, frieza ou palidez, e deve igualmente inspecionar as mucosas (avaliar coloração, hidratação). Como a cliente apresenta uma maceração na prega cutânea abdominal, torna-se igualmente fundamental a vigilância e inspeção minuciosa da pele, observando sinais de infeção, alterações na coloração e presença de lesões. Não desvalorizando os reforços dos ensinamentos sobre os autocuidados cuidados com a pele.

Volume de Líquidos

O volume de líquidos desempenha um papel crucial na fisiopatologia e no controlo tanto da IC quanto da DPOC (COPD Foundation, 2025; Durães, 2024; Miller, 2016). A gestão adequada do equilíbrio hídrico é fundamental para prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida destes clientes, dado que o excesso de líquidos pode agravar os sintomas respiratórios e cardiovasculares (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021; Miller, 2016). Na IC o coração perde a capacidade de bombear o sangue eficazmente, levando à retenção de líquidos e ao aumento do volume intravascular. Logo a monitorização do peso corporal diário e da diurese é essencial para identificar alterações no volume de líquidos (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021; Miller, 2016).

A escolha do domínio volume de líquidos revela-se pertinente para uma vigilância da retenção de líquidos, sendo essencial a recolha de dados relacionados com a presença de sede, tumefação dos tecidos, turgor cutâneo, variações de peso corporal, monitorização dos edemas (sinal de Godet), no qual devemos medir a sua extensão e localização. E por último monitorizar a diurese e vigiar a resposta à terapia diurética.

Autocuidado (Erguer-se, Cuidar Higiene Pessoal, Andar) e Conservação de Energia

A DPOC é uma condição respiratória progressiva que resulta em limitações significativas na capacidade funcional dos clientes, levando frequentemente à intolerância à atividade (Agustí et al., 2023; Lange et al., 2015). Esta intolerância é caracterizada por uma incapacidade de realizar tarefas diárias devido ao cansaço extremo e à sobrecarga do sistema respiratório, o que interfere diretamente na qualidade de vida (Agustí et al., 2023; Lange et al., 2015). A intolerância à atividade na DPOC ocorre devido a vários fatores interligados, incluindo hiperinsuflação dinâmica que reduz a capacidade inspiratória, aumenta o consumo de oxigénio e provoca fraqueza muscular periférica causada pela inatividade e pelo desequilíbrio metabólico

(Agustí et al, 2023; Lange et al., 2015). Atividades simples como cuidar da higiene pessoal, erguer-se ou caminhar podem tornar-se extremamente desgastantes, levando à necessidade de adaptar o estilo de vida e implementar estratégias para conservação de energia (Agustí et al, 2023; Lange et al., 2015). A implementação de estratégias de conservação de energia é crucial para melhorar a funcionalidade física e reduzir a sobrecarga respiratória em clientes com DPOC (Agustí et al, 2023; Lange et al., 2015). As principais intervenções incluem instruir o cliente e CI no planeamento das atividades, realização de tarefas de forma intercalada, adaptação postural, técnicas de respiração, exercício físico regular, adaptações no vestuário e higiene pessoal (Agustí et al, 2023; Lange et al., 2015).

No caso da cliente verificava-se uma intolerância à atividade, mesmo para pequenos esforços. Esta menciona necessidade de assistência nos autocuidados, por cansaço durante a realização destes.

Autogestão do Regime Medicamentoso

A autogestão do regime medicamentoso desempenha um papel fundamental no tratamento de doenças crónicas, sendo essencial no controlo da condição clínica, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade de vida dos clientes (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al, 2018). A adesão adequada ao regime terapêutico requer do cliente não apenas o seguimento das prescrições médicas, mas também a sua compreensão sobre a importância da medicação, a identificação de possíveis efeitos adversos e a tomada de decisões informadas sobre o uso dos medicamentos (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al, 2018). A autogestão refere-se à capacidade do cliente e CI em gerir os aspetos do seu tratamento de forma autónoma, incluindo a organização e administração dos medicamentos, de acordo com a dose, o horário e a via de administração prescritos (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al, 2018). A promoção desta competência é essencial para garantir a eficácia do tratamento, especialmente nos clientes com doenças crónicas complexas (Bastos & Lima, 2019; Lemay et al, 2018).

Logo a seleção do domínio autogestão do regime medicamentoso é essencial com o objetivo de avaliar a capacidade da cliente e do CI, em organizar a medicação, e assegurar o cumprimento rigoroso do horário, da dosagem e da via de administração correta.

Padrão Alimentar

A alimentação adequada não melhora apenas o estado nutricional e funcional do cliente, como também ajuda a minimizar os sintomas e a prevenir complicações associadas às doenças crónicas (Durães, 2024; Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). Na IC a dieta tem como principais objetivos reduzir a sobrecarga de líquidos, controlar a pressão arterial e

promover a saúde cardiovascular (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). A retenção de líquidos é uma complicação frequente na IC, resultante da ativação de mecanismos neuro-hormonais, como o SRAA, que promovem a retenção de sódio e água (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021). Assim, o padrão alimentar deve incluir restrição hídrica, redução do consumo de sódio, e o aporte calórico adequado, ajustado às necessidades do cliente, para garantir energia suficiente e prevenir a perda de massa muscular (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021).

Na DPOC, o padrão alimentar é direcionado para atender às necessidades energéticas aumentadas e minimizar os sintomas respiratórios (Agustí et al, 2023; Durães, 2024). A desnutrição é um problema frequente, devido ao aumento do gasto energético basal causado pelo esforço respiratório constante (Agustí et al, 2023; Durães, 2024). As estratégias dietéticas incluem o aporte calórico adequado, esta ingestão deve ser ajustada para manter o peso corporal e preservar a musculatura respiratória (Agustí et al, 2023 Durães, 2024). Para prevenir a perda muscular, deve ser uma dieta rica em proteínas, na qual é essencial fracionar as refeições, de forma a prevenirmos o desconforto abdominal e reduzir o impacto negativo na mecânica respiratória (Agustí et al, 2023; Durães, 2024). Estes ajustes dietéticos desempenham um papel crucial no controlo destas doenças crónicas, ajudando a melhorar os sintomas, a funcionalidade e a qualidade de vida do cliente e CI (Agustí et al, 2023; Durães, 2024).

Na escolha do domínio padrão alimentar o centro de intervenção é uma avaliação completa, com recolha de informações detalhadas sobre o padrão alimentar do cliente, incluindo o número de refeições diárias, o consumo de vegetais e frutas, bem como a ingestão de sal e líquidos. Além disso é essencial promover a educação e orientação, tanto do cliente como do CI para incentivar a adesão a um regime dietético ajustado às suas necessidades individuais. A disponibilização de informações claras sobre a restrição de líquidos é igualmente fundamental, garantindo que ambos compreendem a sua relevância para uma gestão eficaz da condição de saúde.

Atitudes Terapêuticas

A exacerbação da DPOC é uma complicação frequente que pode levar à insuficiência respiratória aguda, ao comprometer as trocas gasosas e resultar em hipercapnia e hipoxia (Agustí et al, 2023; Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). Nestas situações, a VNI especialmente através do BIPAP, é uma intervenção eficaz para melhorar os desfechos clínicos (Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). O BIPAP é um modo de VNI que fornece dois níveis de pressão positiva, a IPAP que auxilia no esforço respiratório do cliente, ao reduzir o trabalho dos músculos respiratórios e melhorar a ventilação alveolar (Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). E a EPAP que ajuda a manter as vias aéreas abertas durante a expiração, ao prevenir o colapso alveolar e otimizar a

troca gasosa (Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). Os principais objetivos do BIPAP são reduzir a retenção de dióxido de carbono (hipercapnia), aliviar a dispneia, prevenir ou reverter a acidose respiratória, diminuir o trabalho respiratório, poupando os músculos respiratórios e prevenindo a fadiga (Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). E apesar dos seus benefícios, o uso do BIPAP apresenta igualmente os seus desafios na adesão do cliente, dado que alguns mencionam desconforto inicial com a máscara ou com a pressão da ventilação, logo torna-se relevante a monitorização contínua do cliente (Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). O BIPAP não é indicado em clientes com instabilidade hemodinâmica, ou seja, com a incapacidade de proteger as vias aéreas ou presença de secreções excessivas (Coutinho Costa et al., 2018; Ladeira et al., 2020, Marcelino, 2009). A utilização do BIPAP em clientes com DPOC deve ser parte de uma abordagem multidisciplinar que deve incluir, terapia farmacológica otimizada (como broncodilatadores e corticosteroides), reabilitação respiratória para melhorar a força muscular e a tolerância ao esforço e por último a instrução ao cliente e CI sobre o uso do BIPAP e estratégias de autocuidado para prevenir novas exacerbações (Coutinho Costa et al., 2018; Marcelino, 2009).

O enfermeiro neste domínio desempenha um papel essencial ao capacitar o cliente e o CI sobre o uso do BIPAP e na adoção de práticas de autocuidado, contribuindo para uma vigilância eficaz.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Manifesta dor.

01-10-2024 08:00 - Dor

01-10-2024 08:00 - Localização da dor

01-10-2024 08:00 - Dorso

01-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 3.

- 01-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.
01-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.
01-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.
07-10-2024 08:00 - Localização da dor
07-10-2024 08:00 - Dorso
07-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 1.
07-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.
07-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.
07-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.
- 01-10-2024 08:00 - Determinar evolução da dor**
01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da dor [Manhã e Tarde]
- 01-10-2024 08:00 - Diminuir dor**
01-10-2024 08:00 - Gerir analgesia [Manhã e Tarde]
01-10-2024 08:00 - Aplicar calor [SOS]
01-10-2024 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]
- 01-10-2024 08:00 - Promover autocontrolo: dor**
01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].
01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.
01-10-2024 08:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.
01-10-2024 08:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.
01-10-2024 08:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.
- 01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas** [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00
01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00
07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].
01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00
07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [Tarde]
- 01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da dor**
01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].
- 01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas**

[RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [Tarde] [FIM]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

01-10-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular.

01-10-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

01-10-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

01-10-2024 08:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

01-10-2024 08:00 - Com adejo nasal.

01-10-2024 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue

01-10-2024 08:00 - Periférico(a): 92 %.

01-10-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

01-10-2024 08:00 - Comunica falta de ar quando deitado em posição dorsal recumbente ou supina.

01-10-2024 08:00 - Dispneia

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução da dispneia

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [Manhã e Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

07-10-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Sem adejo nasal.

07-10-2024 08:00 - Saturação do oxigênio no sangue

07-10-2024 08:00 - Periférico(a): 94 %.

07-10-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

07-10-2024 08:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Localização do Pulso

01-10-2024 08:00 - Braço Direita(o)

01-10-2024 08:00 - Frequência do pulso: 55 pulsações por minuto.

01-10-2024 08:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

01-10-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

01-10-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

01-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 92 mmHg.

01-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 45 mmHg.

01-10-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

01-10-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

01-10-2024 08:00 - Coloração das extremidades

01-10-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

01-10-2024 08:00 - Localização da dor

01-10-2024 08:00 - Dorso

01-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 3.

01-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.

01-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.

01-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Manhã e Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Localização do Pulso

07-10-2024 08:00 - Braço Direita(o)

07-10-2024 08:00 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

07-10-2024 08:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

07-10-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-10-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

07-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 98 mmHg.

07-10-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 45 mmHg.

07-10-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

07-10-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Coloração das extremidades

07-10-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Localização da dor

07-10-2024 08:00 - Dorso

07-10-2024 08:00 - Intensidade da dor - 1.

07-10-2024 08:00 - frequência da dor - contínua.

07-10-2024 08:00 - duração da dor - crónica.

07-10-2024 08:00 - dor de tipo - profunda.

Pele e mucosas

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

01-10-2024 08:00 - Maceração [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Localização da maceração

01-10-2024 08:00 - Abdómen

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução da maceração [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da maceração [Manhã] [FIM] 07-10-2024

08:00

07-10-2024 08:00 - Localização da maceração

07-10-2024 08:00 - Abdómen

07-10-2024 08:00 - Sinais de maceração: ausentes.

01-10-2024 08:00 - Promover cicatrização da maceração [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Executar tratamento da maceração [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: cicatrização da maceração [FIM]

07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da maceração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da pele: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da maceração [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da maceração [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da maceração: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre cuidados à pele [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre maceração [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre tratamento da maceração [Manhã] [FIM]

07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autovigilância da pele [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da pele [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da pele: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre vigilância da pele [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da maceração [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da maceração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento

sobre promoção da cicatrização da maceração [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre

*promoção da cicatrização da maceração [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00
07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da
cicatrização da maceração: facilitador [MELHOROU].*

*01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre cuidados à pele [Manhã] [FIM]
07-10-2024 08:00*

*01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre maceração [Manhã] [FIM]
07-10-2024 08:00*

*01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento da maceração [Manhã]
[FIM] 07-10-2024 08:00*

**01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento
sobre vigilância da pele [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00**

*01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre
vigilância da pele [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00*

*07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele:
facilitador [MELHOROU].*

*01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da pele [Manhã] [FIM]
07-10-2024 08:00*

*01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da cicatrização
da maceração [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00*

*07-10-2024 08:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão da
cicatrização da maceração.*

Volume de líquidos

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Sensação de sede normal.

01-10-2024 08:00 - Tumefação dos tecidos

01-10-2024 08:00 - Membro inferior: depressível.

01-10-2024 08:00 - Sinal de Godet

01-10-2024 08:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

01-10-2024 08:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas
naturais.

01-10-2024 08:00 - Pele hidratada.

01-10-2024 08:00 - Peso: 105.00 Kg.

01-10-2024 08:00 - Ausência de olhos encovados.

01-10-2024 08:00 - Edema

01-10-2024 08:00 - Localização do edema

01-10-2024 08:00 - Membro inferior

07-10-2024 08:00 - Localização do edema

07-10-2024 08:00 - Membro inferior

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução de sinais de edema

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Manhã e Tarde]

01-10-2024 08:00 - Diminuir edema

01-10-2024 08:00 - Posicionar para diminuir edema [Manhã e Tarde]

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita

ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: desvalorização.

07-10-2024 08:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a

ingestão e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à retenção de líquidos [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de

líquidos: facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM]

07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão da retenção de líquidos

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de

líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime de ingestão de líquidos [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime ingestão de líquidos [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância do peso corporal [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da pressão sanguínea [Manhã] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos

[RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Analisar com o cuidador a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

07-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre dieta restrita em sódio [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre complicações da retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de complicações da retenção de líquidos [Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Sensação de sede normal.

07-10-2024 08:00 - Tumefação dos tecidos

07-10-2024 08:00 - Membro inferior: depressível [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Sinal de Godet

07-10-2024 08:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm) [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Pele hidratada.

07-10-2024 08:00 - Peso: 103.00 Kg.

07-10-2024 08:00 - Ausência de olhos encovados [MANTEVE].

Conservação de energia

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

01-10-2024 08:00 - Intolerância à atividade

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Tarde] [FIM]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Erguer-se

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

01-10-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

01-10-2024 08:00 - Erguer-se comprometido

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução do erguer-se

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [Manhã]

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se

01-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se
01-10-2024 08:00 - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se
01-10-2024 08:00 - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se [Manhã]

07-10-2024 08:00 - O cuidador levanta o familiar dependente de acordo com a recomendação.

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

07-10-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

Cuidar da higiene pessoal

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho.

01-10-2024 08:00 - Abre a torneira.

01-10-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

01-10-2024 08:00 - Lava e seca parte do corpo.

01-10-2024 08:00 - Lava a cavidade oral.

01-10-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene.

01-10-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

01-10-2024 08:00 - Penteia-se.

01-10-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

01-10-2024 08:00 - Não corta as unhas.

01-10-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

01-10-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

01-10-2024 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Manhã]

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

01-10-2024 08:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [Manhã]

07-10-2024 08:00 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente.

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

07-10-2024 08:00 - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

07-10-2024 08:00 - Penteia-se [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

07-10-2024 08:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Andar

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

01-10-2024 08:00 - marcha lenta e insegura em plano inclinado.

01-10-2024 08:00 - Andar comprometido

01-10-2024 08:00 - Determinar evolução do andar

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do andar [Manhã]

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para assistir no andar

01-10-2024 08:00 - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

01-10-2024 08:00 - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [Tarde] [FIM]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

07-10-2024 08:00 - marcha lenta e insegura em plano inclinado [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Não organiza a medicação conforme horário.

01-10-2024 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - Prepara a medicação conforme a dose.

01-10-2024 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - Administra a medicação pela via adequada.

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - Administra a medicação pela via adequada.

01-10-2024 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Glicosímetro - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

01-10-2024 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Dispositivos de refrigeração - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

01-10-2024 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora.

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

07-10-2024 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].

- 01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].
- 01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 07-10-2024 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].
- 01-10-2024 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
- 01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].
- 01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].
- 01-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

- 01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*
- 01-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

- 01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*
- 07-10-2024 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso*
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].*
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].*
- 07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].*
- 01-10-2024 08:00 - Instruir a administrar medicação [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*
- 01-10-2024 08:00 - Treinar a administrar medicação [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

- 01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*
- 07-10-2024 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso*

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - *Treinar a administrar medicação [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*

01-10-2024 08:00 - *Elogiar o desempenho do cliente [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00*

07-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Tarde]*

01-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Instruir cuidador a administrar medicação [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Treinar cuidador a administrar medicação [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - facilitadora [MELHOROU].

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Treinar cuidador a administrar medicação [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

07-10-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

Padrão alimentar

01-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 8.

01-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

01-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

01-10-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético

01-10-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

07-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Tarde]

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da glicemia [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético [RESOLVIDO] 07-10-2024 08:00

01-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

01-10-2024 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Tarde] [FIM] 07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

07-10-2024 08:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

07-10-2024 08:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

07-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Tarde]

07-10-2024 08:00

07-10-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 8.

07-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

07-10-2024 08:00 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Instruir o cliente que os princípios da conservação da energia incluem: estabelecer prioridades, fazer pausas e descansar; organizar o espaço e os materiais; adotar posturas adequadas, controlar a respiração durante as atividades (inspirar ao realizar movimentos menos exigentes e expirar nos movimentos que requerem mais esforço); gerir o tempo (distribuir tarefas mais cansativas ao longo da semana, como passar roupa; arrumar a casa e fazer compras); alternar entre atividades leves e exigentes e planear períodos de descanso antes das tarefas mais desgastantes;
- Instruir o cliente que durante a realização das atividades do dia a dia, a adoção de estratégias que promovam a conservação de energia é essencial para minimizar o desgaste físico e otimizar o desempenho das tarefas. No contexto do regime dietético,

- recomenda-se a ingestão de pequenas quantidades de comida em intervalos regulares, idealmente a cada três horas. Optar por uma dieta mole, pastosa ou líquida pode facilitar a digestão e reduzir o esforço necessário para a mastigação. Além disso, os alimentos devem ser bem cozidos e cortados em pedaços pequenos, permitindo uma mastigação menos exaustiva. Durante as refeições, é aconselhável manter-se sentado com os cotovelos apoiados na mesa para proporcionar maior conforto e estabilidade;
- Instruir o cliente que no autocuidado vestir-se e despir-se, este pode ser facilitado com a preparação prévia das roupas, dando preferência a peças de vestuário de fácil manuseio, como roupas elásticas, fatos de treino, saias, camisolas largas e sapatos sem atacadores. Sempre que possível, estas atividades devem ser realizadas na posição sentada, o que reduz o esforço físico e melhora a eficiência dos movimentos;
 - Instruir o cliente que no autocuidado de higiene, a organização antecipada dos materiais necessários para o banho é fundamental. Itens de uso frequente devem ser colocados em locais de fácil acesso, e o uso de escovas de cabo longo pode auxiliar na higienização de áreas de difícil alcance, como as costas e os pés. A água morna e o chuveiro são preferíveis por proporcionarem maior conforto e menor consumo de energia. Além disso, recomenda-se o uso de roupão de banho em substituição à toalha convencional, facilitando o processo de secagem. A adaptação do ambiente também é um fator relevante, sendo indicada a instalação de assentos na banheira, barras laterais de apoio e tapetes antiderrapantes para garantir segurança e autonomia. Algumas atividades de higiene pessoal, como lavar os dentes, o rosto e pentear-se, devem ser realizadas com os cotovelos apoiados no lavatório, reduzindo o cansaço dos membros superiores;
 - Instruir o cliente que ao subir escadas ou rampas, a respiração deve ser controlada para evitar desgaste excessivo. Recomenda-se inspirar profundamente antes de iniciar o movimento e expirar lentamente ao subir alguns degraus. O deslocamento deve ser feito em ritmo moderado, com passos curtos e controlados;
 - Instruir o cliente que no domicílio deve organizar os objetos de uso frequente, em locais de fácil acesso, preferencialmente nas prateleiras à altura do tronco, evitando esforços desnecessários para alcançá-los. Durante a preparação das refeições, é recomendável reunir todos os utensílios e ingredientes próximos ao local de uso, além de realizar essas atividades na posição sentada para minimizar a fadiga. Por fim, é essencial intercalar momentos de descanso entre diferentes tarefas, garantindo um melhor aproveitamento da energia disponível ao longo do dia; Fontes: (Heart Failure Matters, 2025; Velloso & Jardim, 2006).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Instruir a cliente sobre os cuidados na administração e o tempo de atuação da medicação;
- Instruir a cliente sobre a monitorização de possíveis efeitos adversos;
- Analisar com a cliente a importância de seguir corretamente o regime medicamentoso para evitar complicações e garantir a eficácia do tratamento; Fontes: (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al, 2018).

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Reforçar a importância da autovigilância e da avaliação diária dos sinais vitais no

domicílio;

- Ensinar a cliente a identificar sinais de retenção de líquidos, que podem levar ao aumento da pressão arterial (edema membros inferiores, dispneia); Fonte: (Chou & Kalantar - Zadeh, 2017).

Instruir a administrar medicação

- Reforçar o conhecimento sobre a utilização do glicosímetro, realizar monitorização da glicemia capilar 2 vezes por dia: jejum e antes de jantar e a colheita de sangue para avaliação da pesquisa glicémica é uma amostra de sangue no dedo;
- Instruir a cliente sobre os locais de administração de insulina: face posterior e lateral do braço, faces lateral e anterior da coxa: taxa de absorção intermediária; nádegas: taxa de absorção mais lenta; abdômen, exceto em um círculo de 2 cm ao redor do umbigo: taxa de absorção mais rápida;
- Instruir a cliente sobre como administrar insulina com a caneta: lavar as mãos e assegurar-se que o local de injeção está limpo (não é necessário usar álcool); selecionar o número de unidades a administrar rodando o botão; colocar a agulha na caneta (as agulhas devem ser usadas apenas uma vez); erguer suavemente uma prega; introduzir a agulha na superfície da prega cutânea num movimento firme, perpendicular à pele; injetar a insulina lentamente, agulha deve permanecer introduzida no tecido sc durante 10 segundos (uma contagem até 10) após o êmbolo ser pressionado (para dar tempo de a dose total de insulina sair); retirar a agulha da pele no mesmo ângulo em que estava inserida; soltar a prega cutânea; rejeitar a agulha usada com segurança;
- Instruir a cliente sobre a técnica de inalação com câmara expansora pelo inalador pressurizado de dose calibrada realiza -se com os seguintes passos: A cliente deve estar de pé, sentado ou semifowler; Aquecer o inalador pressurizado de dose calibrada à temperatura corporal; Retirar a tampa do inalador pressurizado de dose calibrada e agitar durante 5 segundos; Colocar o inalador pressurizado de dose calibrada na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora; Efetuar uma expiração lenta; Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo; no caso das câmaras com máscara, esta deve ficar bem-adaptada à face, com as narinas ocluídas; Ativar o inalador pressurizado de dose calibrada (no final da expiração); O cliente deve realizar um ciclo de 5 ventilações completas (cheirar a flor e soprar a vela); seguidamente retira-se a câmara expansora da face do doente e aguarda-se cerca de 30 segundos a 1 min para realizar a próxima inalação, repetindo novamente o ciclo; Esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação inalador pressurizado de dose calibrada; Lavar a cavidade bucal e a face se utiliza máscara, se forem inalados corticoides;
- Reforçar o conhecimento sobre a utilização e o método de preparação da medicação na caixa de organização semanal; Fontes: (Aguiar et al., 2017; Bastos, Vieira & Lima, 2019; DGS, 2011b; Godinho et al., 2015; Lemay et al, 2018; Sousa et al., 2019).

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Instruir a cliente a identificar quais os sinais de que deve estar atento em caso de retenção de líquidos (dispneia e tosse em pequenos esforços e ortopneia, edema dos

membros inferiores, incremento do peso corporal, aumento da pressão arterial e astenia);
Fontes: (Lee et al., 2019; Marchão et al., 2011; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- Instruir a cliente sobre as possíveis complicações em caso de retenção de líquidos são, dispneia, derrame pleural e edema agudo do pulmão, congestão pulmonar, complicações cardíacas como hipertrofia do ventrículo esquerdo, e hipertensão; Fontes: (Chou & Kalantar - Zadeh, 2017; Law et al., 2023).

Instruir cuidador a administrar medicação

- Reforçar o conhecimento do CI sobre a utilização do glicosímetro: realizar monitorização da glicemia capilar 2 vezes por dia, jejum e antes de jantar e a colheita de sangue para avaliação da pesquisa glicémica é uma amostra de sangue no dedo;
- Ensinar o CI sobre os locais de administração de insulina: face posterior e lateral do braço, faces lateral e anterior da coxa: taxa de absorção intermediária; nádegas: taxa de absorção mais lenta; abdômen, exceto em um círculo de 2 cm ao redor do umbigo: taxa de absorção mais rápida;
- Ensinar o CI sobre como se administra insulina com a caneta: lavar as mãos e assegurar-se que o local de injeção está limpo (não é necessário usar álcool); selecionar o número de unidades a administrar rodando o botão; colocar a agulha na caneta (as agulhas devem ser usadas apenas uma vez); erguer suavemente uma prega; introduzir a agulha na superfície da prega cutânea num movimento firme, perpendicular à pele; injetar a insulina lentamente, agulha deve permanecer introduzida no tecido subcutâneo durante 10 segundos (uma contagem até 10) após o êmbolo ser pressionado (para dar tempo de a dose total de insulina sair); retirar a agulha da pele no mesmo ângulo em que estava inserida; soltar a prega cutânea; rejeitar a agulha usada com segurança;
- Ensinar o CI sobre a técnica de inalação com câmara expansora pelo inalador pressurizado de dose calibrada realiza -se com os seguintes passos: A cliente deve estar de pé, sentado ou semifowler; Aquecer o inalador pressurizado de dose calibrada à temperatura corporal; Retirar a tampa do inalador pressurizado de dose calibrada e agitar durante 5 segundos; Colocar o inalador pressurizado de dose calibrada na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora; Efetuar uma expiração lenta; Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo; no caso das câmaras com máscara, esta deve ficar bem-adaptada à face, com as narinas ocluídas; Ativar o inalador pressurizado de dose calibrada (no final da expiração); O cliente deve realizar um ciclo de 5 ventilações completas (cheirar a flor e soprar a vela); seguidamente retira-se a câmara expansora da face do doente e aguarda-se cerca de 30 segundos a 1 min para realizar a próxima inalação, repetindo novamente o ciclo; Esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação inalador pressurizado de dose calibrada; Lavar a cavidade bucal e a face se utiliza máscara, se forem inalados corticoides;
- Reforçar o conhecimento sobre a utilização e o método de preparação da medicação na caixa de organização semanal; Fontes: (Aguiar et al., 2017; Bastos, Vieira & Lima, 2019; DGS, 2011b; Godinho et al., 2015; Lemay et al, 2018; Sousa et al., 2019).

Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso

- Instruir o CI a seguir rigorosamente a prescrição médica, respeitando os horários e doses indicados;
- Instruir o CI a armazenar os medicamentos de forma adequada, protegidos da luz, humidade e calor, conforme as recomendações farmacêuticas;
- Instruir o CI que o uso de caixas organizadoras para a medicação, facilitam na adesão ao tratamento e reduzem o risco de esquecimento das doses;
- Analisar com o CI a importância de seguir corretamente o regime medicamentoso para evitar complicações e garantir a eficácia do tratamento; Fontes: (Bastos, Vieira & Lima, 2019; Lemay et al, 2018).

Ensinar cuidador sobre sinais de retenção de líquidos

- Instruir o CI a identificar os principais sinais de retenção de líquidos na cliente (dispneia e tosse em pequenos esforços e ortopneia; edema dos membros inferiores; incremento do peso corporal; aumento da pressão arterial; astenia; Fontes: (Lee et al., 2019; Marchão et al., 2011; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre complicações da retenção de líquidos

- Instruir o CI que as complicações em caso de retenção de líquidos são, dispneia, derrame pleural e edema agudo do pulmão, congestão pulmonar, complicações cardíacas como hipertrofia do ventrículo esquerdo, e hipertensão; Fontes: (Chou & Kalantar - Zadeh, 2017; Law et al., 2023).

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- Informar o CI que para a prevenção de quedas, é necessário efetuar alterações no domicílio;
- Instruir o CI a remover todos os tapetes e passadeiras;
- Instruir o CI a retirar todos os objetos do chão em que se possa tropeçar (papeis, livros, roupas e sapatos);
- Instruir o CI a evitar o excesso de móveis e proporcionar espaço entre a mobília para circulação;
- Instruir o CI a manter as divisões bem iluminadas quando as utilizar;
- Instruir o CI a enrolar ou prender junto da parede os cabos e fios soltos para não tropeçar neles;
- Instruir o CI a optar por sofás mais altos e firmes e poltronas com braço;
- Instruir o CI que na casa de banho, é importante manter o chão seco e não trancar a porta;
- Instruir o CI que deve optar por comprar junto com a cliente, calçado de tamanho adequado e com sola antiderrapante; Fonte: (Marinho et al., 2020).

Treinar a administrar medicação

- Treinar a cliente a administrar insulina nos diferentes locais de administração;
- Treinar a cliente a administrar insulina através da caneta de insulina;
- Treinar a cliente a realizar a técnica de inalação com câmara expansora pelo inalador pressurizado de dose calibrada;
- Treinar a cliente a utilizar caixas de organização da medicação; Fontes: (Aguiar et al.,

2017; Bastos, Vieira & Lima, 2019; DGS, 2011b; Godinho et al., 2015; Lemay et al, 2018; Sousa et al., 2019).

Ensinar sobre maceração

- Instruir a cliente que a combinação de calor, humidade e pele danificada são as condições para uma inflamação severa com erosão, escorrência, exsudação e maceração; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Ensinar sobre tratamento da maceração

- Instruir a cliente a limpar e enxaguar com soluções pH neutras;
- Instruir a cliente a usar de agentes de limpeza substitutos do sabão;
- Instruir a cliente a utilizar cremes protetores barreira para proteger a pele contra humidade e reduzir o atrito;
- Instruir a cliente a utilizar têxteis absorventes da humidade, especificamente para pregas cutâneas;
- Instruir a cliente a controlar o excesso de humidade, através da exposição ao ar, se possível;
- Instruir a cliente a manter a pele seca, ao absorver a humidade excessiva; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Ensinar sobre vigilância da pele

- Instruir a cliente a implementar um regime de cuidados à pele, avaliando a pele especificamente as pregas cutâneas regularmente; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Ensinar sobre cuidados à pele

- Instruir a cliente, a implementar um regime de cuidados à pele, avaliando a pele especificamente as pregas cutâneas, regularmente;
- Instruir a cliente a minimizar a fricção pele com pele;
- Instruir a cliente a manter zonas/áreas de alto risco limpas e secas;
- Instruir a cliente a reduzir a humidade dentro e ao redor das pregas cutâneas;
- Instruir a cliente a preferir tecidos naturais absorventes (algodão);
- Instruir a cliente a usar roupas largas e leves, que absorvam a humidade/transpiração;
- Instruir a cliente a evitar o uso de tecidos sintéticos; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Analisar o significado dificultador atribuído à retenção de líquidos e ao controle glicémico, analisando os sentimentos do cliente em relação à restrição de líquidos, e os impactos desta limitação no seu quotidiano e as possíveis mudanças que estaria disposto a adotar;
- Avaliar a perceção do cliente sobre a relevância do regime alimentar, estimulando a reflexão sobre seus hábitos nutricionais e identificando possíveis ajustes para promover uma melhor saúde;
- Fornecer informações claras e acessíveis sobre a doença e os riscos do consumo excessivo de líquidos, promovendo uma mudança na perceção do cliente sobre sua condição de saúde;

- Reforçar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso para o controlo da doença e prevenção de complicações;
- Reconhecer e valorizar os esforços do cliente, elogiando suas conquistas e sua disposição para implementar mudanças positivas na sua rotina;
- Demonstrar disponibilidade para oferecer suporte contínuo e esclarecer dúvidas sempre que necessário; Fontes: (AADIC, 2024; Silva et al., 2022).

Ensinar cuidador sobre vigilância da pele

- Instruir o CI a implementar um regime de cuidados à pele, avaliando a pele especificamente as pregas cutâneas, regularmente; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Instruir a cliente a importância de realizar a pesagem diária, utilizando sempre a mesma balança, no mesmo horário e com a mesma quantidade de roupa, para garantir maior precisão nos resultados;
- Informar a cliente que a pesagem diária auxilia no controlo do peso, contribuindo para uma melhor gestão do regime alimentar e facilitando a identificação precoce da retenção de líquidos; Fontes: (Chou & Kalantar - Zadeh, 2017; Lima et al., 2022a; Sousa et al., 2016).

Ensinar cuidador sobre cuidados à pele

- Instruir o CI a manter zonas/áreas de alto risco do cliente, limpas e secas;
- Instruir o CI a reduzir a humidade do cliente, dentro e ao redor das pregas cutâneas;
- Instruir o CI a adquirir tecidos naturais absorventes (algodão); Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Ensinar cuidador sobre maceração

- Instruir o CI que a maceração da pele é um processo caracterizado pelo amolecimento e enfraquecimento dos tecidos cutâneos devido à exposição prolongada à humidade; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Ensinar cuidador sobre tratamento da maceração

- Instruir o CI a assistir o cliente a limpar e enxaguar com soluções pH neutras;
- Instruir o CI a assistir o cliente a usar de agentes de limpeza substitutos do sabão;
- Instruir o CI a assistir o cliente a utilizar cremes protetores barreira para proteger a pele contra humidade e reduzir o atrito;
- Instruir o CI a assistir o cliente a utilizar têxteis absorventes da humidade, especificamente para pregas cutâneas;
- Instruir o CI a assistir o cliente a manter a pele seca, ao absorver a humidade excessiva; Fonte: (Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, 2021).

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da glicemia

- Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da glicemia, pois um adequado planeamento dietético pode ajudar a prevenir complicações metabólicas, reduzir a retenção de líquidos e melhorar a função cardíaca e renal. Reduz a inflamação e o stresse

oxidativo, diminui a progressão da doença renal e os riscos cardiovasculares; melhora a sensibilidade à insulina, ao facilitar o controle da glicemia e ao reduzir a necessidade de medicamentos; contribui para o controlo da retenção de líquidos e pressão arterial, ao aliviar os sintomas da insuficiência cardíaca e evitando sobrecarga renal;

- Incentivar o cliente a refletir sobre estas questões, ao promover a sua conscientização e autorreflexão sobre a importância da adoção de comportamentos adequados;
- Demonstrar disponibilidade para oferecer suporte contínuo e esclarecer dúvidas sempre que necessário; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre vigilância da pressão sanguínea

- Instruir o CI da importância da vigilância e a avaliação diária dos sinais vitais do cliente no domicílio;
- Instruir o CI a avaliar em SOS ou sempre que o cliente sentir algum mal-estar;
- Instruir o CI sobre os sinais de retenção de líquidos, que consequentemente aumentam a pressão sanguínea do cliente (edema membros inferiores, HTA e dispneia); Fonte: (Chou & Kalantar - Zadeh, 2017).

Ensinar cuidador sobre vigilância do peso corporal

- Instruir o CI sobre a importância de realizar a pesagem diária do cliente, utilizando sempre a mesma balança, preferencialmente no mesmo horário e com a mesma quantidade de roupa;
- Informar o CI que a pesagem diária facilita o controlo do peso, ao auxiliar na gestão da dieta e na identificação precoce da retenção de líquidos;
- Solicitar ao CI o registo do peso diário do cliente em folhas de registo; Fontes: (Chou & Kalantar - Zadeh, 2017; Lima et al., 2022; Sousa et al., 2016).

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos

- Analisar com o cliente a relação entre consumo de sal, o autocontrolo da sede e da pressão arterial;
- Analisar com o cliente que a ingestão excessiva de líquidos contribui para a retenção hídrica, e sugerir por optar por colocar numa garrafa apenas a quantidade diária recomendada de líquidos para o cliente;
- Incentivar o cliente a refletir sobre a importância dessas medidas e estimular a autorreflexão sobre o impacto na sua saúde;
- Demonstrar disponibilidade para oferecer suporte contínuo e esclarecer dúvidas sempre que necessário; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017; Silva et al., 2022).

Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos

- Reforçar ao cliente a importância de reduzir a ingestão de líquidos para aliviar os sintomas da IC, bem como a congestão pulmonar;
- Informar que o excesso de líquidos agrava a retenção hídrica, resultando em edemas nos membros inferiores, dispneia, astenia, elevação da pressão arterial devido ao maior esforço cardíaco e, em casos mais graves, edema agudo de pulmão causado pelo acúmulo de líquidos nos pulmões;

- Estimular o cliente a refletir sobre esses aspetos, promovendo a conscientização e a autorreflexão sobre a importância de adotar comportamentos adequados para o controlo da doença;
- Fornecer informações claras e detalhadas sobre a doença e os riscos associados ao consumo excessivo de líquidos, permitindo uma melhor compreensão do impacto dessa prática na sua saúde;
- Demonstrar disponibilidade para oferecer suporte contínuo e esclarecer dúvidas sempre que necessário; Fontes: (Loutradis et al., 2021; Marchão et al., 2011; Silva et al., 2022).

Treinar cuidador a administrar medicação

- Treinar o CI a assistir a cliente na administração de insulina nos diferentes locais de administração;
- Treinar o CI a assistir a cliente na administração de insulina através da caneta de insulina;
- Treinar o CI a assistir a cliente a realizar a técnica de inalação com câmara expansora pelo inalador pressurizado de dose calibrada a cliente;
- Treinar o CI a assistir a cliente na preparação das caixas de organização da semanal; Fontes: (Aguiar et al., 2017; Bastos, Vieira & Lima, 2019; DGS, 2011b; Godinho et al., 2015; Lemay et al, 2018; Sousa et al., 2019).

Analisar com o cuidador a relação entre a dieta e retenção de líquidos

- Analisar com o CI a relação entre consumo de sal, controlo da sede e regulação da pressão arterial;
- Instruir o CI a quantificar a quantidade de sal, utilizada na preparação das refeições (2-3g/dia);
- Analisar com o CI, que a ingestão excessiva de líquidos agrava a retenção hídrica, e sugerir que a quantidade recomendada de líquidos para a cliente seja separada previamente numa garrafa;
- Incentivar o CI a refletir sobre o tema, promovendo a sua autorreflexão;
- Estabelecer uma relação de ajuda-confiança com o CI, ao escutar, proporcionar conforto, respeitar a sua individualidade e demonstrar disponibilidade para prestar apoio contínuo; Fontes: (Cristovão, 2016; DGS, 2019; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017; Sequeira, 2016).

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Informar o cliente que é fundamental avaliar a capacidade dos seus rins, em eliminar líquidos. Pois a TFG, reduz à medida que a doença renal evolui;
- Instruir o cliente a monitorizar a frequência das micções ao longo do dia, para vigiar alterações da eliminação urinária;
- Solicitar a observação de características como coloração, odor e presença de sedimentos visíveis; Fontes: (Miller, 2016).

Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

- Ensinar a cliente a posicionar-se de forma confortável, geralmente na posição de Fowler ou decúbito dorsal (conforme a sua tolerância), com elevação dos membros inferiores para facilitar o retorno venoso, de forma a evitar posições que possam comprometer a sua

função cardíaca;

- Estimular a cliente a mudar de posição regularmente para prevenir o acúmulo de líquidos nas extremidades. Pequenos movimentos, como flexionar e estender os pés e tornozelos, ajudam a melhorar a circulação sanguínea; Fontes: (Sousa et al., 2016).

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Instruir o cliente a aplicar calor, para promover a diminuição da inflamação e o relaxamento muscular;
- Instruir o cliente sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como a musicoterapia, que auxiliam na sua distração;
- Instruir o cliente sobre práticas integrativas e complementares em saúde, no qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos; Fontes: (OE, 2008; Santos et al., 2022).

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Instruir o CI a aplicar calor na cliente para reduzir a inflamação e promover o relaxamento muscular;
- Instruir o CI a realizar massagens e aplicar pressão no dorso da cliente, para facilitar o seu relaxamento;
- Informar o CI sobre o uso de estratégias complementares, como aromaterapia (com óleos essenciais, como lavanda) e musicoterapia, para auxiliar na distração e bem-estar da cliente; Fontes: (OE, 2008; Santos et al., 2022).

Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

- A regulação da ingestão de líquidos é um foco essencial no controlo da IC e DRC, pois estas condições comprometem a capacidade do organismo de eliminar o excesso de líquidos, levando a um acúmulo que pode resultar em complicações graves; Fonte: (Marchão, 2011).

Ensinar sobre regime dietético

- Instruir a cliente a optar por uma dieta variada e mediterrânica, ingerindo mais peixes ricos em Omega-3 (sardinha ou salmão) e carnes magras (frango ou peru);
- Instruir a cliente a optar por uma refeição principal com alimentos ricos em proteína (carne, peixe, ovos), sendo a outra refeição constituída por sopa, pão e fruta;
- Instruir a cliente a preferir alimentos frescos e evitar alimentos pré-cozinhados e embalados;
- Instruir a cliente a limitar os bolos e produtos de pastelaria, os gelados e refrigerantes;
- Informar sobre regime de ingestão de líquidos; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Instruir o CI a preparar uma refeição principal com alimentos ricos em proteína (carne, peixe, ovos), sendo a outra refeição constituída por sopa, pão e fruta;
- Instruir o CI a optar por preparar uma dieta variada e mediterrânica, ingerindo mais peixes ricos em Omega-3 (sardinha ou salmão) e carnes magras (frango ou peru);
- Instruir o CI a preparar refeições em menor quantidade, numa média de 5 refeições/dia,

para facilitar a digestão e absorção dos nutrientes;

- Instruir o CI evitar adquirir bolos e produtos de pastelaria, os gelados e refrigerantes;
- Instruir o CI a optar por adquirir alimentos frescos e evitar alimentos pré-cozinhados e embalados;
- Informar o CI sobre regime de ingestão de líquidos do cliente; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre regime ingestão de líquidos

- Instruir o CI a optar por colocar numa garrafa apenas a quantidade de líquidos recomendada para o cliente (1000 ml de água por dia);
- Informar o CI que todos os líquidos consumidos devem ser contabilizados, incluindo água, café/cevada, gelo, leite, chá, iogurtes líquidos, sumos e refrigerantes, cerveja, vinho e outras bebidas alcoólicas, sopas e caldos, gelados e gelatinas;
- Instruir o CI que o cliente deve evitar o consumo de sopa em ambas as refeições, optar pelo jantar;
- Instruir o CI a evitar o consumo de bebidas gaseificadas, refrigerantes e alimentos com elevado teor de açúcar, pois aumentam a sensação de sede do cliente;
- Informar o CI a preparar líquidos à temperatura ambiente ou mornos, uma vez que contribuem para reduzir a sensação de sede; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Instruir o cliente a reduzir ingestão de sal, quantificando a quantidade de sal adicionado na preparação das refeições (2-3g/dia);
- Instruir o cliente verificar a quantidade de sal no rótulo dos alimentos;
- Instruir o cliente a evitar alimentos salgados e embalados (batatas fritas, fast-food, enchidos, enlatados);
- Instruir o cliente a evitar adquirir alimentos pré-confecionados pois têm maior teor de sal; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Instruir a cliente a separar previamente numa garrafa, a quantidade de líquidos recomendada por dia (1000 ml de água);
- Informar a cliente que todos os líquidos ingeridos devem ser contabilizados, incluindo água, café/cevada, gelo, leite, chá, iogurtes líquidos, sumos, refrigerantes, cerveja, vinho e outras bebidas alcoólicas, além de sopas, caldos, gelados e gelatinas;
- Informar a cliente que deve evitar consumir sopa tanto no almoço quanto no jantar, priorizando apenas uma refeição para reduzir a ingestão de líquidos;
- Informar a cliente que deve evitar bebidas gaseificadas, refrigerantes e alimentos ricos em açúcar, pois podem aumentar a sensação de sede;
- Ensinar a cliente a optar por ingerir líquidos à temperatura ambiente ou mornos, pois isso ajuda a reduzir a sede; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar cuidador sobre dieta restrita em sódio

- Instruir o CI a reduzir ingestão de sal, quantificando a quantidade de sal adicionado na preparação das refeições (2-3g/dia);
- Instruir o CI sobre a relação entre consumo de sal, controlo da sede e da pressão arterial;
- Instruir o CI a substituir o sal na confeção de alimentos por ervas aromáticas e especiarias;
- Instruir o CI a evitar caldos de carne e molhos pré-preparados, pelo excesso de sal na sua preparação;
- Instruir o CI a verificar a quantidade de sal no rótulo dos alimentos;
- Instruir CI a evitar adquirir alimentos pré-confeccionados pois têm maior teor de sal;
- Instruir CI a evitar adquirir os alimentos salgados e embalados (batatas fritas, fast-food, enchidos, enlatados); Fontes: (Cristovão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

- Informar a cliente como seu organismo funciona, destacando que seus rins não conseguem excretar urina em quantidade suficiente. No momento, o excesso de líquidos só pode ser removido com o auxílio de medicação administrada duas vezes dia, que complementa a capacidade dos rins de eliminar líquidos diariamente;
- Instruir a cliente sobre a necessidade de reduzir a ingestão de líquidos para aliviar os sintomas da IC e da congestão pulmonar;
- Informar a cliente que a retenção de líquidos pode causar diversos sintomas (edemas nos membros inferiores, dispneia, astenia, aumento da pressão arterial e edema agudo do pulmão); Fontes: (Loutradis et al., 2021; Marchão et al. 2011).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Instruir a cliente a optar por ingerir, refeições em menor quantidade, numa média de 5 refeições/dia, para facilitar a digestão e absorção dos nutrientes; Fontes: (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Mira et al., 2017).

4.8. Síntese relativa ao caso

O foco dos cuidados prestados à cliente centrou-se no controlo dos sinais e sintomas associados ao contexto de hipervolemia com monitorização da função renal, cardíaca e ventilatória. Cliente do sexo feminino, com 69 anos com diminuição da sua funcionalidade física por IC descompensada e Patologia Osteoarticular do dorso. Apresenta dor crónica, esta é controlada pela utilização de um penso transdérmico de fentanilo e a administração de paracetamol em regime de SOS. No entanto, apesar do tratamento instituído, a cliente continua a manifestar dor. Atualmente, a cliente é parcialmente dependente e necessita de assistência no autocuidado, especialmente em atividades relacionadas com a higiene pessoal, mobilidade (como erguer-se) e locomoção. Para suprir estas necessidades, conta com o apoio dos filhos e do cônjuge, que desempenham um papel fundamental na sua assistência diária. O suporte familiar revela-se

essencial para a promoção do bem-estar e para a manutenção da sua autonomia dentro das suas limitações, ao destacar a importância do envolvimento dos CIs no processo de cuidados.

O foco de intervenção foi direcionado para os CIs e para a cliente, incidindo nos domínios do sistema respiratório, do sistema cardiovascular, do volume de líquidos, do padrão alimentar, da autogestão do regime medicamentoso, do autocuidado (Cuidar Higiene Pessoal, Erguer-se Andar) e da conservação de energia, das sensações somáticas (dor) e pele e mucosas. A participação ativa dos CIs nestas dimensões foi continuamente incentivada, reconhecendo o seu contributo para a eficácia das intervenções.

O primeiro contacto com a cliente ocorreu no quarto dia do seu internamento, momento em que foi realizada a apreciação inicial com foco na identificação de possíveis alterações da volémia. Durante a observação clínica, foi dada especial atenção a sinais sugestivos de descompensação, tendo-se identificado a presença de dispneia e edemas acentuados nos membros inferiores. Estes achados reforçaram a necessidade de uma abordagem direcionada para a gestão do equilíbrio hídrico, visando a estabilização do estado clínico da cliente. Desde o início, os CIs foram envolvidos neste processo, sendo as intervenções iniciais direcionadas para a educação e sensibilização dos CIs e da cliente sobre a gestão da ingestão e retenção de líquidos, e a adoção de um regime dietético adequado. Destacou-se a importância da redução do consumo de líquidos para minimizar o acúmulo de volume no organismo, promovendo a estabilização da pressão arterial. Além disso, foi enfatizado que a ingestão excessiva de líquidos pode agravar a retenção hídrica, manifestando-se através de edemas nos membros inferiores, dispneia, astenia, aumento da pressão arterial devido à sobrecarga cardíaca e, em situações mais severas, edema agudo do pulmão. Paralelamente, abordou-se a relação entre o consumo de sal e a regulação da pressão arterial, demonstrando a interdependência destes fatores na gestão da condição clínica da cliente. Ao longo do processo, tanto os CIs como a cliente refletiram sobre estas questões e reconheceram a relevância destas medidas para o controlo eficaz dos sinais e sintomas relacionados ao equilíbrio do volume de líquidos no organismo. Esta reflexão fortaleceu o compromisso com o regime terapêutico e fomentou uma participação mais informada dos CIs, contribuindo não só para a melhoria do estado clínico da cliente, mas também para a sua própria sensação de competência e segurança no cuidado.

Durante as intervenções de enfermagem, os CIs e a cliente foram informados e instruídos sobre a importância da monitorização diária de parâmetros clínicos essenciais, como o peso corporal, a pressão arterial, a FC, a saturação de oxigénio e a observação dos membros inferiores. O objetivo foi capacitá-los para a identificação precoce de sinais sugestivos de retenção de líquidos e descompensação cardíaca, como dispneia e tosse aos pequenos esforços, ortopneia, edema dos membros inferiores, aumento do peso corporal e elevação da pressão arterial. Esta abordagem permitiu a adoção de medidas preventivas e a solicitação atempada de avaliação médica, ao contribuir para um melhor controlo da condição clínica. A implementação destas orientações resultou na melhoria da gestão terapêutica da cliente, e na valorização do

conhecimento dos CIs, este processo eleva o seu papel de cuidador, ao reforçar a sua autonomia na vigilância dos sinais e sintomas da cliente, com reflexos positivos na sua autoconfiança e qualidade de vida, o que possibilitou a resolução deste diagnóstico.

No âmbito da sensação somática, foi identificada a presença de dor crónica na cliente, evidenciando a necessidade de ampliar o seu conhecimento e o dos CIs sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Os CIs foram envolvidos neste processo, no qual foram realizados ensinamentos com o objetivo de capacitá-los para a adoção de medidas complementares, com o propósito de favorecer uma gestão mais eficaz da dor e melhoria na qualidade de vida, estes receberam orientações para aplicar técnicas simples, como massagens, posicionamento adequado e uso de calor local, contribuindo para o alívio da dor da cliente. Esta participação reforçou o vínculo emocional e promoveu um cuidado mais humanizado, enquanto favoreceu o bem-estar emocional do CI, ao perceber-se eficaz e útil no alívio do sofrimento da cliente. Ao longo do processo, verificou-se uma evolução positiva na compreensão e na aplicação destas estratégias. Como resultado, foi possível a resolução deste diagnóstico.

No que se refere ao autocuidado da higiene pessoal e à locomoção, a cliente apresenta uma redução da funcionalidade física, e necessita do apoio e assistência dos CIs para a realização das atividades de vida diária. Os CIs demonstraram competência para auxiliá-la de forma adequada, garantindo um suporte eficaz. Além disso, foi fundamental a implementação de estratégias de conservação de energia, com o objetivo de promover e incentivar a autonomia da cliente, ao permitir uma maior independência nas suas tarefas diárias. Estes ensinamentos visaram não apenas beneficiar a cliente, mas também proteger os CIs do desgaste físico e emocional, reduzindo o risco de sobrecarga e promovendo um ambiente de cuidado mais sustentável. Durante a avaliação, identificou-se a presença de maceração na prega cutânea abdominal, a qual apresentou uma evolução favorável ao longo do acompanhamento. Diante disso, foi reforçada a importância dos cuidados com a pele, com especial atenção à avaliação e higiene das pregas cutâneas, visando prevenir complicações. A adoção destas intervenções resultou em progressos, possibilitando a resolução eficaz destes diagnósticos.

A gestão eficaz do regime medicamentoso foi um elemento essencial para garantir a adesão ao tratamento prescrito e contribuir para a estabilização da condição clínica da cliente. Para isso, foi reforçado o conhecimento sobre a utilização da caixa semanal de medicação, uma estratégia fundamental para facilitar o cumprimento do plano terapêutico, ao assegurar a administração correta dos fármacos nos horários recomendados. Foram também realizadas intervenções educativas direcionadas aos CIs e à cliente, com o objetivo de aprimorar e corrigir práticas na administração de insulina e na técnica inalatória. A implementação destas abordagens mostrou-se eficaz, ao promover uma maior organização, autonomia na gestão da medicação e a correção dos erros identificados. No caso da administração de insulina, foram corrigidas falhas como não aguardar 10 segundos após a injeção antes da remoção da caneta de insulina, a reutilização da agulha após a administração e a falta de rotação consistente dos locais de injeção.

Relativamente à terapia inalatória, foram ajustadas práticas inadequadas, como a falta de agitação do inalador pressurizado durante 5 segundos antes do uso, a não realização de um ciclo adequado de 5 ventilações completas previamente à inalação, a ausência do intervalo recomendado de 30 segundos a 1 minuto entre inalações e a omissão da lavagem da cavidade bucal e da face após a utilização da máscara. Estas correções contribuíram significativamente para a melhoria da eficácia do tratamento, ao garantir uma maior segurança e adesão às boas práticas terapêuticas. A formação prática aumentou a confiança dos CIs, reduziu o risco de erros e garantiu maior adesão ao plano terapêutico, com reflexos positivos na segurança do cuidado e no bem-estar emocional dos CIs. Como resultado, verificou-se uma evolução positiva, permitindo a resolução destes diagnósticos.

No segundo contacto face à complexidade das intervenções necessárias, a prioridade foi a otimização da gestão do regime dietético e da restrição de líquidos. Embora a cliente e os CIs demonstrem compromisso com as orientações recebidas, denota-se a necessidade de aprofundar e consolidar o conhecimento, particularmente no que diz respeito às restrições de sódio e líquidos. Para favorecer uma melhor adesão ao tratamento, tornou-se essencial reforçar os ensinamentos, para garantir a assimilação dos conceitos e a adoção de práticas na gestão do regime terapêutico. No entanto, como a interiorização destas orientações ainda não foi alcançada, não foi possível concluir estes diagnósticos, uma vez que os CIs e a cliente ainda requerem acompanhamento e reforço dos ensinamentos para assegurar a correta implementação das recomendações no seu quotidiano.

Ao longo das visitas realizadas, os CIs e a cliente referiram que as abordagens sobre os diferentes temas foram fundamentais para aprofundar e consolidar os conhecimentos adquiridos, permitindo-lhes uma melhor compreensão e gestão da condição clínica. Durante o acompanhamento, foi estabelecida uma relação terapêutica baseada no cuidado e na humanização, ao promover um ambiente de confiança, segurança e tranquilidade. Esta interação foi pautada pelo respeito à individualidade, pela ética, pela compreensão e pela empatia, ao garantir que tanto os CIs como a cliente se sentissem valorizados e apoiados ao longo do processo de cuidados.

A aplicação da técnica *teach-back* (DGS, 2019) foi uma abordagem fundamental para reforçar as informações transmitidas aos CIs e a cliente, ao assegurar que as orientações fossem compreendidas de forma clara e precisa. Este método permitiu não apenas avaliar a assimilação dos conteúdos, mas também adaptar a comunicação conforme necessário, garantindo que ambos adquirissem um conhecimento sólido sobre os fatores que influenciam o estado de saúde e soubessem aplicá-lo corretamente no dia a dia. Desta forma, a utilização desta estratégia contribuiu para a promoção da autonomia e da segurança no processo de cuidados, fortalecendo a adesão ao regime terapêutico.

A educação para a saúde, quando conduzida de forma participativa e inclusiva, revela-se uma

ferramenta essencial na promoção de mudanças sustentáveis no estilo de vida dos CIs como da cliente. A adoção de estratégias de comunicação eficazes e personalizadas possibilitou a capacitação do CI, ao proporcionar uma maior confiança e competência para prestar assistência de forma segura e humanizada. Neste contexto, a atuação do Enfermeiro Especialista assume um papel determinante, pois, além de orientar e educar, fomenta a autonomia dos envolvidos no processo de cuidados, ao incentivar práticas saudáveis e uma melhor gestão do regime terapêutico. O impacto desta intervenção especializada reflete-se diretamente na melhoria da qualidade de vida dos CIs como da cliente ao fortalecer o autocuidado, otimizar a adesão ao regime terapêutico e ao garantir um acompanhamento de saúde mais eficaz e centrado na pessoa. Esta abordagem global e integrada permitiu não só a estabilização da condição clínica da cliente, como também a valorização e fortalecimento do CI, reconhecendo-o como parte indispensável da rede de cuidados.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No contexto clínico atual, o enfermeiro depara-se com desafios contínuos e situações de complexidade crescente, que requerem uma elevada capacidade de especialização e diferenciação profissional. O avanço tecnológico, impulsionado pela inteligência artificial e pelos progressos na medicina, tem sido fundamental para o aumento da esperança média de vida. Segundo Hatamleh (2024), a evolução da inteligência artificial permitirá diagnósticos mais precoces e tratamentos personalizados, melhorando significativamente os cuidados de saúde. No entanto, apesar destas conquistas, a crescente longevidade apresenta consideráveis desafios. Como argumenta Finkel (2024, s.p.), embora os avanços médicos tenham prolongado a vida humana, as doenças crónicas continuam a surgir na mesma idade, evidenciando um *“muro biológico”* que limita a qualidade de vida na velhice. Assim, se por um lado a tecnologia prolonga a vida, por outro, o aumento da incidência de doenças crónicas exige novas abordagens nos cuidados de saúde para garantir não apenas longevidade, mas também um envelhecimento saudável.

Para responder a esta realidade, a OE enfatiza a importância da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente na área da Pessoa em Situação Crónica. Conforme estabelecido no Regulamento nº 429/2018 (OE,2018), os enfermeiros especialistas nesta área são responsáveis pela prestação de cuidados contínuos que abrangem ambientes hospitalares, domiciliários e comunitários. Estes cuidados visam não apenas a prevenção da doença e a promoção de estilos de vida saudáveis, englobando também o apoio emocional e terapêutico. Além disso, estes profissionais desempenham um papel essencial na capacitação da pessoa e do CI, ao auxiliá-los na gestão da doença crónica e na adoção de intervenções que promovam a adesão ao regime terapêutico, ao considerar as implicações da doença na qualidade de vida da pessoa e do CI.

Ao longo da carreira, a aquisição de competências define a identidade profissional do enfermeiro, ao determinar a sua capacidade de intervenção em cenários complexos e dinâmicos. Neste contexto, o perfil profissional é moldado pela interação contínua entre competências comuns e específicas, ao refletir uma prática clínica flexível e adaptada às necessidades emergentes da saúde. A OE (2017, p. 8649) define competência *“como um conjunto de saberes intimamente ligados à formação inicial e à experiência prática acumulada ao longo do tempo, que se destacam em situações concretas da prática clínica. Esse saber profissional vai além da execução técnica de atos, abrangendo também a capacidade de adaptação a situações complexas, utilizando conhecimentos científicos e experiências*

adquiridas para tomar decisões fundamentadas e éticas". O Regulamento nº 140/2011 (OE,2011) destaca as competências comuns do enfermeiro especialista, independentemente da área de especialização. Estas competências abrangem quatro domínios essenciais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Além disso, incluem dimensões como a educação aos clientes, CIs e profissionais de saúde, a orientação, a liderança e a responsabilidade de realizar investigações que contribuam para o avanço da prática de enfermagem. No âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica para a Pessoa em Situação Crónica, as competências específicas são fundamentais para garantir a qualidade de vida do cliente e CI afetado. De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (OE,2018), estas competências dividem-se em duas grandes áreas: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

Este capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades e intervenções realizadas durante o estágio, com foco nos objetivos gerais e específicos estabelecidos. No qual, serão exploradas as competências desenvolvidas, bem como aquelas que ainda requerem aperfeiçoamento na prestação de cuidados especializados. Além disso, serão destacados os fatores que contribuíram para o meu crescimento profissional, assim como as oportunidades de melhoria identificadas ao longo do percurso.

Ao longo do meu percurso formativo, o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner, revelou-se fundamental no desenvolvimento e aperfeiçoamento da minha prática clínica. Como enfermeira dedicada ao cuidado de adultos, especialmente no contexto de Hemodiálise, encontrei no modelo de Patrícia Benner, a base para o contínuo crescimento das minhas competências, ao proporcionar as ferramentas necessárias para um profundo compromisso com a aprendizagem, o rigor e a excelência ética na prestação de cuidados. Benner, no seu trabalho *"De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem"* (2001), aborda a aprendizagem experiencial e sublinha a importância da experiência prática como um meio fundamental para aquisição do conhecimento, onde o saber não se limita à teoria, mas se enriquece através da vivência e da prática clínica (Benner, 2001). A autora, apoiando-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, desenvolve um esquema que descreve cinco estádios distintos de desenvolvimento das competências na enfermagem, conforme o enfermeiro avança na sua trajetória profissional (Benner, 2001). No primeiro estádio, denominado iniciado, o enfermeiro ainda não tem experiência prática direta, baseando-se unicamente nos conhecimentos adquiridos durante a formação académica (Benner, 2001). Já no segundo estádio, denominado iniciado avançado, o enfermeiro começa a experienciar situações clínicas reais que lhe permitem identificar padrões recorrentes nas situações, melhorando a sua análise, mas ainda de forma fragmentada, sem conseguir integrar todas as nuances do ambiente clínico (Benner, 2001). No terceiro estádio, o enfermeiro já é considerado

competente quando consegue integrar de forma mais sólida nas tarefas, ao delinear intervenções planeadas a médio e longo prazo e ao estabelecer prioridades para um cuidado mais eficaz, embora ainda numa fase de desenvolvimento da flexibilidade e rapidez de decisão, necessárias para determinadas situações exigentes (Benner, 2001). Ao atingir o quarto nível de competência, o enfermeiro já é proficiente e, com a experiência adquirida, consegue perceber as situações na sua globalidade, e não de forma fragmentada (Benner, 2001). As suas intervenções são guiadas por uma compreensão embasada das situações, ao reconhecer, quase intuitivamente, os padrões de comportamento nas situações que se apresentam, embora ainda possa haver alguma limitação quando confrontado com uma situação excessivamente incomum ou complexa (Benner, 2001). Por fim, no estadio mais avançado, o perito destaca-se pela sua experiência que lhe confere uma capacidade intuitiva de compreensão global das situações, ao atuar com uma elevada adaptabilidade, sem necessitar de seguir normas rígidas ou protocolos, pois possui a habilidade de priorizar rapidamente os pontos centrais de um problema, ao apresentar agilidade e eficiência na gestão das situações complexas (Benner, 2001).

A reflexão sobre estas fases de desenvolvimento de competência foi crucial para a estruturação deste relatório de estágio, pois compreendi que a aprendizagem deve ser vista não apenas como a simples assimilação de conteúdos, mas sim como um processo dinâmico que envolve a experiência vivenciada na prática clínica, o desenvolvimento contínuo da capacidade analítica e a capacidade de tomar decisões com base num profundo conhecimento. O meu aperfeiçoamento e desenvolvimento como enfermeira, à luz do Modelo de Benner, tornou-se não só uma ferramenta para descrever as mudanças comportamentais que ocorreram ao longo do meu processo de aprendizagem, mas também um alicerce que sustentou as práticas e abordagens adotadas no cuidado ao cliente e ao CI. Dado que ambos, são o foco principal da minha atuação, a integração da experiência prática com a teoria revelou-se fundamental para garantir a prestação de cuidados de qualidade. Ao adotar os princípios da aprendizagem experiencial propostos por Benner (2001), pude compreender na prática que *“o teórico deve sempre depender da prática para desenvolver os conhecimentos clínicos e resolver problemas que, muitas vezes, a teoria isoladamente não contempla”* (Benner, 2001, p.179).

Este raciocínio possibilitou melhorar a abordagem crítica e reflexiva na prática, ao aprimorar a capacidade de argumentação e a precisão na avaliação das situações. Contribuindo para a prestação de cuidados especializados às pessoas em situação crónica, com uma atenção particular relacionada com as necessidades do CI. Ao lidar com os desafios inerentes aos cuidados especializados, tornou-se evidente que a teoria e a prática se inter-relacionam de forma profunda e complementar, impulsionando um desenvolvimento contínuo e transformador na minha atuação profissional. No contexto dos cuidados destinados às pessoas em situação crónica, esta articulação revelou-se essencial para o desenvolvimento das competências necessárias à gestão eficaz dos desafios diários. A reflexão sobre as experiências adquiridas e os fundamentos teóricos que orientaram a minha prática permitiram-me adotar uma postura

crítica e inovadora, fortalecendo a minha capacidade de intervenção e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida tanto dos CIs quanto dos clientes.

Esta jornada de aprendizagem, alicerçada na experiência prática e na contínua reavaliação das abordagens utilizadas, evidenciou que a evolução profissional é um processo dinâmico e contínuo, capaz de transformar o cuidado em um instrumento de dignidade, bem-estar e autonomia. A integração harmoniosa entre o conhecimento teórico e as vivências clínicas resultou numa relevante evolução na minha prática profissional, ao reafirmar a importância de uma formação que valorize a experiência prática aliada ao compromisso ético. A sinergia entre saberes teóricos e prática não só enriqueceu o meu percurso profissional, como também se mostrou fundamental para a construção de cuidados que atendam às necessidades reais dos CIs e dos clientes. Esta experiência permitiu-me constatar que a minha competência clínica se adapta e evolui conforme o contexto de atuação.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A evolução dos cuidados de saúde tem imposto desafios cada vez maiores aos profissionais da área, exigindo não apenas um elevado nível de conhecimento científico e técnico, mas também uma abordagem humanizada e centrada na pessoa e no CI. Neste contexto, a diferenciação e especialização na Enfermagem tornaram-se essenciais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, Regulamento nº 140/2011) estabelece que o Enfermeiro Especialista é um profissional reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Para além das especificidades inerentes a cada área de especialidade, existe um conjunto de competências comuns que são transversais a todas as áreas e contextos de atuação do Enfermeiro Especialista. Estas competências, como anteriormente referido, refletem o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a promoção do desenvolvimento profissional, a gestão da segurança e do ambiente terapêutico, bem como a implementação de boas práticas baseadas na melhor evidência científica disponível.

Desta forma, a valorização das competências comuns do Enfermeiro Especialista não apenas fortalece a prática clínica e organizacional, mas também contribui para um sistema de saúde mais eficiente, seguro e centrado nas necessidades da pessoa e do CI, ao assegurar um cuidado de excelência.

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica exige uma prática fundamentada em princípios éticos, normas legais e preceitos deontológicos, garantindo a segurança, a qualidade e a humanização dos cuidados prestados. Em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, Regulamento nº 140/2011, p. 4746), assegurei que a minha prática fosse pautada pelo respeito à dignidade humana e pela responsabilidade profissional. Durante o estágio, procurei integrar estes princípios no processo de tomada de decisão, ao promover exercício profissional seguro e ético, marcado pela integração do conhecimento ético e deontológico com a prática clínica. A minha atuação esteve alicerçada nos princípios fundamentais da ética, nomeadamente a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia, ao garantir uma abordagem centrada na pessoa e no CI, respeitando os seus direitos, as suas preferências e as suas necessidades.

Ao longo do estágio, deparei-me com situações desafiadoras que exigiram um julgamento ético criterioso e uma tomada de decisão complexa, onde foi essencial articular princípios bioéticos, regulamentações profissionais e as necessidades individuais dos clientes e seus CIs. Um dos desafios mais significativos da minha prática clínica foi a gestão do regime terapêutico em clientes com capacidade de decisão reduzida. A limitação da capacidade de decisão pode decorrer de diversas condições, como défices cognitivos, estados clínicos debilitantes ou alterações no nível de consciência, o que torna essencial a adoção de estratégias que garantam o respeito pelos direitos do cliente, ao assegurar simultaneamente a eficácia do tratamento. Diante desta realidade, foi fundamental adotar uma abordagem centrada na pessoa, promovendo sempre que possível a participação ativa dos clientes nas decisões terapêuticas e, nos casos em que a autonomia estava comprometida, assegurar que os CIs e a equipa multidisciplinar estivessem devidamente envolvidos no processo. Para isso, implementei estratégias de educação terapêutica, ao promover capacitação e a literacia em saúde junto dos clientes e dos CIs para compreenderem a importância do regime medicamentoso, regime dietético e restrição e líquidos, com o propósito de fomentar a adesão ao tratamento e garantir que as decisões fossem tomadas de forma consciente e informada. A comunicação foi um dos pilares deste processo, pois a clareza na transmissão de informações permitiu mitigar dúvidas e inseguranças, ao promover um ambiente colaborativo e de confiança. Desta forma, a gestão do regime terapêutico em clientes com capacidade de decisão reduzida revelou-se um processo dinâmico e complexo, que exigiu uma tomada de decisão crítica, sensível e baseada em princípios éticos e científicos. A experiência adquirida neste contexto reforçou a importância da responsabilidade profissional na enfermagem especializada, ao capacitar-me para atuar de forma segura, humanizada e eticamente sustentada, sempre em alinhamento com os melhores padrões de qualidade nos cuidados de saúde.

Outra situação de grande complexidade ética foi o acompanhamento de um cliente em fim de

vida, no qual a tomada de decisão exigiu uma articulação estreita entre a equipa multidisciplinar, a família e o próprio cliente. Neste contexto, adotei uma postura empática e assertiva, ao garantir uma comunicação sensível e clara com todos os envolvidos. A priorização de cuidados e a humanização dos cuidados permitiu-me assegurar a dignidade do cliente e a qualidade dos cuidados, ao respeitar a sua vontade e os seus valores, em conformidade com os princípios da beneficência e da não maleficência.

Outro desafio ético complexo no âmbito da UHD, ocorreu quando se evidenciou um conflito entre o respeito pela autonomia do cliente e o princípio da beneficência, especialmente em situações de agravamento clínico onde o retorno ao internamento hospitalar é considerado a melhor alternativa para garantir a segurança e o bem-estar do cliente (DGS, 2018, p. 5). Embora os profissionais de saúde tenham o dever ético de assegurar o bem-estar e prevenir o agravamento do estado clínico, é igualmente crucial respeitar a vontade e as expectativas do cliente ou do seu CI, desde que ambos sejam devidamente informados sobre os riscos e benefícios de cada opção. Este dilema tornou-se especialmente desafiante quando o cliente, mesmo consciente das implicações clínicas, opta por permanecer no seu domicílio, influenciado pelo conforto e segurança proporcionados pelo seu próprio lar, que lhe oferece familiaridade e tranquilidade. Para lidar com este conflito foi essencial que a equipa multidisciplinar estabelecesse uma comunicação terapêutica baseada na empatia, clareza e transparência, garantindo que tanto o cliente quanto o CI compreendessem plenamente os riscos e benefícios associados a cada decisão. A avaliação criteriosa da capacidade decisória do cliente foi indispensável para assegurar que a sua escolha era consciente, informada e livre de influências que possam comprometer o seu julgamento, como medo, desinformação ou confusão. Além disso, reconhecer e respeitar a autonomia do cliente deve ser visto como um componente essencial do processo terapêutico, no qual a tomada de decisão partilhada e o respeito pela individualidade contribuem para um cuidado ético, responsável e verdadeiramente humanizado, onde a promoção da saúde se alia ao respeito genuíno pela vontade e dignidade do cliente.

Desta forma, com atualização contínua do conhecimento, aliada à exposição ao contexto clínico, permitiu-me atuar com maior segurança, assertividade e discernimento, garantindo que todas as decisões fossem fundamentadas não apenas em princípios éticos, legais e científicos, mas também na capacidade de análise contextual e julgamento clínico. Assim, este percurso formativo reforçou a minha convicção de que a responsabilidade profissional, ética e legal é um pilar essencial na Enfermagem Especializada. Compreendi que, para além da aplicação de protocolos e diretrizes, é fundamental considerar a dimensão humana do cuidado, ao respeitar a individualidade e os valores de cada cliente e de cada CI. Assim, o contínuo desenvolvimento da capacidade de julgamento ético e clínico é indispensável para uma prática profissional segura e de excelência.

Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, a OE (Regulamento nº 140/2011, p. 4747) menciona que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na aquisição e aplicação de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade, assegurando a excelência na prestação de cuidados de saúde. A sua atuação abrange a conceção, implementação e monitorização de projetos institucionais voltados para a qualidade do cuidado em saúde, ao promover a disseminação do conhecimento. Para tal, mobiliza conhecimentos avançados e competências técnicas que permitem a adoção de práticas baseadas em evidência, ao colaborar em projetos que visam a melhoria dos cuidados prestados e a segurança dos clientes e do CI.

Enquanto futura Enfermeira Especialista desenvolvi competências no âmbito da manutenção de um ambiente terapêutico seguro, onde a centralidade da pessoa e CI na gestão dos cuidados foi imprescindível para a efetividade terapêutica. Neste sentido, promovi um espaço psicossocial, cultural e espiritual adequado ao bem-estar, ao fomentar a sensibilidade e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais. A minha abordagem envolveu não apenas os clientes, mas também os CIs, ao garantir uma assistência humanizada e centrada nas necessidades de ambos.

Nas visitas domiciliárias da UHD, identifiquei barreiras comunicacionais decorrentes da falta de uniformidade na linguagem utilizada, o que poderia comprometer a adesão ao regime terapêutico, ao gerar dúvidas tanto no cliente quanto no CI. Conforme destaca o "*Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*", elaborado pela DGS (2019), a comunicação entre o profissional de saúde, a pessoa cuidada e a pessoa que cuida, desempenha um papel essencial na qualidade da interação e no sucesso das intervenções. A dificuldade de compreensão das orientações pode impactar negativamente a adesão ao tratamento, ao comprometer a aceitação das propostas terapêuticas, os aconselhamentos e as mudanças comportamentais necessárias (DGS, 2019). Assim, a utilização de uma linguagem clara, acessível e ajustada ao nível de literacia do cliente e do CI é fundamental para garantir uma abordagem mais eficaz e centrada na pessoa (DGS, 2019). Após uma reflexão conjunta com a minha orientadora de estágio, planeei e elaborei protocolos sobre temas relevantes para a unidade, nomeadamente a "*Monitorização e Autovigilância da Glicemia Capilar e Administração de Insulina*", "*Terapêutica Inalatória, e Técnica de Inalação*" (ANEXO V e ANEXO VI).

O propósito desta iniciativa foi o de uniformizar a linguagem utilizada pela equipa de enfermagem da UHD, ao promover a implementação de medidas eficazes para a monitorização da glicemia capilar e a administração de insulina nos clientes internados em regime da UHD. Esta iniciativa visou estimular o autoconhecimento e ampliar a literacia em saúde, ao capacitar tanto os clientes quanto os CIs para a autovigilância da glicemia capilar e para a administração

segura de insulina e das técnicas inalatórias, de forma a participarem de uma maneira ativa na gestão da sua doença. Este processo revelou-se igualmente fundamental, resultando em melhorias significativas na vigilância e autovigilância. Ao contribuir para a prevenção de desequilíbrios no controlo glicémico, reduzindo o risco de descompensações agudas e, a longo prazo, minimizando complicações tardias associadas à diabetes. Além disso, também procurei otimizar a administração da medicação inalatória, ao garantir a máxima deposição pulmonar da terapêutica, uma vez que a sua eficácia está diretamente relacionada com a técnica correta de inalação.

A par destas iniciativas, desenvolvi igualmente o "*Procedimento de Uniformização da Constituição, Manutenção, Limpeza e Auditoria da Mala da UHD*" (ANEXO III), com o intuito de promover a melhoria contínua na unidade, em consonância com as diretrizes da Norma Nº 020/2018 da DGS (2018). Este procedimento visou assegurar a adoção de boas práticas e uma gestão rigorosa dos materiais, essenciais para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Ao delinear um protocolo claro e acessível para a monitorização e auditoria da mala da UHD, foi possível otimizar a organização dos recursos, reduzir o risco de omissões ou falhas e garantir que todos os materiais necessários para a prestação de cuidados fossem disponibilizados de forma adequada e atempada. Importa destacar que este procedimento será aprofundado e analisado com maior relevância no âmbito das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, onde se evidencia o seu papel fundamental na gestão e organização de recursos, bem como na implementação de práticas padronizadas que assegurem a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Para garantir a implementação bem-sucedida destas iniciativas, utilizei evidência científica e normas clínicas como base, estruturando protocolos que pudessem ser aplicados de forma transversal à equipa. A apresentação destes protocolos aos colegas, em contexto formativo, permitiu a identificação de oportunidades de melhoria e a definição de prioridades na otimização dos cuidados. Esta abordagem não só promoveu a segurança na prestação de cuidados, como também reforçou a necessidade de cooperar na organização do trabalho, ao reduzir a probabilidade de erro humano e garantir a prestação de cuidados mais seguros e eficazes. Além disso, ao reconhecer a gestão do ambiente centrado na pessoa como um elemento essencial para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuei proativamente para promover um ambiente favorável ao bem-estar dos clientes e gerenciei potenciais riscos. Paralelamente, procurei aprimorar a literacia em saúde, ao garantir que o processo de ensino e orientação fosse realizado com uma linguagem uniforme, acessível e adaptada.

Neste contexto, a minha atuação consolidou-se na capacidade de gerir os cuidados de forma estratégica e proativa, ao assegurar a segurança clínica, a elaboração e implementação de protocolos, e a promoção da literacia em saúde. Este percurso refletiu-se no desenvolvimento

da minha autonomia profissional, no aperfeiçoamento do julgamento clínico e na adoção de intervenções fundamentadas em evidência científica. Assim, esta trajetória formativa reforçou o meu compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, ao consolidar as competências necessárias para um exercício profissional proficiente e inovador no contexto da enfermagem especializada.

Competências do Domínio da Gestão dos cuidados

A capacidade de organização do trabalho é uma competência essencial do Enfermeiro Especialista, conforme descrito no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, Regulamento nº 140/2011, p. 4748). A complexidade dos cuidados prestados no domicílio exige planeamento estruturado e gestão eficiente dos recursos, do tempo e das intervenções, ao assegurar a continuidade e a segurança destes. Para responder eficazmente às necessidades individuais dos clientes e CIs, é fundamental adotar uma abordagem sistematizada e adaptada a diferentes contextos sociofamiliares.

Durante o estágio na UHD, demonstrei capacidade de planeamento e coordenação, ao garantir uma gestão integrada dos cuidados e a otimização das visitas domiciliárias. Este processo envolveu a priorização das necessidades dos clientes e CIS, e uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

Um dos momentos-chave deste processo foi a participação ativa nas reuniões interdisciplinares realizadas antes das visitas domiciliárias. Nestas reuniões, refletia conjuntamente com a equipa de multidisciplinar sobre a condição clínica dos clientes internados, os regimes terapêuticos e as intervenções necessárias, permitindo uma abordagem mais informada e coordenada. Esta troca de informações contribuiu significativamente para a tomada de decisão no processo de cuidar, ao melhorar a eficácia dos tratamentos e reforçar a colaboração entre os profissionais de saúde.

A organização do trabalho exigiu um elevado grau de flexibilidade e adaptação, tendo em conta que os cuidados foram prestados em diversos contextos, marcados por realidades sociofamiliares distintas. Para assegurar intervenções seguras e de qualidade, tornou-se essencial antecipar potenciais riscos e adotar boas práticas fundamentadas em evidência científica, para garantir continuidade, eficiência e efetividade terapêutica. A implementação de protocolos clínicos, a promoção da literacia em saúde e a gestão estratégica do ambiente terapêutico permitiram a uniformização de práticas de cuidado, ao reforçar a segurança clínica e a humanização dos cuidados. Paralelamente, a adoção de estratégias como a comunicação clara e acessível com os clientes e CIs, e o desenvolvimento da minha capacidade de organização no contexto da UHD, favoreceu a eficácia e eficiência dos cuidados prestados, mas também contribuiu para a promoção da autonomia do cliente e do CI, ao fortalecer o envolvimento ativo de ambos no regime terapêutico e ao garantir a humanização e segurança da assistência

prestada no domicílio.

O Enfermeiro Especialista deve igualmente ser capaz de *“gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados”* (OE, Regulamento nº 140/2011, pp. 4748-4749). No contexto da UHD, o enfermeiro coordenador desempenha um papel fundamental na gestão da unidade, ao assegurar a organização dos cuidados, ao otimizar as respostas da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, e ao garantir a segurança na prestação dos serviços. Embora tenha tido menos oportunidades de envolvimento direto com a gestão da unidade, procurei compreender os processos organizacionais e a dinâmica da equipa, valorizando a importância desta competência para o exercício da enfermagem especializada. Motivada por esta experiência, reconheço a gestão dos cuidados como uma área essencial para o meu crescimento profissional e pretendo desenvolvê-la no futuro, nomeadamente através da realização de uma Pós-Graduação em Gestão nos Serviços em Saúde, com o propósito de assegurar uma prática cada vez mais eficiente, colaborativa e orientada para a excelência dos cuidados.

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a OE (Regulamento nº 140/2011, p. 4749) descreve que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel essencial como facilitador, dinamizador e gestor da aprendizagem em contexto de trabalho. Este profissional atua como formador, ao identificar necessidades formativas, ao promover a investigação, ao cooperar em estudos e ao orientar programas que favoreçam a aprendizagem, aprimorem as intervenções e desenvolvam habilidades especializadas.

Para o desenvolvimento desta competência, nos primeiros dias de estágio realizei informalmente um diagnóstico das necessidades formativas da equipa, tendo identificado a temática da comunicação em saúde como uma área a desenvolver. Após reflexão com a minha orientadora de estágio, planeei e dinamizei uma formação em serviço com o tema *“Comunicação em Saúde”* (ANEXO I). A formação teve como objetivo para os formandos, fomentar uma prática de enfermagem baseada em evidência científica e fortalecer os conhecimentos e habilidades relativamente à comunicação terapêutica. A comunicação é uma das ferramentas fundamentais do Enfermeiro Especialista, pois permite compreender a personalidade, o contexto de vida do cliente e do CI e a perceção de ambos (DGS, 2019; Sequeira, 2016). Neste sentido, a comunicação assumiu um papel determinante na relação entre o profissional, a pessoa e o CI, ao influenciar diretamente a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2019; Sequeira, 2016). Durante a formação, enfatizei a importância do uso de estratégias e técnicas para garantir uma comunicação eficaz, uma vez que uma interação clara

e assertiva impacta positivamente os resultados em saúde (DGS, 2019; Sequeira, 2016). Na prática, a comunicação deve ser terapêutica, pois favorece a tranquilidade, a autoconfiança, o respeito, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia pelo cliente e pelo CI (DGS, 2019; Sequeira, 2016). A ação de formação decorreu no dia 17 de janeiro, com a participação dos profissionais da unidade. Nesta houve espaço para reflexão e debate, ao permitir a troca de experiências e a assimilação do conhecimento por parte da equipa de enfermagem. A minha intervenção, teve como intento, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sustentados na melhor evidência científica, centrados na pessoa e no CI, e de acordo com expertise profissional.

A OE (2011, p. 4749) destaca igualmente, que o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o *“autoconhecimento e a assertividade”* e alicerçar a *“sua praxis clínica especializada em evidência científica”*. Com o intuito de garantir a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades especializadas na área da pessoa em situação crónica, participei num evento científico direcionado à intervenção na doença crónica.

Nos dias 14 a 16 de novembro de 2024, estive presente no Encontro Renal (Anexo VII), realizado no Centro de Congressos da Madeira, onde apresentei uma comunicação oral intitulada: *“A Qualidade de Vida na Pessoa Doente com Doença Renal Crónica - Revisão da Literatura”* (Anexo VIII). Ao desenvolver esta comunicação, conclui que a monitorização da qualidade de vida da pessoa com DRC é fundamental, pois permite avaliar o impacto da doença no seu quotidiano e no seu processo de adaptação. Este processo, por sua vez, é complexo e prolongado, ao afetar tanto o cliente quanto a sua família. Neste sentido, a monitorização da qualidade de vida torna-se uma ferramenta indispensável para o Enfermeiro Especialista, pois além de permitir identificar as necessidades específicas da pessoa com DRC, igualmente possibilita a implementação de estratégias de intervenção que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Ao estabelecer esta abordagem centrada na pessoa e na família, a relação terapêutica é fortalecida, promovendo o autoconhecimento, a literacia em saúde e a capacitação para a autogestão da sua condição, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida de ambos, ao integrar cuidados personalizados que respondem de forma adequada às suas necessidades e expectativas.

Ao longo do estágio, adotei uma postura proativa na pesquisa de novos conhecimentos e no desenvolvimento de competências, ao reconhecer a necessidade de crescimento profissional e de aprofundar o meu autoconhecimento. Neste contexto, a formação assumiu um papel central na aquisição de competências e na qualificação dos cuidados prestados.

O resultado esperado com a concretização deste objetivo foi atingido. Uma vez que ambas as experiências permitiram-me adquirir competências essenciais no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao consolidar uma prática clínica especializada baseada na evidência científica e ao promover a implementação de padrões de qualidade e excelência nos

cuidados de enfermagem.

De acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (1984), a aquisição de competências no domínio das aprendizagens profissionais ocorre de forma progressiva, passando de um conhecimento teórico inicial para níveis avançados, caracterizados por uma prática experiente, intuitiva e fundamentada. Neste sentido, diversas atividades realizadas ao longo do estágio contribuíram significativamente para o aprimoramento das minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista. A dinamização da formação em “*Comunicação em Saúde*”, a participação ativa no Encontro Renal, o desenvolvimento de protocolos sobre temas relevantes para a UHD, o planeamento estruturado e gestão eficiente dos recursos, bem como o contínuo aperfeiçoamento da minha capacidade de julgamento ético e clínico, foram momentos determinantes para o meu desenvolvimento profissional. Estes processos favoreceram não só a reflexão crítica e o autoconhecimento, mas também a aplicação consistente da evidência científica na prática clínica. Assim, esta trajetória evidencia uma transição gradual de um desempenho técnico para uma prática especializada mais holística e fundamentada, essencial para assegurar cuidados de excelência e consolidar o meu contínuo desenvolvimento.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica

Na Enfermagem Médico-Cirúrgica aplicada à Pessoa em Situação Crónica, a definição de objetivos específicos orienta a prática do Enfermeiro Especialista, ao assegurar uma atuação qualificada e alinhada com as exigências do contexto clínico. O Regulamento nº 429/2018 (2018, p. 1359) estabelece um perfil de competências específicas para o Enfermeiro Especialista nesta área, determinando que tais competências sejam desenvolvidas e aplicadas conforme o alvo e o contexto da intervenção. Desta forma, garante-se uma resposta eficaz e diferenciada às necessidades das pessoas em situação crónica e dos seus CIs. Além de servirem como referência para a certificação profissional, estas diretrizes comunicam à sociedade o padrão de excelência esperado destes profissionais, reforçando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Cuida da Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19368), considerando a diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos que

envolvem tanto a pessoa acometida por doença crónica quanto a sua família e CIs. Para responder eficazmente a estas exigências, o profissional mobiliza conhecimentos e habilidades especializadas para identificar as necessidades e definir intervenções especializadas, concebe, implementa e avalia planos de intervenção personalizados e estabelece numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, o Enfermeiro Especialista atua de forma proativa e integrada, ao garantir uma assistência qualificada e centrada na pessoa cuidada e na pessoa que cuida.

A autogestão do regime terapêutico é um dos pilares essenciais nos cuidados de enfermagem às pessoas e CIs com doenças crónicas, pois visa capacitar tanto o cliente quanto o CI na gestão das exigências impostas pela condição de saúde, de forma autónoma e consciente. A adesão ao regime dietético, à restrição hídrica e ao tratamento medicamentoso representa desafios significativos, uma vez que são simultaneamente complexos e exigentes. Das dificuldades relatadas, a restrição da ingestão de líquidos e o consumo de sal, destacaram-se como os desafios mais complexos, solicitando uma abordagem não apenas informativa, mas também reflexiva e personalizada, ajustada às necessidades e perceções individuais (Cristóvão, 2016; FMC, 2021; Ikizler et al., 2020; Mira et al., 2017).

O Projeto "*Adesão a Terapias de Longo Prazo: Evidências para a Ação*" da OMS (2003, s.p.) define a adesão como "*um comportamento da pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou mudar os estilos de vida, de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde*". Este conceito reforça a importância da vontade do cliente em estabelecer concordância entre suas ações e as recomendações profissionais (OMS, 2003). A adesão não se limita à execução de prescrições, mas envolve a manutenção da funcionalidade no dia a dia e a prevenção de complicações que impactam a morbilidade e mortalidade. O regime terapêutico, por sua vez, vai além da adesão, ao englobar a capacidade de decisão sobre mudanças de comportamento diante da evolução dos sintomas ou de novas circunstâncias, incorporando o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir adequadamente (OMS, 2003).

Ao frequentar o MEMCEPSC, tive um contacto aprofundado com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o que despertou em mim, uma reflexão crítica sobre as minhas práticas clínicas no meu contexto de trabalho. Este referencial teórico impulsionou-me a questionar a eficácia das minhas intervenções, ao revelar que, no cuidado a pessoas com regimes terapêuticos complexos, não chegava transmitir as informações ou fornecer orientações rígidas. Uma abordagem estritamente biomédica e técnica na recolha de dados mostrava-se limitada para compreender as necessidades dos clientes e CIs, comprometendo alterações nos comportamentos de saúde. Compreendi, então, que a enfermagem deve centrar-se na pessoa e no CI, ao valorizar o seu processo de consciencialização e ao promover um envolvimento ativo na adaptação à sua condição crónica. Para isso, é essencial desenvolver competências na identificação, avaliação e acompanhamento das transições vividas pelo cliente e CI, ao garantir

um cuidado personalizado. Esta abordagem favoreceu comportamentos de adesão e autogestão que impactaram positivamente a qualidade de vida do cliente e do CI. O verdadeiro sucesso da intervenção de enfermagem residiu não apenas no domínio técnico, mas também na compreensão dos fatores subjacentes às dificuldades de autogestão, permitindo que as intervenções fossem direcionadas de maneira assertiva, empática e humanizada.

O desenvolvimento da perícia em enfermagem está diretamente relacionado à capacidade de identificar intuitiva e sensivelmente as necessidades do cliente e do CI, implementando estratégias eficazes para lidar com as limitações impostas pela doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, OE, p. 19368). Com base neste entendimento, orientei o meu desenvolvimento profissional para a desenvolvimento das competências de conceção de cuidados de enfermagem especializados e para a capacitação tanto do cliente, como do CI.

A consciencialização, como processo de perceção e reconhecimento da experiência de transição, é um fator determinante na adaptação à doença crónica ((CHUC, 2022; Meleis et al, 2000). Sem esta perceção, não é iniciado o processo de transição, comprometendo o envolvimento do cliente e CI, e a participação ativa de ambos na mudança de comportamentos (CHUC, 2022; Meleis et al, 2000). Ao reconhecer e aceitar as mudanças necessárias, ambos se tornam mais participativos, motivados e proativos na procura de informações e na adesão ao regime terapêutico (CHUC, 2022; Meleis et al, 2000). Desta forma, a consciencialização não só facilita a aceitação da condição de saúde, mas também fomenta o desenvolvimento de estratégias de coping e gestão ativa da doença (CHUC, 2022; Meleis et al, 2000).

Esta perspetiva transformou a minha prática clínica, levando-me a utilizar a consciencialização como estratégia central para capacitar tanto o cliente, como o CI na autogestão da sua condição crónica. O foco passou a ser a compreensão que ambos atribuem à sua experiência, ao considerar as dificuldades, expectativas, os significados, as crenças e as resistências. Esta abordagem permitiu o desenvolvimento de intervenções personalizadas e adaptadas às necessidades específicas tanto do cliente, como do CI, ao promover a dignidade, o bem-estar e a autonomia, ao mesmo tempo em que potencializava a eficácia dos cuidados de enfermagem (Meleis et al, 2000).

O desenvolvimento de competências críticas e reflexivas, fundamentadas na Teoria das Transições, revelou-se essencial para uma prática profissional transformadora, ética e eficaz. Esta abordagem fortaleceu o meu compromisso com a humanização e a excelência na assistência em saúde, ao consolidar uma enfermagem centrada na pessoa cuidada e na pessoa que cuida.

Na minha perspetiva a UHD, representa uma abordagem inovadora e humanizada na prestação de cuidados de saúde, ao oferecer ao cliente a possibilidade de continuar a receber cuidados no seu ambiente familiar, mantendo o conforto e a proximidade com seus entes queridos (Chan, 2022). No entanto, esta modalidade de cuidado apresenta desafios significativos, especialmente

no que se refere ao apoio ao CI e às particularidades do cuidado prestado no domicílio (McCusker et al., 2020). A UHD proporciona então, uma série de benefícios, como a redução do risco de infeções hospitalares, a promoção de um ambiente familiar favorável à recuperação e a diminuição do stress associado ao internamento hospitalar, contudo constatei que apresenta desafios consideráveis, sobretudo para o CI (Chan, 2022). Os CIs, geralmente familiares, não apresentam formação específica em saúde, e assumem a responsabilidade de prestar cuidados contínuos ao cliente, o que muitas vezes pode resultar em sobrecarga física e emocional, se a equipa multidisciplinar não promover o apoio essencial (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023).

A prestação de cuidados no domicílio requer uma reorganização da rotina familiar e uma adaptação do espaço físico da residência para acomodar os equipamentos necessários e facilitar as intervenções terapêuticas (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023). Este processo de ajuste pode gerar sentimentos de ansiedade e insegurança, especialmente quando o CI não se sente preparado para lidar com a complexidade dos cuidados exigidos (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023). Para que o CI desempenhe as suas funções de maneira eficaz, é fundamental que receba capacitação adequada (Fernandes, 2023; Machado et al., 2018; Mesquita Pinto et al., 2023). Neste contexto, o papel do Enfermeiro Especialista é essencial, pois cabe ao Enfermeiro Especialista fornecer as orientações necessárias para que o CI adquira o conhecimento e as habilidades indispensáveis ao autocuidado do cliente.

O suporte emocional oferecido ao CI desempenha um papel crucial na promoção do seu bem-estar, ao refletir diretamente na adesão às orientações médicas e na aceitação da condição crónica do cliente (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). A capacitação e o apoio emocional proporcionados, contribuem significativamente para a continuidade e qualidade do cuidado prestado no domicílio, ao garantir não apenas o bem-estar do cliente, mas também a sustentabilidade do papel do CI (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022).

O papel do CI na UHD é determinante para a continuidade do cuidado, pois este assume responsabilidades que vão além do suporte emocional, incluindo a realização de tarefas técnicas e a gestão das necessidades de autocuidado diárias do cliente. No entanto, esta sobrecarga pode comprometer a saúde física e mental do CI, ao afetar diretamente a qualidade do cuidado prestado (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). Assim, tornou-se essencial uma abordagem estruturada e personalizada, que inclui a capacitação técnica para a realização dos procedimentos, orientação quanto ao manuseio dos dispositivos médicos e do suporte emocional contínuo (Fernandes, 2023; Perdomo et al., 2022). Enquanto futura enfermeira especialista reconheci as limitações do CI, ao promover um ambiente de confiança e colaboração através de uma comunicação assertiva e empática, ao garantir que o CI se sentisse seguro e valorizado na sua função.

A comunicação efetiva emergiu, assim, como um pilar essencial na construção de uma relação terapêutica sólida no contexto da UHD. Ao atuar no ambiente familiar do cliente, enquanto futura Enfermeira Especialista, adotei uma abordagem comunicacional que respeitasse os valores, crenças e privacidade da família, e estabeleci um vínculo de confiança e segurança. A clareza e acessibilidade das informações foram fundamentais para a capacitação do CI, ao permitir que este adquira-se as competências necessárias para a prestação de cuidados de forma segura e eficaz. Para alcançar este objetivo, recorri a estratégias de comunicação, que não só fortaleceram a relação entre profissional de saúde e CI, mas também tornaram o cuidado mais humanizado e eficiente. Uma das estratégias adotadas foi o método *teach-back*, recomendado pelo "*Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*" (DGS, 2019), que consiste em solicitar ao cliente ou CI que explique, com as suas próprias palavras, as instruções recebidas, permitindo assim avaliar se a informação foi compreendida corretamente e, se necessário, reformular a explicação. Além disso, a *validação de dúvidas*, também referida no manual da DGS (2019), mostrou-se essencial para criar um ambiente livre de constrangimentos, onde os clientes e CIs pudessem colocar questões e expressar abertamente as suas dificuldades, promovendo um processo de ensino-aprendizagem mais eficaz. Paralelamente, a *escuta ativa*, conforme descrito por Sequeira (2016), foi um recurso fundamental na comunicação, que implica escutar, aceitar, demonstrar empatia e assertividade, evitar interrupções e mostrar disponibilidade, dando atenção ao Utente/Cuidador com o intuito de garantir uma interação produtiva e promotora de um cuidado centrado na pessoa. A combinação destas estratégias favoreceu o fortalecimento da relação terapêutica, ao permitir a capacitação dos CIs e um ensino mais eficaz, para um desempenho seguro e confiante na prestação de cuidados.

No âmbito da comunicação em saúde, destacou-se a igualmente a importância da aquisição e aperfeiçoamento das minhas habilidades comunicacionais, ao utilizar tanto a comunicação verbal quanto a não verbal, para a construção de uma relação terapêutica eficaz e humanizada, permitindo não apenas a transmissão de informação, mas também a capacitação do cliente e do CI para a autogestão da doença. A comunicação em saúde assume um papel determinante na promoção da saúde, na adesão terapêutica e na mudança comportamental, exigindo do profissional de saúde o domínio de estratégias comunicacionais baseadas em evidência científica (Freitas et al., 2019). A complexidade da interação entre a pessoa, o CI e o enfermeiro exige um equilíbrio entre o conhecimento técnico e a adaptação da mensagem à literacia e ao contexto individual de cada cliente e CI, assegurando que ambos compreendam e retenham as informações necessárias à gestão do estado de saúde (Barroso et al., 2021). Ao longo da minha experiência profissional, identifiquei que a sobrecarga de informação pode comprometer a retenção e compreensão dos conteúdos, dificultando a capacidade da pessoa para tomar decisões informadas e gerir eficazmente a sua condição crónica. Assim, sob a orientação da minha tutora, observei e implementei estratégias fundamentadas na prática baseada em

evidência, que me permitiram aperfeiçoar a simplificação da comunicação, garantir a clareza e acessibilidade da informação e criar um ambiente favorável à relação terapêutica. A aplicação de técnicas como o método *teach-back*, a *validação de dúvidas*, a *escuta ativa* e a *comunicação verbal e não verbal* foram determinantes para assegurar que a informação fosse não apenas transmitida, mas efetivamente compreendida e integrada pelo cliente e CI. Além disso, reconheci que a comunicação eficaz deve ser individualizada e adaptada às características e ritmo de aprendizagem de cada pessoa, respeitando a sua personalidade, nível de literacia e necessidades emocionais. Durante a minha intervenção, procurei utilizar linguagem acessível, assertiva, clara e positiva, fornecendo informação estruturada, confiável e alinhada com as necessidades do cliente e do CI, sem descurar a importância da espontaneidade e do vínculo terapêutico.

Contudo, a construção de uma relação terapêutica eficaz na UHD apresentou desafios, especialmente devido à sobrecarga emocional do CI e à complexidade das interações familiares. Divergências nas expectativas de cuidado, dificuldades na gestão do tempo e conflitos relacionados às decisões terapêuticas foram desafios recorrentes. Para superá-los, recorreu-se a estratégias de comunicação assertivas, resolução de conflitos e adoção de uma postura ética, imparcial e colaborativa. O envolvimento ativo do CI nas decisões e a personalização do cuidado, ao respeitar as suas necessidades e limitações, foram essenciais para fortalecer o vínculo terapêutico. A construção de um ambiente de confiança mútua, ao favorecer a interação entre o enfermeiro, o cliente e o CI desempenhou um papel essencial. Com o intuito, de estimular a partilha de experiências, ao permitir uma troca ativa de conhecimento e ao promover um envolvimento mais significativo de todas as partes no processo de cuidados. Além disso, ao fomentar uma relação de parceria, esta abordagem contribui para uma tomada de decisões partilhada, ao garantir que as necessidades e expectativas do cliente e do CI fossem respeitadas e integradas na prestação de cuidados.

Diante da crescente complexidade do cuidado domiciliar, a contínua aquisição de conhecimentos e o aperfeiçoamento das competências comunicacionais são fundamentais para desenvolvimento das minhas competências. Ao reconhecer e valorizar o papel do CI como um parceiro ativo no cuidado, desempenhamos um papel essencial na promoção da sua autonomia e empoderamento, ao contribuir para a redução da sobrecarga e ao garantir um cuidado mais eficaz, seguro e humanizado.

Portanto a transição para o papel de CI constitui um desafio significativo, ao exigir suporte adequado para facilitar a adaptação ao novo contexto de responsabilidades. Para melhor compreender as necessidades do CI e fortalecer a relação terapêutica, foi realizada uma pesquisa científica aprofundada, ao permitir desenvolver estratégias que favoreçam uma transição mais estruturada e eficiente.

Durante as visitas domiciliárias, destacou-se a relevância da Consulta de Admissão,

compreendida inicialmente por meio da observação da tutora e posteriormente pela execução prática do procedimento, precedida de uma reflexão crítica conjunta sobre este processo. Esta análise possibilitou a identificação de boas práticas e de potenciais áreas de melhoria, ao promover um aprimoramento contínuo da qualidade do cuidado. Entre as competências, a aquisição de habilidades comunicacionais emergiu como uma prioridade, uma vez que uma comunicação eficaz é essencial para identificar as necessidades do CI e estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no apoio mútuo. Como resultado deste processo, foi elaborado um "*Protocolo Visita de Admissão ao Doente Internado em UHD*" (Anexo IV), com o intuito de uniformizar a linguagem da equipa e estruturar uma abordagem centrada nas necessidades do cliente e do CI.

Igualmente durante a prestação de cuidados, constatei a necessidade de reforçar e consolidar as informações essenciais transmitidas ao cliente e ao CI, ao garantir a continuidade dos cuidados, a segurança das intervenções e a promoção do bem-estar. A prestação de cuidados no domicílio apresenta desafios significativos, exigindo do CI não apenas competências técnicas, mas também a capacidade de interpretar e aplicar corretamente as orientações fornecidas pela equipa de saúde. A variabilidade das condições clínicas dos clientes e a complexidade do manuseamento de dispositivos médicos evidenciaram a importância de um recurso estruturado e acessível que facilitasse a literacia em saúde e promovesse a autonomia do cliente e do CI na gestão do cuidado.

Com este propósito, foi concebido e desenvolvido o "*Guia de Apoio aos Cuidados do Utente e Família/Cuidador*" (Anexo II), como um recurso estruturado e de elevada relevância no contexto da UHD, com o propósito de padronizar e sistematizar orientações fundamentais destinadas à capacitação dos CIs e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no domicílio. Este guia emergiu da necessidade de garantir a continuidade dos cuidados, promover a autonomia do cliente e capacitar o CI para a gestão adequada do regime terapêutico, tendo como referência as melhores práticas baseadas na evidência científica. Ao procurar colmatar lacunas identificadas no contexto clínico, este guia assume-se como uma importante ferramenta na promoção de cuidados seguros, eficientes e centrados nas necessidades específicas do cliente e do seu CI.

A estrutura do guia foi criteriosamente delineada para abranger áreas críticas e essenciais ao desempenho competente do CI, organizadas em temas fundamentais que proporcionam uma abordagem abrangente, acessível e ajustada às especificidades do cuidado prestado no domicílio. Os temas principais incluem: a visita domiciliária, o papel do cuidador, a organização e segurança do ambiente, o uso adequado de dispositivos médicos (esfigmomanómetro, oxímetro e termómetro timpânico, cateter venoso periférico, cateter vesical, câmara expansora e inaladores, bomba portátil CADD), a gestão do regime medicamentoso, os cuidados específicos relacionados com a diabetes e a insulino-terapia, a prevenção de úlceras de pressão e as práticas adequadas na higienização das mãos. Cada um destes tópicos foi desenvolvido

com base em princípios de clareza comunicacional, acessibilidade e adequação ao nível de literacia em saúde dos CIs, assegurando que as orientações transmitidas fossem compreendidas, pertinentes e adaptadas às competências dos CIs. Este esforço é essencial para promover uma prática informada, fundamentada e segura, garantindo simultaneamente a continuidade e qualidade dos cuidados prestados no domicílio.

A relevância deste guia torna-se ainda mais evidente quando analisada à luz das teorias de enfermagem que fundamentam o processo de cuidar, nomeadamente a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). De acordo com Orem (2001), o autocuidado é um processo deliberado no qual o cliente realiza atividades destinadas a manter a saúde e o bem-estar, sendo especialmente relevante em situações de doença crónica ou dependência parcial. A teoria de Orem estrutura-se em três teorias: teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem, estas interligam-se diretamente com os objetivos e conteúdos deste guia. Neste contexto, o guia contribui significativamente para reduzir os défices de autocuidado identificados por Orem, ao disponibilizar orientações claras e padronizadas sobre áreas críticas como administração de medicação, prevenção de úlceras de pressão, monitorização de dispositivos médicos e gestão de diabetes, garantindo que os requisitos de autocuidado sejam cumpridos de forma adequada e consistente. Ao educar e capacitar o CI, o guia promove não só a adaptação progressiva ao regime terapêutico, mas também a autogestão da doença, essencial para a autonomia e bem-estar do cliente. Neste sentido, o guia alinha-se com os princípios fundamentais da teoria de Orem, ao facilitar a prática do autocuidado e promover a melhoria contínua da qualidade de vida do cliente e do seu CI.

Paralelamente, o *“Guia de Apoio aos Cuidados do Utente e Cuidador”* revela-se igualmente pertinente quando analisado à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), que enfatiza a importância de facilitar processos de transição, os quais incluem mudanças na saúde, nos papéis sociais, no ambiente de vida e na estrutura familiar do cliente e do CI. Para Meleis, a transição é um processo dinâmico e complexo que requer suporte adequado para promover resultados positivos na saúde e bem-estar. Neste contexto, o guia desempenha um papel essencial ao fornecer orientações claras e acessíveis que auxiliam o cliente e o CI a enfrentar e adaptar-se à transição da hospitalização para o domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados e minimizando possíveis vulnerabilidades. Ao padronizar e sistematizar os cuidados necessários, o guia contribui para reduzir a incerteza e a ansiedade associadas ao processo de transição, promovendo a capacitação do CI e fortalecendo o seu papel enquanto gestor do regime terapêutico. Esta abordagem educativa e estruturada facilita um processo de transição saudável, promovendo a literacia em saúde e a autogestão, aspetos cruciais para alcançar resultados positivos no processo de adaptação ao cuidado domiciliário.

A elaboração deste guia proporcionou um suporte contínuo e consistente, através de orientações práticas e sistematizadas que facilitam a implementação de cuidados especializados

no domicílio. Este recurso educativo promoveu não só o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais por parte do CI, mas também fomentou o seu autoconhecimento e capacidade de adaptar intervenções de acordo com as necessidades específicas do cliente. Ao oferecer orientações claras sobre procedimentos técnicos, prevenção de complicações e promoção da segurança, o guia possibilitou a aquisição de competências essenciais para o desempenho seguro e eficaz das funções do CI, fortalecendo assim a relação terapêutica estabelecida com o cliente e a equipa de saúde.

Em síntese, o *“Guia de Apoio aos Cuidados do Utente e Cuidador”* constituiu um contributo valioso para a prática de enfermagem especializada, ao proporcionar um referencial estruturado e acessível que promove a capacitação do CI, que reforça a autonomia do cliente e assegura a continuidade e qualidade dos cuidados prestados no domicílio. Ao fomentar a aquisição de competências fundamentais, promover a literacia em saúde e proporcionar orientações fundamentadas na melhor evidência científica, este recurso revelou-se uma ferramenta indispensável para a prestação de cuidados humanizados, responsáveis e orientados para a excelência. Desta forma, o guia alinha-se com os princípios das teorias de Orem e Meleis, ao promover o autocuidado, facilitar processos de transição e assegurar uma abordagem holística e centrada na pessoa, essencial para alcançar resultados positivos e sustentáveis na prestação de cuidados no domicílio.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi instituído pela DGS como uma prioridade estratégica, visando a redução das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a mitigação da resistência aos antimicrobianos, por meio da implementação de práticas baseadas em evidência científica (DGS, 2013). Segundo a DGS (2013, p. 6), as IACS são definidas como *“infeções associadas à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados domiciliários).”* Neste contexto, a UHD, enquanto modelo alternativo de prestação de cuidados, também está suscetível a estes riscos, tornando-se essencial a adoção de medidas rigorosas para prevenir e controlar infeções.

Durante o estágio, foi possível observar e aplicar as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), destacando-se a obrigatoriedade da higienização das mãos nos cinco momentos recomendados pela OMS. Esta prática é efetuada nos domicílios dos clientes, pela presença de doseadores de solução alcoólica, que garantem acessibilidade e adesão a esta medida essencial de prevenção. Além disso, para minimizar a manipulação do ambiente circundante e assegurar um campo de trabalho limpo, adotei a utilização da tampa da caixa de material de consumo clínico, previamente desinfetada com solução alcoólica, como superfície para a organização dos materiais necessários à intervenção junto do cliente. Estas estratégias demonstram a importância de uma abordagem sistemática e preventiva na redução do risco de infeções em contexto da UHD, constituindo pilares fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Reconhecendo, igualmente, que a eficácia das PBCI depende também da adesão adequada por parte dos clientes e CIs, realizei ensinamentos estruturados e individualizados no momento da admissão na UHD, com respetivo reforço sempre que necessário. Este processo educativo teve como objetivo reforçar a literacia em saúde e promover práticas de prevenção consistentes e ajustadas às necessidades específicas de cada cliente e CI. Durante os ensinamentos efetuados, foram transmitidas orientações claras sobre a correta higienização das mãos, utilizando solução alcoólica e sabão, com especial enfoque nas técnicas adequadas para cada situação de cuidado. Adicionalmente, foram abordados temas relacionados com a limpeza e desinfeção regular das superfícies de contacto frequente, bem como o manuseio seguro dos materiais clínicos utilizados. Neste processo educativo foi utilizada uma linguagem compreensível e acessível, considerando o nível de literacia do cliente e do CI, garantindo a aquisição adequada de competências essenciais para a prevenção de infeções e segurança dos cuidados prestados. Os ensinamentos realizados no domicílio revelaram-se fundamentais para capacitar o cliente e o CI na adoção de medidas preventivas eficazes, promovendo não só a segurança dos cuidados, mas também a autonomia e responsabilidade na gestão do ambiente domiciliário. Este processo educativo contribuiu, assim, para um acompanhamento mais eficaz e centrado na pessoa, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados no contexto da UHD.

Maximiza o Ambiente Terapêutico em Articulação com a Pessoa e Família/Cuidadores a Vivenciar a Doença Crónica

Considerando a complexidade dos contextos de atuação e a diversidade de intervenções terapêuticas na Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, OE, p. 19369), o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na gestão do risco e na criação de um ambiente seguro e propício à prestação de cuidados especializados. Neste sentido, ajusta continuamente a sua prática às necessidades da pessoa alvo da sua intervenção, garantindo a segurança tanto do próprio profissional quanto do cliente. A sua atuação baseia-se numa abordagem crítica e reflexiva, que permite identificar e minimizar potenciais riscos, ao assegurar a qualidade, a eficácia e a humanização dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, requer uma abordagem holística e sustentada em evidências científicas com o intuito de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, tendo sido elaborado um "*Procedimento de Uniformização da Constituição, Manutenção, Limpeza e Auditoria da Mala da UHD*" (ANEXO III). A elaboração deste procedimento visou a promoção de medidas para garantir a qualidade e integridade dos medicamentos, dos produtos farmacêuticos e dos materiais de consumo clínico, desde o processo de armazenamento e distribuição pela equipa da UHD até à dispensa aos clientes internados na UHD, englobando a equipa de enfermagem.

O transporte e acondicionamento de medicamentos, dos produtos farmacêuticos e dos materiais de consumo clínico no âmbito da UHD, deve obedecer a critérios rigorosos, que garantam a segurança e a qualidade dos mesmos na prestação de cuidados. Assim, é fundamental a correta identificação dos medicamentos, dos produtos farmacêuticos e dos materiais de consumo clínico, ao incluir nome, lote e validade, bem como a organização dos mesmos de modo a priorizar a utilização dos que possuem um prazo de validade mais curto. Além disso, devemos assegurar que todas as condições ambientais, como temperatura inferior a 25°C, proteção contra luz solar direta e humidade inferior a 60%, sejam cumpridas para preservar a eficácia dos medicamentos. Durante o transporte, a mala da UHD deve conter um documento comprovativo da quantidade de cada medicamento transportado (conforme documento presente na unidade). Paralelamente, a limpeza e manutenção das malas utilizadas na UHD devem seguir um protocolo rigoroso, incluindo a remoção dos materiais, lavagem da mochila até 40°C sem produtos à base de cloro, secagem adequada e reposição dos equipamentos (conforme a checklist estabelecida na unidade). Este procedimento deve ser realizado mensalmente, com o devido registo na sua folha de higienização (conforme a folha de higienização presente na unidade). No que diz respeito à prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, é imperativo cumprir a legislação vigente, nomeadamente o Decreto-Lei nº 73/2011 (Portugal, 2011), e adotar um sistema adequado de triagem de resíduos hospitalares, ao garantir a separação dos materiais recicláveis e a sua correta recolha e armazenamento. A gestão dos resíduos deve seguir circuitos de recolha e transporte específicos para evitar contaminação cruzada, complementada pela limpeza e conservação regular das viaturas afetas à UHD (conforme o Plano de Ação estabelecido na Unidade de HD). Adicionalmente, devem ser seguidas as diretrizes da DGS sobre prevenção e controlo de infeções, cumprindo as PBCI (DGS, 2012), ao garantir a correta manipulação de materiais cortantes e perfurantes e ao assegurar um sistema eficiente de triagem de resíduos hospitalares.

A Grelha de Auditoria, do *“Procedimento de Uniformização da Constituição, Manutenção, Limpeza e Auditoria da Mala da UHD”*, foi realizada com o intuito de possibilitar a identificação de oportunidades de melhoria contínua na unidade, ao reforçar a adoção de boas práticas, em conformidade com diretrizes da Norma Nº 020/2018 preconizada pela DGS (2018).

A implementação deste procedimento revelou-se essencial para assegurar a segurança dos profissionais e clientes, ao garantir simultaneamente a qualidade e integridade dos medicamentos, produtos farmacêuticos e materiais de consumo clínico. Para além do impacto direto na segurança e na continuidade dos cuidados, esta iniciativa contribui significativamente para a gestão do risco, ao assegurar que eventuais inconformidades sejam prontamente detetadas e resolvidas, preservando a segurança e qualidade dos cuidados.

Neste contexto, a participação ativa na organização da unidade, bem como na definição de estratégias, assume um papel central na maximização do ambiente terapêutico, ao assegurar a otimização dos recursos, a padronização das intervenções e a consolidação de processos mais

seguros e eficazes. Assim, esta abordagem não só promove um cuidado mais seguro e eficiente, como também reforça a cultura de qualidade, a melhoria contínua e a excelência na prestação de cuidados.

No domínio técnico, particularmente nos procedimentos de Hemodiálise, reconheço ter atingido um nível de perícia, demonstrando proficiência e segurança na prática clínica mesmo antes do início do curso MEMCPC. No entanto, ao longo do percurso académico, ampliei a minha visão e desenvolvi novas competências essenciais para a prática especializada, nomeadamente na promoção da autogestão do regime terapêutico, na comunicação terapêutica, e na prestação de cuidados diferenciados fora da minha zona de conforto e um olhar mais atento ao CI.

A reflexão sobre os meus quinze anos de experiência profissional permitiu-me compreender que a comunicação em enfermagem e a promoção da autogestão do regime terapêutico é um processo dinâmico e desafiante, exigindo um aperfeiçoamento contínuo e uma adaptação constante às particularidades de cada cliente e CI. De acordo com Patricia Benner (2001), o desenvolvimento profissional na enfermagem ocorre de forma progressiva, à medida que a experiência transforma a prática, tornando-a mais intuitiva, contextualizada e refinada. Neste sentido, reconheço que evoluí de uma abordagem técnica e estruturada para uma comunicação mais fluida, empática e adaptada às necessidades individuais, refletindo um nível de proficiência que me permite interpretar a comunicação verbal e não verbal, antecipar dificuldades e ajustar estratégias de interação conforme o contexto. Desta forma, enquanto futura Enfermeira Especialista, compreendo que a excelência na comunicação terapêutica não se limita a uma ferramenta técnica, mas constitui um elemento central para a autogestão da doença, a melhoria da qualidade de vida e a humanização dos cuidados.

À luz do referencial teórico de Benner, identifico-me atualmente como uma enfermeira competente nestes domínios, reconhecendo a necessidade de investir continuamente no aprimoramento das minhas competências, com o objetivo de atingir um nível de perícia que permita uma prática ainda mais autónoma, intuitiva e diferenciada no contexto da enfermagem especializada.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ao longo deste percurso formativo, foi possível constatar que a abordagem à doença crónica requer uma transformação dos paradigmas tradicionais de saúde, ao direcionar os cuidados para uma prática contínua, integrada e centrada no cliente e seus CIs. A experiência clínica aliada à fundamentação teórica revelou, de forma inequívoca, que a complexidade inerente às condições crónicas exige não apenas a gestão dos sinais e sintomas, mas também a promoção de uma relação terapêutica sólida entre enfermeiro, cliente e CIs. Esta relação, baseada na empatia, na escuta ativa e no apoio emocional, mostrou-se fundamental para o empoderamento dos envolvidos, ao possibilitar a expressão dos medos, angústias e expectativas e contribuir para uma eficaz adesão ao regime terapêutico.

A implementação dos modelos teóricos, como o de Afaf Meleis e a teoria do autocuidado de Orem, evidenciou a importância de uma prática de enfermagem que considere as especificidades de cada cliente e dos seus CIs. Ao aplicar tais abordagens, foi possível desenvolver intervenções fundamentadas, que não apenas visaram a melhoria dos parâmetros clínicos, mas também a promoção da autonomia e do bem-estar emocional dos envolvidos. Este cuidado holístico, é essencial para garantir a qualidade de vida tanto do cliente em situação crónica quanto do CI, que enfrentam frequentemente diferentes desafios na sua rotina diária.

Um dos pontos centrais da prática clínica e foco do meu relatório intitulado *“Qualidade de Vida do Cuidador Informal da Pessoa em Situação Crónica”*, foi a análise e intervenção na qualidade de vida dos CIs, dado a extrema relevância do tema no contexto atual. Os CIs desempenham um papel imprescindível, ao fornecer apoio contínuo e contribuir significativamente para o bem-estar dos clientes. Entretanto, esta função, apesar de vital, acarreta um elevado custo emocional, físico e social, que muitas vezes não é devidamente reconhecido. Assim, o presente relatório evidencia a importância da valorização do cuidado, ao promover a instrução, orientação e suporte aos CIs nos cuidados ao cliente, para amenizar a sobrecarga frequentemente vivenciada.

A integração entre a teoria e a prática permitiu um desenvolvimento significativo das competências científicas, técnicas e humanas, fundamentais para o exercício autónomo e responsável de enfermagem. O constante processo reflexivo, aliado à partilha de experiências com colegas e tutora, consolidou um raciocínio crítico capaz de fundamentar decisões baseadas na melhor evidência científica disponível. Esta aprendizagem colaborativa não só enriqueceu o conhecimento adquirido, mas também fortaleceu o meu compromisso com a excelência no cuidado.

A prática clínica no âmbito da UHD demonstrou ser um ambiente desafiador, mas igualmente enriquecedor, onde a conjugação entre a humanização dos cuidados e a aplicação de evidências científicas se traduziu em melhorias substanciais na qualidade de vida dos clientes e dos seus CIs. A experiência vivida possibilitou uma compreensão mais profunda das necessidades individuais e das dinâmicas familiares que permeiam o cuidado à pessoa crónica, ao evidenciar que o suporte oferecido aos CIs é determinante para a eficácia dos tratamentos e para a manutenção do equilíbrio emocional de todos os envolvidos.

Ademais, a superação das adversidades, como a conciliação das responsabilidades académicas, profissionais e pessoais, reforçou a resiliência e o comprometimento com a prática de uma enfermagem humanizada e baseada na evidência. O apoio inestimável da equipa da UHD e dos professores orientadores foi crucial para a aquisição de conhecimentos e competências que se refletem na prática diária. Este processo de aprendizagem contínua reforçou a importância de uma abordagem integrada, onde o meu desenvolvimento pessoal e profissional se interligam para promover a excelência no cuidado. Alinhada com o modelo de Benner (2001), a minha evolução reflete uma transição de uma abordagem técnica para uma prática clínica e comunicação terapêutica mais intuitiva e humanizada. Reconheço que atingir a perícia requer um aperfeiçoamento contínuo, conciliando o conhecimento técnico e a empatia para promover a autogestão do regime terapêutico e melhorar a qualidade de vida tanto dos CIs como as dos clientes.

Em síntese, a trajetória percorrida durante este MEMCEPSC não só ampliou a compreensão sobre os desafios e complexidades do cuidado a pessoa em situação crónica, mas também ressaltou a necessidade de se investir na qualidade de vida dos CIs. A experiência acumulada e o aprofundamento teórico-prático demonstraram que o cuidado humanizado, alicerçado em bases científicas sólidas e na empatia, é o caminho para transformar a assistência prestada, ao promover não apenas a recuperação clínica, mas também o bem-estar integral dos clientes e de suas redes de apoio, os CIs. Portanto, concluo que esta jornada formativa foi decisiva para a consolidação da prática de Enfermagem Especializada, que integrou o conhecimento teórico, experiência clínica e sensibilidade humana. Estou convicta de que o aprimoramento das minhas competências avançadas, aliado ao meu compromisso com a aprendizagem contínua, ampliou os meus horizontes na assistência à saúde, demonstrando a importância de cuidados que considerem a totalidade do ser humano e promovam a dignidade, o bem-estar e a autonomia de todos os envolvidos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AADIC, Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca. (2024). *Alimentação e Insuficiência Cardíaca* [Site informativo]. AADIC. <https://aadict.pt/wp-content/uploads/2023/05/AADIC-MONOFOLHA-jun22.pdf>

Abreu, F., Costa, J., & Almeida, M. (2020). *Abordagens terapêuticas para patologias osteoarticulares*. *Revista de Reumatologia Clínica*, 18(3), 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.03.005>

ADA, American Diabetes Association. (2024). *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S1-S326. <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>

Agência Lusa. (2024). *Portugal tem quase 15 mil cuidadores informais e a maioria são mulheres*. Lusa. <https://www.lusa.pt/article/OsmUI2crZKk7qugZFrXWtzMSZM5iuSI1>

Aguiar, N. M., Andrade Junior, P. S. L., Silva, C. S., Santos, I. L. F., Silva, D. L., Freitas, J. V. R., Oliveira, A. C. B. A. R., Matos, L. N., Cardoso, P. M. M., & Corrêa, S. M. C. (2021). *Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca*. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 32, e8404. <https://doi.org/10.25248/REAC.e8404.2021>

Agustí, A., Celli, B. R., Criner, G. J., Halpin, D., Anzueto, A., Barnes, P., Bourbeau, J., Han, M. K., Martinez, F. J., Montes de Oca, M., Mortimer, K., Papi, A., Pavord, I., Roche, N., Salvi, S., Sin, D. D., Singh, D., Stockley, R., López Varela, M. V., Wedzicha, J. A., & Vogelmeier, C. F. (2023). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 207(7), 819-837. <https://doi.org/10.1164/rccm.202301-0106PP>

Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., Acar, S., Aksoydan, E., Altintas, A., Aytar, A., Baskici, C., Blazeveciene, A., Scarpa, A. R., Kiziltan, G., & Mattace-Raso, F. U. S. (2020). *Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103971. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>

Aksoydan, E., Aytar, A., Blazeveciene, A., Bruchem-Visser, R., Vaskelyte, A., Mattace-Raso, F., Acar, S., Altintas, A., Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Baskici, C., Kav, S., & Kiziltan, G. (2019). *Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>

- Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). *Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases*. *Annual Review of Public Health*, 40, 127-146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2016). *Symptom burden in chronic kidney disease: A review of recent literature*. *Journal of Renal Care*, 42(3), 140-150. <https://doi.org/10.1111/jorc.12167>
- APDP, Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2023). *Alimentação e diabetes*. <https://apdp.pt/diabetes/nutricao/alimentacao-e-diabetes>
- Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. (2021). *Abordagem á Pessoa Com Lesões De Pele Associadas À Humidade*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas.
- Azevedo, A. J. B. (2024). *Cuidar da pessoa com doença renal crónica* [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Saúde do Norte]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/52140/1/Relato%CC%81rio%20de%20Esta%CC%81gio_Adriano%20Azevedo.pdf
- Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. R. (2020). *O papel dos cuidados continuados na reconstrução do projeto de vida da pessoa em situação de dependência*. In *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 71-84). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39529/1/autocuidado_71-84.pdf
- Banday, M. Z., Sameer, A. S., & Nissar, S. (2020). *Pathophysiology of diabetes: An overview*. *Avicenna Journal of Medicine*, 10(4), 174-188. https://doi.org/10.4103/ajm.ajm_53_20
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Bastos, C., Vieira, S., & Lima, L. (2019). *Gestão do regime farmacológico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 57-67. <https://doi.org/10.12707/RIV18068>
- Barenco, B. P. M., Costa, M. Z., & Siqueira, E. C. (2023). *Abordagem geral da osteoartrite*. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 23(2), e11971. <https://doi.org/10.25248/REAMed.e11971.2023>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed.). Lidel – Edições Técnicas.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Cambridge University Press. (2024). *Care*. In *Cambridge Dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/care>
- Cardoso, P. M. M., Matias, V. R. B., Côrtes Júnior, R. R. A., Batista, D. D. V. A., Batista, L. P. M., Souza, D. A. D., & Feres, A. B. S. (2022). *A influência do envelhecimento osteoarticular na qualidade de vida dos idosos*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(10), e11083.

<https://doi.org/10.25248/reas.e11083.2022>

Cavalcante, L. M., Lima, F. E. T., Custódio, I. L., de Oliveira, S. K. P., de Meneses, L. S. T., de Oliveira, A. S. S., & de Araújo, T. L. (2018). *Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2604-2611. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>

Carvalho, P., Mendes, L., & Oliveira, T. (2020). *Estratégias terapêuticas na dor osteoarticular: abordagem multidisciplinar*. *Revista de Reumatologia Clínica*, 16(2), 112-128. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.11.004>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *About Chronic Diseases*. Chronic Disease. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>

Chan, S. (2022). *Hospitalização Domiciliária, uma Alternativa ao Internamento Convencional*. *Medicina Interna*, 53-56. <https://doi.org/10.24950/RSPMI.2022.01.288>

CHUC, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2022). *Literacia em saúde: Um desafio emergente*. Coletânea III. https://www2.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/2022_coletaneaIII.pdf

Chou, J. A., & Kalantar-Zadeh, K. (2017). *Volume Balance and Intradialytic Ultrafiltration Rate in the Hemodialysis Patient*. *Current Heart Failure Reports*, 14(5), 421-427. <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0356-6>

Clementino, D., Souza, A., Barros, D., Carvalho, D., Santos, C., & Fraga, S. (2018). *Pacientes em hemodiálise: Importância do autocuidado com a fístula arteriovenosa*. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(7), 1841-1852. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234970p1841-1852-2018>

Coelho, M. J. (2006). *Maneiras de cuidar em Enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 745-751.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/TVh7q9wbXZr4TqJRjHKZJZd/?format=pdf&lang=pt>

Coniam, S. W., & Diamond, A. W. (1999). *Controlo da Dor*. Climepsi Editores.

COPD Foundation. (2025). *COPD*. <https://www.copdfoundation.org/What-is-COPD/Understanding-COPD/What-is-COPD.aspx>

Costa, M. B., Pinheiro, D. M. de M., Figueiredo, L. da S., Lima, D. V. M. de, Pereira, J. de M. V., Flores, P. V. P., & Cavalcant, A. C. D. (2019). *Intervenções de enfermagem para redução do edema de pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados*. *Nursing Edição Brasileira*, 22(250), Artigo 250. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i250p2745-2750>

Coutinho Costa, J., Almeida, M. A., & Silva, R. S. (2018). *Monitorização e ajustes na ventilação não invasiva: Implicações para a prática clínica*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 24(3),

185-192. <https://doi.org/10.24950/RSPMI/ORIGINAL/78/1/2018>

Cristóvão, A. (2016). *Eficácia das restrições hídrica e dietética da pessoa com doença renal crónica em hemodiálise* (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20730>

Cruz, M., Ramires, V. V., Wendt, A., Mielke, G. I., Martinez-Mesa, J., & Wehrmeister, F. C. (2017). *Simultaneidade de fatores de risco para doenças crónicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública 33(2), e00021916. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00021916>

Dacha, S., Chaiwong, W., & Tajarerndmuang, P. (2022). *Associação entre doença cardiovascular e DPOC: avaliação da função e estrutura cardíacas*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 48(5), e20220388. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220388>

Departamento de Prestações e Contribuições. (2025). *Guia Prático - Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. Instituto da Segurança Social, I.P. <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>.

DGS, Direção Geral de Saúde. (2011a). *Diagnostico e classificação da diabetes mellitus (Nº 002/2011)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>

DGS, Direção Geral de Saúde. (2011b). *Insulinoterapia na diabetes mellitus tipo 2 (Nº 025/2011)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/insulinoterapia-na-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>

DGS, Direção Geral da Saúde. (2012). *Precauções básicas de controlo da infeção (PBCI)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. DGS. <https://www.dgs.pt>

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2018). *Hospitalização domiciliar em idade adulta (Nº 020/2018)*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta.pdf>

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. DGS.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>.

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2022). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (Nº 019/2015)*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Despacho Nº 12635/2023/DR*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12635-2023-225444235>

Durães, S. (2024). *Viver com DPOC: Controlar os Sintomas e Melhorar a Qualidade de Vida*. SPMI. <https://www.spmi.pt/viver-com-dpoc-controlar-os-sintomas-e-melhorar-a-qualidade-de-vida/>

Fernandes, M., Lima, C., Frazão, C., Delgado, M., Araújo, M. & Lira, A. (2016). *Alterações cardiovasculares e pulmonares em pacientes submetidos à hemodiálise*. Revista Enfermagem UERJ, 24(3), 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8634>

Finkel, T. (2024). *¿Hemos topado con un muro biológico en la lucha por alargar la vida? El País*. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-12-01/toren-finkel-gerontologo-puede-que-haya-mos-topado-con-un-muro-biologico-en-la-lucha-por-alargar-la-vida-pero-los-muros-se-derriban.html>

Fernandes, C. M. M. (2023). *Capacitação do Cuidador Informal – Aprende a Cuidar de ti enquanto aprendes a Cuidar do outro*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/46207?utm>

Ferreira Malta, H., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). *A comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa*. Servir, Nº 04. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0204.28390>

FMC, Fresenius Medical Care. (2021). *Manual de Alimentação em Hemodiálise – Guia Prático para doentes em Hemodiálise*. 9ª edição. Lisboa: FMC.

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., Ceia, F., & Costa, C. (2018). *Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal*. Revista Portuguesa de Cardiologia, 37(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.014>

Fragoso, V. (2006). *A arte de cuidar e ser cuidado: cuidar-se para cuidar*. IGT na Rede, 3(5), 1-8. <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/9>

Gallani, M. C. B. J. (2015). *O enfermeiro no contexto das doenças crônicas*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(1), 1-2. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2517>

Galvão, P. C. da C., Nunes, M. M., & Silva, R. A. (2016). *Diagnósticos de enfermagem em*

pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo transversal. Cogitare Enfermagem, 21(2), 1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.44646>

Garagarza, C., Valente, A., Caetano, C., Ramos, I., Sebastião, J., Pinto, M., Oliveira, T., Ferreira, A., & Sousa Guerreiro, C. (2022). *Potassium Intake-(Un) Expected Non-Predictor of Higher Serum Potassium Levels in Hemodialysis DASH Diet Consumers.* Nutrients, 14(10), 2071. <https://doi.org/10.3390/nu14102071>

Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2019). *Interventions for preventing falls in older people living in the community.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>

Godinho, C., Jordão, A., Dias, A., Lopes, A., Duarte, A., Carvalho, D., Nascimento, E., Louro, J., Ricciulli, M., & Melo, M. (2015). *Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) / Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (não crítico).* Suplemento da Revista da Sociedade de Medicina Interna, 22(3). <https://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-3-Setembro-2015-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-127-146.pdf>

Hatamleh, O. (2024). *La inteligencia artificial y el futuro de la longevidad.* Huffington Post. <https://www.huffingtonpost.es/tecnologia/omar-hatamleh.html>

Heart Failure Matters. (2025). *Técnicas para conservar energia.* Heart Failure Matters. <https://www.heartfailurematters.org/pt-br/viver-com-insuficiencia-cardiaca/tecnicas-para-conservar-energia/>

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., Milano, C. A., Nwacheta, L. C., Sandhu, A. T., Stevenson, L. W., Vardeny, O., Vest, A. R., & Yancy, C. W. (2022). *2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.* Circulation, 145(18), e895–e1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>

Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L. & Azevedo, T. (2023). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular.* Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://hdl.handle.net/10316/107474>

Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., Del Pozo, J. L., Gruss, E., Ramírez de Arellano, M., Fontseré, N., Arenas, M. D., Merino, J. L., García-Revilla, J., Caro, P., López-Espada, C., Giménez-Gaibar, A., Fernández-Lucas, M., Valdés, P., Fernández-Quesada, F., de la Fuente, N., ... por el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular

(GEMAV). (2017). *Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis*. *Nefrologia: Publicacion Oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia*, 37(Suppl 1), 1-191. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>

ICPN, Classificação para a Prática de Enfermagem. (2025). *International Council of Nurses—Browser*. ICNP - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Yee-Moon Wang, A., & Cuppari, L. (2020). *KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update*. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 76(3 Suppl 1), S1-S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>

Infomed. (2024). *Infomed [Base de dados de medicamentos]*. Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T., Nitsch, D., Neuen, B., & Perkovic, V. (2021). *Chronic kidney disease*. *The Lancet*, 398(10302), 786-802. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00519-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5)

Ladeira, M. T., Teixeira, C., Freitas, S., & Dias, C. (2020). *Ventilação não invasiva no doente agudo: o que mudou?* *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 26(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.10.005>

Lage, I. (2005) Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Ed.); *Envelhecer em Portugal*; Lisboa: Climepsi Editores; p. 203 - 229.

Lange, P., Ahmed, E., Lahmar, Z. M., & Martinez, F. J. (2015). *Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease*. *The New England Journal of Medicine*, 373(6), 580-583. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1506860>

Law, J. P., Pickup, L., Pavlovic, D., et al. (2023). *Hypertension and cardiomyopathy associated with chronic kidney disease: epidemiology, pathogenesis and treatment considerations*. *J Hum Hypertens*, 37, 1-19. <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00751-4>

Lee, Y., Okuda, Y., Sy, J., Kim, S. R., Obi, Y., Kovesdy, C. P., ... Kalantar-Zadeh, K. (2019). *Ultrafiltration rate effects declines in residual kidney function in hemodialysis patients*. *American Journal of Nephrology*, 50(6), 481-488. <https://doi.org/10.1159/000503918>

Lemay, J., Waheedi, M., Al-Sharqawi, S., & Bayoud, T. (2018). *Medication adherence in chronic illness: Do beliefs about medications play a role?* *Patient Preference and Adherence*, 12, 1687-1695. <https://doi.org/10.2147/PPA.S169236>

Levey, A. S., & Coresh, J. (2002). *KDOQI Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, classification, and stratification*. National Kidney Foundation.

Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). *Chronic kidney disease*. *The Lancet*, 379(9811), 165-180.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60178-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60178-5)

Lima, L. R., Silva, C. A. B., & Oliveira, M. P. (2022a). *Estratégias de autocuidado para controle da ingestão hídrica em pacientes em hemodiálise*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 16, e247613. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.247613>

Lima, M. V., Silva, S. M., & Costa, S. F. (2022b). *Estratégias de enfermagem para prevenção de complicações respiratórias em pacientes com insuficiência cardíaca*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 16, e245599.

Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., ... & KDOQI Vascular Access Work Group. (2020). *KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update*. American Journal of Kidney Diseases, 75(4 Suppl 2), S1-S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>

Loutradis, C., Sarafidis, P. A., Ferro, C. J., & Zoccali, C. (2021). *Volume overload in hemodialysis: diagnosis, cardiovascular consequences, and management*. Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 36(12), 2182-2193. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa182>

Lord, S. R., Menz, H. B., & Sherrington, C. (2018). *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108297353>

Loscalzo, J., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (Eds.). (2022). *Harrison's principles of internal medicine* (21^a ed.). McGraw Hill.

Lovato, F. H., Mateussi, M. V., Martimbianco, A. L. C., & Riera, R. (2016). Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre tratamento da osteoartrite. Revista Diagnóstico & Tratamento, 21(3), 134-141. <https://doi.org/10.23925/1677-8312.2016v21i3a4>

Machado, B. M., Dahdah, D. F., & Kebbe, L. M. (2018). *Cuidadores de familiares com doenças crônicas: Estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 26(2), 299-313. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1188>

Malik, J., Lee, T., & Sheth, R. (2021). *Arteriovenous fistula maturation: A systematic review*. Journal of Vascular Access, 22(6), 921-934. <https://doi.org/10.1177/11297298211018684>

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., Brguljan Hitij, J., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., Danser, A. H. J., ... 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>

- Marcelino, P. (2009). *Manual de ventilação mecânica no adulto – abordagem ao doente crítico*. Lusociência.
- Marchão, C., Cachado, A., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). *Insuficiência renal crónica terminal – manifestações clínicas e opções terapêuticas*. In Fresenius Medical Care (Ed.), *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (pp. 51–78). Almedina.
- Marinho, C. L., Nascimento, V. do, Bonadiman, B. da S. R., & Torres, S. R. F. (2020). *Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio*. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6880–6896. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-225>
- Marques, A., Jácome, C., & Cruz, J. (2020). *Osteoporosis and chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 26(3), 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.10.006>
- McCusker, J., Yaffe, M., Lambert, S. D., Cole, M., de Raad, M., Belzile, E., Ciampi, A., Amir, E., & Hidalgo, M. (2020). *Unmet needs of family caregivers of hospitalized older adults preparing for discharge home*. *Chronic Illness*, 16(3), 1-15. <https://doi.org/10.1177/1742395318789467>
- McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkien, J., Chionce, O., Cleland, J. G., Coats, A. J., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S. (2021). *European Society of Cardiology: Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. *European Heart Journal*, 42(36), 3599 - 3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Wolters Kulwer Health / Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mesquita Pinto, E. D., Nascimento Magalhães, S. P., & Martins Ferreira, M. S. (2023). *Capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente em contexto domiciliário*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e365. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.365>
- Miller, W. L. (2016). *Fluid volume overload and congestion in heart failure: Time to reconsider pathophysiology and how volume is assessed*. *Circulation: Heart Failure*, 9(8), e002922. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002922>
- Mira, A. R., Garagarza, C., Correia, F., Fonseca, I., & Rodrigues, R. (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Mota, P. H. S., Lima, T. A., Berach, F. R., & Schmitt, A. C. B. (2020). *Impacto da dor*

musculoesquelética na incapacidade funcional. *Fisioterapia em Movimento*, 33, e003327. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO27>

Novais, M. M. da C. e S. (2024). *A pessoa em situação crónica com compromisso renal: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/52139>

Oliveira, M. L. B. (2024). *Cuidar da pessoa com doença renal crónica: Projeto de desenvolvimento profissional de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52138>

Oliveira, A. R. (2024). *Cuidados à pessoa com alterações da função renal em programa regular de hemodiálise* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52142>

OMS, Organização Mundial da Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

OMS, Organização Mundial da Saúde. (2024a). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS, Organização Mundial da Saúde. (2024b). *Cardiovascular diseases*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

OMS, Organização Mundial da Saúde. (2024c). *Chronic respiratory diseases*. <https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby.

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática: Avaliação e gestão da dor*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8649-8652. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem no serviço de urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_D

iferenciacaolIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 429/2018)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

OE, Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 184, 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Papa, L. (2021). *Catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs): A review*. Journal of Infection Prevention, 22(2), 62-69.

Perdomo, C. A. R., Cantillo-Medina, C. P., & Perdomo-Romero, A. Y. (2022). *Competência do cuidar e seu impacto na qualidade de vida de cuidadores*. Acta Paulista de Enfermagem, 35, eAPE02132. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A002132>

Ponce, P., & Mendes, J. J. (2017). *Manual de Terapêutica Médica* (3.ª ed.). LIDEL.

Prado, L. D. D. S. D., Ramos, M. E. K., Camargo, J. D. C., Bertencelo, G. L., Reginatto, C. C., & Siqueira, L. D. O. (2023). *Relação da dor, limitação funcional, dependência e depressão com a osteoartrite em idosos*. Fisioterapia em Movimento, 36, e36202. <https://doi.org/10.1590/fm.2023.36202.0>

República Portuguesa. (2011). *Decreto-Lei n.º 73/2011, de 17 de junho*. Diário da República, 1.ª série, n.º 116. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2011-670034>

Rodger, D., O'Neill, M., & Nugent, L. E. (2015). *Informal carers' experiences of caring for older adults at home: A phenomenological study*. British Journal of Community Nursing, 20(6), 280-285. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.6.280>

Roetker, N. S., Guo, H., Ramey, D. R., McMullan, C. J., Atkins, G. B., & Wetmore, J. B. (2023). *Hemodialysis Access Type and Access Patency Loss: An Observational Cohort Study*. Kidney Med, 5(1), 100567. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100567>

Rosenberg, M. E. (2019). *Epidemiology, etiology, pathophysiology, and staging of chronic kidney disease*. In E. V. Lerma, M. A. Sparks, & J. M. Topf, Nephrology Secrets (5th ed., pp. 139-149).

Elsevier.

Sanches, M. A., Costa, A. L., & Rodrigues, F. M. (2021). *A atuação dos cuidadores informais na assistência domiciliar*. Revista Brasileira de Enfermagem, 74(3), 245-258. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>

Santos, K. V. G. D., Rocha, M. A., Dantas, J. K. D. S., Araújo, S. C. M. D., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). *Estratégias não farmacológicas na analgesia de adultos e idosos em procedimentos endovasculares: Revisão de escopo*. Revista Brasileira de Enfermagem, 75(suppl 4), e20210741. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0741pt>

SEC, Sociedade Europeia de Cardiologia. (2021). *Insuficiência Cardíaca: Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/04/Pocketsinsuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6.pdf>

Sequeira, C. (Coord.). (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-989-752-168-3.

Sharma, M. K., & Niyyar, V. D. (2021). *Evaluation of Suspected Outflow Stenosis in an Aneurysmal AVF*. Kidney360, 2(6), 1072-1073. <https://doi.org/10.34067/kid.0000562021>

Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2020). *Exercise for preventing falls in older people living in the community: An abridged Cochrane systematic review*. British Journal of Sports Medicine, 54(15), 885-891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>

Silva, T. L. S. D., Silva, A. T. D., Lima, E. D. P. O., Santos, C. C. D., Santos, C. S. D., Caminha, M. D. F. C., & Silva, S. L. D. (2022). *Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 15(2), e9724. <https://doi.org/10.25248/reas.e9724.2022>

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2020). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (14ª ed.). Guanabara Koogan.

Sousa, C. N. (2012). *Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.11.001>

Sousa, M. M. de, Araújo, A. A. de, Freire, M. E. M., Oliveira, J. dos S., & Oliveira, S. H. dos S. (2016). *Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com insuficiência cardíaca descompensada* Nursing diagnoses and interventions for people with decompensated heart failure. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 8(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5025-5031>

Sousa, Z., Neves, M. C., & Carvalho, D. (2019). *Técnica de Administração de Insulina: Uma*

Prática Sustentada em Evidência Científica. Revista Portuguesa de Diabetes, 14(3), 120-128. <https://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/11/RPD-Set-2019-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-120-128.pdf>

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2022). *Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar*. 17. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.1>

Stamp, K. D., Prasun, M., Lee, C. S., Jaarsma, T., Piano, M. R., & Albert, N. M. (2018). *Nursing research in heart failure care: a position statement of the American Association of Heart Failure Nurses (AAHFN)*. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 47(2), 169-175. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2018.01.003

The WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Timóteo, A. T., Silva, T. P., Moreira, R. I., Gonçalves, A., Soares, R., & Ferreira, R. C. (2020). *Unidades de insuficiência cardíaca: estado da arte na abordagem da insuficiência cardíaca*. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(6), 341-350. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.02.007>

Vallerand, A. H., Sanaski, C., & Deglin, J. H. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. (14^a ed.). Lusodidacta.

Vargas, A. (2024, julho 6). *Determinação e Coragem*. Pensador. https://www.pensador.com/determinacao_e_coragem/

Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). *Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32, 580-586. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000600017>

Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Colvin, M. M., Drazner, M. H., Filippatos, G. S., Fonarow, G. C., Givertz, M. M., Hollenberg, S. M., Lindenfeld, J., Masoudi, F. A., McBride, P. E., Peterson, P. N., Stevenson, L. W., & Westlake, C. (2017). *2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America*. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(6), 776-803. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.025>

8. ANEXOS

Anexo I

ESS+
Escola Superior de Saúde
Norte da Cruz Vermelha Portuguesa


COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Joana Cristina Leite
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Crónica


1

Comunicação em Saúde

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde, e das políticas de saúde, constituindo-se, igualmente, um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas, 2006; Ramos, 2004).



2



A comunicação terapêutica consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação

Relação efetiva, de confiança ↔ Estabelecimento ↔ Ajudar a enfrentar os seus problemas

Interação comunicativa intencional com o utente

Sequeira, C. (2016).

3

Comunicação Terapêutica

É um processo consciente e deliberado, utilizado para reunir informações relacionadas com o estado de saúde de uma pessoa como um todo e responder com uma abordagem verbal ou não-verbal que promova o seu bem-estar, melhore a forma de entendimento dos cuidados prestados e permita estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005).

Responder às necessidades explícitas e implícitas do utente



4

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Requisitos

- O primeiro contacto do profissional de saúde com o Utente/Cuidador e a forma como nos apresentamos são determinantes para o sucesso da comunicação.
- O ambiente deve ser acolhedor e, para isso, devemos apresentar-nos: abordar o Utente/Cuidador pelo nome e olhá-lo nos olhos enquanto fala;

As prioridades devem ser escutar e transmitir compreensão – Concentrar no Utente/Cuidador

Sequeira, C. (2016).

5

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Requisitos

- Evitar interrupções e mostrar disponibilidade, dando atenção ao Utente/Cuidador;
- Demonstrar abertura para a colocação de perguntas;
- Aguardar pela mensagem verbal e não-verbal do paciente, de forma a poder identificar e perceber os sentimentos e as ações do mesmo;

Sequeira, C. (2016).

6

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Requisitos

Descodificar a mensagem do Utente/Cuidador, dando maior ênfase ao tema predominante da comunicação;

Transmitir uma resposta empática que reflita verbalmente os seus sentimentos, tendo em atenção que a sua expressão não-verbal deve ser congruente com as suas intenções;

Verificar se a resposta empática foi eficaz, observando se o Utente/Cuidador se sentiram compreendidos;

Sequeira, C. (2016).

7

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA-CARACTERÍSTICAS

Requer escutar, aceitar, demonstrar empatia e assertividade;

Requer a utilização de competências de comunicação específicas (técnicas de comunicação verbal e não-verbal, estratégias comunicacionais, etc.);

É dinâmica, adaptável à evolução da relação interpessoal;

Sequeira, C. (2016).

8

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA-CARACTERÍSTICAS

Tem por alvo uma necessidade que carece de intervenção específica; para as quais a comunicação terapêutica revela elevado potencial de efetividade na capacitação do doente e cuidador para realizar os cuidados;

Tem valor terapêutico autónomo (tranquilizar, capacitar, etc.) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção);

Promove sentimentos de confiança nas pessoas;

Sequeira, C. (2016).

9

O profissional de saúde deve ter

Ter uma grande envolvimento

Ter uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva

Ter controlo sobre a mensagem

Disponibilizar de informação simples, concisa e fidedigna

Alemar-se como apoio comunicacional dinâmico. Ser uma fonte

Ter uma relação terapêutica

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arraigo, & Santos, B. D. (2020).

10

TÉCNICAS

TEACH BACK

PEÇA À PESSOA PARA EXPLICAR AS INSTRUÇÕES QUE LHE FORAM DADAS, POR FORMA A AVALIAR SE FORAM CORRETAMENTE ENTENDIDAS.

CHUNK AND CHECK

DIVIDA A INFORMAÇÃO EM PARCELAS;

CONFIRME, ENTRE PARCELAS, QUE A INFORMAÇÃO FOI ENTENDIDA (E.G. TEACH BACK).

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arraigo, & Santos, B. D. (2020).

11

TÉCNICAS

LINGUAGEM SIMPLES

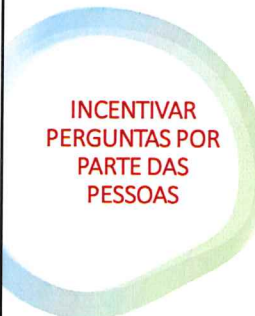
- Evite a utilização de jargão técnico.

UTILIZE IMAGENS

- Podem ser usadas sozinhas ou para complementar texto;
- Não devem ser utilizadas para substituir a explicação verbal.
- Ofereça regularmente ajuda com preenchimento de formulários e outros;
- Por forma a reduzir o estigma, deve ser oferecida ajuda a todas as pessoas.

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arraigo, & Santos, B. D. (2020).

12



INCENTIVAR PERGUNTAS POR PARTE DAS PESSOAS

As pessoas devem sentir-se confortáveis para colocar questões, saber que estas vão ser ouvidas, e saber que tipo de questões colocar.

O método “ask me three” (pergunte-me três) encoraja as pessoas a colocarem três questões que lhes devem fornecer a informação essencial sobre a sua condição:

1. Qual é o meu problema principal?
2. O que devo fazer?
3. Porque é que é importante fazê-lo?


Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019).

13

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

Ao falar com as pessoas tente:

- Levar o seu tempo a explicar com calma e a ouvir, sempre que possível;
- Limitar a quantidade de informação transmitida de cada vez, utilizando os métodos acima descritos para confirmar que esta foi entendida;



Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019).

14



ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

Ao falar com as pessoas tente:

- Utilizar linguagem simples, sem jargões técnicos;
- Criar um ambiente livre de “vergonha”, em que as pessoas possam colocar questões e falar abertamente acerca de tópicos sobre os quais tem dúvidas.

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019).

15

Conclusão

A comunicação é a principal ferramenta terapêutica que o enfermeiro dispõe, esta permite-lhe conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a percepção que esta tem do mundo. A comunicação assume assim um papel fundamental na relação entre um profissional e a pessoa, grupo, família ou comunidade, pois a comunicação é o contexto em que se desenvolve a relação e, por conseguinte, esta delineará um contexto favorável ou desfavorável à prática de cuidados. O **ENFERMEIRO** deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados positivos. Na saúde, a comunicação precisa de ser terapêutica, uma vez que esta objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada.


16

Bibliografia

- Cardoso, Rui Mota (2019). Competências Clínicas de Comunicação. Faculdade de Medicina Universidade do Porto. ISBN: 9789899795303
- Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde—Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção Geral de Saúde. <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Ramos, C. (2004). *Educação e comunicação em saúde: teoria e prática*. São Paulo: Editora Cultura Médica/Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*, do Carlos Sequeira. LIDEL. ISBN: 978-989-752-168-3
- Thomas, M. (2006). *A comunicação em saúde: fundamentos e práticas*. Lisboa: Editora Saúde.
- Williams, K., & Davis, M. (2005). *Comunicação terapêutica em saúde: estratégias para o bem-estar do paciente*. Nova York: Editora Médica

17

Anexo II



**GUIA DE APOIO AOS CUIDADOS DO
UTENTE E FAMLIA/CAIDADOR
INTERNADOS EM UNIDADE DE
HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Do Hospital ao seu lar a humanizar os cuidados

ÍNDICE

1.A VISITA	3
2.O CUIDADOR	4
3.AMBIENTE.....	5
4.DISPOSITIVOS.....	6
4.1. ESFIGMOMANÓMETRO, OXÍMETRO E TERMÓMETRO TIMPÂNICO	6
4.2. CATETER VENOSO.....	8
4.3. Sonda VESICAL	10
4.4. CÂMARA EXPANSORA E INALADORES	12
4.4.1. Cuidados de higienização da câmara expansora	14
4.5. BOMBA PORTÁTIL CADD	14
5.MEDICAÇÃO	16
6.DIABETES E INSULINOTERAPIA	18
6.1.INSULINA.....	18
6.1.2.Onde se administra?.....	19
6.1.3.Como se administra utilizando caneta?.....	19
6.1.4.Quais os cuidados a ter com a insulina?.....	20
7.PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	21
7.1. FATORES DE RISCO.....	21
7.2. MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....	22
8.LAVAGEM DAS MÃOS	23

Este **Guia de Apoio** destina-se ao utente, cuidador/ familiar do doente internado na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Unidade

A UHD é um modelo de assistência hospitalar do doente agudo e crónico agudizado no domicílio, que se caracteriza pela prestação de cuidados de nível hospitalar no seu domicílio.

Este guia contém informações essenciais, com o intuito de garantir o seu bem-estar e promover os melhores cuidados em saúde. Será assistido no seu domicílio por uma equipa de saúde multidisciplinar que será responsável pelo seu tratamento. Esta encontra-se sempre ao seu dispor para qualquer esclarecimento.

1.A VISITA

Uma equipa multidisciplinar irá cuidar da sua saúde, proporcionando assistência clínica contínua e coordenada. Durante o seu internamento, terá diariamente uma visita conjunta de médico e enfermeiro durante o período da manhã (dias úteis) e de enfermagem no período da tarde, sempre que necessário, nomeadamente para reavaliação, ajustes de medicação ou administração de medicação endovenosa. Durante o fim de semana, terá visita diária por enfermeiro, de forma a garantir o tratamento definido. Além das visitas programadas, o utente pode contactar em qualquer momento a equipa da UHD, através do contacto [REDACTED] necessário, a equipa pode deslocar-se ao domicílio.

Tenha junto de si a documentação e equipamento e material fornecido no momento da admissão. No momento da visita, solicite o esclarecimento de todas as informações sobre a sua situação clínica ao médico. A Unidade de Hospitalização Domiciliária funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, com apoio médico e de enfermagem de permanência.



Figura 1: Visita domiciliária

2.0 CUIDADOR

Os Cuidadores são pessoas da família que assumem as responsabilidades de apoio e suporte nas atividades de vida diária, prestam cuidados relacionados com os sintomas, o regime terapêutico, o autocuidado e desenvolvem estratégias de comunicação e de coping com o doente.

A presença de um doente com necessidades permanentes no domicílio, altera significativamente as rotinas e prioridades do cuidador. O papel do cuidador ganha especial importância neste contexto, na medida em que ele assume o elo de ligação entre o doente e a equipa de saúde.

Neste sentido deixamos alguns conselhos:

- Disponha de tempo para o doente;
- Encoraje-o a falar, não o censure;
- Estimule-o a participar nas atividades familiares e no seu autocuidado;
- Proporcione o seu conforto e bem-estar;
- Reserve ainda algum tempo para si e preocupe-se com a sua saúde;
- Se tiver dúvidas, entre em contato com a equipa de saúde ou elabore uma lista com todas as suas questões para esclarecer;

O Familiar/Cuidador deverá estar presente durante a visita domiciliária diária de forma a colaborar na prestação de cuidados, na transmissão de informações relevantes sobre o estado do utente para uma melhor avaliação dos sinais, sintomas e necessidades deste.

Com o intuito de promover o autoconhecimento da doença e adesão ao regime terapêutico, e capacitar ambos na autogestão da sua doença.

3.AMBIENTE

O local mais importante para o utente, é onde permanece a maior parte do seu tempo e onde lhe são prestados os cuidados.

Destacam-se as seguintes características que devem ser essenciais para o ambiente que rodeia o utente:

- É importante que este seja um lugar seguro e confortável;
- Deve ser cómodo, limpo, arejado e espaçoso;
- Não deve ter objetos que possam ser obstáculos para a prestação de cuidados (móveis, tapetes, entre outros);
- Deve ter uma zona onde o doente possa ter os seus objetos pessoais;
- Colocar uma mesa próxima ao doente (que este consiga alcançar), permitindo-lhe alguma autonomia.
- Deverá reservar um local no seu domicílio, próximo do utente para que a equipa possa utilizar durante a visita.

4.DISPOSITIVOS

Para monitorizar o seu estado de saúde pode ser necessária a utilização de diversos dispositivos, apresentados em seguida.

Será necessária a avaliação da tensão arterial, pulso/batimentos, saturação periférica de oxigénio, temperatura e dor.

4.1. ESFIGMOMANÓMETRO, OXÍMETRO E TERMÓMETRO TIMPÂNICO

É o aparelho utilizado para avaliação da tensão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio.

De seguida apresentam-se as instruções sobre os nossos aparelhos de monitorização dos seus sinais vitais:

1º - Termómetro timpânico



Figura 3: Termómetro timpânico: avaliação da temperatura corporal

2º - O Aparelho de Monitorização dos Sinais Vitais

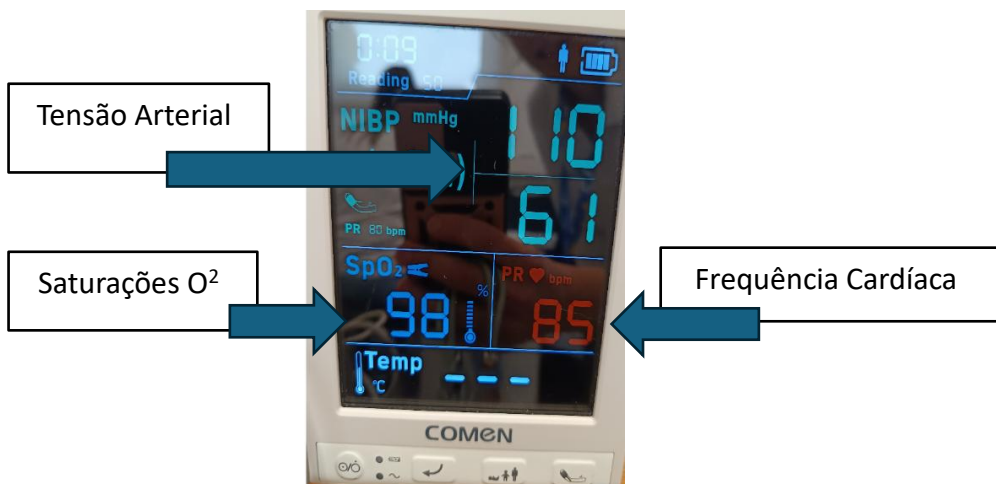
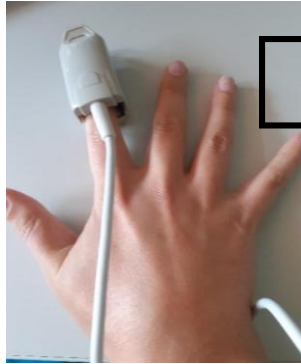
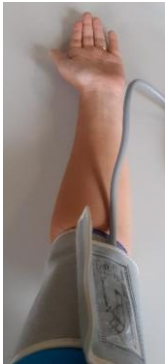


Figura 4: Esfigmomanómetro e Oxímetro: avaliação dos sinais vitais



2º - Colocar a **braçadeira** e o **oxímetro**

Figuras 5 e 6: Na imagem da esquerda visualiza-se a posição correta da braçadeira, na imagem da direita visualiza-se a posição correta do oxímetro.

4.2. CATETER VENOSO

O **cateter venoso** é uma agulha em poliuretano que o enfermeiro coloca numa veia, para administrar medicamentos ou soros por via endovenosa. Deve vigiar o local, e CONTACTAR A EQUIPA se:

- Apresentar dor no local da punção ou no membro em que está colocado o cateter;
- Alteração da cor da pele próxima ao local de punção (rubor);
- Edema (inchaço) ou formação de bolhas (flitenas);
- Pele quente junto ao local da punção;
- Sinais de extravasamento de líquidos (soro, sangue).



Figura 7: Cateter venoso periférico

Só a equipa de saúde pode mexer no cateter e administrar medicação por esta via.

Caso o cateter se exteriorize (saia da veia) não entre em pânico, coloque compressas no local, pressione e coloque adesivo sobre as compressas. De seguida, contacte a equipa da UHD.

No momento do banho, utilize película aderente.

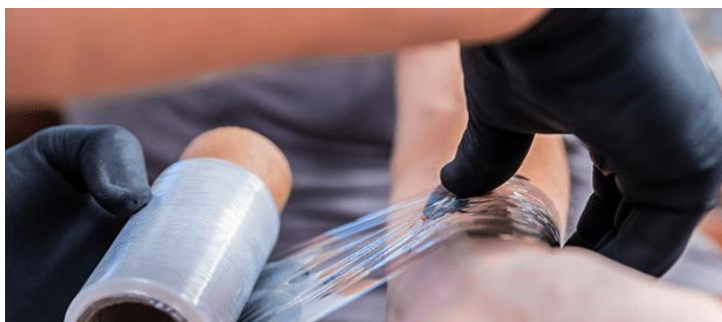


Figura 8: Cateter venoso periférico envolvido em película aderente para proteção no momento do banho.

4.3. Sonda Vesical

A **sonda vesical** é um tubo ou sistema de tubos utilizado para esvaziar e recolher a urina da bexiga.



Figura 9: Sonda vesical

Lave sempre as mãos antes e depois de manusear a sonda e/ou saco coletor!

Lave diariamente os órgãos genitais com água e sabão. A sonda vesical, o saco coletor e os genitais devem ser mantidos limpos e secos, para evitar infecções. Evite puxar ou empurrar a sonda vesical, para não causar feridas. O saco coletor deve ser colocado abaixo do nível da bexiga, sem o tocar no chão, garantindo o livre fluxo de urina, evitando dobras no circuito de drenagem.

O saco deverá ser esvaziado através da válvula, sempre que o conteúdo atingir 2/3 da sua capacidade. O despejo de urina deve ser efetuado pela torneira para recipiente individualizado (ex. urinol). A torneira deve ser limpa com álcool a 70º após o despejo.



Figura 10: Saco coletor

O sistema de drenagem deve funcionar em circuito fechado. O saco de drenagem não deve ser substituído por rotina, mas sim:

1. Na altura de substituição da algália;
2. Quando estiver danificado ou com fugas;
3. Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos;
4. Quando se verificar cheiro desagradável;
5. Se houver saída acidental do saco e/ou sistema;
6. Sempre que haja necessidade de trocar o saco coletor, deve desinfetar-se a junção algália-saco com álcool a 70%.

Deverá **CONTACTAR A EQUIPA** de saúde se:

- Apresentar urina espessa, turva, com presença de sangue ou com cheiro intenso;
- Visualizar inflamação da uretra;
- Notar diminuição do volume de urina ou ausência de urina no saco coletor, apesar da ingestão abundante de líquidos;
- Perder urina em grande quantidade por fora da sonda;

- Presença de dor na bexiga.

Apontar a quantidade de urina produzida nas 24horas!

4.4. CÂMARA EXPANSORA E INALADORES

Para o tratamento de algumas doenças respiratórias pode ser necessário o uso de inaladores. Um inalador é um dispositivo médico utilizado para administrar medicamentos por via inalatória, em forma de aerossol.



Figura 11: Inalador



Figura 12: Câmara Expansora

Para facilitar a administração deste fármaco poderá ser-lhe fornecido uma câmara expansora.

De seguida apresentam-se as instruções para utilizar a câmara expansora:

1. O doente deve estar de pé, sentado ou semifowler;
2. Aquecer o inalador pressurizado de dose calibrada à temperatura corporal;
3. Retirar a tampa do inalador pressurizado de dose calibrada e agitar durante 5 segundos;

4. Colocar o inalador pressurizado de dose calibrada na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora;

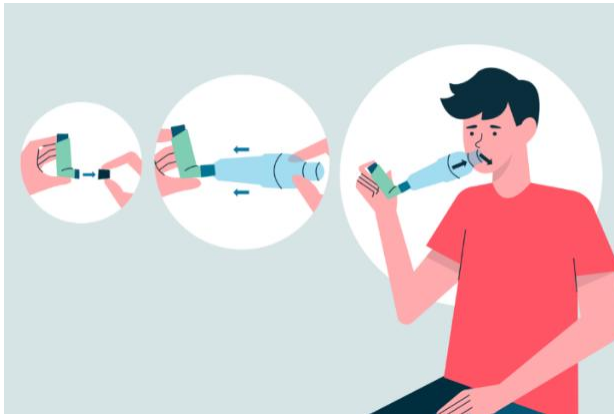


Figura 13:
Instruções de
utilização de
câmara
expansora

5. Efetuar uma expiração lenta;
6. Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo; no caso das câmaras com máscara, esta deve ficar bem-adaptada à face, com as narinas ocluídas;
7. Ativar o inalador pressurizado de dose calibrada (no final da expiração);
8. O doente deve realizar um ciclo de 5 ventilações completas (cheirar a flor e soprar a vela); seguidamente retira-se a câmara expansora da face do doente e aguarda-se cerca de 30 segundos a 1 min para realizar a próxima inalação, repetindo novamente o ciclo;
9. Esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação inalador pressurizado de dose calibrada;

10. Lavar a cavidade bucal e a face se utiliza máscara, se forem inalados corticoides.

4.4.1. Cuidados de higienização da câmara expansora

1. Na higienização da câmara expansora, devem ser desmontadas todas as peças, quando é possível;
2. A lavagem da câmara expansora deve ser efetuada uma vez por semana, colocando-a num recipiente com água quente e detergente suave (ex. líquido da loiça), durante 15 minutos; depois passá-la por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente sem limpar;
3. Não é recomendável “esfregar” as paredes da câmara expansora, nem uma higienização muito frequente (intervalos < 1 semana);
4. As câmaras expansoras não devem ser guardadas em locais que permitam a deposição de partículas de gordura ou pó, e se apresentarem fissuras devem ser destruídas;
5. A máscara facial deve ser lavada com água quente e detergente e seca após cada utilização.
6. No caso de utilização de bucal, limpar com um lenço de papel.

4.5. BOMBA PORTÁTIL CADD

Para o seu tratamento poderá ser-lhe fornecido um dispositivo de administração de fármacos portátil (bomba CADD) com carregador e uma bolsa de transporte. Na maioria das vezes é utilizada, quando é necessária

a administração de medicação endovenosa várias vezes ao dia (p.ex: antibióticos). A bomba CADD funciona a bateria e está conectada ao cateter venoso periférico.

Só a equipa de saúde pode mexer no cateter!

De seguida enumeramos os cuidados a ter com a bomba CADD:

- Durante o dia pode deslocar-se facilmente, em casa, uma vez que a bolsa é portátil. Quando estiver a dormir, coloque a bolsa ao seu lado na cama e se necessário coloque a carregar a bateria neste período;
- Não coloque a bolsa no chão;
- Proteja o dispositivo de água/líquidos e quedas;

Quando há um problema, a bomba emite um alarme sonoro e as seguintes mensagens podem ser lidas no ecrã:

TEXTO DE EXIBIÇÃO	INDICAÇÃO
Oclusão de linha	Verifique se a linha está dobrada ou se algum grampo está fechado
Volume de reservatório baixo	O volume total programado da cassette está prestes a terminar
Bateria Fraca	Coloque a bomba a carregar

Tabela 2: Mensagens que aparecem na CADD e seu significado

Para SILENCIAR O ALARME, pressione o **botão silêncio**

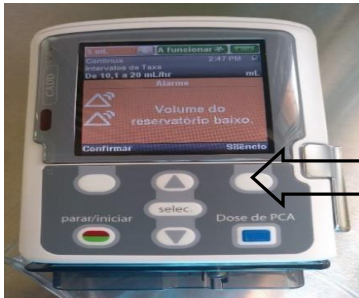


Figura 14: Como silenciar a bomba CADD

- Pressione o botão debaixo do silêncio

Após este passo, contacte a equipa de saúde a informar sobre a mensagem no visor.

5.MEDICAÇÃO

Os medicamentos são produtos especiais que, para manterem a sua eficácia, devem ter alguns cuidados no seu armazenamento.

O hospital é responsável pela dispensa da medicação necessária ao tratamento da doença aguda e crónica agudizada no domicílio que levou ao seu internamento, mas o doente/cuidador serão responsáveis pelos cuidados com o armazenamento da medicação.

De seguida enumeramos as **regras de conservação** a ter com a medicação:

1. Os medicamentos devem ser conservados num local seco e protegido do calor e da luz direta, preferencialmente armazene-os nas zonas mais frescas da casa (menos de 25°C), de preferência num armário inacessível a crianças, evitando

- locais perto de aquecedores, lareiras, outras fontes de calor ou exposição solar (frente a janelas);
2. Alguns medicamentos precisam de cuidados adicionais de conservação, estes devem ser guardados no frigorífico (zona dos legumes para lhes proporcionarmos temperaturas de armazenamento entre 2 a 8º C), onde a temperatura é mais estável.
 3. Caso se aperceba de alteração da cor ou consistência dos medicamentos, contacte a equipa da UHD;
 4. Retire apenas os medicamentos da embalagem da medicação (fornecida pela equipa de saúde) e dos respetivos invólucros no momento da sua toma;



Figura 15: Como são fornecidos os fármacos ao doente

Confirmar!!

- o medicamento, a dosagem, e a posologia e através da folha de Reconciliação **Terapêutica** fornecida pela Equipa de Saúde.

Cumprir!!

- os horários: tente criar rotinas de forma a ingerir os comprimidos sempre nos mesmos horários, diminuindo a possibilidade de esquecimento.

6. DIABETES E INSULINOTERAPIA

A diabetes é uma doença crónica cada vez mais frequente na sociedade, que se caracteriza pelo aumento de níveis de glicose no sangue (hiperglicemia). Resulta da incapacidade do organismo em transformar a glicose proveniente dos alimentos em energia, por insuficiente produção ou ação da insulina (hormona produzida no pâncreas) e frequentemente por combinação de ambos os fatores.

6.1. INSULINA

Com o tratamento com insulina é fundamental fazer medições dos níveis de glicose no sangue para ser possível o correto ajuste da dose. A pesquisa glicémica capilar deve ser efetuada segundo a indicação da enfermeira (nº vezes dia), e a colheita é uma amostra de sangue capilar (ex.: do dedo). A dose de insulina vai variando ao longo do tempo por vários motivos: doença, alterações alimentares, evolução da diabetes. A dose de insulina é diferente de pessoa para pessoa, pelo que não deverá comparar a quantidade de insulina que faz com a de outros doentes – cada caso é um caso!

A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas. É necessária para a produção de energia no nosso organismo através da glicose (açúcar).

6.1.2. Onde se administra?

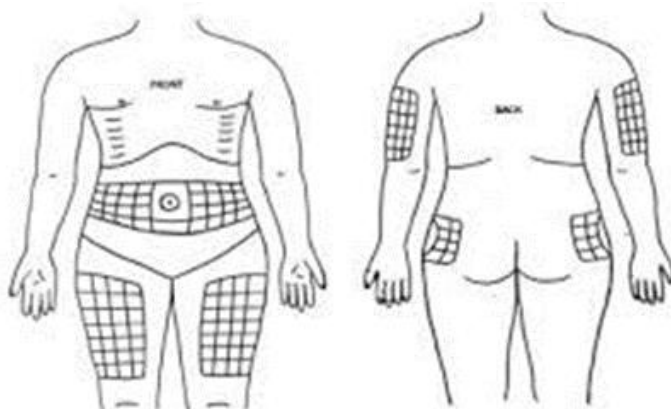


Figura 16: Locais para administração de Insulinoterapia

1. Face posterior e lateral do braço, faces lateral e anterior da coxa: taxa de absorção intermediária;
2. Nádegas: taxa de absorção mais lenta;
3. Abdômen, exceto em um círculo de 2 cm ao redor do umbigo: taxa de absorção mais rápida.

É fundamental alternar os sítios de administração de insulina para evitar formar nódulos (lipodistrofia).

6.1.3. Como se administra utilizando caneta?

- a) Lavar as mãos e assegurar-se que o local de injeção está limpo (não é necessário usar álcool);
- b) Selecionar o número de unidades a administrar rodando o botão;
- c) Colocar a agulha na caneta (As agulhas devem ser usadas apenas uma vez);

- d) Erguer suavemente uma prega;
- e) Introduzir a agulha na superfície da prega cutânea num movimento firme, perpendicular à pele;
- f) Injetar a insulina lentamente, agulha deve permanecer introduzida no tecido subcutâneo durante 10 segundos (uma contagem até 10) após o êmbolo ser pressionado (para dar tempo de a dose total de insulina sair);
- g) Retirar a agulha da pele no mesmo ângulo em que estava inserida;
- h) Soltar a prega cutânea;
- i) Rejeitar a agulha usada com segurança.

6.1.4. Quais os cuidados a ter com a insulina?

1. A insulina em uso deve ficar em ar ambiente, protegida com a tampa e afastada de fontes de calor. O cartucho em uso pode ser conservado até um máximo de 30 dias, a uma temperatura inferior a 25°C. Não o utilizar após este período.
2. A restante deve ser mantida no frigorífico (gaveta dos legumes), mas não no congelador;
3. Se tiver aspeto leitoso deve ser homogeneizada com movimentos suaves.

7.PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

7.1. FATORES DE RISCO

EXTERIORES	PESSOAIS
Cuidados com a pele	Idade avançada
Roupa da cama e vestuário inadequados	Estado nutricional inadequado
	Imobilidade
	Diminuição da sensibilidade
	Incontinência urinária ou fecal
Mau posicionamento do doente	Estado de consciência alterado

Tabela 1: Fatores de risco que podem originar úlceras de pressão

A figura seguinte demonstra os locais mais frequentes de úlceras de pressão, tenha atenção e pratique os cuidados que lhe forem explicados pela equipa da Unidade de Hospitalização Domiciliária.

ZONAS DE MAIOR RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO

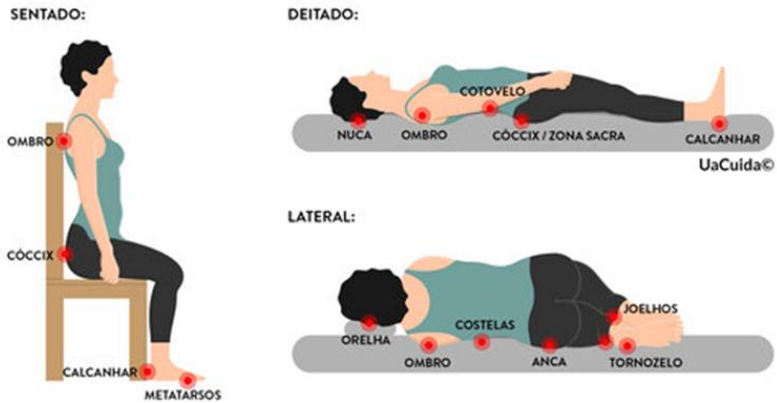


Figura 2: Zonas de pressão mais frequentes

7.2. MEDIDAS DE PREVENÇÃO

1. Manter a pele bem limpa e seca;
2. Observar bem a pele pelo menos uma vez dia;
3. Limpar sem friccionar, com água tépida e detergente neutro diariamente;

Utilizar toalhas macias e cremes hidratantes que devem

4. ser aplicados até serem absorvidos;
5. Se incontinência urinária ou fecal, a pele deve ser limpa e seca frequentemente e usar uma proteção que não a irrite;
6. Quando mobilizar o doente, deve levantá-lo e nunca o arrastar na cama (a fricção causa lesões na pele);

7. Mudar o doente de posição frequentemente e usar almofadas para aliviar a pressão do corpo.


Se surgir uma zona de pele vermelha que não desaparece após alívio da pressão INFORME a equipa de saúde

8.LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos são um enorme fator de transmissão de microrganismos, seja aos outros, seja a nós próprios. Quando não as lavamos ou lavamos de forma incorreta, estamos a aumentar o risco de infeção.

QUANDO DEVE LAVAR AS MÃOS? Antes e Depois de...

1. Tomar/Dar medicação;
2. Prestar cuidados como higiene, alimentação, posicionamento, auxílio na eliminação urinária ou intestinal;
3. Contacto com dispositivos médicos como o cateter venoso, sonda vesical, sonda de alimentação, entre outros.

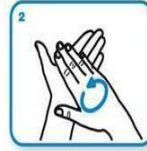
 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



0 Molhe as mãos com água



1 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



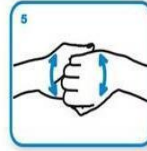
2 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4 Palma com palma com os dedos entrelaçados



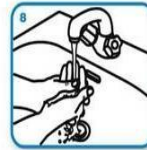
5 Parte de trás dos dedos nas palmas opostas nos dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



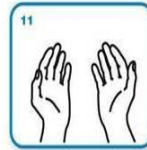
8 Enxague as mãos com água



9 Seque as mãos com toalhete descartável

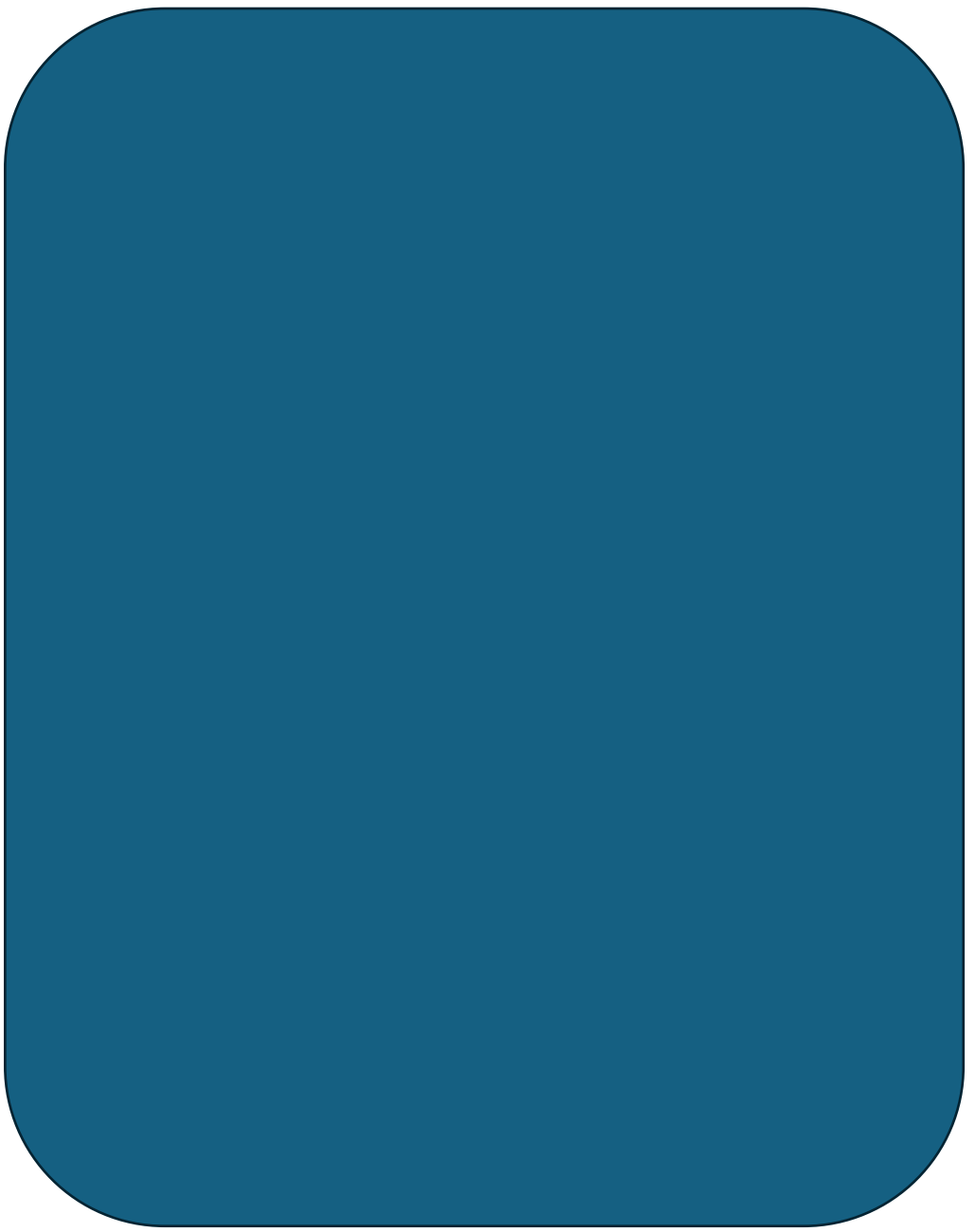


10 Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



11 Agora as suas mãos estão seguras.

Figura 16: Como lavar as mãos de forma correta



Bibliografia

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa De Imunoalergologia*, 25, 9–26. Disponível em:

https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

Baptista, R. C. (2002). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Cateterismo Vesical. *Referência - Revista de Enfermagem*, 9, 69–73.

DGS, Direção Geral de Saúde. (2011a). *Diagnostico e classificação da diabetes mellitus* (No. 002/2011). DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>

DGS, Direção Geral de Saúde. (2011b). *Insulinoterapia na diabetes mellitus tipo 2* (No. 025/2011). DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/insulinoterapia-na-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>

DGS, Direção Geral da Saúde, Norma nº 029/2012 de 28 de dezembro (2012). *Precauções Básicas de Controlo de Infecção*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

DGS, Direção Geral de Saúde. (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma (No. 010/2017)*. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/09031936.00166410>

Figueiredo, D. A. (2024). *Cuidados com o Cateter Vesical*. Disponível em: <https://urochuc.site/files/folhetos/Panfleto%20Cuidados%20com%20o%20Cateter%20Vesical.pdf>

Godinho, C., Jordão, A., Dias, A., Lopes, A., Duarte, A., Carvalho, D., Nascimento, E., Louro, J., Ricciulli, M., & Melo, M. (2015). Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) / Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (não crítico). *Suplemento da Revista da Sociedade de Medicina interna*, 22(3).

Pinto, E., & Vieira, I. (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas—Da Evidência à Prática* (1.a ed.). Hartmann Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24354/1/%C3%9Alceras%20de%20press%C3%A3o.PDF>

Anexo III

					N.º / Revisão – xxx.x	
					Página 1 de 5	
Tipo de documento: Política/Plano/Procedimento/Protocolo					Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Procedimento de Uniformização da Constituição, Manutenção, Limpeza e Auditoria da Mala da Unidade de Hospitalização Domiciliária						
Palavras-	<i>Constituição</i>	<i>Manutenção</i>	<i>Limpeza</i>	<i>UHD</i>		
Elaborado/ Revisto em:		Aprovado em:		Doc. Revogados:		
Joana Cristina Leite, Estudante do MEMCEPSC na ESSNorteCVP						

1. Âmbito

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) é considerada como uma alternativa válida ao internamento hospitalar convencional, caracterizada pela prestação de cuidados de saúde de nível hospitalar no domicílio, proporcionando uma abordagem personalizada e adaptada à realidade individual de cada doente no seu meio habitual. A ligação direta entre a equipa de saúde, o doente e os seus cuidadores fora do ambiente hostil do hospital, e ao mesmo tempo sem perder a segurança e a qualidade dos cuidados, permite reforçar a humanização dos cuidados, melhorar a perceção da doença e criar oportunidades de educação e promoção da saúde únicas, personalizadas para o doente e família.

Os objetivos deste procedimento são garantir a qualidade e integridade de medicamentos, produtos farmacêuticos e materiais de consumo clínico desde o processo de armazenamento e distribuição pela equipa da UHD. E as operações de higienização e desinfeção do equipamento servem para garantir a limpeza e a descontaminação assegurando a sua utilização, evitando assim as infeções associadas aos cuidados de saúde.

2. Objetivos

- Uniformizar medidas para garantir a qualidade e integridade de medicamentos, produtos farmacêuticos e materiais de consumo clínico desde o processo de armazenamento e distribuição pela equipa da UHD até à dispensa aos doentes internados em UHD, envolvendo a equipa de enfermagem da UHD;
- Promover a segurança dos cuidados, garantir a qualidade e integridade de medicamentos, produtos farmacêuticos e materiais de consumo clínico desde o processo de armazenamento e distribuição pela equipa da UHD até à dispensa aos doentes internados em UHD;

- Facilitar a integração de novos elementos na equipa;

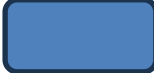
3. Referências

DGS, Departamento da Qualidade na Saúde. (2018). *Hospitalização domiciliar em idade adulta* (No. 020/2018). DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta.pdf>

Delerue, F. (2023). A Hospitalização Domiciliária deve ser a primeira opção. *SPMI*. Disponível em: <https://www.spmi.pt/a-hospitalizacao-domiciliaria-deve-ser-a-primeira-opcao/>

Informação fornecidas pelo fabricante da mochila e apoio da Comissão de Controlo de Infeção 

4. Definições

A higienização deste equipamento deve ser efetuada segundo as orientações do fabricante e aprovadas pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do 

5. Responsabilidades

Todos os profissionais de saúde UHD.

6. Descrição

O carácter inovador da UHD reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do internamento convencional, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, redução de complicações e obtendo níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares.

Como tal é importante, efetuar o transporte e acondicionamento de medicamentos e materiais de consumo clínico em UHD e assegurar a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de

saúde e a gestão de resíduos hospitalares em contexto da UHD. Para tal, como equipa, precisamos de obedecer aos requisitos registados abaixo.

<p>1. O transporte e acondicionamento dos medicamentos e materiais de consumo clínico na UHD deve obedecer aos seguintes requisitos:</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Identificar os medicamentos de acordo com o nome completo do medicamento, o seu lote e validade;b) Garantir a manutenção das características dos medicamentos até ao final do seu prazo de validade com monitorização e registo de todas as condições, optar que os medicamentos sejam dispensados de acordo com validade mais curta, por isso estes deverão ser armazenados à frente dos restantes;c) Garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos mesmos;d) Para o armazenamento/transporte/e o acondicionamento de medicamentos deve ser garantido a temperatura inferior a 25º C, proteção da luz solar direta e uma humidade inferior a 60%;e) Para o transporte de medicação pela UHD, a mala deve apresentar um documento comprovativo da quantidade de cada um destes medicamentos.
<p>2. A limpeza e manutenção das malas da UHD deve ser realizada, da seguinte forma:</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Retirar todos os equipamentos e materiais da mochila;b) Lavar a mochila na máquina até 40ºC usando a máquina da lavandaria do [REDACTED];c) Não usar produtos com cloro na higienização;d) Secar a mochila na máquina até 40ºC ou deixar secar ao ar ambiente;e) Repor todos os equipamentos e materiais na mochila seguindo a Check list da Mochila de Visitação Domiciliária da UHD;f) A limpeza e manutenção das malas da UHD, deve ser assegurada mensalmente e efetuar o registo na folha de higienização na mochila de visitação domiciliária da UHD;
<p>3. Deve ser assegurada a prevenção e o controlo das infeções associadas</p>	<ul style="list-style-type: none">a) Cumprir com a legislação em vigor de acordo com o Decreto-lei n� 73/ 2011;b) Efetuar um sistema adequado de triagem, de forma a separar materiais recicláveis, bem como assegurar a recolha e armazenamento destes resíduos no serviç�o, e nas viaturas;

<p>aos cuidados de saúde e a gestão de resíduos hospitalares em contexto da UHD, nomeadamente:</p>	<p>c) Cumprir com os circuitos de recolha e transporte de resíduos hospitalares, de modo a evitar situações de contaminação cruzada;</p> <p>d) Efetuar a limpeza e conservação da viatura afeta à UHD de acordo com a elaboração de Plano Ação Limpeza e Conservação das viaturas;</p> <p>e) Seguir como orientação as Normas da DGS sobre prevenção e controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Cumprir com as Precauções Básicas de Controlo de Infeção; ii. Manter os cuidados com materiais cortantes e perfurantes (contentores específicos, imperfuráveis, inquebráveis e invioláveis após encerramento, presentes nas malas de visita domiciliária); iii. Efetuar a triagem de resíduos hospitalares.
--	---

7. Destinatários

Todos os profissionais de saúde UHD.

8. Anexos

1. Check list da Mochila de Visita Domiciliária da UHD;
2. Registo de higienização da mochila de visita domiciliária da UHD;
3. Verificação e Check-List da Mala de Medicação- UHD
4. Grelha de auditoria - constituição, manutenção, limpeza da mala da UHD;

GRELHA DE AUDITORIA - CONSTITUIÇÃO, MANUTENÇÃO, LIMPEZA DA MALA DA UHD

Data auditoria: XXX Local: Horário: XXX	Nº Procedimentos Observados:			IQ=(A/C*100=....%)	Evidência
	Nº procedimentos executados corretamente A	Nº Procedimentos executados incorretamente B	Nº Procedimentos Observados C		
Existe evidência da monitorização e registo dos prazos de validade dos medicamentos;					
Existe evidência da existência de frigorífico com monitorização da temperatura;					
Existe evidência de transporte adequado às características do medicamento;					
Existe evidência de armazenamento/accondicionamento adequado as características do medicamento;					
Existe evidência de armazenamento de estupefacientes e					

psicotrópicos em cofre.					
Existe evidência da implementação das Precauções Básicas no controlo de infeção;					
Existe evidência da existência de circuito de recolha e armazenamento de resíduos Grupos III e IV;					
Existe evidência de um plano de ação de limpeza e conservação das viaturas;					
Existe evidência de um plano de ação de limpeza e manutenção das malas de visitaçã domiciliária;					

Índice global de conformidade (IQ)= (Nº de procedimentos executados corretamente)

(A)/Nº de procedimentos observados (C)*100=.....%

Anexo IV

					N.º / Revisão – xxx.x	
					Página 1 de 6	
Tipo de documento: Política/Plano/Procedimento/Protocolo					Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Visita de Admissão ao doente internado em Unidade de Hospitalização Domiciliária						
Palavras-	<i>Doente</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Consulta</i>	<i>Domicílio</i>		
Elaborado/	Revisto	em:	Aprovado	em:	Doc.	Revogados:
Joana Cristina Leite, Estudante do MEMCEPSC na ESSNorteCVP						

1. Âmbito

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) é um modelo de assistência hospitalar que se caracteriza pelo internamento de doentes agudos no domicílio, com condições biológicas, psicológicas e sociais que o permitam. Em Portugal a UHD teve início em novembro de 2015 no Hospital Garcia de Orta.

A missão é contribuir para o melhor nível possível de saúde e bem-estar dos doentes que necessitem transitoriamente de cuidados de nível hospitalar, oferecendo-lhes um serviço de qualidade com o rigor clínico e a visão holística e humanizada da Medicina Interna, sempre que a permanência no hospital seja prescindível. O internamento em UHD oferece um entorno psicológico mais favorável ao doente durante o período de tratamento e valoriza o papel da família/cuidador. Contribui também para a redução de complicações frequentes do internamento convencional como as quedas, síndromes confusionais agudos, desnutrição e infeções.

A equipa da UHD engloba vários profissionais de saúde que trabalham em prol do doente: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas, assistentes técnicos e operacionais. A esta equipa somamos a família/cuidadores, tão importantes no processo de recuperação.

A UHD:

1. Procede à inclusão, admissão ou readmissão dos doentes no âmbito da UHD, bem como à sua exclusão, e responsabiliza-se pela gestão de todo o processo assistencial, desde a admissão à alta correspondente ao período de internamento domiciliário;
2. Define e concretiza em relação a cada doente, um plano individual de cuidados em articulação com a equipa clínica hospitalar que acompanhou o doente até ao momento da UHD;
3. Garante o atendimento disponível 24 horas por dia, todos os dias do ano;

4. Fornece e gere a terapêutica aguda e crónica do doente, e outros materiais de consumo clínico necessários ao plano de cuidados;
5. Garante o acesso direto ao internamento convencional em meio hospitalar em caso de modificação da condição clínica, ou quando as condições sociais e estruturais ponham em causa a segurança do doente ou quando o doente ou o seu representante legal assim o desejarem;
6. Articula-se com as demais áreas e serviços assistenciais do hospital, garante o acesso aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e consultorias de outras especialidades, em tudo igual aos doentes internados na tipologia convencional;
7. Articula-se com os demais prestadores de cuidados de saúde e de apoio psicossocial da sua área de influência, de modo a efetuar uma transição progressiva para os cuidados de saúde primários e/ou para a rede nacional de cuidados integrados, garantindo a continuidade de cuidados;

O presente documento pretende criar uma norma para a visita de admissão, de forma a uniformizar procedimentos e etapas na admissão aos doentes internados em UHD, envolvendo a equipa de enfermagem da UHD.

2. Objetivos

- Criar uma norma para a visita de admissão, de forma a uniformizar procedimentos e etapas na admissão aos doentes internados em UHD, envolvendo a equipa de enfermagem da UHD;
- Promover o autoconhecimento e aumento da literacia na consulta de admissão aos doentes internados em UHD;
- Capacitar doente/ cuidador na gestão dos cuidados do doente em UHD;
- Promover a segurança dos cuidados ao doente, monitorizando os conhecimentos transmitidos durante a visita de admissão ao doente e cuidador, reforçando os procedimentos, cuidados e corrigindo os erros durante o internamento do doente;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa;
- Monitorizar o processo de transmissão de conhecimento na visita de admissão ao doente e cuidador, internado em UHD, através da Checklist (anexo1);

3. Referências

Departamento da Qualidade na Saúde. (2018). *Hospitalização domiciliar em idade adulta* (No. 020/2018). DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta.pdf>

4. Definições

A principal vantagem da UHD é ser um projeto centrado no doente, mais humanizado e com maior disponibilidade para o doente e família. Deste modo, o contexto domiciliário favorece o doente na aquisição de conhecimentos sobre a sua doença, permitindo deste modo uma melhor abordagem terapêutica. Os profissionais dedicam-se de forma exclusiva ao doente e cuidador e os ensinamentos realizados no domicílio são melhor assimilados por ambos. Outras vantagens são redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, menor deterioração do estado funcional dos doentes, melhor articulação com os cuidados de saúde primários. É uma resposta segura e eficaz e com maior satisfação dos profissionais de saúde.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais de saúde da UHD.

6. Descrição

Na consulta de admissão iniciamos o desenvolvimento de uma relação e comunicação terapêutica; é através deste método que o enfermeiro responde às necessidades explícitas e implícitas do doente e cuidador. É um processo consciente e deliberado, usado para reunir informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa como um todo e responder com uma abordagem verbal ou não-verbal que promova o seu bem-estar, melhore a forma como esta entende os cuidados prestados e permita estabelecer uma relação terapêutica. Esta tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde da pessoa e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nas pessoas sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

No internamento em UHD, a tipologia de doentes a admitir são:

- a. Doentes com patologia aguda ou crónica agudizada;
- b. Doentes em estadio terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da exclusiva responsabilidade do hospital.

Os cuidados de enfermagem em ambiente domiciliário apresentam um maior envolvimento do utente e família, promovem um ambiente facilitador na promoção do autoconhecimento do regime terapêutico e sua gestão. Os cuidados de enfermagem baseiam-se igualmente na avaliação, colheita contínua de dados, pois esta monitorização permite ao enfermeiro conhecer a pessoa e, assim, detetar precocemente uma alteração no seu estado, de modo a intervir de forma precisa, eficiente e em tempo útil.

Como tal, o Enfermeiro, durante a visita de admissão deverá informar o doente e o cuidador sobre:

1. Critérios sobre Admissão em UHD
2. Vantagens sobre Admissão em UHD
3. Direitos e Deveres dos Doentes
4. Funcionamento da UHD
5. Ensino sobre Gestão Regime Terapêutico
6. Ensino sobre Utilização de VNI e O2
7. Ensinos sobre os Equipamentos: Termómetro, Saturímetro, Dinamap e Máquina de glicemia Capilar
8. Ensino sobre Técnica Inalatória
9. Ensino sobre Cuidados ao Doente Hipocoagulado
10. Ensinos sobre Precauções Básicas no Controlo de Infecção
11. Ensinos sobre cuidados a ter com os Dispositivos: PICC e CVP
12. Ensinos sobre cuidados a ter com a Bomba CADD
13. Ensinos sobre Cuidados a ter com a Sonda Vesical
14. Entrega dos Panfletos e Guia de Apoio ao Utente e Cuidador

A informação e formação transmitida ao utente e cuidador, deve ser fornecida de acordo com o seu diagnóstico e devemos reforçar ensinos, de acordo com as suas comorbilidades.

Os Ensinos são efetuados conforme necessário, e no momento adequado, após a avaliação do utente e cuidador.

7. Destinatários

Todos os profissionais de saúde da UHD.

8. Anexos

Anexo I – Checklist Transmissão de conhecimento na consulta de admissão ao doente e cuidador internado em UHD

Anexo I – Transmissão de conhecimento na consulta de admissão ao doente e cuidador internado em UHD

Explicação sobre a UHD (Panfleto)	
CrITÉrios sobre Admissão em UHD (Panfleto)	
Vantagens sobre Admissão em UHD (Panfleto)	
Direitos dos Doentes (Panfleto)	
Funcionamento da UHD (Panfleto)	
Ensino sobre Gestão Regime Terapêutico (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	
Ensino sobre Utilizao de VNI e O2	
Ensinos sobre os Equipamentos: Termmetro, Saturmetro, Dinamap e Máquina de glicemia Capilar (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	
Ensino sobre Técnica Inalatória (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	
Ensino sobre Cuidados ao Doente Hipocoagulado	
Ensinos sobre Precauos Básicas no Controlo de Infeco (Panfleto)	
Ensinos sobre cuidados a ter com os Dispositivos: PICC + CVP (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	
Ensinos sobre cuidados a ter com a Bomba Portátil CADD (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	
Ensinos sobre Cuidados a ter com a Sonda Vesical (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	
Ensinos sobre Diabetes e Insulinoterapia (Guia de Apoio Utente e Cuidador)	

Anexo V

Tipo de documento: Política/Plano/Procedimento/Protocolo		Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Monitorização e Autovigilância da Glicemia Capilar e Administração de Insulina			
Palavras-	<i>Glicemia Capilar</i>	<i>Insulina</i>	<i>Doente</i>
			<i>Cuidador</i>
Elaborado/ Revisto em:		Aprovado em:	
Joana Cristina Leite, Estudante do MEMCEPSC na ESSNorteCVP			
		Doc. Revogados:	

1. Âmbito

A diabetes mellitus constitui uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, sendo que a quantidade de glicose no sangue se denomina por glicemia, quando os valores da mesma estão aumentados, chama-se hiperglicemia. Trata-se de uma doença abrangente a nível mundial e sempre a aumentar, é uma das principais síndromes de evolução crónica que afetam o homem moderno independentemente da sua idade, localização geográfica e condição social.

O presente documento pretende criar uma norma para autovigilância da glicemia capilar e administração de Insulina nos doentes internados em Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e enumerar os profissionais envolvidos neste processo.

2. Objetivos

- Uniformizar medidas para a monitorização da glicemia capilar e administração de Insulina nos doentes internados, em UHD, envolvendo a equipa de enfermagem da UHD;
- Promover o autoconhecimento e aumento da literacia sobre monitorização e autovigilância da glicemia capilar e administração de Insulina nos doentes internados em UHD;
- Capacitar doente/ cuidador na autovigilância da glicemia capilar e administração de Insulina, através da demonstração de ambas as técnicas;
- Promover a segurança dos cuidados ao doente, autovigilância da glicemia capilar e administração de insulina e corrigir os erros durante o internamento do doente;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa;
- Monitorizar o processo de autovigilância da glicemia capilar e administração de Insulina, através da Checklist (anexo1);

3. Referências

DGS, Direção Geral de Saúde. (2011a). *Diagnostico e classificação da diabetes mellitus* (No. 002/2011). DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>

DGS, Direção Geral de Saúde. (2011b). *Insulinoterapia na diabetes mellitus tipo 2* (No. 025/2011). DGS. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/insulinoterapia-na-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>

Godinho, C., Jordão, A., Dias, A., Lopes, A., Duarte, A., Carvalho, D., Nascimento, E., Louro, J., Ricciulli, M., & Melo, M. (2015). Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) / Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (não crítico). *Suplemento da Revista da Sociedade de Medicina interna*, 22(3).

Sousa, Z., Neves, M. C., & Carvalho, D. (2019). Técnica de Administração de Insulina: Uma Prática Sustentada em Evidência Científica. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 14(3), 120–128. Disponível em: <https://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/11/RPD-Set-2019-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-120-128.pdf>

4. Definições

A diabetes mellitus, designada genericamente de diabetes, resulta da deficiência, absoluta ou relativa, de insulina, conseqüente à ineficiência da sua ação a nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas. A insulina é uma hormona anabólica, produzida pelas células β dos Ilhéus de Langerhans do pâncreas, em resposta à ingestão de alimentos, que têm como função disponibilizar a glicose às células, através de um processo neuro-hormonal complexo. É uma doença, em que o organismo não possui capacidade para manter os níveis de glicose que são considerados normais na corrente sanguínea, ou seja, não apresenta uma glicemia capilar em jejum, com valores que se situam entre 70 e 100 mg/dl. A sua carência ou ação insuficiente leva a que não exista em correto aproveitamento das principais fontes de energia do nosso organismo. Assim, o termo diabetes mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas. Na diabetes tipo 1, pode haver uma perda total da produção de insulina, devido a um processo de destruição das células β do pâncreas, levando a que sem esta hormona a glucose não consiga ser sintetizada, permanecendo no sangue e dando assim

origem a hiperglicemias, pelo que a insulinoaterapia é indispensável para assegurar a sobrevivência do utente.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais de saúde da UHD.

6. Descrição

A monitorização da glicemia capilar, integrada num processo de educação terapêutica, constitui o pilar fundamental na vigilância/autovigilância, pois permite prevenir o aparecimento de desequilíbrios no controlo da glicemia e descompensações agudas e diminuir a longo prazo o risco das complicações tardias, sendo assim importante que o doente diabético e/ou o seu cuidador, participem de uma maneira ativa na gestão da sua doença.

A medição da glicemia é uma forma de avaliar o nível de glicose no sangue, usando uma pequena gota de sangue. Este teste tem utilidade para as pessoas com diabetes por vários motivos:

- Permite saber em tempo real o valor de glicose no sangue;
- É a forma mais fidedigna de confirmar e apropriadamente tratar hipo e hiperglicemias;
- Permite avaliar a resposta à administração de determinadas terapêuticas, como a insulina;
- É uma importante ferramenta, quer para o médico, quer para a pessoa com diabetes, na tomada de decisão sobre ajustes de medicação.

Consoante as características da diabetes e o tratamento que realiza, a frequência de medição de glicemia capilar é um parâmetro que pode variar.

1. Reforço do conhecimento na autovigilância e monitorização da glicemia capilar e administração de Insulina em Doentes Insulinodependentes:

- a) Autovigilância da glicemia capilar nos doentes diabéticos por norma deve ser realizada 2 vezes por dia: jejum e antes de jantar (Não realizar correções de insulina após as 23h)
- b) A colheita de sangue para avaliação da pesquisa glicémica é uma amostra de sangue capilar (ex.: do dedo)

2. Ensino da autovigilância e monitorização da glicemia capilar e administração de Insulina em Doentes em início de Insulinoterapia:

- a) Fornecer Máquina para monitorização da glicemia capilar
 - b) Prescrição Médica para requisição do material: Lancetas, Tiras de glicemia, Caneta de Insulina.
 - c) Autovigilância da glicemia capilar nos doentes diabéticos por norma deve ser realizada 2 vezes por dia: jejum e antes de jantar (Não realizar correções de insulina após as 23h)
 - d) A colheita de sangue para avaliação da pesquisa glicémica é uma amostra de sangue capilar (ex.: do dedo)
3. Aos profissionais de Saúde: Monitorização dos doentes, previamente normoglicémicos, que vão iniciar tratamento associado a hiperglicemia tais como corticosteroides, octreótido, nutrição entérica ou parentérica, monitorizar a glicemia capilar durante pelo menos 24 a 48 horas. Se glicemia acima de 140 mg/dl, continuar monitorização e instituir tratamento adequado.

A dose de insulina rápida (Apidra) a administrar nas refeições deve ser definida pelo médico, a esta deve-se acrescentar a respetiva correção de acordo com o esquema abaixo descrito:

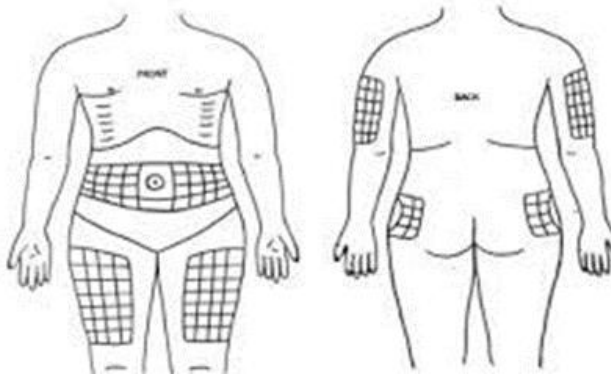
Esquema de Insulina 1

Glicemia		
≤ 180 mg/dl	0 Unidades	
$\geq 180 \leq 240$	3 Unidades - Subcutânea	
$\geq 240 \leq 300$	5 Unidades - Subcutânea	
$\geq 300 \leq 400$	8 Unidades - Subcutânea	
≥ 400	10 Unidades - Subcutânea	

Em caso de hiperglicemia a administração de insulina subcutânea é o método de tratamento de eleição para alcançar e manter o controlo glicémico na maioria dos doentes em hiperglicemia.

TÉCNICA DA APLICAÇÃO DE INSULINA
1. Face posterior e lateral do braço, faces lateral e anterior da coxa: taxa de absorção intermediária;
2. Nádegas: taxa de absorção mais lenta;

3. Abdômen, exceto em um círculo de 2 cm ao redor do umbigo: taxa de absorção mais rápida.



A rotação dos sítios de injeção é importante para prevenir lipohipertrofia e lipoatrofia. A rotação dentro de uma mesma área é mais apropriada do que rotações em áreas diferentes, podendo diminuir a variabilidade de absorção de dia para dia. Um novo ponto de aplicação deve estar 1 cm distante do local anterior, até utilização completa da região escolhida; somente então outra área deve ser selecionada, conforme indicado no mapa acima.

CUIDADOS PARA EVITAR INJEÇÕES DOLOROSAS

1. Aplicar a insulina à temperatura ambiente;
2. Certificar-se de que não existe bolha de ar dentro da seringa antes da injeção;
3. Esperar a evaporação do álcool antes da aplicação;
4. Manter os músculos na área de injeção relaxados;
5. Penetrar a pele rapidamente;
6. Não modificar a posição da agulha durante a inserção ou retirada;
7. Não utilizar agulhas rombas

ARMAZENAMENTO DA INSULINA

1. Os frascos de insulina que não estão em uso devem ser refrigerados (temperatura entre 2°C e 8°C).
2. Extremos de temperatura (abaixo de 2°C ou acima de 30°C) e excesso de agitação devem ser evitados, prevenindo perda de potência, formação de grumos ou precipitação. A insulina nunca deve ser congelada. Caso isto ocorra, deve ser desprezada, porque após o descongelamento a sua atividade biológica torna-se imprevisível.

3. O frasco em uso pode ser mantido à temperatura ambiente, em local fresco e ao abrigo da luz. O cartucho em uso pode ser conservado até um máximo de 30 dias, a uma temperatura inferior a 25°C. Não o utilizar após este período.

PREPARAÇÃO DA DOSE - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Antes de cada aplicação, as mãos e o sítio de aplicação devem ser limpos;
2. Desinfetar a tampa de borracha do frasco de insulina com álcool isopropílico;
3. Para homogeneizar as preparações, o frasco deve ser rolado gentilmente entre as palmas das mãos para ressuspender a insulina;
4. Um volume de ar igual a dose de insulina requerida deve ser introduzida dentro do frasco para evitar a formação de vácuo;
5. Para retirar a insulina do frasco, a agulha deve ser introduzida no centro da tampa de borracha, de forma perpendicular à superfície da mesma;
6. Quando houver associação de insulina de ação rápida com intermediária, a de ação rápida deve ser aspirada primeiro;

É importante observar o aspeto da insulina antes da aplicação, sendo que as insulinas regulares apresentam aspeto límpido. As injeções são feitas no subcutâneo formando um ângulo de 90º com a pele. A aspiração da seringa não é necessária.

Ensinos ao Doente e Cuidador

COMO ADMINISTRAR A INSULINA COM A CANETA DE INSULINA

- a) Lavar as mãos e assegurar-se que o local de injeção está limpo (não é necessário usar álcool);
- b) Selecionar o número de unidades a administrar rodando o botão;
- c) Colocar a agulha na caneta (As agulhas devem ser usadas apenas uma vez);
- d) Erguer suavemente uma prega;
- e) Introduzir a agulha na superfície da prega cutânea num movimento firme, perpendicular à pele;
- f) Injetar a insulina lentamente, agulha deve permanecer introduzida no tecido SC durante 10 segundos (uma contagem até 10) após o êmbolo ser pressionado (para dar tempo de a dose total de insulina sair);
- g) Retirar a agulha da pele no mesmo ângulo em que estava inserida;
- h) Soltar a prega cutânea;
- i) Rejeitar a agulha usada com segurança.

ARMAZENAMENTO DA CANETA DE INSULINA

- a) A insulina em uso deve ficar em ar ambiente, protegida com a tampa e afastada de fontes de calor. O cartucho em uso pode ser conservado até um máximo de 30 dias, a uma temperatura inferior a 25°C. Não o utilizar após este período.
- b) A restante deve ser mantida no frigorífico (gaveta dos legumes), mas não no congelador;
- c) Se tiver aspeto leitoso deve ser homogeneizada com movimentos suaves.

MONITORIZAÇÃO/IMPLICAÇÕES ENFERMAGEM

1. Monitorizar os sinais e sintoma de hipoglicemia (ansiedade, arrepios, suores frios, confusão, pele fria e pálida, dificuldade de concentração, sonolência, fome excessiva, cefaleias, irritabilidade, náuseas, nervosismo, pulsação rápida, tremores, cansaço pouco habitual ou fraqueza) e de hiperglicemia (sonolência, pele corada e seca, hálito com odor de fruta, poliúria, perda de apetite, cansaço, polidipsia) periodicamente ao longo da terapêutica.
2. A hipoglicemia exige um tratamento urgente logo que aparecem os primeiros sinais. Ingerir açúcar ou produto açucarado imediatamente e descansar 10-15 minutos. Instruir os doentes que tomam medicamentos ou insulina que devem ter sempre consigo rebuçados ou açúcar e tomá-los imediatamente se tiverem estes sintomas.
3. Monitorizar o peso periodicamente. Pode ser necessário alterar a dose de insulina em caso de alteração do peso.

A informação e formação transmitida ao utente e cuidador, deve ser fornecida de acordo com o seu diagnóstico e devemos reforçar ensinamentos, de acordo com as suas comorbilidades.

Os Ensinamentos são efetuados conforme necessário, e no momento adequado, após a avaliação do utente e cuidador.

7. Destinatários

Todos os profissionais de saúde da UHD.

8. Anexos

Anexo I – Checklist Autogestão do regime terapêutico no Doente com Diabetes Insulinodependente

Checklist Autogestão do regime terapêutico no Doente com Diabetes Insulinodependente

Ensinar sobre a gestão do regime terapêutico;	
Ensinar sobre fisiopatologia da doença;	
Ensinar sobre hábitos alimentares;	
Ensinar e Incentivar hábitos de atividade física;	
Ensinar sobre autovigilância da glicemia capilar;	
Ensinar sobre a medicação (insulina, ação/objetivos);	
Ensinar sobre a importância da vigilância periódica dos órgãos alvo;	
Ensinar sobre complicações agudas (sinais e sintomas de hipoglicémia e de hiperglicemia);	
Ensinar sobre tratamento da hipoglicemia;	
Promover a adaptação a novos estilos de vida.	

Anexo VI

N.º / Revisão – xxx.x

Página 1 de 6

Tipo de documento: Política/Plano/Procedimento/Protocolo

Data – xx/xx/xxxx

Nome: Terapêutica Inalatória: Técnica de Inalação

Palavras-	<i>Doente</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Técnica de Inalação</i>	<i>UHD</i>
------------------	---------------	-----------------	----------------------------	------------

Elaborado/ Revisto em:

Aprovado em:

Doc. Revogados:

Joana Cristina Leite, Estudante do MEMCEPSC na ESSNorteCVP

1. Âmbito

A Organização Mundial de Saúde (2024, s.p) define doenças crónicas como “doenças não transmissíveis de pessoa para pessoa, que tem uma duração prolongada e, geralmente, progressão lenta” e o Centers for Disease Control and Prevention (2024, s.p.) define-as como “condição que dura um ano ou mais, requer assistência médica continuada, *limita as atividades de vida diárias ou ambas*”. As doenças crónicas atingem milhares de cidadãos, não escolhem idade, abrangendo, desde o nascimento, todas as faixas etárias, até à velhice. Logo o foco de atenção na doença crónica é a continuidade de cuidados, a relação terapêutica e o acompanhamento interdisciplinar, exigindo essencialmente, o seguimento e integração destes cuidados com a manutenção da qualidade de vida da pessoa com doença crónica. A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) privilegia a relação enfermeiro-doente em contexto domiciliar, integra prática baseada na evidência, promove as competências de autogestão do doente, com o objetivo de ajustar a intensidade e a especificidade das intervenções terapêuticas às necessidades de cada doente. O enfermeiro realiza a visita domiciliária regular para literacia de saúde, vigilância clínica, e gestão de regime terapêutico.

O presente documento pretende criar uma norma sobre as técnicas de inalação de forma a otimizar a administração de medicação inalatória nos doentes internados em UHD. Este foi elaborado com base na norma da DGS No. 010/2017 de 16 junho de 2017.

2. Objetivos

- Uniformizar medidas para a gestão da técnica inalatória, de forma a otimizar a administração de medicação inalatória nos doentes internados em UHD, envolvendo a equipa de enfermagem da UHD;
- Promover o autoconhecimento e aumento da literacia sobre técnica inalatória adequada;

- Capacitar doente/ cuidador na gestão da técnica inalatória adequada, através da demonstração da mesma;
- Promover a segurança dos cuidados ao doente, monitorizando a técnica inalatória e corrigindo os erros durante o internamento do doente;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa;
- Monitorizar o processo da gestão da técnica inalatória, através da Checklist (anexo1);

3. Referências

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira- Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa De Imunoalergologia*, 25, 9–26. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

DGS, Direção Geral de Saúde. (2017). Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma (No. 010/2017). DGS. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/09031936.00166410>

4. Definições

O tratamento adequado das doenças do foro respiratório, leva a uma significativa melhoria da qualidade de vida, a uma diminuição do consumo de serviços de saúde (consultas não programadas, episódios de urgência e internamentos) e a uma diminuição do número de dias de baixa, com considerável redução dos custos. Logo uma participação ativa e responsável do doente na gestão do tratamento das doenças respiratórias implica o desenvolvimento de comportamentos de adaptação à doença crónica, adesão ao esquema terapêutico instituído, atenção aos sinais de alterações da severidade da doença, correta execução das técnicas inalatórias e ajuste da medicação nos casos de exacerbação da sintomatologia.

A via inalatória é atualmente reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias e veio contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, principalmente daqueles com patologia crónica, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Todavia, a sua otimização exige uma adequada técnica inalatória, o que representa para os profissionais de saúde uma responsabilidade acrescida. Esta norma tem como objetivo clarificar

aspectos técnicos e teóricos relacionados com o uso de inaladores, fornecendo instruções práticas e simples para o uso correto dos inaladores pelos doentes.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais de saúde da UHD.

6. Descrição

A eficácia dos agentes farmacológicos na patologia respiratória resulta dos seus efeitos a nível das vias aéreas inferiores. Assim, com a obtenção de elevadas concentrações locais destes agentes a nível do pulmão, maximiza-se o efeito terapêutico, minimizando a absorção sistémica e seus efeitos adversos. No entanto, nenhum fármaco é metabolizado diretamente no pulmão, entrando alguns na circulação sistémica, o que condiciona a sua biodisponibilidade e efeitos laterais. A ação dos fármacos administradas por via oral obtém-se após a sua entrada em circulação, atingindo em pequena quantidade o pulmão. Por sua vez, pela via inalatória atingindo os recetores existentes nas vias aéreas, só em pequena quantidade entram para a circulação, apresentando assim vantagens óbvias:

- Uso de menor quantidade de drogas para obter o mesmo efeito terapêutico;
- Um início mais rápido de ação;
- Menos efeitos secundários.

A combinação de salbutamol e do brometo de ipratrópio evidenciou, uma eficácia broncodilatadora superior e mais prolongada do que qualquer dos seus componentes administrados isoladamente, e não associada a risco mais elevado de efeitos indesejáveis. O brometo de ipratrópio e os beta-agonistas representam uma combinação lógica de broncodilatadores que atuam a níveis distintos, embora complementares, do processo obstrutivo, aumentando potencialmente as vantagens, sem aumento do risco. Os corticoides são anti-inflamatórios que atuam ao nível celular induzindo ou suprimindo a produção de citocinas e de recetores relevantes no processo inflamatório. A ordem de administração de terapêutica inalatória (quanto prescritas num mesmo horário) deverá obedecer a critérios de eficácia de ação, pelo que deverá ser, respetivamente: broncodilatador de curta duração de ação, seguido de broncodilatador de longa duração de ação e por fim o corticoide, 5 a 10 minutos após os broncodilatadores. Poder-se-á dizer que os broncodilatadores preparam a via aérea para a posterior absorção intrapulmonar do corticoide. Devido às características anatómicas das vias aéreas, padrão

ventilatório e propriedades aerodinâmicas das partículas de fármaco, a otimização máxima da deposição pulmonar da terapêutica está diretamente relacionada com a técnica de administração.

TÉCNICA DE INALAÇÃO	
A técnica de inalação com câmara expansora pelo inalador pressurizado de dose calibrada ("pressurized metered dose inhale" (pMDI)) realiza-se com os seguintes passos:	<ol style="list-style-type: none">1. O doente deve estar de pé, sentado ou semifowler;2. Aquecer o inalador pressurizado de dose calibrada à temperatura corporal;3. Retirar a tampa do inalador pressurizado de dose calibrada e agitar durante 5 segundos;4. Colocar o inalador pressurizado de dose calibrada na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora;5. Efetuar uma expiração lenta;6. Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo; no caso das câmaras com máscara, esta deve ficar bem-adaptada à face, com as narinas ocluídas;7. Ativar o inalador pressurizado de dose calibrada (no final da expiração);8. O doente deve realizar um ciclo de 5 ventilações completas (cheirar a flor e soprar a vela); seguidamente retira-se a câmara expansora da face do doente e aguarda-se cerca de 30 segundos a 1 min para realizar a próxima inalação, repetindo novamente o ciclo.9. Esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação inalador pressurizado de dose calibrada;10. Lavar a cavidade bucal e a face se utiliza máscara, se forem inalados corticoides.

HIGIENIZAÇÃO DA CÂMARA EXPANSORA

1. Na higienização da câmara expansora, devem ser desmontadas todas as peças, quando é possível;
2. A lavagem da câmara expansora deve ser efetuada uma vez por semana, colocando-a num recipiente com água quente e detergente suave (ex. líquido da loiça), durante 15 minutos; depois passá-la por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente sem limpar;
3. Não é recomendável “esfregar” as paredes da câmara expansora, nem uma higienização muito frequente (intervalos < 1 semana);
4. As câmaras expansoras não devem ser guardadas em locais que permitam a deposição de partículas de gordura ou pó, e se apresentarem fissuras devem ser destruídas;
5. A máscara facial deve ser lavada com água quente e detergente e seca após cada utilização.
6. No caso de utilização de bucal, limpar com um lenço de papel.

Os erros mais frequentes são:

- Não ajustar adequadamente a máscara facial à face;
- O atraso da inalação após a ativação do inalador pressurizado de dose calibrada;
- A não higienização semanal da câmara expansora;
- O acionar múltiplos puffs do fármaco numa só inalação;

7. Destinatários

Todos os profissionais de saúde da UHD.

8. Anexos

Anexo I – Checklist Terapêutica Inalatória (pMDI)

Anexo I – Checklist Terapêutica Inalatória (pMDI)

A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentado (permite melhor expansão torácica);	
Aquecer o inalador pressurizado de dose calibrada à temperatura corporal;	
Retirar a tampa do inalador pressurizado de dose calibrada e agitar durante 5 segundos;	
Desperdiçar 4 puffs na primeira utilização de um novo inalador;	
Colocar o inalador pressurizado de dose calibrada na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à câmara expansora;	
Efetuar uma expiração lenta;	
Colocar o bucal da câmara expansora entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua para baixo; no caso das câmaras com máscara, esta deve ficar bem-adaptada à face, com as narinas ocluídas;	
Ativar o inalador pressurizado de dose calibrada (no final da expiração);	
Deve realizar um ciclo de 5 ventilações completas (cheirar a flor e soprar a vela); seguidamente retira-se a câmara expansora da face do doente e aguarda-se cerca de 30 segundos a 1 min para realizar a próxima inalação, repetindo novamente o ciclo;	
Esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação inalador pressurizado de dose calibrada;	
Efetuar a higienização oral;	
Efetuar a limpeza da câmara expansora;	

Anexo VII

ENCONTRO RENAL

Centro
de Congressos
da Madeira

14-16 novembro 2024

CERTIFICADO

Certifica-se que

Joana Cristina Leite

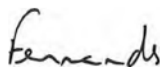
participou no **ENCONTRO RENAL**
que decorreu nos dias 14, 15 e 16 novembro de 2024
no Centro de Congressos da Madeira.



GIL GOMES DA SILVA
Presidente do XXXVIII
Congresso Português de Nefrologia



EDGAR ALMEIDA
Presidente da SPN



LUÍS FERNANDES
Presidente do XXXVIII
Congresso da APEDT



FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVIII CONGRESSO
PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA



SPNEFRO.PT

XXXVIII CONGRESSO
APEDT



APEDT.PT

Anexo VIII

ENCONTRO RENAL

Centro
de Congressos
da Madeira

14-16 novembro 2024

CERTIFICADO

A comunicação oral com o título

A qualidade de vida na pessoa com Doença Renal Crónica: Revisão da literatura

elaborada por

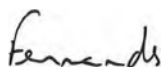
Joana Leite (1); Rosario Azevedo (1); Ricardo Peralta (2); João Fazendeiro (2)
(1) - Fresenius Medical Care, Santa Maria da Feira, Portugal
(2) - Fresenius Medical Care, Porto, Portugal

foi apresentada por

Joana Leite

no **XXXVIII CONGRESSO DA APEDT**

que decorreu nos dias 14, 15 e 16 novembro de 2024
no Centro de Congressos da Madeira.



LUÍS FERNANDES
Presidente do XXXVIII
Congresso da APEDT



FERNANDO VILARES
Presidente da APEDT

XXXVIII CONGRESSO
PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA



SPNEFRO.PT

XXXVIII CONGRESSO
APEDT



APEDT.PT