

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gestão do Regime Terapêutico no Doente com Insuficiência
Cardíaca

Therapeutic Regimen Management in the Patient with Heart
Failure

Autor

Joana de Andrade Santos

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gestão do Regime Terapêutico no Doente com
Insuficiência Cardíaca

Therapeutic Regimen Management in the
Patient with Heart Failure

Orientador(es)

Soraia Cristina de Abreu Pereira

Liliana Andreia Neves da Mota

Autor

Joana de Andrade Santos

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Let us never consider ourselves finished nurses.

We must be learning all of our lives"

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

Para o meu Pai

AGRADECIMENTO

Um especial agradecimento a todos os profissionais da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo, sem excepção, à minha colega de Mestrado que me acompanhou ao longo deste percurso, à Professora Especialista Soraia Pereira e à Professora Doutora Liliana Mota.

Ao João, ao José e ao Paulo, por todo o apoio incondicional ao longo deste desafio...

RESUMO

As doenças crónicas são doenças de longa duração que resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, sendo responsáveis por uma elevada mortalidade a nível global. Os seus principais tipos são as doenças cardiovasculares, os cancros, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte a nível mundial, sendo a Insuficiência Cardíaca uma das mais prevalentes.

A promoção da autogestão e do autocuidado por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem Pessoa em Situação Crónica, surge como um dos aspetos chave no desenvolvimento de programas de gestão do regime terapêutico na Insuficiência Cardíaca, concorrendo diretamente para a estabilidade física e emocional do doente, resultando em processos de transição saúde/doença bem-sucedidos e consequente aumento da qualidade de vida.

Ao longo do meu percurso profissional, tenho tido por foco a pessoa com doença crónica, com especial ênfase nas doenças cardiovasculares, nomeadamente a Insuficiência Cardíaca. Este foi o principal motivo na escolha do tema deste relatório que surge no âmbito do estágio de natureza profissional, inserido no plano curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, realizado numa equipa hospitalar de cuidados ao doente crónico complexo.

A metodologia utilizada na elaboração deste documento foi o método descritivo e reflexivo com recurso à pesquisa da literatura, e a elaboração de dois casos clínicos ficcionados através da plataforma e4nursing utilizando a Ontologia de Enfermagem.

A abordagem crítica e reflexiva dos referenciais teóricos e das experiências vivenciadas permitiu-me tirar o melhor partido da passagem pelo contexto de estágio, na abordagem aos casos clínicos, contribuindo de forma direta para o meu desenvolvimento de competências especializadas no contexto do cuidar da pessoa com doença crónica.

Palavras chave: Doenças Crónicas; Insuficiência Cardíaca; Gestão do Regime Terapêutico; Enfermagem

ABSTRACT

Chronic diseases are long-term illnesses resulting from a combination of genetic, physiological, environmental, and behavioral factors, being responsible for a high global mortality rate. The main types of chronic diseases include cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases, and diabetes. Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide, with Heart Failure being one of the most prevalent conditions.

The promotion of self-management and self-care by the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, particularly in the field of Nursing for Individuals in Chronic Conditions, emerges as a key aspect in the development of therapeutic regimen management programs for Heart Failure, contributing directly to the physical and emotional stability of the patient, resulting in successful health/disease transition processes and, consequently, an improved quality of life.

Throughout my professional journey, I have focused on people with chronic diseases, with particular emphasis on cardiovascular diseases, specifically Heart Failure. This was the main reason for choosing the topic of this report, which is part of a professional internship within the curricular plan of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Individuals in Chronic Conditions, carried out within a hospital team providing care to complex chronic patients.

The methodology used in the development of this document was a descriptive and reflective method, utilizing literature research and the creation of two fictional clinical cases through the e4nursing platform, using Nursing Ontology.

The critical and reflective approach to theoretical frameworks and practical experiences allowed me to make the most of my internship experience in handling clinical cases. This directly contributed to my development of specialized competencies in caring for individuals with chronic diseases.

Keywords: Chronic Diseases; Heart Failure; Therapeutic Regimen Management; Nursing

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

OE - Ordem dos Enfermeiros

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ECDCC - Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

IC - Insuficiência Cardíaca

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DGS - Direção Geral da Saúde

FEVE - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

FA - Fibrilhação Auricular

HTA - Hipertensão Arterial

DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2

EEAIC - Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

SCHDE - Self-Care of Home Dwelling Elderly

NIC - Nursing Interventions Classification

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CASO CLÍNICO 1	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	40
3.3. Medicação	41
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	41
3.4. Domínios	47
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	47
3.5. Conceção de Cuidados	50
3.6. Especificação das intervenções	57
3.7. Síntese relativa ao caso	62
4. CASO CLÍNICO 2	67
4.1. Enquadramento teórico	67
4.2. Clientes	69
4.3. Medicação	69
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	69
4.4. Domínios	71
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	71
4.5. Conceção de Cuidados	73
4.6. Especificação das intervenções	80
4.7. Síntese relativa ao caso	83
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	87
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	101
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	111

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Gráfico de caracterização do Perfil de Autocuidado do caso clínico 1

Figura 2 - Gráfico de caracterização do Perfil de Autocuidado do caso clínico 2

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

As doenças crónicas são doenças de longa duração que resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, representando cerca de 74% de todas as mortes a nível global (Organização Mundial da Saúde, 2023). Os seus principais tipos são as doenças cardiovasculares, os cancros, as doenças respiratórias crónicas e a Diabetes Mellitus (DM). O seu impacto sócio económico é muito significativo, sendo por isso fundamental um investimento sólido no seu controlo e gestão, nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico, vigilância e tratamento, bem como na melhoria do acesso aos cuidados paliativos (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Os cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crónica assumem assim uma importância inequívoca. Estes *“podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão a regime terapêutico”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19368). A Ordem dos Enfermeiros (OE) publica em 2018 o Regulamento n.º 429/2018, publicado no Diário da República, que regula as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Estas integram o cuidar da pessoa e família/cuidadores que estejam a vivenciar a doença crónica bem como a otimização do ambiente terapêutico em estreita colaboração com os intervenientes (OE, 2018). O Enfermeiro Especialista nesta área de Enfermagem, além das competências específicas, deve reger a sua atuação também pelas competências comuns do Enfermeiro Especialista que estão definidas no regulamento nº 140/2019 redigido pela OE e são partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da área de especialidade. São competências no âmbito da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado na formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Neste contexto, e no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de natureza profissional com relatório final, inserida no Curso de Mestrado em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, surge a oportunidade de realizar este período formativo numa Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC). Esta equipa multidisciplinar adota um modelo de intervenção baseado no modelo de gestão de caso e presta cuidados a uma população com múltiplas doenças crónicas, sendo a Insuficiência Cardíaca (IC) uma das mais prevalentes. O estágio de natureza profissional decorre com principal foco na aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O desenvolvimento de todas estas competências especializadas surge como

um objetivo individual no âmbito do meu desenvolvimento profissional enquanto Enfermeira de cuidados gerais num serviço de Medicina Interna, com uma forte componente no âmbito da Cardiologia. A IC exige uma abordagem multidisciplinar na qual o Enfermeiro Especialista, enquanto promotor de processos de adesão ao regime terapêutico e agente facilitador de processos de adaptação e transição em processos de saúde/doença, assume um papel preponderante. Assim, a escolha do tema deste relatório, tem por base a minha experiência profissional com doentes com IC, e a minha motivação para desenvolver competências no âmbito da promoção de uma adequada gestão do regime terapêutico por parte desta população.

O presente relatório constitui uma exigência curricular para obtenção do grau de Mestre, e surge dividido em três partes distintas, sendo que na primeira o objetivo é realizar uma contextualização do local onde foi desenvolvido o estágio. Numa segunda parte, o objetivo passa por demonstrar o processo de tomada de decisão em Enfermagem Especializada através da elaboração de dois estudos de caso que contemplam a conceção de cuidados de doentes crónicos complexos, elaborados com recurso à plataforma educacional e4nursing, ferramenta esta que possibilita a descrição do processo de conceção dos cuidados, tendo por base a Ontologia de Enfermagem. O objetivo da terceira e última parte será refletir sobre o contributo deste estágio para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista.

Toda a tomada de decisão para a conceção de cuidados contemplados neste relatório, além de outros aspetos teóricos, teve como principais referenciais a teoria das transições de Afaf Meleis (Meleis, 2000, Smith & Parker, 2015) e a Teoria de Enfermagem do déficite de Autocuidado de Dorothea Orem (George, 2000, Smith & Parker, 2015).

Afaf Meleis na década de 80 descreve o conceito de transição que está na base do desenvolvimento de uma teoria de médio alcance, a Teoria das Transições. De acordo com Meleis et al. (2000), transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do eu. São aspetos essenciais desta teoria conceitos tais como a natureza das transições, os condicionantes facilitadores e inibidores da transição, os padrões de resposta do indivíduo que se traduzem em indicadores de processos e indicadores de resultados, e as intervenções de Enfermagem (Meleis et al, 2000). O processo de alcance de uma transição saudável pressupõe reformulação de identidade, domínio de novas habilidades e alteração de comportamentos e o Enfermeiro surge como agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da Enfermagem (Meleis et al, 2000; Smith & Parker, 2015).

A Teoria de Enfermagem do deficit de Autocuidado foi desenvolvida por Dorothea Orem e constitui um modelo amplamente utilizado na prestação de cuidados de Enfermagem

especializados, nomeadamente em situações que envolvem a promoção da saúde e a gestão de condições de saúde crónicas (Smith & Parker, 2015). Esta é uma teoria abrangente que engloba três teorias que se relacionam: Teoria do autocuidado, Teoria do déficit de autocuidado e Teoria dos sistemas de Enfermagem (George, 2000). A Teoria Geral de Orem é particularmente útil em situações onde o autocuidado é uma componente chave do processo de gestão da doença, assumindo um papel central na definição das intervenções de Enfermagem (George, 2000). A verdadeira utilidade desta teoria está na sua aplicação prática uma vez que orienta o cuidado baseado nas necessidades da pessoa, permitindo aos profissionais identificar déficits de autocuidado, promover ou restituir a sua capacidade, bem como intervir na aquisição de competências que potenciem a autonomia e a autodeterminação (Smith & Parker, 2015).

Ambas as teorias são de extrema importância na gestão das doenças crónicas, nomeadamente a IC enquanto condição crónica complexa, que exige a implementação de estratégias de autocuidado eficazes para melhorar independência, autonomia e qualidade de vida dos doentes, aspetos estes fundamentais para a redução do risco de hospitalizações (Lobo & Palma, 2024; Tinoco et al., 2024). Apesar disso, as taxas de adesão aos comportamentos de autocuidado adequados parece ser baixa, sendo fundamental uma abordagem completa do processo de saúde-doença da pessoa por parte do Enfermeiro, recorrendo a pressupostos teóricos fundamentados na importância da consciencialização para a doença e importância do autocuidado, permitindo-lhe desenvolver ferramentas de gestão adequada da mesma (Dellafore et al., 2018; Meleis et al., 2000) .

A metodologia utilizada na elaboração deste documento foi o método descritivo e reflexivo, com recurso a pesquisa da literatura efetuada no agregador de conteúdos EBSCOhost Web® (CINAHL Complete e MEDLINE Complete), assim como nas plataformas Pubmed®, Google Académico e na literatura cinzenta. A elaboração dos casos clínicos teve como base o Modelo CARE e a utilização da plataforma *e4nursing*.

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

A ECDCC está inserida numa Unidade Local de Saúde, desempenha funções às segundas, quartas e sextas-feiras das 8 às 18 horas, e é constituída por três Enfermeiros (dois deles Especialistas, em Enfermagem de Reabilitação e EMC), três Médicos, um Técnico Auxiliar de Saúde, e em regime de consultoria, um Farmacêutico, um Assistente Social, um Nutricionista e um médico de Medicina Física e Reabilitação.

O seu principal objetivo é prestar cuidados diferenciados a doentes crónicos complexos, baseando o seu modelo de gestão da doença crónica na Pirâmide de Kaiser Permanente. Este modelo preconiza para esta tipologia de doentes um modelo de atenção integrada, baseado num cuidado de Enfermagem intensivo, implicando a atribuição de um gestor de caso, e pressupõe uma estreita relação entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados domiciliários (Escoval et al., 2010). Este modelo tem por base a estratificação dos doentes por três níveis de risco diferentes, sendo que no primeiro nível enquadram-se as pessoas com uma doença crónica já diagnosticada e para a qual poderão existir ganhos em saúde com a implementação de pequenas alterações ao nível do planeamento de cuidados e de promoção da autogestão da doença (Escoval et al., 2010). No segundo nível, encontram-se os indivíduos com risco elevado de evolução da doença, necessitando de uma gestão efetiva dos cuidados de saúde prestados (Escoval et al., 2010). No terceiro e último nível da pirâmide, encontram-se representados os doentes que necessitam de um acompanhamento sistemático e diferenciado, dada a severidade da doença que apresentam (Escoval et al., 2010). Estes são doentes crónicos complexos que requerem um modelo baseado na gestão de caso e correspondem a cerca de 5% da população com doença crónica (Escoval et al., 2010).

A Case Management Society of America (2016) define a gestão de caso como um processo colaborativo de coordenação de cuidados entre serviços de saúde (hospitalares e comunitários) que permite avaliação, monitorização, planeamento e oferta de intervenções e recursos adequados à pessoa com doença crónica, com objetivo final de promover a qualidade de vida e uma gestão eficaz da doença. Estas intervenções são tradicionalmente conduzidas por um Enfermeiro, com apoio de uma equipa multidisciplinar (Sadler et. al, 2023) que assume o papel de gestor de caso. Este surge como um facilitador entre a pessoa, família ou cuidador, e a equipa de saúde, constituindo o modelo de gestão de casos uma ferramenta particularmente útil e importante na gestão de cuidados em doentes crónicos complexos, incluindo aqueles que vivem em situação de fragilidade (Sadler et. al, 2023).

De acordo com o modelo de estratificação de risco referido anteriormente, a população

abrangida pela área de influência desta unidade local de saúde apresenta uma percentagem elevada de cerca de 40% de utentes com risco moderado a muito alto sendo que destes, cerca de 20% apresentam risco alto e 4% risco muito alto. Nesta última percentagem encontram-se os doentes crónicos complexos, que são nesta instituição responsáveis pelo consumo de cerca de 15% de todos os recursos.

Com base no documento institucional redigido pela ECDCC que define as características do seu modelo de intervenção, verifica-se que a operacionalização de todos estes conceitos teóricos referidos anteriormente se processa através da importante relação médico-enfermeiro-doente, maioritariamente em contexto ambulatorio, integrando nos programas de intervenção guidelines clínicas práticas baseadas na evidência que permitam fomentar as competências de autogestão do doente. Assim, e em termos operacionais, os doentes são referenciados para seguimento por parte desta equipa por profissionais da equipa médica da instituição após internamento hospitalar (convencional ou em Hospitalização Domiciliária), diretamente da consulta externa de Medicina Interna e/ou após episódio em Serviço de Urgência. A ECDCC começa por realizar uma estratificação de risco dos doentes, com o objetivo de ajustar a intensidade e a especificidade das intervenções (terapêuticas, procedimentos, monitorização de biomarcadores de controlo da doença) às necessidades individuais, contribuindo, assim, para uma prevenção das complicações. Consideram-se candidatos a seguimento doentes que reúnam três ou mais dos seguintes critérios:

- idade igual ou superior a 65 anos de idade
- cinco ou mais recorrências ao serviço de urgência/ano;
- três ou mais internamentos/ano;
- três ou mais doenças crónicas da seguinte lista: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), IC, Doença renal crónica, DM, Doença hepática crónica, Doença cerebrovascular crónica e Neoplasia;
- medicação crónica com 6 ou mais fármacos.

É ainda considerado como critério de inclusão a área geográfica de influência da Unidade Local de Saúde, e a distância do domicílio do doente à sede da instituição que não deverá exceder os 30km e/ou os 30 minutos de deslocação da equipa em veículo próprio. No mesmo documento estão ainda definidos como critérios de exclusão: doentes em fim de vida, com necessidade de cuidados paliativos, e pessoas com necessidade de apoio por parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A decisão do acompanhamento por parte desta equipa é única e exclusivamente do doente, família e/ou cuidador, e como principais fundamentos de abandono do programa e/ou critérios de alta a equipa define:

- desejo manifesto de abandono do programa;
- não adesão ao plano individual de cuidados;
- mudança de residência (para fora da área geográfica de influência);
- internamento hospitalar;

- situação social precária ou ausência de cuidador adequado (após avaliação por equipa de Serviço Social);
- óbito.

Ao longo do seguimento são estabelecidos diferentes níveis de acompanhamento (1, 2 e 3), tendo em conta os objetivos alcançados e adesão aos cuidados, sendo que num primeiro momento os doentes são sempre classificados em nível 1. O acompanhamento do doente em nível 1 inicia-se por uma primeira consulta multidisciplinar (médico e enfermeiro) realizada na instituição hospitalar e tem como principal objetivo, além de explicar os objetivos da ECDCC, realizar uma avaliação inicial do doente na qual são recolhidos dados para a realização da sua história clínica, um exame físico objetivo e também uma avaliação breve de contexto social e económico. Caso o doente aceite o seguimento, é entregue o folheto informativo de funcionamento da equipa, assinado consentimento informado e declarações de compromisso, e atribuído um enfermeiro gestor de caso. É também entregue um dossier ao doente onde constam os documentos referidos anteriormente bem como, as folhas de vigilâncias a serem preenchidas pelo doente e/ou cuidador tendo em conta as necessidades definidas pela equipa (valores de glicemia capilar, tensão arterial, saturações de O₂, peso, etc). Este será complementado quando oportuno com outro tipo de documentação (mapa com regime terapêutico medicamentoso, mapa de consultas, etc), e o doente deverá fazer-se acompanhar do mesmo em todas as consultas quer médicas, quer de Enfermagem. O doente é informado da possibilidade de contactar telefonicamente a ECDCC dentro do seu horário de funcionamento sempre que tiver alguma dúvida relativa à sua situação de saúde, medicação, e/ou em caso de agudização da sua doença (contacto fornecido no folheto informativo citado anteriormente).

A segunda consulta multidisciplinar realiza-se cerca de três meses após a primeira (ou mais precocemente se a equipa multidisciplinar assim o entender), sendo as seguintes a cada três meses até ao final do primeiro ano de acompanhamento. Em cada uma destas consultas serão revistos os níveis de acompanhamento. Existe ainda a possibilidade de o doente ser observado pela equipa multidisciplinar em consulta aberta nos dias de funcionamento da ECDCC e após triagem prévia por parte do enfermeiro gestor. Ambas estas consultas são realizadas na parte da tarde. Após primeira avaliação multidisciplinar, a equipa estabelece um plano terapêutico individualizado, onde o Enfermeiro Gestor de Caso assume o papel de maior proximidade/referência do doente e será o contacto direto do doente com a ECDCC. Cabe ao gestor de caso a realização da primeira e subsequentes consultas de Enfermagem domiciliárias, sendo que a primeira é geralmente realizada na semana seguinte à consulta multidisciplinar.

Em nível 1 cada enfermeiro gestor de caso terá em média quinze doentes em seguimento, e a consulta de Enfermagem domiciliária será preferencialmente semanal com a duração em média de quarenta e cinco minutos. São realizadas da parte da manhã, e têm como principais objetivos:

- aumentar literacia em saúde e conhecimento sobre a doença;

- realizar vigilância clínica e promover incentivo à auto vigilância;
- promover adesão a novos comportamentos de saúde;
- gerir articulação entre serviços de saúde disponíveis;
- capacitar doente, familiares e/ou cuidadores para a autogestão do regime terapêutico

Além de todos os aspetos referidos anteriormente, na primeira consulta são reforçados os ensinamentos realizados na consulta multidisciplinar relativos às características deste modelo de seguimento e intervenção, e são aplicados alguns instrumentos de avaliação de forma a complementar a colheita de dados já iniciada, nomeadamente a Escala de Depressão Geriátrica, de Medida de Adesão aos Tratamentos, de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody), de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), entre outras. Para esta e subsequentes consultas domiciliárias, o Enfermeiro Gestor de Caso desloca-se em viatura da instituição na qual é transportado todo o tipo de material, equipamentos e fármacos necessários para a prestação de cuidados. Na primeira consulta domiciliária é também iniciado o processo de reconciliação da medicação pelo enfermeiro gestor de caso, que quando finalizado (após reunião de discussão multidisciplinar com médico responsável) permite elaborar um mapa terapêutico que é fornecido ao doente e que este deverá ser incluído no seu dossier individual.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (pág 4, 2016), a reconciliação da medicação é um *“processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão à medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação”*. É um processo multidisciplinar e centrado no doente que difere do processo habitual de revisão da medicação uma vez que incorpora outro tipo de informação, *“nomeadamente medicamentos não sujeitos a receita médica, produtos naturais e suplementos alimentares”* (DGS p. 4, 2016). Serve para manter atualizada a lista de medicação do doente e deverá ser realizado nos vários pontos de transição de cuidados (admissão, alta hospitalar e transferências intra/interinstituições), e num prazo máximo de 24 horas após a mesma (DGS 2016). O principal objetivo da reconciliação terapêutica consiste em aumentar a segurança e diminuir os riscos associados à medicação, contribuindo para a redução de incidentes que são muitas vezes provocados por informação incompleta ou insuficiente sobre o doente e a sua medicação (DGS, 2016).

No segundo nível de acompanhamento, as consultas de Enfermagem programadas serão telefónicas (têm em média a duração de 20 minutos), mantêm-se a possibilidade de realização de consulta aberta multidisciplinar sempre que necessário, e cada enfermeiro gestor de caso terá em média quinze doentes em seguimento. As consultas telefónicas têm como principais objetivos, além da continuidade de cuidados, incentivar a auto vigilância, identificar sinais de alerta, gerir a articulação entre serviços de saúde disponíveis e capacitar o doente, familiares e/ou cuidadores para a autogestão do seu regime terapêutico.

No terceiro e último nível, o seguimento pela ECDCC será feito através de uma consulta médica

anual, mantendo-se a possibilidade do doente contactar o enfermeiro gestor de caso sempre que necessário, bem como a realização de consulta aberta (multi disciplinar).

Com tudo isto, o core fundamental de atuação da ECDCC visa permitir uma prestação de cuidados de forma organizada e não reativa, diminuindo a procura dos serviços de urgência e dos internamentos hospitalares convencionais. Pretende contrariar os modelos de prestação de cuidados centrado na cura da doença aguda, e que se caracteriza por uma prestação essencialmente episódica e fragmentária, onde a cura é o objetivo primário. Alinhado com a literatura, o objetivo final deste modelo de intervenção é que os doentes e familiares/cuidadores sejam capazes de cuidar da sua doença (Sadler et, al 2023). É também objetivo da equipa a integração dos cuidados de saúde primários neste modelo de intervenção, nomeadamente ao nível da referenciação de doentes e da transferência dos cuidados para os mesmos após estabilização clínica, e assim que este se encontre apto para gerir a sua doença.

A ECDCC apresenta números claros e evidentes relativos à redução de internamentos e episódios de urgência por parte dos doentes que segue, sendo claros os ganhos em saúde. Os episódios de urgência dos doentes seguidos pela ECDCC diminuíram em média para metade relativamente ao período anterior ao início de seguimento por parte da equipa e os internamentos hospitalares em cerca de um terço, e a satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde envolvidos é notória em cada consulta domiciliária e multidisciplinar.

Neste âmbito, e em jeito de reflexão, surge a importância inequívoca da existência de equipas como a ECDCC, na qual o Enfermeiro Especialista em EMC área de Especialização Pessoa em Situação Crónica assume particular relevância. Cruchinho (2021) defende que o modelo de gestão de casos em Enfermagem melhora a eficiência dos sistemas de saúde, bem como e os resultados em saúde da população com multi morbilidade. O mesmo autor entende que as respostas a esta população *"deve ser realizada por enfermeiros especialistas com uma elevada perícia clínica em Enfermagem e que sejam capazes de incorporar mais enfermagem dentro da gestão de casos"* (Cruchinho 2021, pág 95). A prática de Enfermagem especializada neste contexto deve atender às experiências e respostas humanas que são o foco da profissão, produzindo intervenções derivadas das teorias de enfermagem que permitam alcançar resultados benéficos que se traduzam em ganhos em saúde (Cruchinho, 2021).

3. CASO CLÍNICO 1

Doente com 84 anos, vive com o marido e um filho. Tem também apoio de um outro filho que é profissional de saúde. Autónoma nas atividades de vida diária. Seguida pela ECDCC pela presença de várias comorbilidades e antecedentes de patologias crónicas em evolução com múltiplas descompensações e agudizações num curto espaço de tempo. Último internamento no final de 2024 num Serviço de Medicina Interna com diagnóstico principal de IC descompensada. É polimedicada e tem como antecedentes de saúde DPOC com insuficiência respiratória crónica, IC de etiologia valvular com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida, Fibrilhação Auricular (FA), Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

3.1. Enquadramento teórico

De seguida, será desenvolvida uma abordagem teórica sobre os principais conceitos tidos em conta na tomada de decisão ao nível da conceção de cuidados de Enfermagem especializados à doente caracterizada anteriormente.

Insuficiência Cardíaca: definição, classificação, diagnóstico e tratamento

A prevalência da IC nos países desenvolvidos é de cerca de 2% da população adulta, aumentando significativamente com o avançar da idade. No nosso país, esta situa-se nos 4,36%, atingindo 12,67% dos indivíduos na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca, et al. 2018). Com as alterações demográficas caracterizadas pelo envelhecimento da população, bem como o aumento da sobrevivência de doentes com doença arterial coronária, é esperado que o impacto desta doença crónica seja cada vez maior (Homem et al. 2022). De acordo com o mesmo autor, a IC corresponde à principal causa de hospitalizações em indivíduos com idade superior a 65 anos nos países desenvolvidos, e tendo em conta a tendência demográfica de envelhecimento também no nosso, *“será de prever um aumento significativo do número de hospitalizações e dos custos médicos diretos com o tratamento da IC, caso não se tomem medidas e se alterem práticas”* (Fonseca et al., 2018, p. 102). Além de aumentar as taxas de internamentos hospitalares e de morbimortalidade, esta é uma das principais causas de limitação física nos doentes, sendo responsável por uma sobrecarga financeira elevada para os governos (Homem et al. 2022).

A IC não é um simples diagnóstico patológico, mas uma síndrome clínica caracterizada pela

manifestação de determinados sintomas nomeadamente o edema maleolar, a fadiga e a dispneia, sendo estes por vezes acompanhados de sinais tais como a pressão venosa jugular elevada, os fervores pulmonares e o edema periférico (McDonagh, 2021). O aparecimento destes sinais e sintomas são resultado de uma alteração estrutural e/ou funcional do coração resultando em pressões intracardíacas elevadas e/ou num débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o esforço (McDonagh, 2021).

A determinação da etiologia da disfunção cardíaca subjacente à IC é obrigatória para a definição do diagnóstico uma vez que determinadas patologias específicas poderão definir o tipo de tratamento (McDonagh, 2021). Esta síndrome é habitualmente devida a uma disfunção do miocárdio que poderá ser sistólica, diastólica ou ambas. A patologia das válvulas, do pericárdio e do endocárdio, bem como os distúrbios do ritmo cardíaco e da condução podem também provocar ou contribuir para a IC (McDonagh, 2021). Na maioria dos casos, a IC começa com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, sendo que as três causas mais comuns desta disfunção são a doença das artérias coronárias, a estenose aórtica e a hipertensão sistémica (Bozkurt et al, 2021).

De acordo com a American Heart Association (2021) e McDonagh (2021), e tomando como base os descritos em simultâneo por ambos os autores, os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento da IC incluem: a HTA, as doenças coronárias, a DM, a dislipidemia, a obesidade, o tabagismo, a idade avançada e a apneia do sono. A existência de múltiplas comorbilidades parece ser uma das principais determinantes do prognóstico e da qualidade de vida dos doentes (Fonseca et al., 2018).

A terminologia utilizada para descrever a síndrome baseia-se na medição da FEVE (corresponde ao volume diastólico final menos o volume sistólico final, dividido pelo volume diastólico final) (McDonagh, 2021). A literatura tem vindo a mostrar que a avaliação da FEVE é importante, não apenas devido ao seu prognóstico (quanto mais baixa for a FEVE, menor será a sobrevida), mas também porque, a maioria dos estudos clínicos selecionam os utentes com base na FEVE (Bozkurt et al, 2021). Assim, e citando Homem et al. (2022, p. 79) que tem como referência Bozkurt et al. (2021), existem quatro tipos de IC:

- *IC-FEr (reduzida), em que o ventrículo esquerdo perdeu a sua capacidade de contrair normalmente e o coração não consegue bombear com a força necessária. Existe presença de sintomas de IC e FEVE é igual ou menor que 40%;*
- *IC-FElr (ligeiramente reduzida) pode incluir utentes em transição de IC-FEp para IC-FEr, ou vice-versa. Existe presença de sintomas de IC e FEVE varia entre 41% e 49%;*
- *IC-FEp (preservada), em que o ventrículo esquerdo perdeu a sua capacidade de relaxar normalmente e o coração não enche de forma adequada. Existe presença de sintomas de IC e FEVE é igual ou superior a 50%;*
- *IC-FEm (melhorada): nova classificação que é definida como IC sintomática com uma FEVE basal $\leq 40\%$, um aumento ≥ 10 pontos da FEVE basal e uma segunda medição de FEVE $>$*

40%.

De acordo com Bozkurt et al (2021), a New York Heart Association (NYHA) classifica a IC em classe I, II, III e IV, de acordo com a tolerância ao exercício físico e à gravidade dos sintomas (quanto maior a classe, maior é a gravidade). Ainda de acordo com o mesmo autor, a doença é caracterizada de acordo com a sua progressão, definida pelos estadios A (risco de IC), B (pré-IC), C (IC) e D (IC avançada).

São fundamentais para o diagnóstico e classificação da IC, além da história clínica, a realização de exames complementares tais como (Bozkurt et al, 2021): análises sanguíneas (hemograma, perfil bioquímico, e medição da concentração dos peptídeos natriuréticos que se verifica aumentada quando o coração tem uma doença, ou a carga de qualquer das câmaras é maior), ecocardiograma (identifica presença de disfunção estrutural), radiografia torácica (presença de cardiomegalia e exclusão de alterações pulmonares que condicionem os sintomas), eletrocardiograma (alterações da condução elétrica no coração), ressonância magnética cardíaca (recomendada para avaliar a estrutura e função cardíaca, para medir a FEVE e para caracterizar o tecido cardíaco) e cateterismo cardíaco (recomendado em doentes com angina de peito para avaliar a anatomia coronária).

A IC assume na maioria dos casos o caráter de doença crónica e o diagnóstico de um quadro de descompensação/agudização caracteriza-se pelo aparecimento e/ou agravamento de determinados sinais e sintomas, sendo este um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde por parte desta população (Riegel et al., 2018). Neste sentido assume particular importância o saber reconhecer sintomas e sinais de descompensação quer por parte do doente quer por parte dos familiares/cuidadores. São sintomas típicos de descompensação/agudização a falta de ar, a ortopneia, a dispneia noturna paroxística, a intolerância à atividade, a fadiga e o cansaço. Os menos típicos são a tosse noturna, a pieira, o enfartamento, a falta de apetite, as tonturas e a síncope, entre outros. Existem também sinais específicos que se objetivam nestas situações como por exemplo aumento da pressão venosa jugular e outros menos específicos, mais passíveis de serem identificados pelo doente, familiares e cuidadores como por exemplo, aumento de peso (> 2 kg em 3 dias ou 5 kg numa semana), edema periférico (maléolos, escrotal), ascite e extremidades frias (McDonagh, 2021; Bozkurt et al, 2021).

O tratamento da IC passa em parte pelo controlo dos sintomas através de terapêutica farmacológica que tem por base quatro pilares fundamentais no que fiz respeito à utilização de determinados grupos farmacológicos (McDonagh, 2021; Bozkurt et al, 2021):

- Inibidores da Neprilisina e Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (IECA)/Antagonista dos recetores da Angiotensina (ARA)/ Inibidores da Neprilisina e dos receptores da Angiotensina (ARNI): de uma forma geral ajudam a melhorar a função cardíaca na medida em que diminuem a vasoconstrição e a retenção de sódio e água, e promovem a vasodilatação e a excreção de sódio;

- Beta-bloqueador (BB): reduzem a frequência cardíaca, melhoram a função e são fundamentais no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida;
- Antagonistas dos Recetores dos Mineraloídes (ARM): promovem o equilíbrio entre a água e sais expelidos através da urina (sendo também considerados diuréticos) e ajudam na redução da pressão arterial e da congestão;
- Inibidor do co-transportador sódio-glicose 2 (ISGLT2): além de seu efeito no controle da glicose têm demonstrado benefícios importantes no tratamento da insuficiência cardíaca uma vez que favorecem a redução da pré-carga e da pós-carga e o metabolismo miocárdico.

O controlo da doença poderá ainda passar pela implantação de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis que permitem instituir no doente uma Terapia de Ressincronização Cardíaca (dispositivo que desencadeia uma sincronização dos batimentos cardíaco cardíaco e é denominado de CRT, Cardiac Resynchronization Therapy) ou prevenir a morte súbita (dispositivo denominado de CDI, Cardioversor Desfibrilador implantável) (McDonagh, 2021; Bozkurt et al, 2021). Poderão ser ainda utilizados dispositivos tais como a assistência ventricular esquerda portátil e como tratamento considerado de fim de linha recorrer à cirurgia de transplante cardíaco (McDonagh, 2021; Bozkurt et al, 2021).

Além de todos estes aspetos abordados anteriormente relativamente ao tratamento da IC, e que assumem um carácter predominantemente médico, surgem aspetos relativos ao regime terapêutico que estes doentes devem seguir para melhor controlo da doença.

Gestão do regime terapêutico na Insuficiência Cardíaca

A autogestão surge como um dos aspetos chave no desenvolvimento de programas de gestão do regime terapêutico na IC (American Heart Association, 2021; McDonagh, 2021) sendo o desenvolvimento e manutenção de competências de autocuidado essenciais no controlo da doença (Pereira 2013, Dunbar, 2016). A manutenção do autocuidado envolve a adesão a práticas e comportamentos adequados que concorrem diretamente para a estabilidade física e emocional do doente e consequente aumento da qualidade de vida (Koikai et al, 2023). Além do tratamento farmacológico, o regime terapêutico na IC tem por bases algumas orientações concretas tais como a restrição de sódio e líquidos, a prática de exercício físico adaptado à sua condição e ainda a imunização (American Heart Association, 2021; McDonagh, 2021). Em conjunto com estes aspetos surge a importância da adoção de comportamentos de autocuidado adequados tais como o controlo diário do peso corporal, a interpretação dos sintomas de deterioração clínica da doença, e ainda de comportamentos de adesão e gestão eficaz do regime terapêutico (McDonagh, 2021; Jaarsma et al, 2020), sendo fundamental a definição de determinados conceitos chave.

De acordo com a International Council of Nurses (2020, p. 13), autogestão corresponde a uma *“atividade executada pelo próprio”* e, *“transporta-nos para a capacitação das pessoas com problemas de saúde crónicos para lidarem e manterem as orientações terapêuticas que lhes são*

propostas” (Mota, 2011, p. 33). Corresponde ao ato de manutenção da saúde através de práticas de promoção da mesma e prevenção da doença (Jaarsma et al, 2020) e surge muitas vezes ligado ao conceito de gestão do regime terapêutico. Este por sua vez define-se como a integração por parte do doente de um determinado programa de tratamento da doença (Mota, 2011). Corresponde a um conceito abrangente e complexo, caracterizando-se em parte pela capacidade do indivíduo em tomar decisões em relação ao seu estado de saúde, modificando o seu comportamento diante da presença de alterações e/ou determinados sintomas, tornando-se responsável pela gestão da sua doença crónica e pela adoção de comportamentos saudáveis (Bastos 2012). Segundo o ICN (2020), a gestão do regime terapêutico não existe isoladamente como termo, remetendo-nos para a utilização de outros nela definidos tais como: autocuidado, regime medicamentoso, regime dietético entre outros.

A autogestão é caracterizada por três aspetos essenciais: processo, programa ou intervenção, e resultado (Ryan & Sawin, 2009). De acordo como o mesmo autor, o primeiro aspeto refere-se à utilização de determinadas competências por parte do indivíduo que lhe permitem monitorizar e interpretar sinais e sintomas, tomar decisões e planear comportamentos específicos. As intervenções por sua vez serão definidas pelos profissionais de saúde de forma a capacitar o indivíduo para assumir responsabilidade na gestão do regime terapêutico da sua doença (Ryan & Sawin, 2009). A adesão às intervenções definidas pela equipa de saúde têm por base a adoção de comportamentos de promoção da saúde e controlo da doença, comportamentos estes fundamentais para o atingir de resultados que se irão espelhar em ganhos em saúde (Ryan & Sawin, 2009).

Do conceito de gestão do regime terapêutico emerge o conceito de adesão, que o International Council of Nurses (2020, p. 3) define como uma *“ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos”*. Apresenta um status positivo e pressupõe o demonstrar de total comprometimento com um conjunto de ações e comportamentos delineados de forma a cumprir o regime de tratamento definido: *“cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”* (International Council of Nurses, 2020, pág 3). O conceito de adesão ao regime terapêutico surge também definido pelo mesmo autor como um foco de intervenção em Enfermagem no âmbito da adesão. A adesão poderá ser considerada como um indicador de resultado no que diz respeito à gestão do regime terapêutico uma vez que irá traduzir a capacidade de auto-gestão do indivíduo (Mota, 2011), traduzindo a forma como este adquire, incorpora e coloca em prática as intervenções definidas pelos profissionais de saúde e que constituem o regime terapêutico adequado à sua condição (Mota, 2011). Na maior parte das situações, a não adesão às intervenções propostas resulta de défices de conhecimento, crenças erróneas ou, baixo suporte familiar (Koikai et al, 2023).

Por fim, o autocuidado define-se como uma *“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”* (International Council of Nurses, 2020, pág 12). É a capacidade do indivíduo em realizar atividades que mantêm a saúde e o bem-estar, e pode ser realizado por si mesmo ou por outra pessoa em seu lugar, sendo diretamente influenciado por fatores como o estado de saúde da pessoa, o estadio de crescimento e desenvolvimento, as necessidades individuais, bem como por fatores ambientais e culturais (George, 2000; Smith & Parker, 2015). O autocuidado nas doenças crônicas está relacionado com diversos fatores nomeadamente com a capacidade individual para assumir uma postura responsável relativamente ao mesmo (Jaarma et al, 2020).

A IC é uma condição crónica complexa e é amplamente reconhecido que os doentes com IC devem aprender a conviver com as consequências da doença e tratamento, nomeadamente, cumprir o regime medicamentoso, de dieta e exercício, monitorizar sintomas e procurar assistência especializada quando os sintomas ocorrem (Koikai et al, 2023). Acredita-se que uma melhoria nos resultados depende da capacidade dos doentes de cuidar de si mesmos e gerir as consequências da sua condição (Jaarsma et al., 2020). Estudos indicam que as pessoas com bom nível de adequação de manutenção do autocuidado são as que praticam um estilo de vida saudável, com boa adesão ao regime medicamentoso e que monitorizam os sintomas. A monitorização de sintomas é essencial para uma boa gestão do autocuidado, pois refere-se à capacidade de tomar decisões em resposta aos sintomas (Riegel et al., 2018).

As competências de autocuidado na IC estão muitas vezes longe do nível ideal, bem como os níveis de adesão a comportamento adequados, sendo importante que os programas de gestão da doença se baseiem na educação e no suporte de cuidados de proximidade, com o objetivo de melhorar os níveis de autocuidado dos doentes, tornando-os em especialistas em autogestão, ensinando-os a reconhecer sinais e sintomas de agudização da doença e a tomar medidas adequadas quando estes ocorrem (Koikai et al, 2023). A promoção da adoção de estratégias adequadas de auto-gestão da doença baseadas na adesão a comportamentos de autocuidado que visem todos os aspetos do regime terapêutico na IC e não apenas o medicamentoso, parecem ser efetivas na redução da mortalidade e hospitalizações nestes doente, tendo um efeito positivo na sua sobrevida (Koikai et al, 2023; Jaarsma et al., 2020).

A principal barreira a uma gestão eficaz do regime terapêutico na IC passa pela dificuldade no reconhecimento dos sintomas e da gravidade da doença por parte da população em geral e também dos doentes, levando muitas vezes a uma procura tardia dos cuidados de saúde (Fonseca et al., 2018). Nesse contexto, torna-se fundamental priorizar o diagnóstico precoce, a referenciação adequada no âmbito dos serviços de saúde e fomentar uma gestão eficaz da doença que passa essencialmente pela consciencialização da mesma enquanto doença crónica. (Fonseca et al., 2018). A consciencialização sobre a IC não é necessária apenas para que os doentes adquiram a compreensão adequada de sua condição de doença, mas também para

que sejam capazes de aplicar os seus conhecimentos e tomar decisões adequadas em relação ao seu regime terapêutico (Kaluzna-Oleksy et. al, 2022; Beattie, 2024). É também essencial para que a população em geral possa conhecer formas de prevenir a doença, reconhecer sintomas iniciais e permitir diagnósticos mais precoces (Kaluzna-Oleksy et al., 2022; Beattie, 2024).

De acordo com Meleis et al. (2000) a vivência da transição de uma condição de saúde para outra totalmente diferente como por exemplo, o diagnóstico de IC, deverá ser um importante foco da Enfermagem enquanto ciência. Os Enfermeiros preparam os doentes para a vivência das transições na medida em que assumem um papel de agentes facilitadores do processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens necessárias nas mais variadas experiências de saúde/doença (Meleis et al, 2000). São fundamentais na identificação de aspetos condicionadores da transição, como por exemplo os significados atribuídos às mudanças e as atitudes dificultadoras face às diferentes componentes do regime terapêutico, bem como na definição de perfis de autocuidado e de intervenções especializadas adequadas a cada doente (Meleis et al, 2000; Mota, 2011). Assim, a qualidade e intensidade da interação do doente com o Enfermeiro é um dos aspetos essenciais na promoção de uma gestão do regime terapêutico eficaz e na produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Meleis, et al., 2000).

Meleis et al. (2000) afirma que a consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento por parte do indivíduo de que se encontra num processo de transição. Corresponde a uma característica que define a transição na medida em que a sua ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição. O nível de consciencialização influencia diretamente o empenhamento que corresponde ao grau de envolvimento da pessoa no seu processo de transição, e esta apenas se irá envolver ativamente neste processo após adquirir um nível elevado de consciencialização das mudanças ocorridas, nomeadamente físicas e emocionais (Meleis et al, 2000).

No caso concreto da doente abordada neste caso clínico, à luz da teoria das transições de Afaf Meleis, foi clara a existência de alguns aspetos condicionadores da transição saúde/doença, nomeadamente a existência de significados e crenças dificultadores da consciencialização da IC como doença crónica, sendo por isso essencial que a conceção de cuidados se apoie em intervenções que proporcionem consciencialização e conhecimento à doente, desencadeando respostas positivas à transição capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al, 2000).

Perfis de autocuidado e instrumento de avaliação do autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Em 2009, a OMS definiu autocuidado como a *“capacidade das pessoas, famílias e comunidade*

de promover a saúde, prevenir doenças, manter a sua saúde e lidar com as suas incapacidades/limitações, com ou sem o apoio dos serviços de saúde” (Martins & Brito, 2021, p. 7). Avaliar o compromisso e as capacidades da pessoa para promover as ações de autocuidado são atividades diagnósticas às quais os enfermeiros devem recorrer com o objetivo de mobilizar e ajudar o doente a envolver-se e/ou reconfigurar os processos de autocuidado, tendo por horizonte a promoção das capacidades das pessoas manterem e promoverem a sua própria saúde (Martins & Brito, 2021).

Em 1999, Backman e Hentinen desenvolveram um modelo teórico explicativo do autocuidado em idosos, onde afirmam que a personalidade, as experiências de saúde e o envelhecimento são condições fulcrais e mandatárias para o autocuidado, e identificaram e caracterizaram quatro perfis de autocuidado (Backman & Hentinen, 1999).

Autocuidado responsável

A pessoa com este perfil responsabiliza-se pelo seu tratamento, acabando por desenvolver estratégias de forma a adquirir comportamentos que visam o seu bem-estar e a qualidade de vida (Mota, 2011). Têm necessidade de reconhecer toda a dimensão associada à doença e a possibilidade de tratamento, pelo que evidenciam níveis e competências elevados de gestão do seu regime terapêutico (Zelevnik, 2007), uma vez que são capazes de assumir um papel ativo na tomada de decisão acerca dos seus comportamentos de procura de saúde, bem como em todas as suas atividades de vida diárias (Backman & Hentinen, 1999). A manutenção dos projetos de vida e a vontade de continuar a viver são características das pessoas com este perfil, bem como a capacidade de seguir as indicações dos profissionais de saúde com envolvimento e ponderação, sendo capazes de solicitar ajuda sempre que necessário (Backman & Hentinen, 1999).

Autocuidado formalmente guiado

É característica deste perfil a obediência das pessoas face às instruções relativas à sua saúde, e por isso realizam todas as ações que lhes foram indicadas sem qualquer questionamento (Mota, 2011). No autocuidado formalmente guiado as pessoas tendem a aceitar a vida como ela surge, apresentam fraca capacidade de decisão e por isso assumem uma atitude de passividade relativamente aos comportamentos de saúde (Zelevnik, 2007), bem como de resignação face ao seu autocuidado (Backman & Hentinen, 1999). Os profissionais de saúde são encarados como agentes de controlo da sua saúde, sendo as suas expectativas e exigências para com os mesmos bastante baixas (Mota, 2011). Na exploração do passado destas pessoas verifica-se uma vida de rotinas, com um quotidiano muitas vezes marcado pelo tomar conta dos outros, e por isso verifica-se alguma tendência para este perfil de autocuidado ser característico de mulheres com níveis de instrução mais baixos, colocando-se em destaque a influência dos aspetos culturais sobre as disposições para o autocuidado (Sequeira, 2011).

Autocuidado independente

Caracteriza-se no desejo de viver a vida de forma independente e determinada, sendo que as pessoas com este perfil apresentam formas muito próprias e originais de gerir as suas atividades de vida diárias, bem como os processos de saúde e doença (Backman & Hentinen, 1999). Estas pessoas têm uma boa auto-eficácia e auto-controlo e, quando têm um problema de saúde, tendem a não procurar ajuda profissional, uma vez que acreditam que a sua experiência da vida é a melhor fonte de soluções (Mota, 2011). A opinião dos profissionais de saúde é, frequentemente, colocada em causa pelo que são normalmente mais céticas relativamente ao regime de tratamento proposto (Backman & Hentinen, 1999). Apresenta uma postura sempre muito positiva face às suas condições de saúde, não compreendendo ou valorizando muitas vezes os sinais e sintomas das suas doenças (Mota, 2011).

Autocuidado abandono

As pessoas com este perfil de autocuidado experienciam sentimentos de desamparo, e são caracterizadas pela falta de responsabilidade e capacidade de decisão, levando a uma postura de negligência face às suas atividades de vida diárias, bem como aos comportamentos de saúde (Mota, 2011). As pessoas com um perfil de autocuidado de abandono têm, frequentemente, histórias de doenças graves, processos de luto disfuncionais, em particular após a morte do cônjuge (Mota, 2011). Apresentam geralmente fracas redes de suporte social e familiar, e quando são capazes de o expressar, sentem que ninguém se preocupa com elas, pelo que se consideram inúteis, com vontade de desistir, apresentando geralmente quadros de grande depressão (Backman & Hentinen, 1999). Face a um problema de saúde, estas pessoas acreditam que nunca mais vão recuperar, pelo que têm grande receio do futuro (Zelevnik, 2007). São pessoas com dificuldades de gestão em grande parte dos aspetos do seu quotidiano, em particular dos processos de saúde/doença, constituindo um desafio para os profissionais de saúde.

Para a identificação do perfil de autocuidado do doente poderá recorrer-se à escala *Self-Care of Home Dwelling Elderly* - SCHDE, traduzida e validada por Sequeira (2011) para o contexto português. É um instrumento constituído por questões relativas aos dados pessoais (localidade, idade, sexo, etc) e outras orientadas para a descrição do perfil de autocuidado, satisfação com a vida, auto-estima e a capacidade funcional, sendo as respostas obtidas através de uma escala do tipo Likert com cinco possibilidades de resposta, que vão do “*discordo totalmente*” ao “*concordo totalmente*” (Sequeira, 2011). Com base nos estudos de Backman e Hentinen (1999) e Zelevnik (2007) é possível definir os conjuntos de questões ou itens deste instrumento de avaliação do perfil de autocuidado que caracterizam cada um dos perfis teóricos. No estudo realizado por Sequeira (2011), através de consenso com o grupo de peritos da Escola Superior de Enfermagem do Porto foram definidas as questões específicas de cada perfil de autocuidado.

De acordo com Bastos (2012), além das características individuais da cada doente que são

fundamentais para a definição de perfis de autocuidado, surgem as propriedades basilares da gestão do regime terapêutico: controlo e flexibilidade. De um modo geral o perfil responsável *“gravita entre a rigidez e o controlo; o independente entre a flexibilidade e a tentação; e o negligente entre a tentação e a rigidez”* (Mota, 2018, p. 47). Controlo e tentação surgem em polos opostos na medida em que o indivíduo, apesar de ter consciência da sua finitude e vulnerabilidade atua como se assim não fosse e corre riscos que são na sua perspetiva a razão de viver” (Mota, 2018). Relativamente à flexibilidade, esta surge em oposição à rigidez e apresenta *“um elevado nível de variabilidade, com interpretações e consequências diferentes e é adotada sobretudo na componente não farmacológica”* (Bastos, 2012, p. 318).

Neste caso clínico, foi aplicada a escala SCHDE através da entrevista (Anexo 1), e após análise dos dados obtidos, foi possível atribuir à doente o perfil formalmente guiado (Figura 1), caracterizado por uma forte dependência do cuidador relativamente ao regime medicamentoso e uma fraca perceção sobre o mesmo e sobre a doença. Uma vez que este perfil se situa entre as propriedades controlo e a rigidez, verificamos na doente algum predomínio do controlo sobre a rigidez, na medida em que ela aceita a sua idade avançada, mas ainda com a noção que consegue fazer muita coisa pelo seu bem estar, e confia nos profissionais de saúde e no regime medicamentoso prescrito. Poderá de certa forma concluir-se que a doente não irá assumir muitos riscos na gestão do seu regime terapêutico, confiando no cuidador e no profissional de saúde, apresentando potencial para seguir as recomendações da equipa de saúde e, dentro das suas possibilidades adotar novos comportamentos, devendo as intervenções especializadas por parte do Enfermeiro Especialista desenvolver-se neste âmbito.



Figura 1 - Perfil de autocuidado da doente abordada no caso clínico 1

O perfil de autocuidado e de gestão do regime terapêutico dos clientes *“é concebido como um fator pessoal que pode condicionar a forma como os clientes se cuidam ou gerem os seus*

regimes terapêuticos” (Mota, 2018, p. 47). Os processos terapêuticos desenvolvidos pelos enfermeiros especialistas no âmbito da gestão do regime terapêutico devem ter em consideração o perfil de autocuidado e de gestão do regime terapêutico dos doentes (Mota, 2018) na medida em que existem *“diferenças na necessidade de informação que necessitam, têm diferentes potenciais de desenvolvimento de competências e de empowerment”* (Bastos, 2012, p. 347).

A IC é uma condição crónica complexa, que exige a implementação de estratégias de autocuidado eficazes para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir o risco de hospitalizações (Jaarsma et al., 2003). Neste contexto, o autocuidado deve englobar comportamentos que ajudam a controlar os sintomas e a progressão da doença, como a monitorização dos sintomas, a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida saudáveis (Jaarsma et al., 2003). Estudos indicam que as pessoas com bom nível de adequação de manutenção do autocuidado são as que praticam um estilo de vida saudável, com boa adesão ao regime medicamentoso e que monitorizam os sintomas (Riegel et al., 2017). A monitorização de sintomas é essencial para uma boa gestão do autocuidado, pois refere-se à capacidade de tomar decisões em resposta aos sintomas (Riegel et al., 2017).

De forma a identificar os deficits de autocuidado nesta população, permitindo uma tomada de decisão fundamentada na definição de intervenções especializadas por parte do Enfermeiros, surge a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC). Este instrumento foi desenvolvida por Jaarsma et al. em 2003 e tem como objetivo avaliar os comportamentos de autocuidado em doentes com IC, permitindo medir a adesão através de várias questões relacionadas com seguimento do regime terapêutico, controlo de sintomas e mudanças nos hábitos de vida. Permite identificar áreas em que os doentes possam ter dificuldades em seguir as recomendações da equipa de saúde, permitindo assim uma intervenção precoce e individualizada (Dunbar et al., 2016). As intervenções de enfermagem baseadas na avaliação do autocuidado são fundamentais para melhorar os resultados clínicos, nomeadamente na redução das hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida (Riegel et al., 2017).

A versão inicial da EEAIC foi validada em vários contextos europeus nomeadamente em Portugal por Pereira (2013). É composta por 12 itens que abrangem áreas como o reconhecimento de sinais de descompensação, a adesão ao regime medicamentoso, e os comportamentos relacionados com a dieta e a atividade física. Cada um deles permite avaliar a eficácia do autocuidado, a capacidade do doente em gerir a doença e identificar áreas em que intervenções educativas ou clínicas podem ser necessárias (Pereira, 2013). Neste instrumento de colheita de dados o doente responde a cada um dos itens construídos sob forma de afirmação, atribuindo-lhes um valor numérico com base numa escala ordinal do tipo Likert de 5 pontos, entre diferenciais semânticos *“concordo totalmente”* e *“discordo totalmente”*. O resultado será um valor numérico que pode variar de 12 a 60 pontos, sendo que valores mais baixos indicam melhor adesão às práticas de autocuidado mensuradas pelo instrumento (Pereira, 2013). A

aplicação desta escala em momentos temporais diferentes na linha de acompanhamento e intervenção junto do doente por parte da equipa multidisciplinar torna-se fundamental para avaliar necessidades educativas e definir formas de intervenção (Pereira 2013; Riegel et al., 2016). Tal como o instrumento de avaliação do perfil de autocuidado referido anteriormente, a EEAIC foi também aplicada à doente em dois contactos diferentes, verificando – se no primeiro um score elevado (46) (Anexo 2) que de acordo com os autores é preditivo da presença de comportamentos de autocuidado não adequados.

De uma forma geral, são conceitos chave para o autocuidado na doença crónica, nomeadamente a IC, comportamentos adequados de auto gestão e auto monitorização, bom como as competências individuais e o suporte social e dos pares (Novais & Mota, 2015). É fundamental a mudança de comportamentos por parte do doente com o principal objetivo de integrar no seu quotidiano as atividades que fomentam a integração do regime terapêutico da doença no dia a dia, e a promoção da autonomia, de forma a potencia melhores resultados clínicos e uma maior qualidade de vida (Novais & Mota, 2015).

O plano de cuidados elaborado neste caso clínico teve como objetivo delinear a tomada de decisão relativa à intervenção por parte do Enfermeiro Especialista, e foi desenvolvido com base em todos os pressupostos teóricos referidos anteriormente neste relatório, a avaliação física da doente e os dados obtidos através da aplicação dos dois instrumentos acima citados. Importa referir que a especificação das intervenções de Enfermagem através da enumeração das atividades desenvolvidas no âmbito deste caso clínico teve por base a classificação das intervenções de Enfermagem, *Nursing Interventions Classification* (NIC) que fornece uma lista padronizada de intervenções para cuidados de enfermagem (McCloskey & Bulechek, 2020). Esta classificação é amplamente utilizada de forma a padronizar intervenções em diversas áreas da Enfermagem (NIC, 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 84 anos | Feminino

Cuidador

- 04-11-2024 19:15
- 04-11-2024 19:15 - Parentesco: filha / filho.
 - 04-11-2024 19:15 - Não coabita com a pessoa dependente.
 - 04-11-2024 19:15 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.
 - 04-11-2024 19:15 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
 - 04-11-2024 19:15 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-04 19:15:00	Montelucaste 10mg PO (1.0.0)	
2024-11-04 19:15:00	Lorazepam 1mg PO (0.0.1)	
2024-11-04 19:15:00	Mirtazapina 15mg PO (0.0.1)	
2024-11-04 19:15:00	Apixabano 2,5mg PO (1.0.1)	
2024-11-04 19:15:00	Budesonida 160ng + Fomoterol 5ng + Brometo de glicopirrónio 7,2ng INAL (2.0.2)	
2024-11-04 19:15:00	Ramipril 2,5mg PO (1.0.0)	
2024-11-04 19:15:00	Atorvastatina 40mg PO (0.0.1)	
2024-11-04 19:15:00	Bisoprolol 5mg PO (1.0.1/2)	
2024-11-04 19:15:00	Empaglifozina 10mg PO (1.0.0)	
2024-11-04 19:15:00	Furosemida 40mg PO (1.0.0)	
2024-11-04 19:15:00	Oxigénio por cânula nasal 0,5L/min 16h/dia	
2024-11-04 19:15:00	Espironolactona 25mg PO (0.1.0)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Montelucaste: Antagonista dos recetores de leucotrienos

O montelucaste é um medicamento utilizado no tratamento e controlo da asma e das manifestações alérgicas, ajudando a reduzir a inflamação nas vias respiratórias e prevenindo os sintomas respiratórios associados a estas condições (Infarmed, 2025). Embora seja mais frequentemente utilizado no tratamento da asma e da rinite alérgica, em alguns casos de DPOC com componente alérgico ou inflamatório, o medicamento pode ser útil na redução da inflamação e na melhoria da função respiratória, ajudando a aliviar os sintomas como tosse e falta de ar (Infarmed, 2025). A DPOC é uma condição pulmonar, caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse, produção de expetoração e/ou exacerbações), provocada

por anomalias das vias aéreas (bronquite, bronquiolite) e/ou dos alvéolos pulmonares (enfisema), que causam uma obstrução persistente, muitas vezes progressiva, do fluxo de ar (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2023). O montelucaste não é um tratamento de primeira linha para a DPOC, sendo geralmente usado em associação com outros medicamentos, como broncodilatadores ou corticosteroides (Infarmed, 2025). Este medicamento deverá ser tomado preferencialmente à noite com ou sem alimentos, e os seus efeitos secundários mais frequentemente comunicados foram dor abdominal e dor de cabeça (Infarmed, 2025). A utilização deste fármaco neste caso clínico em concreto justifica-se pelo facto da doente apresentar uma DPOC com componente inflamatória associada, com o objetivo de prevenir a presença de sintomas respiratórios associados à descompensação da doença em associação com terapêutica inalatória que será abordada mais à frente neste documento. Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa verificar a presença de sinais de dificuldade respiratória e saturação de oxigénio periférico em todos os contactos (NIC, 2020).

Lorazepam: *Bensodiazepina*

O lorazepam é um medicamento tranquilizante e ansiolítico utilizado no tratamento de distúrbios de ansiedade, podendo ser utilizado no o tratamento de insónias de curta duração e como sedativo antes de procedimentos médicos ou cirúrgicos (Infarmed, 2025). É importante que o seu uso seja feito sob indicação médica, devido ao risco de dependência e efeitos adversos associados ao uso prolongado, bem como precaução no caso de doentes com perturbações da função renal ou hepática, e IC e/ou diminuição da pressão arterial, devido a uma maior sensibilidade aos seus efeitos (Infarmed, 2025). Nos idosos a sua utilização poderá aumentar o risco de quedas uma vez que provoca sonolência (Infarmed, 2025). Este medicamento deve ser tomado cerca de meia hora antes de deitar e não com o estômago cheio quando utilizado como soporífero. Deve ser garantido um período de sono adequado (cerca de 7 a 8 horas) após a sua toma de forma a evitar fadiga excessiva na manhã seguinte (Infarmed, 2025). A utilização deste fármaco neste caso clínico em concreto justifica-se pela doente manifestar insónia. Tal como já foi referido, a utilização de bensodiazepinas poderá aumentar o risco de quedas sendo fundamental reforçar a importância da toma antes de deitar, bem como da criação de um ambiente seguro no quarto livre de objetos que possam potenciar o risco de quedas (tapetes, objetos decorativos, etc.) e existência de uma fonte de luz de fácil acesso (DGS, 2019; NIC, 2020). Poderá sugerir-se também a utilização de uma cadeira sanita a ser colocada junto à cama para utilizar sempre que necessário durante a noite e evitar deslocações mais longas até à casa de banho (DGS, 2019; NIC, 2020). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa verificar presença de alterações do estado de consciência e valores de pressão arterial (NIC, 2020).

Mirtazapina: *Antidepressivo*

A mirtazapina é utilizada principalmente no tratamento da depressão major. Além disso, pode

ser utilizada em alguns casos de ansiedade generalizada e distúrbios do sono, devido às suas propriedades sedativas (Infarmed, 2025). Atua ao aumentar os níveis de neurotransmissores no cérebro, como a serotonina e a noradrenalina, que estão relacionados com o humor e o bem-estar (Infarmed, 2025). É geralmente prescrita quando outros antidepressivos não foram eficazes ou não são bem tolerados, e de preferência, deverá ser tomada numa toma única antes de deitar (Infarmed, 2025). Deverá ser utilizado com precaução quando em simultâneo com o uso de benzodiazepinas uma vez que poderá aumentar a sonolência (Infarmed, 2025). A utilização deste fármaco neste caso clínico justifica-se pela presença de insónia. Deverão ser reforçadas medidas de prevenção de quedas principalmente durante a noite, já abordadas anteriormente neste documento. Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa verificar presença de alterações do estado de consciência e valores de pressão arterial (NIC, 2020).

Apixabano: *Anticoagulante*

O apixabano é um medicamento utilizado para prevenir e tratar trombozes, como a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar, e também para reduzir o risco de acidente vascular cerebral em doentes com FA (Infarmed, 2025). Atua inibindo o fator Xa, uma enzima chave na formação de coágulos sanguíneos e é frequentemente utilizado em doentes que necessitam de anticoagulação para prevenir complicações relacionadas com a formação de coágulos, como em doenças cardíacas ou após cirurgias (Infarmed, 2025). O apixabano é uma alternativa aos anticoagulantes tradicionais, com a vantagem de não necessitar de monitorização regular dos níveis sanguíneos (Infarmed, 2025). A utilização deste fármaco neste caso clínico em concreto justifica-se pela doente apresentar FA, que corresponde a uma taquiarritmia supraventricular com ativação auricular elétrica descoordenada e consequente contração auricular ineficaz, que leva a um aumento da probabilidade da formação de trombos sanguíneos e consequente aumento do risco de ocorrência de doença trombótica (Hindricks et al., 2020). O Apixabano poderá ser tomado com ou sem alimentos e preferencialmente sempre à mesma hora (Infarmed, 2025). O seu principal efeito adverso passa pelo aumento da probabilidade de ocorrência de hemorragias menor (gingivorragias, epistaxis) e maior (através de feridas abertas, lacerações, traumatismos, hematemeses, melenas, etc) pelo que é fundamental a vigilância e a prevenção de situações que aumentem a probabilidade desta ocorrência (Infarmed, 2025). As quedas, principalmente na população idosa, são uma das principais causas de traumatismos (DGS, 2019) que poderão conduzir a eventos de hemorragia maior: nestes casos, o doente deverá ser instruído a contactar os serviços de saúde (NIC, 2020). Para evitar a presença de hemorragias menor, a doente deverá ser ensinada, por exemplo a utilizar uma escova de dentes macia e hidratar a mucosa nasal através do uso de vaselina (doente sob oxigenoterapia por cânula nasal) (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, 2014).

Budesonida + Fomoterol + Brometo de glicopirrónio:

Este medicamento combina três substâncias ativas e é utilizado para melhorar a função

pulmonar, prevenir e aliviar sintomas respiratórios (falta de ar), e reduzir as crises em doentes com asma ou DPOC, apresentando efeitos complementares (Infarmed, 2025):

- Budesonida: corticosteroide que ajuda a reduzir a inflamação nas vias respiratórias;
- Formoterol: broncodilatador de ação longa que relaxa os músculos das vias respiratórias, facilitando a respiração
- Brometo de glicopirrónio: anticolinérgico que também ajuda a relaxar os músculos das vias respiratórias, aliviando a obstrução.

A dose recomendada e máxima é de duas inalações duas vezes por dia (duas inalações de manhã e duas inalações à noite), e a utilização deste medicamento com câmara expansora aumenta a exposição sistémica total nomeadamente à budesonida e ao glicopirrónio em doentes com uma técnica de inalação menos eficaz ou que têm dificuldade em coordenar o acionamento do inalador com a inalação (Infarmed, 2025). De forma a assegurar uma administração correta do medicamento, o enfermeiro deve demonstrar ao doente como utilizar corretamente o inalador, e monitorizar regularmente a sua técnica de inalação (Infarmed, 2025). Para melhores resultados o inalador deve estar à temperatura ambiente antes da utilização. O doente deve também ser instruído a bochechar com água depois da inalação para minimizar o risco de candidíase orofaríngea (Infarmed, 2025). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa também verificar presença de sinais de dificuldade respiratória e saturação de oxigénio periférico em todos os contactos (NIC, 2020).

Ramipril: *inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA)*

O ramipril é utilizado principalmente no tratamento da HTA e da IC, e tem como principal efeito bloquear o efeito da angiotensina II provocando o relaxamento dos vasos sanguíneos, reduzindo a pressão arterial (Infarmed, 2025). O seu uso está recomendado no tratamento de doentes com IC com FEVE reduzida, e combinado com outras terapêuticas para a IC, contribuem para reduções significativas na morbilidade e mortalidade (Homem et al., 2022). A estes deve ser associado o uso de diuréticos em caso de presença de sintomas e/ou sinais de congestão (Homem et al., 2022). As reações adversas mais frequentes poderão ser: enxaqueca, tosse seca, angioedema, hipercaliémia, hipotensão, tonturas, diarreia e fadiga (Homem et al., 2022). A utilização deste fármaco neste caso clínico em concreto justifica-se pela doente apresentar HTA e IC com FEVE reduzida, uma vez que reduz a pressão arterial, melhorando a perfusão cardíaca através do seu efeito vasodilatador (McDonagh, 2021). Importa reforçar ensinamentos sobre o risco de hipotensão e tonturas que poderão levar ao aumento da fadiga e do risco de quedas (Homem et al., 2022). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa verificar presença de cefaleias, tonturas, fadiga e valores de pressão arterial em todos os contactos (NIC, 2020).

Atorvastatina: *estatina*

A atorvastatina é um medicamento utilizado para reduzir os níveis de colesterol e triglicéridos no sangue e está indicada no tratamento da hipercolesterolemia e na prevenção de doenças

cardiovasculares, especialmente em pessoas com risco aumentado (Infarmed, 2025). Pode ser utilizada em doentes com IC para ajudar a controlar os níveis de colesterol e prevenir complicações cardiovasculares, uma vez que tem um efeito benéfico ao reduzir o colesterol LDL melhorando a saúde vascular e contribuindo para a redução do risco de ocorrência de eventos cardíacos graves (Homem et al., 2022). Como efeitos adversos mais frequentes estão descritos: aumento dos níveis de açúcar no sangue (em doentes diabéticos a vigilância da glicemia deve ser regular), dor de cabeça, náuseas, obstipação, má digestão, diarreia, etc (Homem et al., 2022). Tendo em conta um dos efeitos adversos mais frequentes descritos anteriormente, e uma vez que a doente é diabética, importa realizar ensinamentos à doente e ao cuidador responsável pela realização das pesquisas de glicemia capilar sobre a importância da vigilância (Godinho et al, 2018), pelo menos uma vez por dia em jejum (realizando registo em local próprio de forma a ser verificado em todos os contactos pela equipa de Enfermagem) de forma a despistar aumento dos valores de glicemia e atuar em conformidade se tal se verificar: reforço das medidas dietéticas de forma a reduzir índice glicémico (Ramos et al, 2023; NIC 2020).

Espironolactona: *antagonista dos recetores da aldosterona*

A espironolactona é um medicamento utilizado principalmente no tratamento da IC, HTA e edemas associados a condições como cirrose hepática ou síndrome nefrótica (Infarmed, 2025). Bloqueia os efeitos da aldosterona, uma hormona que promove a retenção de sódio e água nos rins resultando na redução da pressão arterial e no alívio de edemas (Infarmed, 2025). É considerada um diurético poupador de potássio (previne a exsoliação de potássio no túbulo distal) e desta forma o seu uso poderá levar a situações de hipercaliémia, sendo por isso essencial a monitorização do potássio sérico nos doentes com IC grave (é recomendada uma semana após início do tratamento ou aquando do aumento da dose de espironolactona, mensalmente durante os três primeiros meses, a cada três meses durante um ano e posteriormente a cada seis meses) (Homem et al., 2022). Este medicamento é fundamental na redução do risco de morte por IC congestiva bem como na redução do número de hospitalizações por agravamento/agudização (Infarmed, 2025). Os comprimidos deverão ser tomados à refeição (Infarmed, 2025). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa verificar a presença de edemas e outros sinais de congestão, bem como valores de pressão arterial em todos os contactos (NIC 2020).

Bisoprolol: *betabloqueador*

O bisoprolol é utilizado principalmente no tratamento de HTA e da IC crónica (Infarmed, 2025), condições de doença presentes neste caso clínico. Também é indicado para o tratamento de angina de peito e pode ser usado para prevenir crises de taquicardia, na medida em que bloqueia os efeitos da adrenalina no coração, reduzindo a frequência cardíaca, a pressão arterial e o esforço cardíaco o que ajuda a melhorar a função cardíaca, diminuindo o risco de complicações (Infarmed, 2025). É recomendado em doentes com IC sintomaticamente

estabilizada (Infarmed, 2025). Relativamente aos efeitos adversos poderá surgir diminuição da tolerância à prática de exercício/atividade física (sensação de fadiga), arrefecimento das extremidades, retenção de líquidos, hipotensão e bradicardia (Homem et al., 2022), devendo estes ser devidamente explicados ao doente. Os comprimidos devem ser tomados preferencialmente de manhã e podem ser tomados com alimentos (Infarmed, 2025). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa avaliar frequência cardíaca e valores de pressão arterial em todos os contactos (NIC, 2020).

Empaglifozina: *inibidor do cotransportador sódio-glucose tipo 2 (iSGLT2)*

A empaglifozina é um medicamento utilizado no tratamento da DM2 e atua ajudando os rins a eliminar o excesso de glicose do sangue pela urina (Infarmed, 2025). Além de controlar os níveis glicémicos, os iSGLT2 tornaram-se recentemente numa terapêutica de primeira linha para a modificação do prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, estando também recomendados em utentes com IC de FEVE reduzida com ou sem DM2, reduzindo o risco de hospitalizações (Homem et al., 2022). Pode ser utilizado simultaneamente com diuréticos em utentes com sintomas e/ou sinais de congestão, e tem como principais reações adversas: infeções genitais e do trato urinário, disúria, poliúria e hipoglicemia (em doentes diabéticos a vigilância da glicemia deve ser regular) (Homem et al., 2022). Tendo em conta um dos efeitos adversos mais frequentes descritos anteriormente, e uma vez que a doente é diabética, importa realizar ensinamentos à doente e ao cuidador responsável pela realização das pesquisas de glicemia capilar a importância da sua vigilância pelo menos uma vez por dia em jejum (realizando registo em local próprio de forma a ser verificado em todos os contactos pela equipa de Enfermagem) de forma a despistar hipoglicemia e atuar em conformidade se tal se verificar (NIC, 2020).

Furosemida: *diurético de ansa*

A furosemida é um fármaco utilizado para tratar condições associadas à retenção excessiva de líquidos, nomeadamente edemas resultantes de condições médicas tais como IC, cirrose hepática ou síndrome nefrótica, sendo também utilizada no tratamento da HTA (Infarmed, 2025). Os diuréticos de ansa são os diuréticos mais potentes, com ação mais rápida e de curta duração, pelo que dentro desta classe são os fármacos mais frequentemente utilizados na IC (Homem et al., 2022). Promovendo a eliminação de sódio e água pelos rins, ajuda a reduzir a quantidade de líquidos no corpo, aliviando a sobrecarga cardíaca de volume e a pressão arterial, diminuindo a presença de sinais e sintomas de congestão (Infarmed, 2025). O objetivo dos diuréticos é controlar a volémia com a dose mínima para cada pessoa, devendo esta ser ajustada ao longo do tempo, de acordo com as necessidades individuais, sendo fundamental uma vigilância apertada de sinais e sintomas (Homem et al., 2022). Os comprimidos deverão ser ingeridos preferencialmente de manhã com água e em jejum (Infarmed, 2025). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa avaliar presença de edema e outros sinais de congestão,

bem como os valores de pressão arterial em todos os contactos (NIC, 2020).

Oxigenoterapia:

Em doentes com patologias respiratórias crónicas em fase avançada, tal como neste caso clínico em concreto, a oxigenoterapia parece ter um papel essencial no alívio da dispneia de esforço, aumentando a saturação de oxigénio no sangue, contribuindo para uma melhoria na tolerância aos exercícios (Stanzani et al., 2020). Os doentes com IC beneficiam da oxigenoterapia para controlar a dispneia caso se encontrem hipoxémicos (saturação periférica inferior a 90%) (Stanzani et al., 2020). A suplementação de oxigénio poderá ter alguns efeitos adversos nomeadamente, hipercapnia aguda e lesão pulmonar (Infarmed, 2025). O uso do equipamento de oxigenoterapia pode levar a restrições na deslocação e nas atividades, secura das mucosas (principalmente nasal, oral e conjuntivas) e desconforto pelo uso da interface (cânula nasal ou máscaras faciais) (Stanzani et al., 2020). Deverão ser instruídas medidas de hidratação da mucosa nasal e de adaptação dos dispositivos de oxigenoterapia mediante as atividades a serem realizadas (por exemplo, colocar dispositivo num local mais central da casa e utilizar um interface mais comprido de forma a poder ser utilizado durante algumas atividades de vida diárias) (NIC, 2020). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa verificar a presença de sinais de dificuldade respiratória e saturação de oxigénio periférico em todos os contactos, bem como vigiar a mucosa nasal (NIC, 2020).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-11-2024 19:15	Sistema respiratório	
04-11-2024 19:15	Sistema cardiovascular	
04-11-2024 19:15	Volume de líquidos	
04-11-2024 19:15	Conservação de energia	
04-11-2024 19:15	Autogestão do regime medicamentoso	
04-11-2024 19:15	Metabolismo	

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

Sistema Respiratório

A seleção deste domínio justifica-se em parte pela estreita relação entre as funções cardiovasculares e respiratórias, cuja disfunção mútua ocorre frequentemente na IC (Bozkurt et al., 2021). Os seus indícios e manifestações derivam das repercussões clínicas da inadequação

do débito cardíaco e da ineficácia no retorno venoso (McDonagh, 2021). Dispneia, tosse e sibilos resultam da congestão pulmonar provocada pelo aumento da pressão nos capilares pulmonares devido ao fluxo ineficiente proveniente do ventrículo esquerdo, e são características de um quadro de agudização da doença (Bozkurt, 2021). Na colheita de dados inicial a doente refere dispneia e cansaço. Outro dos dados que concorre para a identificação deste domínio é a existência de uma DPOC de base como antecedente pessoal de saúde. Na apreciação deste domínio considerou-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio nomeadamente na identificação da dispneia e na vigilância de sinais e sintomas: *“se fico com falta de ar abrando o meu ritmo”, “se a minha falta de ar aumenta contacto o meu médico ou enfermeiro”* e *“se sinto um aumento da fadiga contacto o meu médico ou enfermeiro”*. Nesta primeira sessão verificaram-se scores elevados nestes itens da escala, preditores de comportamentos de autocuidados menos adequados neste domínio.

Sistema Cardiovascular

A seleção do domínio cardiovascular justifica-se em parte por toda a fisiopatologia da doença abordada no enquadramento teórico deste caso clínico, bem como pelos antecedentes pessoais da doente, nomeadamente a FA e a HTA. Na colheita de dados inicial a doente apresentava uma frequência cardíaca elevada com pulso palpável irregular e valores de tensão arterial ligeiramente aumentados.

Volume de Líquidos

A seleção deste domínio decorre da evolução da IC que em quadros de descompensação provoca retenção de sódio e água, resultando em fenómenos congestivos que marcam o início da fase sintomática da doença: presença de dispneia e edema (Junior, 2019). Na colheita de dados inicial a doente apresentava edema nos membros inferiores bilateralmente até à raiz da coxa e referia sensação de sede constante. Importa também referir que doente não tinha o hábito de se pesar, e quando se pesava e apresentava aumento de peso, sempre achou que era bom sinal uma vez que foi sempre magra e com um baixo peso. Na apreciação deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio, nomeadamente a presença de edema, a capacidade para a gestão do regime terapêutico no âmbito da ingestão de líquidos bem como na vigilância de sinais e sintomas: *“limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 litros por dia)”*, *“se os meus pés, ou as minhas pernas, ficarem mais inchados que o habitual contacto o meu médico ou enfermeiro”*, *“peso-me todos os dias”* e *“se aumento 2 quilos numa semana contacto o meu médico ou enfermeiro”*. Nesta primeira sessão verificaram-se scores elevados nestes itens da escala, preditores de comportamentos de autocuidados menos adequados neste domínio.

Conservação de Energia

As alterações do débito cardíaco inerentes à IC, estão associadas a alterações do consumo e da distribuição de energia no organismo, sendo a fadiga um sintoma frequente da doença, devido à incapacidade da sustentação do débito cardíaco necessário para suprir todas as necessidades metabólicas do organismo (Bozkurt, 2021). Na colheita de dados inicial a doente manifestou sensação constante de cansaço e fadiga no cumprimento das suas atividades de vida diárias. Na apreciação deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio, nomeadamente a intolerância à atividade, a capacidade para a gestão do regime terapêutico neste âmbito e a vigilância de sinais e sintomas: *“se fico com falta de ar abrando o meu ritmo”, “facó um momento para o descanso durante o dia”, “se sinto um aumento da fadiga contacto o meu médico ou enfermeiro”* e *“faço exercício regularmente”*. Nesta primeira sessão verificaram-se scores elevados nestes itens da escala, preditores de comportamentos de autocuidados menos adequados neste domínio.

Autogestão do regime medicamentoso

O regime medicamentoso está inserido no regime terapêutico, cuja finalidade é controlar o processo patológico neste caso da IC, sendo a adesão a comportamentos adequados fundamentais para a prevenção de quadros clínicos de agudização (Homem et al. 2022). A capacidade de autogestão do regime medicamentoso revela-se crucial para entender as necessidades da pessoa e do familiar cuidador na administração eficaz dos medicamentos. Neste domínio específico, um dos familiares cuidadores é profissional de saúde (filho, profissional de saúde, não co-habita com a doente, acompanhou a doente na primeira consulta médica de admissão na ECDCC) e é responsável pela preparação da medicação oral em dispensador semanal de quatro doses diárias. À doente cabe a toma da medicação oral nas horas programadas, que cumpre. A administração de terapêutica inalatória é realizada duas vezes por dia por outro cuidador (filho, co-habita com a doente, nunca esteve presente em nenhuma das consultas de Enfermagem domiciliárias) e a doente não é autónoma na sua administração. Relativamente à oxigenoterapia, a própria é autónoma na sua gestão (prescrição médica de 16h diárias, realiza cerca de 12 horas no período noturno e as restantes quatro ao longo do dia durante alguns períodos). Na apreciação deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio nomeadamente: *“Tomo a medicação tal como foi receitada”*. Nesta primeira sessão verificou-se um score reduzido neste item da escala, preditor de comportamentos de autocuidados adequados neste domínio.

Metabolismo

A DM é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (McDonagh, 2021) e é um dos antecedentes de saúde da doente, nomeadamente a DM2, não insulinotratada. No controlo desta doença crónica, as escolhas alimentares estão intimamente

ligadas com o controlo da glicemia capilar (Ramos et al, 2023) e a vigilância da mesma deve ser privilegiada (Godinho et al, 2018). A vigilância da glicemia capilar é realizada pelo filho que co-habita com a doente, uma vez que a doente não sabe executar a técnica. A seleção deste domínio justifica-se pelo facto da doente ser autónoma na preparação das suas refeições e tomada de decisão relativamente às escolhas alimentares, referindo não ter especial atenção à redução de alimentos mais açucarados uma vez que toma medicação para a DM achando que tal é suficiente para o controlo da doença.

3.5. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

04-11-2024 19:15

- 04-11-2024 19:15 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 04-11-2024 19:15 - Ritmo respiratório regular.
- 04-11-2024 19:15 - Movimento respiratório simétrico.
- 04-11-2024 19:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- 04-11-2024 19:15 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 04-11-2024 19:15 - Sem adejo nasal.
- 04-11-2024 19:15 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 04-11-2024 19:15 - Periférico(a): 93 %.
- 04-11-2024 19:15 - Coloração da mucosa: rosada.
- 04-11-2024 19:15 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.
- 04-11-2024 19:15 - Reflexo da tosse: presente.
- 04-11-2024 19:15 - Expele as secreções das vias aéreas.
- 04-11-2024 19:15 - Sons respiratórios: crepitações.
- 04-11-2024 19:15 - Secreções em pequena quantidade.
- 04-11-2024 19:15 - Secreções normais.
- 04-11-2024 19:15 - Secreções esbranquiçadas.

04-11-2024 19:15 - Dispneia

04-11-2024 19:15 - Promover autocontrolo: dispneia

- 04-11-2024 19:15 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 27-03-2025 11:29 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

- 04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de

episódios de dispneia

04-11-2024 19:15 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

27-03-2025 11:29

- 27-03-2025 11:29 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 27-03-2025 11:29 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].
- 27-03-2025 11:29 - Sem adejo nasal.
- 27-03-2025 11:29 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 27-03-2025 11:29 - Periférico(a): 94 %.
- 27-03-2025 11:29 - Coloração da mucosa: rosada.
- 27-03-2025 11:29 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Sons respiratórios: crepitações.
- 27-03-2025 11:29 - Secreções em pequena quantidade.
- 27-03-2025 11:29 - Secreções normais [MANTEVE].
- 27-03-2025 11:29 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

04-11-2024 19:15

- 04-11-2024 19:15 - Localização do Pulso
 - 04-11-2024 19:15 - Punho Esquerda(o)
 - 04-11-2024 19:15 - Frequência do pulso: 106 pulsações por minuto.
 - 04-11-2024 19:15 - Pulso de grande amplitude (magnus) e irregular.
 - 04-11-2024 19:15 - Pulso arritmico.
 - 04-11-2024 19:15 - Pulso simétrico.
- 04-11-2024 19:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 04-11-2024 19:15 - Membro superior Esquerda(o)
 - 04-11-2024 19:15 - Pressão sanguínea sistólica: 145 mmHg.
 - 04-11-2024 19:15 - Pressão sanguínea diastólica: 86 mmHg.

04-11-2024 19:15 - Arritmia

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: arritmia

- 04-11-2024 19:15 - Conhecimento sobre arritmia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
- 27-03-2025 11:29 - Conhecimento sobre arritmia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Hipertensão

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: regime dietético

- 04-11-2024 19:15 - 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.
- 27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da

pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 27-03-2025

11:29

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29 - Localização do Pulso

27-03-2025 11:29 - Punho Esquerda(o)

27-03-2025 11:29 - Frequência do pulso: 98 pulsações por minuto.

27-03-2025 11:29 - Pulso de grande amplitude (magnus) e irregular.

27-03-2025 11:29 - Pulso arritmico.

27-03-2025 11:29 - Pulso simétrico.

27-03-2025 11:29 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-03-2025 11:29 - Membro superior Esquerda(o)

27-03-2025 11:29 - Pressão sanguínea sistólica: 141 mmHg.

27-03-2025 11:29 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

Metabolismo

04-11-2024 19:15

04-11-2024 19:15 - Glicemia capilar: 143 mg/dl.

04-11-2024 19:15 - Glicemia

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: glicemia

04-11-2024 19:15 - 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.

27-03-2025 11:29 - 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 [MANTEVE].

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Significado atribuído aos compromissos da glicemia: desvalorização.

27-03-2025 11:29 - Significado atribuído aos compromissos da glicemia: não dificultador [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia

04-11-2024 19:15 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo

da glicemia

27-03-2025 11:29 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar significado atribuído aos compromissos da glicemia [RESOLVIDO] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução do significado atribuído aos compromissos da glicemia [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Promover papel do cuidador: gestão da glicemia

04-11-2024 19:15 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

04-11-2024 19:15 - Capacidade do cuidador para vigiar a glicemia

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Tira teste de glicemia - facilitadora.

04-11-2024 19:15 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

04-11-2024 19:15 - Autoeficácia do cuidador para vigiar a glicemia

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Tira teste de glicemia - facilitadora.

04-11-2024 19:15 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

04-11-2024 19:15 - Significado atribuído pelo cuidador aos compromissos da glicemia: não dificultador.

04-11-2024 19:15 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso da glicemia

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Tira teste de glicemia - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29 - Glicemia capilar: 123 mg/dl.

Volume de líquidos

04-11-2024 19:15

04-11-2024 19:15 - Aumento da sensação de sede.

04-11-2024 19:15 - Tumefação dos tecidos

04-11-2024 19:15 - Membro inferior Direita(o): depressível.

04-11-2024 19:15 - Membro inferior Esquerda(o): depressível.

04-11-2024 19:15 - Sinal de Godet

04-11-2024 19:15 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm).

04-11-2024 19:15 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm).

04-11-2024 19:15 - Pele hidratada.

04-11-2024 19:15 - Peso: 38.00 Kg.

04-11-2024 19:15 - Edema

04-11-2024 19:15 - Localização do edema

04-11-2024 19:15 - Membro inferior Direita(o)

27-03-2025 11:29 - Localização do edema

27-03-2025 11:29 - Membro inferior Esquerda(o)

04-11-2024 19:15 - Membro inferior Esquerda(o)

27-03-2025 11:29 - Membro inferior Direita(o)

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: retenção de líquidos

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

04-11-2024 19:15 - Significado atribuído à retenção de líquidos: desvalorização.

27-03-2025 11:29 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar significado atribuído à retenção de líquidos [RESOLVIDO] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução do significado atribuído à retenção de líquidos [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: regime dietético

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 27-03-2025 11:29

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29 - Aumento da sensação de sede.

27-03-2025 11:29 - Tumefação dos tecidos

27-03-2025 11:29 - Membro inferior Direita(o): depressível [MANTEVE].

27-03-2025 11:29 - Membro inferior Esquerda(o): depressível [MANTEVE].

27-03-2025 11:29 - Sinal de Godet

27-03-2025 11:29 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm) [MELHOROU].

27-03-2025 11:29 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm) [MELHOROU].

27-03-2025 11:29 - Pele hidratada.

27-03-2025 11:29 - Peso: 36.30 Kg.

Conservação de energia

04-11-2024 19:15

04-11-2024 19:15 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

04-11-2024 19:15 - Intolerância à atividade

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: atividade/repouso

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

04-11-2024 19:15

04-11-2024 19:15 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - Não organiza a medicação conforme horário.

04-11-2024 19:15 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Inalador - Não administra a medicação pela via adequada.

04-11-2024 19:15 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

04-11-2024 19:15 - Promover autogestão: regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

27-03-2025 11:29 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 11:29 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

27-03-2025 11:29 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

04-11-2024 19:15 - Potencial para melhorar consciencialização da relação

entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

04-11-2024 19:15 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

04-11-2024 19:15 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

04-11-2024 19:15 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

04-11-2024 19:15 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

04-11-2024 19:15 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

04-11-2024 19:15 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

04-11-2024 19:15 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

27-03-2025 11:29

27-03-2025 11:29 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-03-2025 11:29 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - Não organiza a medicação conforme horário.

27-03-2025 11:29 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-03-2025 11:29 - Dispositivo: Inalador - Não administra a medicação pela via adequada.

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Informar sobre importância da adesão ao regime medicamentoso relativo à terapêutica inalatória e oxigenoterapia na prevenção de episódios de dispneia (NIC, 2020)
- Informar a doente sobre o que é a dispneia e quais as suas causas (NIC, 2020)
- Analisar com a doente situações e/ou actividades que potencialmente provoquem episódios de dispneia (NIC, 2020)
- Ensinar sobre importância de evitar situações e/ou actividades que potencialmente provoquem episódios de dispneia (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre o uso da oxigenoterapia, nomeadamente na gestão do número de horas diárias prescritas (NIC, 2020)
- Discutir com a doente a relação entre dispneia, ingestão e retenção de líquidos (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre a necessidade em contactar o profissional de saúde em caso de episódio de dispneia grave sem melhoria em repouso e/ou colocação de oxigenoterapia

(NIC, 2020)

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

- Questionar a doente sobre o que é a dispneia e quais os seus sintomas (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre gestão da oxigenoterapia durante o período diurno (p. ex. quais os momentos em que cumpre e porquê) (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre quais os sinais e sintomas de agravamento da dispneia e quando deve contactar o profissional de saúde (NIC, 2020)

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

- Verificar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Verificar o conhecimento da doente sobre o regime medicamentoso nomeadamente a terapêutica inalatória (NIC, 2020)
- Ensinar a doente sobre a ação esperada da terapêutica inalatória, bem como dos efeitos adversos mais frequentes (NIC, 2020)
- Analisar o impacto do uso da terapêutica inalatória no estilo de vida da doente (NIC, 2020)
- Analisar os fatores que possam dificultar a doente a ser autónoma na autogestão da terapêutica inalatória (NIC, 2020)

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Promover momento de reflexão sobre significados dificultadores e crenças associadas ao aumento de peso, à retenção de líquidos e ao controle da glicemia
- Informar sobre causa de aumento súbito de peso no doente com Insuficiência Cardíaca (ESC, 2021)
- Explicar que significado atribuído ao aumento súbito de peso é incorreto
- Explicar que presença de edema é sinal de agudização da doença (ESC, 2021)
- Informar sobre a importância da associação de uma dieta pobre em calorias ao regime medicamentoso na diminuição dos valores de glicemia (Ramos et al, 2023)
- Explicar importância de valores de glicemia adequados no controle da doença (Diabetes Mellitus) (Godinho et al, 2018)
- Explicar importância de realizar pesquisas de glicemia regulares (Godinho et al, 2018)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre a ação esperada da terapêutica inalatória

Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da glicemia

- Verificar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Identificar significados e crenças associadas à dieta hipocalórica (NIC, 2020)
- Discutir com a doente a relação entre dieta e o controlo da glicemia (NIC, 2020)
- Discutir os hábitos e costumes que influenciam os níveis de glicemia (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre as intervenções planeadas para controlar os níveis de glicemia (regime medicamentoso, dieta hipocalórica) (NIC, 2020)

- Descrever a lógica associada às das recomendações terapêuticas (NIC, 2020)
- Encorajar a doente a adotar diariamente uma dieta hipocalórica (NIC, 2020)
- Incentivar a monitorização da glicemia em jejum e realizar registo do valor em local próprio (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre as intervenções planeadas para controlar os níveis de glicemia (dieta hipocalórica) (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre adesão às intervenções planeadas no primeiro contacto

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

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Avaliar o conhecimento da doente sobre o regime medicamentoso (NIC, 2020)
- Informar a doente sobre as consequências de não tomar ou interromper abruptamente o uso do(s) medicamento(s) (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre possíveis efeitos colaterais adversos de cada medicamento (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre uso e indicações do medicamento (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)

Avaliar evolução do significado atribuído aos compromissos da glicemia

- Questionar sobre significados e crenças associadas ao controle da glicemia
- Promover momento de reflexão sobre influência de significados dificultadores e crenças associadas na perceção sobre a temática (NIC, 2020)

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

- Verificar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Identificar significados e crenças associadas ao controlo da pressão sanguínea e à dieta hipossalina (NIC, 2020)
- Discutir a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea (NIC, 2020)
- Orientar o doente sobre as intervenções planeadas para evitar o aumento da pressão sanguínea (p. ex., regime medicamentoso, dieta hipossalina) (NIC, 2020)
- Descrever a lógica associada às recomendações terapêuticas (NIC, 2020)
- Orientar relativamente ao padrão adequado de dieta para a condição de doença (NIC, 2020)
- Descrever os sinais e sintomas da doença que se relacionam com o aumento da pressão arterial (NIC, 2020)
- Orientar o doente a assumir um papel ativo no controle do processo de doença (p. ex., manutenção de dieta adequada, redução da ingestão de sódio, vigilância de sintomas) (NIC, 2020)
- Orientar o doente a contactar o profissional de saúde se os sinais e sintomas de aumento

da pressão arterial surgirem e/ou persistirem (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Questionar o cliente sobre as intervenções planeadas para evitar o aumento da pressão sanguínea (p. ex., regime medicamentoso, dieta hipossalina) (NIC, 2020)
- Questionar o cliente sobre adesão às intervenções planeadas no primeiro contacto

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

- Verificar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Verificar o conhecimento da doente sobre o regime medicamentoso (NIC, 2020)
- Informar a doente sobre as consequências de não tomar ou interromper abruptamente o uso do(s) medicamento(s) (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre possíveis efeitos colaterais adversos de cada medicamento (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre uso e indicações do medicamento (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)

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

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Identificar significados e crenças associados à dieta hipossalina (NIC, 2020)
- Discutir a relação entre dieta e retenção de líquidos (NIC, 2020)
- Orientar o doente sobre as intervenções planeadas para tratar a retenção de líquidos (regime medicamentoso, dieta hipossalina...) (NIC, 2020)
- Descrever a lógica associada às recomendações terapêuticas (NIC, 2020)
- Encorajar o doente a adotar diariamente uma dieta hipossalina (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Questionar sobre as intervenções planeadas para evitar o aumento da pressão sanguínea (p. ex., regime medicamentoso, dieta hipossalina) (NIC, 2020)
- Questionar sobre adesão às intervenções planeadas no primeiro contacto

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

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Identificar significados e crenças associadas à retenção de líquidos e ao aumento de peso (NIC, 2020)
- Discutir a relação entre ingestão e retenção de líquidos (NIC, 2020)
- Discutir a relação entre ingestão de líquidos e presença de edema (NIC, 2020)
- Discutir a relação entre ingestão de líquidos e peso corporal (NIC, 2020)
- Discutir as condições clínicas capazes de afetar o peso (NIC, 2020)

- Descrever os sinais e sintomas da doença que se relacionam com a ingestão de líquidos e presença de edema (NIC, 2020)
- Discutir os riscos associados ao fato de estar acima do peso habitual (NIC, 2020)
- Discutir os hábitos e costumes que influenciam o aumento súbito de peso (NIC, 2020)
- Orientar o doente sobre as intervenções planeadas para tratar a retenção de líquidos (p. ex., regime medicamentoso, regime de restrição hídrica) (NIC, 2020)
- Descrever a lógica associada às recomendações terapêuticas (NIC, 2020)
- Ensinar a pesar diariamente em períodos consistentes (p. ex., após micção, antes do pequeno almoço) e realizar registo do valor em local próprio (NIC, 2020)
- Encorajar o doente a ingerir diariamente a quantidade de líquidos adequada à sua condição (NIC, 2020)
- Ensinar sobre técnicas de controle da sede (NIC, 2020)
- Orientar o doente a contactar o profissional de saúde se os sinais e sintomas da retenção de líquidos surgirem e/ou persistirem (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Questionar sobre as intervenções planeadas para evitar o aumento da pressão sanguínea (p. ex., regime medicamentoso, dieta hipossalina) (NIC, 2020)
- Questionar sobre adesão às intervenções planeadas no primeiro contacto

Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

- Verificar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Verificar o conhecimento da doente sobre o regime medicamentoso (NIC, 2020)
- Informar a doente sobre as consequências de não tomar ou interromper abruptamente o uso do(s) medicamento(s) (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre possíveis efeitos colaterais adversos de cada medicamento (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre uso e indicações do medicamento (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)

Avaliar evolução do significado atribuído à retenção de líquidos

- Questionar sobre significados e crenças associadas à retenção de líquidos
- Promover momento de reflexão sobre influência de significados dificultadores e crenças associadas na percepção sobre a temática (NIC, 2020)

Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

- Verificar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Avaliar o conhecimento da doente sobre conservação de energia (NIC, 2020)
- Orientar para o planeamento de atividades para períodos em que a doente tenha mais energia, atribuindo prioridades, evitando atividades em períodos de dia com maior exigência energética (p. ex., evitar atividades físicas imediatamente depois das refeições)

(NIC, 2020)

- Orientar a doente a reconhecer sinais e sintomas de fadiga que requeiram redução de atividades (NIC, 2020)
- Encorajar alternância entre períodos de repouso e de atividade, programando os períodos de descanso (p. ex., realizar um período de sesta durante a tarde) (NIC, 2020)
- Auxiliar na identificação de tarefas que a família e os amigos possam realizar em casa para prevenir/aliviar a fadiga (NIC, 2020)
- Auxiliar a doente a estabelecer objetivos de atividade realistas (NIC, 2020)
- Encorajar atividade física (p. ex., deambulação, realização de atividades da vida diária) compatível com os recursos de energia do doente (NIC, 2020)
- Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações físicas (NIC, 2020)
- Auxiliar a doente a compreender os princípios da conservação de energia (NIC, 2020)
- Discutir com a doente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia (NIC, 2020)
- Orientar a doente a contactar o profissional de saúde se os sinais e sintomas da fadiga persistirem (NIC, 2020)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre a relação (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre sinais e sintomas de fadiga que requeiram redução de atividades (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre as intervenções planeadas para promover uma gestão adequada da atividade/repouso (NIC,
- Questionar a doente sobre adesão às intervenções planeadas no primeiro contact

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Planear com a doente o registo diário do peso até ao próximo contacto de forma a relacionar e analisar a sua evolução com hábitos de ingestão de líquidos e de dieta adotados entre contactos
- Planear com a doente a avaliação da presença de edema no próximo contacto de forma a relacionar e analisar com o doente a presença ou ausência de edema com hábitos de ingestão de líquidos e de dieta entre contatos
- Definir meta alcançável de perda de peso, de forma a melhorar a motivação (NIC, 2020)
- Planear com a doente o registo diário em jejum da glicemia até ao próximo contato de forma a relacionar e analisar a sua evolução com adoção de dieta hipocalórica

3.7. Síntese relativa ao caso

Neste primeiro caso clínico a doente apresentava, entre outras comorbilidades, o diagnóstico de IC com FEVEr. Uma doente idosa, polimedicada, com vários momentos recentes de agudização da doença que motivaram episódios de urgência e outros de internamento hospitalar. Após a

alta do último internamento esta foi referenciada pela equipa médica para acompanhamento pela ECDCC. Num primeiro contacto com a doente por parte do enfermeiro gestor da ECDCC (em contexto de consulta multidisciplinar realizada na instituição hospitalar) foram identificados inúmeros diagnósticos de Enfermagem, com base numa avaliação física e cognitiva e em dados adquiridos através de um momento de entrevista não estruturada à doente e ao filho, que a acompanhou à consulta.

Tratava-se de uma doente consciente e orientada, com um bom desempenho cognitivo (com base na *Mini Mental State Examination* desenvolvida em 1975 por Folstein & Folstein) e autónoma nas suas atividades de vida diárias. Em termos físicos, estavam presentes neste primeiro momento sinais de congestão cardíaca, nomeadamente: edemas significativos dos membros inferiores até à raiz da coxa (sinal de godet positivo com depressão cutânea superior a 4mm), dispneia marcada na deambulação com utilização de musculatura acessória na respiração (sem dessaturação grave) e valores de pressão arterial discretamente aumentados.

Seguiu-se o momento de entrevista não estruturada que contemplou inúmeros aspetos relativos ao conhecimento sobre a doença, à auto perceção sobre o estado de saúde, significados e crenças associados, e questões relacionadas com a gestão do regime terapêutico. Durante a entrevista procedeu-se ao preenchimento da EEAIC, bem como da escala SCHDE para definição do seu perfil de autocuidado. Com os resultados obtidos através do preenchimento destas escalas foi possível definir o perfil da doente que se situou no formalmente guiado, e verificar que os seus comportamentos de autocuidado no âmbito da gestão do regime terapêutico da IC, claramente se apresentaram como inadequados (foi obtido um score de 46). Além destes dados relacionados com o autocuidado na IC, ao longo da entrevista foi demonstrado um baixo nível de conhecimento sobre a doença e o seu regime terapêutico, bem como a existência de algumas crenças inadequadas e significados dificultadores para o processo de transição.

Neste contexto, e com base nos pressupostos das duas teóricas já referidas anteriormente neste relatório, as intervenções de Enfermagem foram definidas no âmbito da consciencialização para a doença, nomeadamente os seus sinais e sintomas, bem como para a importância da adoção de comportamentos de autocuidado ajustados ao seu regime terapêutico. As atividades de Enfermagem foram desenvolvidas com base no perfil de autocuidado da doente e basearam-se fundamentalmente na orientação, ensino, discussão e análise conjunta dos mais variados tópicos do regime terapêutico da IC.

O segundo contacto do enfermeiro gestor de caso com a doente ocorreu em contexto domiciliário uma semana após o primeiro. Num momento inicial, procedeu-se à avaliação física da doente através dos sinais vitais, da saturação periférica de oxigénio, do peso e da presença de edema nos membros inferiores através da avaliação do sinal de godet. A dispneia a pequenos esforços manteve-se, mas sem utilização de músculos acessórios e verificou-se uma diminuição significativa do peso (aproximadamente 2 kg) que foi sendo gradual ao longo da semana (foi solicitado à doente e ao filho que realizasse diariamente o registo em local próprio). Estava presente o sinal de godet positivo em ambos os membros inferiores mas com menos depressão cutânea (entre os 2 e os 4mm) mas apenas até aos joelhos, e os valores de pressão

arterial foram semelhantes aos obtidos no primeiro contacto.

Foi realizado um momento de entrevista não estruturada, onde foi mais uma vez preenchida a EEAIC, e evidenciada a presença de um score inferior ao obtido no primeiro contacto (score 34) (Anexo 3), parecendo indicar a adoção de comportamentos de autocuidado mais adequados. Verificou-se também que alguns dos significados identificados como dificultadores no primeiro contacto, passaram a ser não dificultadores, nomeadamente: a doente verbalizou a importância da adoção de uma alimentação hipocalórica para reduzir os valores glicémicos e não apenas através da toma dos antidiabéticos orais, e referiu a necessidade de reduzir o sal na sua dieta para evitar a retenção de líquidos. Esta evidenciou, principalmente através da análise conjunta dos valores do peso ao longo da semana, que o facto de engordar subitamente não era normal, e que estava associado à presença de edema.

Através da análise de todos estes dados, com clara importância dos identificados ao nível da avaliação física da doente como a diminuição do peso e do edema, e até da não utilização de músculos acessórios da respiração (indicador de uma melhoria do padrão respiratório relativamente ao contacto anterior associado à congestão cardíaca e pulmonar), consideramos ter existido uma evolução significativa da consciencialização, que passou a ser facilitadora em alguns domínios, nomeadamente na relação entre dieta e retenção de líquidos, e ingestão e retenção de líquidos (a doente afirmou ter reduzido um pouco a ingestão de sal e significativamente a ingestão de líquidos, principalmente água livre).

Nos domínios em que a consciencialização passou a ser facilitadora e em sessões seguintes, as atividades a desenvolver pelo enfermeiro gestor de caso deverão ser dirigidas para a promoção do potencial de auto gestão da doente fornecendo conhecimento e potenciando o envolvimento da doente no processo de transição. Em outros domínios, nomeadamente ao nível da conservação da energia e da relação do regime medicamentoso com determinados aspetos da sua condição de doença, a consciencialização não evoluiu favoravelmente, sendo por isso fundamental manter no plano de cuidados todas as intervenções e atividades definidas previamente na primeira sessão. Relativamente aos valores de glicemia, apesar de o significado já não ser dificultador, a doente referiu que não cumpriu a dieta hipocalórica sendo fundamental continuar a intervir no âmbito da consciencialização.

Verificamos então presença de indicadores de processo neste caso clínico, nomeadamente no âmbito da adesão ao regime terapêutico com alteração de comportamentos no âmbito do autocuidado com modificações ao nível da dieta e da ingestão hídrica, e ainda ao nível da perceção de sinais de descompensação nomeadamente a identificação de retenção de líquidos através da presença de edema. A evolução positiva da consciencialização da doente face a alguns aspetos que assumem particular importância na gestão do seu regime terapêutico, a passagem de alguns significados de desvalorização a não dificultadores, e a presença de indicadores de resultado, poderão ser considerados reflexo de uma intervenção adequada e ajustada às necessidades da doente por parte do enfermeiro gestor de caso, e preditores de uma adaptação à transição, dando-se início ao processo de transição saudável.

Em jeito de reflexão importa referir a importância do enfermeiro gestor de caso na gestão das doenças nesta tipologia de doentes crónicos que apresentam quadros clínicos complexos e que exigem uma abordagem muito rigorosa da doença, da sintomatologia e do regime terapêutico, baseada na proximidade e na relação de confiança com o doente e cuidadores. Uma abordagem científica, fundamentada na melhor evidência e na experiência profissional destes enfermeiros especializados permite conhecer o doente, as suas necessidades e fragilidades, agindo em conformidade ao longo de um continuo de cuidados que se prolonga no tempo, e que se vai adaptando às características e necessidades do doente em cada momento. Este tipo modelo de gestão dos cuidados apresenta claramente resultados muito positivos, tal como se pode verificar nesta síntese do caso clínico, resultados estes que espelham satisfação por parte dos doentes e dos profissionais, visível em cada contacto de saúde realizado.

4. CASO CLÍNICO 2

Doente com 74 anos, autónoma nas atividades de vida diária. É viúva, vive sozinha, e tem o apoio dos dois filhos que vivem relativamente perto, e de um neto que é estudante do terceiro ano de Enfermagem. Seguida pela ECDCC há alguns meses pela presença de várias comorbilidades e antecedentes de patologias crónicas em evolução com múltiplas descompensações e agudizações num curto espaço de tempo. Último internamento no Inverno de 2023 num Serviço de Medicina Interna com diagnóstico principal de IC descompensada. É polimedicada e tem como antecedentes de saúde HTA, DM2, Dislipidemia, IC de etiologia valvular (IM ligeira/moderada e IT grave) com FEVE preservada, FA (hipocoagulada), DPOC e patologia osteoarticular.

4.1. Enquadramento teórico

O segundo caso clínico desenvolve-se tal como o primeiro no âmbito da gestão do regime terapêutico de uma doente com o diagnóstico principal de IC. Desta forma, todos os aspetos teóricos referidos no enquadramento teórico do primeiro caso clínico assumem a mesma relevância no segundo, e foram fundamentais para desenvolver um plano de cuidados especializado.

Em termos de diagnóstico principal, a grande diferença entre as doentes reside no desempenho do músculo cardíaco, na medida em que no primeiro caso clínico a IC apresentava-se com uma FEVE reduzida, sendo que no segundo a FEVE está preservada. A avaliação da FEVE é importante na IC uma vez que de uma forma geral define o seu prognóstico: quanto mais baixa for a FEVE, menor será a sobrevida do doente (Homem et al., 2023; Junior, 2019). Na IC com FEVE reduzida, há uma diminuição na capacidade do coração de bombear sangue para o corpo, e por outro lado, na IC com FEVE preservada, apesar da capacidade de bombeamento do coração ser mantida, há uma incapacidade de relaxamento adequado do ventrículo (Bozkurt, 2021; McDonagh, 2021). Ambas as condições podem resultar em sintomas semelhantes, como dispneia, fadiga e edemas, podendo no entanto ser diferentes as abordagens farmacológicas e de terapia adjuvante através da implantação de dispositivo eletrónico implantável (Bozkurt, 2021; McDonagh, 2021). Globalmente, as recomendações para o autocuidado são semelhantes para as pessoas com IC com FEVE preservada, ligeiramente reduzida e reduzida (McDonagh, 2021; Jaarsma et al., 2020), sendo por isso o regime terapêutico de ambas as doentes

selecionadas muito semelhante.

Outra das grandes diferenças entre as doentes reside no perfil de autocuidado. Após análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados SCDHE, e tal como referido no enquadramento teórico do primeiro caso clínico, a doente apresentava um perfil de autocuidado formalmente guiado, caracterizado por uma forte dependência do filho cuidador principalmente ao nível da gestão do regime medicamentoso. No segundo caso clínico a doente é mais jovem e vive sozinha, embora com o apoio dos filhos que são bastante presentes. À semelhança do primeiro caso foi aplicado o instrumento SCDHE (Anexo 4), tal como poderá ser verificado na figura seguinte:



Figura 2 - Perfil de autocuidado da doente abordada no caso clínico 2

Após análise de todos os dados obtidos foi possível atribuir à doente o perfil responsável, revelando uma clara intenção em ser autónoma relativamente ao seu regime medicamentoso, um nível elevado de confiança nos profissionais e com algum conhecimento sobre a sua doença. Relativamente às propriedades deste perfil que se situam algures entre a flexibilidade e o controlo, verificou-se que estas se apresentaram bastante equiparadas, predominando ligeiramente o controlo, tal como na doente do primeiro caso clínico, assumindo-se uma fraca probabilidade da doente correr riscos relativamente à sua doença, como por exemplo deixar de tomar um medicamento porque se sente melhor. O nível de flexibilidade encontrado será de certa forma caracterizado pelos aspetos relacionados com a perceção da sua doença, na vontade em, por exemplo, saber os efeitos dos medicamentos que toma, podendo concluir-se que a doente apresenta potencial para assumir um maior nível de envolvimento com a gestão do seu regime terapêutico.

A EEAIC foi também aplicada à doente em dois contactos diferentes, verificando - se no primeiro um score de 32 (Anexo 5) que de acordo com os autores é preditivo da presença de comportamentos de autocuidado ainda não totalmente adequados. A conceção de cuidados elaborada neste caso clínico, à semelhança do primeiro, teve como objetivo delinear a tomada de decisão relativa à intervenção por parte do Enfermeiro Especialista, com base em todos os

pressupostos teóricos referidos anteriormente, a avaliação física da doente e os dados obtidos através da aplicação dos dois instrumentos acima citados.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 74 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-03-20 16:27:00	Metformina 850mg + Sitaglipina 50mg (1.O.1)	
2025-03-20 16:27:00	Furosemida 40mg PO (2.O.0.1.0)	
2025-03-20 16:27:00	Empaglifozina 10mg PO (1.O.0)	
2025-03-20 16:27:00	Atorvastatina 20mg PO (0.O.1)	
2025-03-20 16:27:00	Apixabano 5mg PO (1.O.1)	
2025-03-20 16:27:00	Pregabalina 75mg PO (1.O.0.1)	
2025-03-20 16:27:00	Budesonida 160ng + Formoterol 4,5ng INAL (2.O.2)	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste âmbito importa referir que serão apenas abordados alguns dos medicamentos que a doente utiliza, uma vez que alguns deles são semelhantes aos utilizados pela doente do primeiro caso clínico (Furosemida, a Empaglifozina, a Atorvastatina e o Apixabano), tendo sido já abordados em termos teóricos.

Metformina + Sitaglipina: *antidiabético oral*

Este medicamento associa duas substâncias ativas com mecanismos de ação complementares e é utilizada no tratamento da DM2 em adultos (Infarmed, 2025). A Metformina atua ao reduzir a produção hepática de glicose (aumenta a sensibilidade à insulina e melhora a captação e utilização periférica da glicose) e diminuir a sua absorção intestinal, contribuindo assim para a redução dos níveis de glicemia (Infarmed, 2025). A Sitagliptina é um inibidor enzimático que

provoca um aumento das hormonas que promovem a síntese e libertação de insulina pelas células beta pancreáticas e reduzem a secreção de glucagon pelas células alfa, ajudando assim a manter um equilíbrio adequado dos níveis de glicose no sangue (Infarmed, 2025). Os efeitos adversos mais comuns incluem náuseas, vómitos, diarreia, dor abdominal e perda de apetite, sendo estas reações mais frequentes no início do tratamento e geralmente transitórias (Infarmed, 2025). Tendo em conta a ação principal desta associação medicamentosa importa realizar ensinamentos à doente relativamente à importância da realização de pesquisas de glicemia capilar pelo menos uma vez por dia em jejum (realizando registo em local próprio de forma a ser verificado em todos os contactos pela equipa de Enfermagem). Os ensinamentos deverão incidir também no âmbito do despiste de sinais de hipoglicemia e na forma de atuar em conformidade se tal se verificar (NIC, 2020).

Pregabalina: *anticonvulsivante, analgésico e ansiolítico*

A pregabalina é um medicamento utilizado no tratamento da dor neuropática periférica e central, como terapêutica adjuvante em crises parciais de epilepsia, e no tratamento da perturbação de ansiedade generalizada (Infarmed, 2025). Atua ligando-se a uma subunidade específica dos canais de cálcio no sistema nervoso central, modulando a libertação de neurotransmissores excitatórios (Infarmed, 2025). Os efeitos adversos mais comuns incluem tonturas e sonolência, sendo também frequentes o edema periférico, aumento de peso, visão turva, boca seca, obstipação e dificuldades de concentração, sendo estes efeitos geralmente de intensidade ligeira a moderada (Infarmed, 2025). Neste contexto e tendo em conta os sinais adversos citados nomeadamente o aumento de peso e edema periférico, deverão ser realizados ensinamentos à doente no sentido de vigiar estes aspetos diariamente (realizando registo do peso em local próprio), uma vez que ambos também são sinais de agravamento da IC. Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa avaliar evolução do peso entre contactos, avaliar presença de edemas e avaliar presença de dor neuropática (nomeadamente nos membros superiores) (NIC, 2020).

Budesonida + Formoterol:

A budesonida é um corticosteroide que ajuda a reduzir a inflamação das vias respiratórias, enquanto o formoterol é um agonista beta-2 adrenérgico de longa duração que relaxa os músculos dos brônquios, facilitando a dinâmica respiratória (Infarmed, 2025). Esta associação medicamentosa está indicada para adultos e adolescentes a partir dos 12 anos no tratamento regular da asma, e no tratamento sintomático de doentes adultos com DPOC moderada a grave (Infarmed, 2025). Os efeitos adversos mais comuns associados a esta combinação incluem tremores e palpitações, que tendem a ser ligeiros e a desaparecer após alguns dias de tratamento (Infarmed, 2025). Outras reações podem incluir candidíase orofaríngea, cefaleias, irritação na garganta, tosse e rouquidão (Infarmed, 2025). A utilização deste medicamento com câmara expansora aumenta a exposição sistémica total aos seus componentes em doentes com

uma técnica de inalação menos eficaz ou que têm dificuldade em coordenar o acionamento do inalador com a inalação (Infarmed, 2025). De forma a assegurar uma administração correta do medicamento, o enfermeiro deve demonstrar ao doente como utilizar corretamente o inalador, e monitorizar regularmente a sua técnica de inalação (Infarmed, 2025). Para melhores resultados o inalador deve estar à temperatura ambiente antes da utilização. O doente deve também ser instruído a bochechar com água depois da inalação para minimizar o risco de candidíase orofaríngea (Infarmed, 2025). Em termos de vigilâncias de Enfermagem, importa também verificar presença de sinais de dificuldade respiratória e saturação de oxigénio periférico em todos os contactos (NIC, 2020).

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-03-2025 16:27	Sistema respiratório	
20-03-2025 16:27	Sistema cardiovascular	
20-03-2025 16:27	Metabolismo	
20-03-2025 16:27	Volume de líquidos	
20-03-2025 16:27	Conservação de energia	
20-03-2025 16:27	Autogestão do regime medicamentoso	
20-03-2025 16:27	Comportamento de procura de saúde	

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

Relativamente aos domínios selecionados, importa referir que estes são na sua maioria semelhantes aos identificados no primeiro caso clínico e por isso a sua justificação em concreto passa apenas por critérios identificados na doente que justifiquem a sua seleção.

Sistema Respiratório

Na colheita de dados inicial a doente refere dispneia a moderados e grandes esforços, e cansaço fácil em algumas atividades, nomeadamente na domésticas (cozinhar, arrumar, etc). Outro dos dados que concorre para a identificação deste domínio é a existência de uma DPOC de base como antecedente pessoal de saúde. Na apreciação inicial deste domínio considerou-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio nomeadamente na identificação da dispneia e na vigilância de sinais e sintomas: *“se fico com falta de ar abrando o meu ritmo”*, *“se a minha falta de ar aumenta contacto o meu médico ou enfermeiro”* e *“se sinto um aumento da fadiga contacto o meu médico ou enfermeiro”*. Nesta primeira sessão verificaram-se scores medianos

nos itens que dizem respeito às questões relacionadas com a auto-vigilância na medida em que a doente considerava ser importante contactar o enfermeiro em caso de agravamento da dispneia, mas nem sempre o fazia.

Sistema Cardiovascular

A seleção do domínio cardiovascular justifica-se em parte por toda a fisiopatologia da doença abordada no enquadramento teórico deste caso clínico, bem como pelos seus antecedentes pessoais, nomeadamente a FA e a HTA. Em termos de parâmetros vitais a doente apresentava valores dentro dos normais para a sua condição de doença. A seleção deste domínio justifica-se pelo facto da doente ser autónoma na preparação das suas refeições e tomada de decisão relativamente às escolhas alimentares, referindo nem sempre cumprir a redução de sal na dieta apesar de ter a noção de que, tendo em conta os seus problemas de saúde deve fazê-lo.

Metabolismo

Tal como no domínio anterior, e tendo em conta a autonomia da doente na vigilância da glicemia, a seleção deste domínio justifica-se pelo facto da doente ser autónoma na preparação das suas refeições e tomada de decisão relativamente às escolhas alimentares, referindo nem sempre cumprir a dieta hipocalórica apesar de ter a noção de que, tendo em conta os seus problemas de saúde deve fazê-lo. Quando questionada sobre como atuar em casos de hipo e hiperglicemia, esta referiu não saber o que fazer, apesar de ser capaz de identificar sinais e sintomas, bem como valores de glicemia em cada uma das situações.

Volume de Líquidos

Na colheita de dados inicial a doente apresentava edema ligeiro nos membros inferiores bilateralmente até ao joelho e referia sensação de sede quase constante. Apresentava o hábito de se pesar quase diariamente e realizar registo em local próprio para mostrar ao enfermeiro no contacto seguinte, reconhecendo a importância deste hábito no controlo da sintomatologia da IC, relacionando o volume de líquidos ingerido com a presença de edema. No entanto, não era capaz de identificar a presença de edema ligeiro nos membros inferiores. Na apreciação inicial deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio, nomeadamente a presença de edema, a capacidade para a gestão do regime terapêutico no âmbito da ingestão de líquidos bem como, na vigilância de sinais e sintomas: *“limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 litros por dia)”*, *“se os meus pés, ou as minhas pernas, ficarem mais inchados que o habitual contacto o meu médico ou enfermeiro”*, *“peso-me todos os dias”* e *“se aumento 2 quilos numa semana contacto o meu médico ou enfermeiro”*. Nesta primeira sessão verificaram-se scores medianos na grande maioria destes itens da escala.

Conservação de Energia

Na colheita de dados inicial a doente manifestou sensação de cansaço fácil em algumas atividades, nomeadamente nas domésticas (cozinhar, arrumar, etc). Na apreciação inicial deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por itens que permitem caracterizar aspetos essenciais no âmbito deste domínio, nomeadamente a intolerância à atividade, a capacidade para a gestão do regime terapêutico neste âmbito e a vigilância de sinais e sintomas: *“se fico com falta de ar abrando o meu ritmo”, “faço um momento para o descanso durante o dia”, “se sinto um aumento da fadiga contacto o meu médico ou enfermeiro”* e *“faço exercício regularmente”*. Nesta primeira sessão verificaram-se scores medianos na grande maioria destes itens da escala.

Autogestão do Regime Medicamentoso

Neste âmbito a doente era capaz de preparar de forma autónoma a sua medicação, utilizando uma caixa dispensadora de comprimidos semanal com quatro divisões, recorrendo ao plano terapêutico fornecido pelo enfermeiro gestor de caso em formato papel em dossier próprio. A seleção deste domínio justifica-se pelo facto de, apesar da doente preparar a medicação de forma autónoma, não era capaz de identificar o efeito de cada um dos medicamentos, sabendo apenas que estes melhoram alguns aspetos essenciais das suas doenças. Na apreciação inicial deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por um item que permite caracterizar a adesão ao regime medicamentosos: *“Tomo a medicação tal como foi receitada”*. Neste item verificou-se a presença do score mínimo indicando adesão à terapêutica oral e inalatória.

Comportamento de Procura de Saúde

A vacinação contra a gripe e a infeção pneumocócica em doentes com IC tem um impacto significativo na redução da morbimortalidade associada à doença, na medida em que estas infeções (virais e/ou bacterianas), podem desencadear episódios de descompensação da IC e agravamento da função cardíaca, devido ao aumento do estado inflamatório sistémico, presença de febre, taquicardia e hipoxémia (McDonagh, 2021). Loeb, et al. (2022) refere que a vacina contra a gripe reduziu a pneumonia em 40% e as hospitalizações em 15% em doentes com IC ao longo de um ano na população estudada, reforçando por isso a importância da vacinação. A seleção deste domínio justifica-se pelo facto da doente não querer ser vacinada para a gripe, desvalorizando a sua importância. Na apreciação inicial deste domínio considera-se essencial a aplicação da EEAIC, constituída entre outros, por um item que permite caracterizar a adesão à recomendação de vacinação: *“tomo a vacina da gripe todos os anos”*. Neste item verificou-se a presença do score máximo indicando não adesão à recomendação de vacinação gripal.

4.5. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

20-03-2025 16:27 - Ritmo respiratório regular.

20-03-2025 16:27 - Movimento respiratório simétrico.

20-03-2025 16:27 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

20-03-2025 16:27 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

20-03-2025 16:27 - Sem adejo nasal.

20-03-2025 16:27 - Saturação do oxigénio no sangue

20-03-2025 16:27 - Periférico(a): 94 %.

20-03-2025 16:27 - Coloração da mucosa: rosada.

20-03-2025 16:27 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

20-03-2025 16:27 - Reflexo da tosse: presente.

20-03-2025 16:27 - Sons respiratórios: normais.

20-03-2025 16:27 - Dispneia

20-03-2025 16:27 - Promover autocontrolo: dispneia

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

27-03-2025 14:42

27-03-2025 14:42 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

27-03-2025 14:42 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Sem adejo nasal.

27-03-2025 14:42 - Saturação do oxigénio no sangue

27-03-2025 14:42 - Periférico(a): 95 %.

27-03-2025 14:42 - Coloração da mucosa: rosada.

27-03-2025 14:42 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Localização do Pulso

20-03-2025 16:27 - Punho Esquerda(o)

20-03-2025 16:27 - Frequência do pulso: 91 pulsações por minuto.

20-03-2025 16:27 - Pulso de grande amplitude (magnus) e irregular.

20-03-2025 16:27 - Pulso arritmico.

20-03-2025 16:27 - Pulso simétrico.

20-03-2025 16:27 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-03-2025 16:27 - Membro superior Esquerda(o)

20-03-2025 16:27 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

20-03-2025 16:27 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

20-03-2025 16:27 - Arritmia

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: arritmia

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre arritmia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

20-03-2025 16:27 - Hipertensão

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: regime dietético

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre regime dietético

27-03-2025 14:42

27-03-2025 14:42 - Localização do Pulso

27-03-2025 14:42 - Punho Esquerda(o)

27-03-2025 14:42 - Frequência do pulso: 92 pulsações por minuto.

27-03-2025 14:42 - Pulso de grande amplitude (magnus) e irregular.

27-03-2025 14:42 - Pulso arritmico.

27-03-2025 14:42 - Pulso simétrico.

27-03-2025 14:42 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-03-2025 14:42 - Membro superior Esquerda(o)

27-03-2025 14:42 - Pressão sanguínea sistólica: 137 mmHg.

27-03-2025 14:42 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

Metabolismo

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Glicemia capilar: 121 mg/dl.

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: glicemia

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Capacidade para vigiar a glicemia

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Tira teste de glicemia - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Autoeficácia para vigiar a glicemia

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Tira teste de glicemia - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Significado atribuído aos compromissos da glicemia: não dificultador.

20-03-2025 16:27 - Acesso a dispositivos face ao compromisso da glicemia

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Tira teste de glicemia - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre regime dietético

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: prevenção de complicações do compromisso da glicemia

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do compromisso da glicemia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do compromisso da glicemia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção

de complicações do compromisso da glicemia

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações do compromisso da glicemia

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre glicemia

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre sinais de hiperglicemia

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre sinais de hipoglicemia

27-03-2025 14:42

27-03-2025 14:42 - Glicemia capilar: 131 mg/dl.

Volume de líquidos

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Aumento da sensação de sede.

20-03-2025 16:27 - Sinal de Godet

20-03-2025 16:27 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

20-03-2025 16:27 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

20-03-2025 16:27 - Pele hidratada.

20-03-2025 16:27 - Peso: 60.00 Kg.

20-03-2025 16:27 - Edema

20-03-2025 16:27 - Localização do edema

20-03-2025 16:27 - Membro inferior Direita(o)

27-03-2025 14:42 - Localização do edema

27-03-2025 14:42 - Membro inferior Direita(o)

20-03-2025 16:27 - Membro inferior Esquerda(o)

27-03-2025 14:42 - Membro inferior Esquerda(o)

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: retenção de líquidos

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador.

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 27-03-2025 14:42

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [FIM] 27-03-2025 14:42

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [FIM]

27-03-2025 14:42

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: regime dietético

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre regime dietético

27-03-2025 14:42

27-03-2025 14:42 - Aumento da sensação de sede.

27-03-2025 14:42 - Tumefação dos tecidos

27-03-2025 14:42 - Membro inferior Direita(o): depressível.

27-03-2025 14:42 - Membro inferior Esquerda(o): depressível.

27-03-2025 14:42 - Sinal de Godet

27-03-2025 14:42 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MANTEVE].

27-03-2025 14:42 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm) [PIOROU].

27-03-2025 14:42 - Pele hidratada.

27-03-2025 14:42 - Peso: 59.70 Kg.

Conservação de energia

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

20-03-2025 16:27 - Intolerância à atividade

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: atividade/repouso

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre conservação de energia

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

27-03-2025 14:42

27-03-2025 14:42 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - Organiza a medicação conforme horário.

20-03-2025 16:27 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Inalador - Administra a medicação pela via adequada.

20-03-2025 16:27 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

20-03-2025 16:27 - Promover autogestão: regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [PIOROU].

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Inalador - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Dispositivo: Inalador - facilitadora.

20-03-2025 16:27 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do

regime medicamentoso

20-03-2025 16:27 - Ensinar sobre regime medicamentoso

27-03-2025 14:42

27-03-2025 14:42 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-03-2025 14:42 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - Organiza a medicação conforme horário.

27-03-2025 14:42 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-03-2025 14:42 - Dispositivo: Inalador - Administra a medicação pela via adequada.

Comportamento de procura de saúde

20-03-2025 16:27

20-03-2025 16:27 - Promover adesão: imunização

20-03-2025 16:27 - Conhecimento sobre regime de imunização: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 14:42 - Conhecimento sobre regime de imunização: facilitador [MELHOROU].

20-03-2025 16:27 - Significado atribuído à vacinação: desvalorização.

27-03-2025 14:42 - Significado atribuído à vacinação: não dificultador [MELHOROU].

20-03-2025 16:27 - Potencial para melhorar significado atribuído à vacinação

[RESOLVIDO] 27-03-2025 14:42

20-03-2025 16:27 - Avaliar evolução do significado atribuído à vacinação [FIM]

27-03-2025 14:42

20-03-2025 16:27 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]

27-03-2025 14:42

4.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Informar a doente sobre os princípios da conservação de energia (NIC, 2020)
- Ensinar técnicas de organização de atividades e de controle de tempo para evitar fadiga (NIC, 2020)
- Encorajar a escolha de atividades que aumentem gradualmente a resistência ao longo do tempo e conforme tolerância (NIC, 2020)

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Informar a doente sobre o que é a dispneia e quais as suas causas (NIC, 2020)
- Analisar com a doente situações e/ou actividades que potencialmente provoquem episódios de dispneia (NIC, 2020)
- Ensinar sobre importância de evitar situações e/ou actividades que potencialmente provoquem episódios de dispneia (NIC, 2020)
- Discutir com a doente a relação entre dispneia, ingestão e retenção de líquidos (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre a necessidade em contactar o profissional de saúde em caso de

episódio de dispneia grave sem melhoria em repouso (NIC, 2020)

Ensinar sobre glicemia

- Informar sobre valores ideais de glicemia para doente diabético em jejum (NIC, 2020)
- Incentivar a monitorização regular dos níveis de glicemia (NIC, 2020; Godinho et al, 2018)
- Orientar a doente para contactar o profissional de saúde em caso de persistência de valores de glicemia inadequados (NIC, 2020)

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

- Questionar a doente sobre o que é a dispneia e quais os seus sintomas (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre quais os sinais e sintomas de agravamento da dispneia e quando deve contactar o profissional de saúde (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre quais as medidas que adota quando apresenta episódio de dispneia (NIC, 2020)

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Explicar a relação entre ingestão de líquidos, peso corporal e edema (NIC, 2020, ESC, 2021)
- Informar sobre edema (NIC, 2020)
- Descrever os sinais e sintomas da doença que se relacionam com a ingestão de líquidos e presença de edema (NIC, 2020)
- Informar sobre quais os sinais de alerta em caso de retenção de líquidos grave (NIC, 2020; ESC, 2021)
- Orientar o doente a contactar o profissional de saúde se os sinais e sintomas da retenção de líquidos surgirem e/ou persistirem mesmo após redução da ingestão de líquidos (NIC, 2020)

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Orientar a doente para o planeamento de atividades em períodos em que este tenha mais energia, atribuindo prioridades, evitando atividades em períodos de dia com maior exigência energética (p. ex., evitar atividades físicas imediatamente depois das refeições) (NIC, 2020)
- Encorajar alternância entre períodos de repouso e de atividade, programando os períodos de descanso (p. ex., realizar um período de sesta durante a tarde) (NIC, 2020)
- Ensinar sobre técnicas de organização de atividades e de controle de tempo para evitar fadiga (NIC, 2020)
- Encorajar atividade física conforme tolerância (p.ex., caminhadas em plano reto com aumento gradual do tempo de duração) (NIC, 2020)
- Orientar a doente a contactar o profissional de saúde se os sinais e sintomas da fadiga persistirem após repouso (NIC, 2020)

Ensinar sobre regime dietético

- Ajudar na elaboração de planos alimentares adequados (NIC, 2020)
- Explicar importância de adotar dieta hipossalina e hipocalórica no controlo da doença cardíaca e metabólica (NIC, 2020; McDonagh et al., 2021)
- Fornecer informação sobre dieta hipocalórica e hipossalina (NIC, 2020)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Explicar à doente o efeito de cada um dos medicamentos prescritos no controlo das suas doenças (NIC, 2020)
- Ensinar sobre efeitos adversos (NIC, 2020)
- Informar a doente sobre as consequências de não tomar ou interromper abruptamente o uso do(s) medicamento(s) (NIC, 2020)
- Disponibilizar apoio para qualquer tipo de dúvidas relativamente à medicação (NIC, 2020)
- Orientar a doente a contactar o profissional de saúde em caso de existência de algum efeito adverso da medicação (NIC, 2020)

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Promover momento de reflexão sobre significados dificultadores e crenças associadas à vacinação (NIC, 2020)
- Explicar importância da vacinação no controlo da doença respiratória e cardíaca (NIC, 2020)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre o regime dietético recomendado para controlo da doença cardíaca e metabólica (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre as características da dieta hipocalórica e hipossalina
- Questionar a doente sobre alterações no regime dietético implementadas após o primeiro contacto

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre o regime medicamentoso (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre a ação esperada de cada um dos medicamentos no controle da doença
- Questionar a doente sobre potenciais efeitos adversos dos medicamentos

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre regime de ingestão de líquidos (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre adesão às medidas sugeridas no primeiro contacto

Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre conservação de energia (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre sinais e sintomas de fadiga que requeiram redução de atividades (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre as atividades sugeridas para promover uma gestão adequada da atividade/repouso (NIC, 2020)
- Questionar a doente sobre adesão às medidas sugeridas no primeiro contacto

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações do compromisso da glicemia

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre glicemia, hipoglicemia e

hiperglicemia (NIC, 2020)

- Questionar sobre medidas a adotar em caso de hipo e hiperglicemia
- Questionar sobre quais as situações de maior risco em que a doente deve contactar o profissional de saúde

Ensinar sobre sinais de hiperglicemia

- Avaliar conhecimento da doente sobre hiperglicemia (causas, sinais e sintomas) (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento para a hiperglicemia (NIC, 2020)
- Incentivar a monitorização regular dos níveis de glicemia, referindo a importância de o fazer para prevenir situações de risco (NIC, 2020)
- Orientar a doente para a ingestão de líquidos em caso de hiperglicemia (NIC, 2020)

Ensinar sobre sinais de hipoglicemia

- Avaliar conhecimento da doente sobre hipoglicemia (causas, sinais e sintomas) (NIC, 2020)
- Orientar a doente sobre sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento para a hipoglicemia (NIC, 2020)
- Incentivar a monitorização regular dos níveis de glicemia, referindo a importância de o fazer para prevenir situações de risco (NIC, 2020)
- Orientar a doente a trazer sempre consigo um hidrato de carbono de absorção rápida (p. ex. bebida açucarada) (NIC, 2020)

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Orientar a doente sobre as intervenções planeadas para tratar a retenção de líquidos (p. ex., regime medicamentoso, regime de restrição hídrica) (NIC, 2020)
- Descrever a lógica por trás das recomendações terapêuticas (NIC, 2020)
- Informar a doente sobre a importância da restrição hídrica no controle da doença cardíaca (NIC, 2020; McDonagh et al., 2021)
- Encorajar a doente a ingerir diariamente a quantidade de líquidos adequada à sua condição (NIC, 2020)
- Ensinar sobre técnicas de controle da sede (NIC, 2020)

Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos

- Avaliar o nível de conhecimento que apresenta sobre sinais e sintomas da retenção de líquidos (NIC, 2020)
- Questionar sobre o significado da presença de sinais e sintomas de retenção de líquidos no decurso da doença cardíaca
- Questionar sobre medidas de autovigilância adotadas após o primeiro contacto

Avaliar evolução do significado atribuído à vacinação

- Questionar sobre significados e crenças associadas à vacinação
- Promover momento de reflexão sobre influência de significados dificultadores e crenças associadas na perceção sobre a temática (NIC, 2020)
- Questionar sobre intenção relativa à adesão à vacinação

4.7. Síntese relativa ao caso

Neste caso clínico a doente apresentava, entre outras comorbilidades, o diagnóstico de IC com FEVEp. Consciente, orientada, com um bom desempenho cognitivo (com base na *Mini Mental State Examination*) e autónoma nas suas atividades de vida diárias. Seguida pela ECDCC já há alguns meses, com vários episódios de agudização da doença que motivaram episódios de urgência e outros de internamento hospitalar prévios ao momento de início de acompanhamento pela equipa.

Na primeira sessão contemplada na elaboração deste caso clínico realizada em contexto domiciliário, foi desenvolvida uma avaliação física da doente bem como um momento de entrevista não estruturada. Em termos físicos, verificou-se a presença de edema nos membros inferiores até ao joelho (sinal de godet positivo com depressão cutânea inferior a 2mm), um padrão respiratório normal em repouso e na deambulação, bem como valores adequados de pressão arterial.

Seguiu-se o momento de entrevista não estruturada que contemplou inúmeros aspetos relativos ao conhecimento sobre a doença, à auto perceção sobre o estado de saúde, significados e crenças associados, e questões relacionadas com a gestão do regime terapêutico. Durante a entrevista procedeu-se ao preenchimento da EEAIC, bem como do instrumento de avaliação SCHDE para definição do seu perfil de autocuidado. Com os resultados obtidos através do preenchimento destes instrumentos foi possível definir o perfil da doente que se situou no responsável, e verificar que os seus comportamentos de autocuidado no âmbito da gestão do regime terapêutico da IC não se apresentaram totalmente adequados (score de 32). Além destes dados relacionados com o autocuidado na IC, ao longo da entrevista foi notória a presença de consciencialização relativamente a inúmeros aspetos relativos às características da sua doença, nomeadamente a sinais e sintomas e outros relativos ao seu regime terapêutico. Verificou-se a presença de envolvimento na gestão do regime terapêutico traduzido pela adesão a medidas de redução da ingestão hídrica, adoção de dieta hipossalina e hipocalórica, e uma forte capacidade de auto gestão do regime medicamentoso.

No entanto, foram detetadas ainda algumas lacunas no âmbito do conhecimento sobre determinados aspetos, sendo as intervenções de Enfermagem definidas no âmbito da promoção do conhecimento. Verificou-se um baixo nível de conhecimento sobre o regime medicamentoso (a doente não sabia a ação de cada um dos medicamentos no controlo da doença apesar de adotar práticas de adesão ao regime muito adequadas) bem como sobre a auto vigilância de sinais de retenção de líquidos uma vez que, por exemplo, na primeira sessão considerava não ter qualquer tipo de edema quando este estava presente, ainda que reduzido. O conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos, regime dietético e auto-gestão de momentos de

atividade/repouso e conservação de energia verificou-se não ser ainda facilitador na primeira sessão e por isso foram desenvolvidas intervenções de Enfermagem neste âmbito. Todas atividades de Enfermagem definidas tiveram como base o perfil de autocuidado da doente e basearam-se fundamentalmente no ensino de atividades e comportamentos de autocuidado alinhados com todos os aspetos referidos anteriormente, promovendo a capacidade de auto gestão do regime terapêutico e da doença por parte da doente.

Ainda na primeira sessão verificou-se um significado dificultador de desvalorização no âmbito da vacinação da gripe sazonal, apesar da adesão em anos anteriores ter sido adequada. A doente referiu não querer tomar a vacina uma vez que afirma ter tido pelo menos um episódio de gripe após toma da vacina no ano anterior e por isso não vê qualquer benefício em tomá-la.

Na segunda sessão realizou-se uma avaliação dos parâmetros vitais que se apresentaram dentro dos parâmetros da normalidade, com registos quase diários de peso e glicemia sem qualquer tipo de agravamento e o sinal de godet manteve-se presente em ambos os membros inferiores ($< 2\text{mm}$). Foi realizado um momento de entrevista não estruturada, onde foi mais uma vez preenchida a EEAIC, e evidenciada a presença de um score inferior (26) (Anexo 6) ao obtido no primeiro contacto, parecendo indicar a adoção de comportamentos de autocuidado mais adequados. Verificou-se também que o significado identificado como dificultador no primeiro contacto relativamente à vacinação passou a ser não dificultador, sendo a doente capaz de inumerar algumas das vantagens da toma da vacina no controlo da sua doença, manifestando a vontade de se vacinar.

Através da análise de todos os estes dados, consideramos ter existido uma evolução positiva no âmbito do conhecimento sobre auto vigilância de sinais de retenção de líquidos, que passou a ser facilitador. Em todos os outros aspetos referidos no contexto da primeira sessão consideramos que a doente não manifestou ainda um nível de conhecimento facilitador, apesar de apresentar adesão em alguns aspetos e adoção de comportamentos de autocuidado mais adequados, sendo por isso importante manter nas sessões seguintes a mesma tipologia de intervenções por parte do enfermeiro gestor de caso. O seu envolvimento em quase todos os aspetos relativos à gestão do regime terapêutico da sua doença através adoção de estratégias por exemplo de controlo da sede, de contabilização dos líquidos ingeridos, de medição da quantidade de sal a colocar na comida, e da melhor gestão das suas atividades de vida diárias, é tradutor da presença de indicadores de resultado que espelham aumento da satisfação relativamente à capacidade para gerir a sua condição de doença, e indicam o início de uma transição saudável.

Neste caso clínico específico verifica-se já numa primeira sessão uma forte consciencialização da doente face a inúmeros aspetos relacionados com o seu processo de saúde/doença. Isto traduz, de certa forma, a importância do acompanhamento por parte do enfermeiro gestor de caso que realizou previamente a esta sessão todo um trabalho devidamente fundamentado e

adequado às suas necessidades individuais, fornecendo ferramentas que lhe permitem lidar com o seu processo de saúde/doença. O enfermeiro vai ao longo de todos os contactos adaptando as suas intervenções e atividades consoante a fase da transição em que o doente se encontra, adequando os ensinamentos e os cuidados prestados de forma a potenciar a sua autonomia e capacidade de auto gestão do regime terapêutico por parte do doente.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro Especialista é o profissional da carreira de Enfermagem ao qual se reconhece um maior número de competências técnicas, científicas e humanas, assumindo um papel diferenciado e especializado no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem na área da sua especialidade (OE, 2019; OE, 2015). A OE é o órgão que regula a profissão de Enfermagem, e redigiu em 2019 o *“Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”*, e em 2018 o *“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”*. No âmbito de Mestrado em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, o estágio de natureza profissional assume particular importância no desenvolvimento de todas estas competências, conduzindo à obtenção do grau de Mestre e obtenção do título de Enfermeiro Especialista pela OE. Deste modo, segue-se uma reflexão sobre a forma como estas competências foram desenvolvidas ao longo de toda a unidade curricular bem como uma descrição das atividades concretizadas neste âmbito.

Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Cada uma das especialidades em Enfermagem apresenta uma área específica e bem definida de atuação, sendo que em todas elas o Enfermeiro Especialista deve demonstrar um conjunto de competências transversais, que garantem a uniformização e qualidade dos cuidados prestados. As competências comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com a OE (2019, p. 4744) *“envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem”*. Estas desenvolvem-se no âmbito de vários domínios, nomeadamente (OE, 2019, p. 4745): a) *Responsabilidade profissional, ética e legal*; b) *Melhoria contínua da qualidade*; c) *Gestão dos cuidados*; d) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi desenvolvida uma importante reflexão sobre o Código Deontológico da profissão de Enfermagem, incluído no estatuto da OE elaborado em 2015, que permitiu adotar uma prática clínica baseada em todos estes aspetos. O cuidar da pessoa com doença crónica complexa foi ao longo de todo este percurso formativo realizado sem qualquer tipo de *“discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou*

religiosa” (OE, 2015, p. 82), juízos de valor sobre os seus comportamentos e privilegiando o consentimento devidamente informado sobre todo o tipo de intervenções estabelecidas. Foi essencial fomentar a segurança, a privacidade (na prestação direta de cuidados e na partilha de informação clínica) e a dignidade, demonstrando e liderando uma tomada de decisão com forte contributo para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa em situação crónica. Desta forma, todo o planeamento de cuidados especializados e intervenções realizadas neste contexto de intervenção em Enfermagem, foram desenvolvidos de forma a dotar os doentes de ferramentas adequadas de gestão do seu regime terapêutico, adaptadas à sua condição de saúde/doença, tendo particular atenção à sua individualidade, inserida numa família e numa comunidade.

Num contexto de prestação de cuidados em que o objetivo central é potenciar a autonomia do doente de forma a que este seja capaz de gerir a sua condição de doença de forma mais autónoma possível, foi fundamental, enquanto Enfermeiro gestor de caso, conhecer todas as particularidades da doença, do doente, do seu contexto habitacional, familiar e social. Definir o seu perfil de autocuidado, avaliar as suas capacidades físicas e cognitivas e a sua rede de suporte, foram essenciais para elaborar estratégias de intervenção: definir, por exemplo quais os ensinamentos a direcionar ao doente e/ou ao cuidador (e/ou rede de suporte), fornecer momentos de escuta ativa, tão necessários, de forma a esclarecer dúvidas, angústias e até conquistas, bem como saber priorizar as atividades a desenvolver de acordo com as necessidades individuais de cada um. Os doentes seguidos pela ECDCC são maioritariamente idosos, e por isso foi necessário desenvolver planos de ação de forma a promover a independência física, psíquica e social, e desenvolver capacidade ao nível do autocuidado, com o principal objetivo de promover autonomia e melhorar a qualidade de vida (OE, 2015). Neste sentido, toda a conduta adotada no contexto de prestação de cuidados apresentou como objetivo essencial promover a autonomia dos doentes para cuidarem da sua doença, vigiarem sinais e sintomas da mesma e principalmente, constituir um forte apoio de aconselhamento e de facilitação do acesso aos cuidados de saúde. Ao longo do estágio foi possível verificar a importância da consciencialização dos doentes para as suas doenças, nomeadamente o reconhecimento de sinais de agudização/descompensação, e experienciar as dúvidas que estes colocavam ao longo das visitas domiciliárias, bem como durante os contactos telefónicos que realizavam a informar sobre alterações ao seu estado clínico e a solicitar formas de conseguirem lidar com essas mesmas alterações.

Ainda neste domínio, foi fundamental o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação em saúde, da comunicação terapêutica e do estabelecimento de relações terapêuticas com os doentes. A comunicação terapêutica consiste na utilização de conhecimento sobre comunicação permitindo estabelecer com o doente uma relação efetiva de confiança, constitui um processo consciente e deliberado que permite reunir informações relacionadas com o seu estado como um todo, e fornecer respostas através de uma abordagem

verbal ou não-verbal que promova o seu bem estar, melhore o entendimento dos cuidados prestados e permita estabelecer uma relação terapêutica (Sequeira, 2016). Aspetos como a escuta ativa, a empatia, e a troca de informações de forma clara e adaptada às necessidades individuais do doente, constituem um componente essencial na promoção do cuidado centrado na pessoa, facilitando a expressão de sentimentos e a construção de uma relação de confiança entre o doente e o profissional (Arnold & Boggs, 2019). Analisando a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Peplau entre 1952 e 1991, as relações interpessoais no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem assumem particular relevância na medida em que as experiências vividas pelos doentes nos diferentes contextos de prestação de cuidados estão diretamente relacionadas com a relação estabelecida entre eles e os profissionais de Enfermagem (Hagerty et al., 2017). De acordo com o mesmo autor, o foco da pesquisa científica em Enfermagem deve sempre ser os doentes, as suas necessidades e as suas perceções relativamente ao cuidados prestados, na medida em que quanto mais positivas as experiências proporcionadas nestes contextos forem, maior a satisfação e o envolvimento dos doentes nos cuidados traduzindo-se em ganhos em saúde e aumento dos níveis de qualidade de vida.

A pesquisa da evidência sobre as temáticas acima descritas, bem como a observação direta da prática do enfermeiro tutor e restante equipa de Enfermeiros gestores de caso, foram fundamentais para o desenvolvimento de competências neste domínio. Apesar do meu contexto profissional ser também no âmbito do cuidar da pessoa em situação crónica, este é desenvolvido em contexto de internamento onde a condição de doença adquire um carácter mais agudo com uma tipologia de cuidados mais reativos, não existindo por vezes muito espaço para momentos de partilha de conhecimentos, de educação para saúde e de desenvolvimento de relações terapêuticas semelhantes às que são possíveis desenvolver em contexto de consulta de Enfermagem. Ao longo deste estágio foi possível experienciar a importância inequívoca de todos estes aspetos na medida em que existiu a oportunidade de prestar cuidados a doentes já seguidos pela ECDCC há algum tempo e outros em momento inicial de admissão na consulta. Nos primeiros foi notória a relação de confiança já estabelecida com o Enfermeiro gestor de caso e as vantagens da mesma: uma comunicação de ambas as partes sem receios, sem constrangimentos, com sinceridade e humildade nas dúvidas e lacunas ao nível do conhecimento sobre a doença, com um grande à vontade na partilha de emoções e medos, e sobretudo baseada na confiança mútua. Relativamente aos doentes em início de seguimento pela equipa, foi essencial adotar uma comunicação assertiva, clara e rigorosa, dando espaço à partilha de informação quer pelos doentes, quer pelos cuidadores com objetivo último de desenvolver uma relação terapêutica capaz de providenciar a médio/longo prazo ganhos em saúde para o doente.

Ainda no domínio da comunicação, esta foi sempre intencional, individualizada e personalizada, com objetivos bem definidos, atendendo *“com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (OE,

2015, p. 84). O desenvolvimento de uma comunicação em saúde multidisciplinar eficaz foi também fundamental, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas. Toda a informação pertinente foi partilhada apenas com os intervenientes no plano terapêutico (equipa multidisciplinar, doente, cuidadores/família), *“usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”* (OE, 2015, p. 84), e a sua utilização foi também essencial para a avaliação dos processos desenvolvidos e resultados obtidos quer com o doente, quer com a equipa, de forma a mensurar a efetividade das atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros, a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, bem como uma prática baseada nas referências existentes para o exercício da profissão, surgem como elementos-chave da atuação do Enfermeiro Especialista (OE, 2001). Neste contexto, foram mobilizados conhecimentos de forma a colaborar com a equipa de Enfermagem ao nível das iniciativas estratégicas já implementadas nomeadamente no âmbito da governação clínica e nos programas de melhoria contínua. De acordo com a OE (2001, p. 7) *“a qualidade exige reflexão sobre a prática”*, e é neste sentido que a prática baseada na evidência assume particular destaque. Este conceito surgiu na década de 1970 como um movimento para utilizar de forma consciente, explícita e criteriosa, as melhores evidências disponíveis na tomada de decisão clínica na prestação de cuidados de saúde, e a sua implementação tem por base três elementos fundamentais que deverão ser considerados em conjunto: a evidência científica disponível, a experiência profissional do Enfermeiro e as preferências do doente (Dansky et. al. 2017). Transformar e traduzir conhecimento em ação no âmbito da prestação de cuidados de saúde é um processo complexo, dinâmico e em constante evolução, que exige do profissional de Enfermagem a atualização sistemática dos seus conhecimentos de forma a ser capaz de prestar cuidados com base na evidência disponível em detrimento daqueles apenas suportados em conhecimentos empíricos (Dansky et. al. 2017). No contexto deste estágio, foram desenvolvidas competências neste âmbito através da pesquisa da evidência, nomeadamente ao nível da promoção da gestão do regime terapêutico nos doentes crónicos complexos com maior destaque nos com diagnóstico de IC, bem como das características do modelo de gestão de caso e do papel de Enfermeiro Gestor de Caso, sendo todos estes conhecimentos adquiridos fundamentais para prestar melhores cuidados, adaptados a cada doente e a cada família.

De acordo com Camargo et. al (2018) as principais fontes de evidência a que os profissionais de Enfermagem recorrem são a experiência profissional dos pares e os protocolos institucionais, e é recorrente entre estes a falta de conhecimento para avaliação das evidências, a sobrecarga de trabalho e a resistência à mudança. Relativamente ao contexto de estágio importa que

referir que, sendo o core da prestação de cuidados a consciencialização para os processos de transição saúde/doença e a educação para a saúde de doentes e cuidadores, a prática teve que ser devidamente fundamentada com evidência de forma a ser bem sucedida, uma vez que cada doente é um doente e não é possível realizar uma abordagem igual em todos eles uma vez que cada um tem as suas características e se encontra em diferentes fases da transição. Para uma eficaz gestão dos casos foi fundamental observar e avaliar o doente, a família, a habitação, identificar as principais necessidades e procurar na evidência a melhor e mais adequada forma de intervenção. Toda esta reflexão foi muito útil para o meu desenvolvimento profissional na medida em que efetivamente constatei que a minha prática era, em muitos aspetos baseada nos protocolos da instituição e na minha experiência e dos meus pares. Por este motivo, desenvolver competências no âmbito da pesquisa da melhor evidência e da fundamentação da minha prática profissional diária nessa mesma evidência foi fundamental para a aquisição de competências especializadas que me permitiram, por exemplo, consciencializar e capacitar de forma mais eficaz os doentes e cuidadores para a alta clínica, fornecendo-lhes mais e melhores capacidades para auto gerirem o seu regime terapêutico, e na transição de informação clínica mais completa entre os diferentes contextos de saúde (por exemplo, elaboração de cartas de alta direcionadas para os cuidados de saúde primários) permitindo uma maior e melhor integração de cuidados.

Ainda neste domínio foram desenvolvidos alguns procedimentos alinhados com as principais necessidades da ECDCC que concorrem de forma direta para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente ao nível da admissão do doente na equipa e do dossier de apoio para o profissional e para o doente, que serão abordados de forma mais pormenorizada mais à frente neste documento, no contexto do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da gestão dos cuidados

Relativamente à gestão de cuidados, de acordo com a OE (2019), esta deve ser realizada de forma a otimizar o trabalho e a resposta da equipa, nomeadamente ao nível da tomada de decisão, garantindo a segurança e a qualidade, bem como todos os recursos necessários à prestação de cuidados. Neste contexto formativo foi essencial colaborar em todas as atividades desenvolvidas neste âmbito pela equipa de Enfermagem e pelo Enfermeiro Coordenador da ECDCC, desenvolvendo competências no âmbito da gestão de recursos existentes de forma a dar resposta às necessidades nas mais diversas situações e contextos de intervenção. Durante o estágio, foi possível observar a forma como os Enfermeiros Especialistas da equipa desempenham um papel central na gestão dos cuidados, contribuindo para a organização e otimização dos recursos, bem como para a implementação de práticas de trabalho que favorecem a segurança e a qualidade na prestação de cuidados neste contexto específico. Foi evidente que a comunicação estruturada e a colaboração entre os elementos da equipa de Enfermagem e multidisciplinar são fatores determinantes para garantir uma gestão eficiente e integrada dos cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde integrados têm como principal objetivo desenvolver uma abordagem integrada e centrada no doente seguindo princípios fundamentais que se baseiam na equidade ao acesso aos cuidados de saúde, bem como na qualidade e eficiência dos mesmos, e deverão ser definidos e coordenados tendo em conta as necessidades individuais de cada doente e família, respeitando as suas preferências e promovendo a sua participação em todas as questões que caracterizam os seus processos de saúde/doença (World Health Organization, 2015). Ao longo do estágio na ECDCC foi possível verificar a importância da comunicação eficaz nesta integração de cuidados. O Enfermeiro gestor de caso assume um papel de facilitador desta comunicação entre todos os intervenientes na medida em que ele constitui a principal ponte de contacto entre o doente e os serviços de saúde. A relação de confiança estabelecida com os doentes foi fundamental para criar momentos privilegiados de troca de informações, nomeadamente a exposição por parte do doente de alterações ao seu estado de saúde durante as visitas domiciliárias. Sempre que a avaliação do Enfermeiro gestor de caso detetava alterações significativas com necessidade de contactar outros elementos da equipa multidisciplinar, este contacto era realizado o mais rápido possível e eram agilizados todo o tipo de cuidados como, por exemplo, exames complementares de diagnóstico, colheitas de sangue, etc. Neste contexto, o Enfermeiro gestor de caso assume de certa forma um papel de líder e coordenador da equipa e por isso precisa de adquirir competências de liderança de forma a impactar positivamente os cuidados, sendo capaz de provocar mudanças positivas e necessárias na gestão de cuidados com o principal objetivo de que toda a equipa seja capaz de prestar bons cuidados de saúde (Silva & Cescon, 2023). Ao longo do estágio e assumindo o papel de Enfermeiro gestor de caso, foram desenvolvidas competências neste âmbito, adotando com toda a equipa multidisciplinar uma comunicação assertiva e devidamente fundamentada, capaz de promover a confiança entre pares e a consequente eficácia na gestão de cuidados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi fundamental aumentar o conhecimento através da procura de referenciais teóricos e científicos que permitiram desenvolver competências especializadas, adequadas às necessidades do doente e com uma base fundamental de sustentação na promoção da autogestão do regime terapêutico pelo doente crónico complexo. De acordo com a OE (2001, p. 12), *“a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”*, sendo por isso essencial suportar a prática clínica em evidência científica (OE, 2019). Com todos os conhecimentos adquiridos através da pesquisa da evidência científica e dos momentos de aprendizagem em contexto de estágio, foi possível desenvolver um papel de agente facilitador da aprendizagem, com o objetivo principal de oferecer ferramentas ao doente promotoras da consciencialização e capacitação relativas aos processos de saúde/doença vivenciados por cada um deles.

Ainda neste âmbito, foram adquiridas competências especializadas relativamente à *“formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”* (OE, 2019, p. 4750), através da elaboração de alguns procedimentos. Estes tiveram por bases os parâmetros definidos pela instituição para a elaboração destes documentos e foram intitulados: *“Procedimento de admissão do doente na Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo”* (Anexo 7); *“Procedimento de elaboração do dossier do Doente Crónico Complexo”* (Anexo 8); *“Procedimento de elaboração do dossier do Enfermeiro Gestor de Caso na ECDCC”* (Anexo 9).

Estes procedimentos tiveram por base o modelo de intervenção da ECDCC junto da população com doença crónica complexa, e como principal objetivo constituir uma ferramenta de apoio à organização dos cuidados, na medida em que permitem a uniformização da prática clínica por parte de todos os elementos da equipa de Enfermagem. O primeiro procedimento constitui um documento de apoio à planificação do momento de admissão do doente na equipa, na medida em que inclui todos os passos a seguir na primeira consulta multidisciplinar e na primeira consulta de Enfermagem no domicílio realizada apenas pelo Enfermeiro gestor de caso. Este inclui em anexo alguns instrumentos de avaliação e de colheita de dados fundamentais para conhecer o doente em aspetos tão fundamentais como o grau de dependência, a qualidade de vida e a adesão ao regime terapêutico, auxiliando o Enfermeiro gestor de caso na tomada de decisão para elaboração de um plano de intervenção ajustado. Inclui também documentação legal relacionada com o consentimento informado do doente e cuidadores, que fica quer em suporte de papel no processo do doente, quer em registo informático em programa próprio.

Os restantes procedimentos definem a constituição de um dossier em papel, um para o doente e outro para o enfermeiro gestor de caso, e assumem particular importância no âmbito do registo de informação que permite ao profissional, além de visualizar as anotações sobre determinados parâmetros vitais realizados pelo próprio doente e/ou cuidadores (tensão arterial, glicemia, peso, etc), fomentar a consciencialização para a doença e a autovigilância, promover o envolvimento na gestão do regime terapêutico, e capacitar para a autogestão. O dossier do enfermeiro gestor de caso permite uma organização dos registos em suporte de papel muito útil nas consultas domiciliárias (toda a informação é posteriormente registada em sistema informático próprio), uma vez que permite visualizar aspetos relativos à evolução do doente entre consultas, visualizar padrões e tomar decisões adequadas e ajustadas de intervenção e atividades a realizar.

Ainda como contributo para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, foi realizado um e-poster no âmbito da Conferência Internacional de Investigação em Saúde realizada nos dias 2,3 e 4 de Abril na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, intitulado *“Consciencialização na adesão ao regime terapêutico na IC: estudo de caso”*. Este foi desenvolvido partir do primeiro caso clínico apresentado neste relatório e elaborado com base no modelo CARE, recorrendo à Ontologia de Enfermagem e ao

modelo teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis. A execução deste trabalho foi fundamental para o desenvolvimento de competências no âmbito da tomada de decisão em Enfermagem especializada, bem como na elaboração de trabalhos científicos para divulgação, tradutores de uma prática baseada na evidência com recurso a uma metodologia científica. Assegurar uma atualização permanente dos meus conhecimentos enquanto futura Enfermeira Especialista é essencial para a qualidade do meu desempenho profissional, e enriquecedor para os contextos da minha atuação.

Competências Específicas do EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

No âmbito da EMC, e tendo em conta as necessidades crescentes de cuidados especializados em determinadas áreas *“relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção”* (OE, 2018, p. 19359), surgem as duas competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2018, p. 19360): *a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; b) Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.*

Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

A primeira competência específica teve como base de desenvolvimento todas as características das doenças crónicas na atualidade, bem como a importância crescente de implementação de estratégias eficazes de gestão da mesma. O Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica surge como o profissional capaz de fornecer estas estratégias à população, ao *“mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados”* (OE, 2018, p. 19368), assumindo um papel essencial na identificação das *“necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica”* (OE, 2018, p. 19368). Este tem como uma das suas principais unidades de competência a promoção de *“intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica”* (OE, 2018, p. 19368).

Neste contexto, surge um dos objetivos definidos no início deste percurso formativo, que teve por base o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção no âmbito da gestão do regime terapêutico no doente com IC, cujas principais atividades desenvolvidas passaram pela elaboração de dois casos clínicos que contemplam entre outros aspetos a conceção de planos de cuidados de Enfermagem. Para o desenvolvimento deste objetivo foi fundamental uma pesquisa aprofundada sobre as bases do processo de Enfermagem que se define como um

método sistemático e organizado que orienta a prática profissional do Enfermeiro, baseando-se no raciocínio clínico e na tomada de decisão baseada na evidência (Argenta et al., 2020). Este segue uma abordagem científica, fundamentada em modelos conceituais e teorias de Enfermagem, que destacam o papel do enfermeiro como agente de cuidado, e é constituído por cinco etapas interdependentes, nomeadamente: a avaliação inicial e colheita de dados, a elaboração de diagnósticos de Enfermagem, o planeamento de intervenções, a implementação das atividades definidas na fase anterior, e a avaliação de resultados (Argenta et al., 2020). Para a estruturação do processo de Enfermagem a Ontologia assume particular importância na medida em que pode ser definida como uma estrutura formal que representa o conhecimento da disciplina de maneira organizada, permitindo a padronização da linguagem, a interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde e a sistematização do raciocínio clínico dos enfermeiros (Bastos et al., 2021). Esta representação do conhecimento possibilita a categorização de conceitos, diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem, promovendo uma comunicação mais eficiente entre profissionais e aprimorando a prática baseada na evidência (Bastos et al., 2021).

Neste âmbito foi prioritário o recurso a ferramentas essenciais para a prática de Enfermagem tais como as classificações *NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International)* na estruturação de diagnósticos de Enfermagem, a *NIC (Nursing Interventions Classification)* ao nível da categorização de intervenções de Enfermagem e a *NOC (Nursing Outcomes Classification)*, taxonomia dos resultados esperados das intervenções. Para a elaboração dos casos clínicos, bem como para a conceção de cuidados foi utilizada a plataforma *e4Nursing*, uma plataforma educacional, destinada a estudantes e profissionais de Enfermagem, orientada para a simulação e treino do processo de conceção de cuidados de Enfermagem, e que utiliza a ontologia de Enfermagem aprovada pela OE.

Ambos os estudos de caso foram desenvolvidos em doentes crónicos complexos com diagnóstico de IC, e a sua execução de forma individualizada e ajustada às necessidades das doentes permitiu-me desenvolver competências em diferentes níveis, na medida em que cada uma delas se encontrava em fases distintas de transição relativamente ao seu processo de saúde/doença e apresentavam diferentes perfis de autocuidado, assim como diferentes características individuais. Neste contexto, foram aprofundados os conhecimentos sobre as teorias de Enfermagem já referidas anteriormente neste relatório, que foram fundamentais na elaboração dos planos de cuidados, na medida em que estas são a base de todas as ações do Enfermeiro Especialista e um pilar orientador da tomada de decisão nos cuidados à pessoa com doença crónica. A utilização de uma metodologia de estruturação do processo de enfermagem com base na Ontologia permitiu estruturar conteúdos educativos personalizados, organizando a informação de forma hierárquica e adaptável ao diferentes perfis de autocuidado de cada uma das doentes e às respetivas fases da transição.

No primeiro caso foi possível trabalhar a consciencialização para a doença, sinais, sintomas e

comportamentos de autocuidado alinhados com o regime terapêutico da IC, enquanto que no segundo caso, face a uma doente já com um forte componente de consciencialização face à doença e regime terapêutico, foi desenvolvida a temática da capacitação, do conhecimento e do envolvimento com o processo de saúde/doença. A teoria das transições de Afaf Meleis foi essencial para perceber as características das transições e outros aspetos fundamentais tais como os significados dificultadores que influenciam de forma direta o processo de consciencialização e de capacitação. Esta teoria foi uma das bases conceptuais da prestação de cuidados ao longo do estágio, na medida em que ofereceu orientações para a identificação de necessidades do doente/cuidador e promoção de intervenções especializadas, tendo como objetivo a facilitação dos processos de transição. A Teoria do Autocuidado de Orem foi também fundamental para a avaliação das necessidades de autocuidado dos doentes contribuindo para o desenvolvimento de uma reflexão aprofundada acerca das necessidades de intervenção neste âmbito de forma a promover a adesão a comportamentos adequados ao seu regime terapêutico. Trabalhar cada um destes aspetos individualmente foi fundamental para influenciar os resultados obtidos, sendo estes avaliados com *“base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica”* (OE, 2018, p. 19369).

A definição das atividades de Enfermagem desenvolvidas no âmbito da conceção dos cuidados, esteve centrada na promoção da adesão ao regime terapêutico e da qualidade de vida, incentivando a autonomia do doente. O desenvolvimento de estratégias motivacionais baseadas na mudança comportamental e no empoderamento contribuíram para uma maior adesão ao tratamento, reduzindo assim a probabilidade de complicações e hospitalizações. A monitorização contínua do estado de saúde dos doentes e da sua adesão ao regime terapêutico enquanto Enfermeiro gestor de caso foi essencial para identificar barreiras à continuidade dos cuidados, permitindo-me ajustar as intervenções sempre que necessário, garantindo assim que o doente e os seus cuidadores se sentissem apoiados em todas as fases do seu processo de doença.

Ainda no domínio da primeira competência específica, o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica tem como função *“liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos”* (OE, 2018, p. 19369). Neste âmbito foi desenvolvido um procedimento intitulado *“Utilização, manutenção e higienização das malas de equipamento, materiais e fármacos da ECDCC”* (Anexo 10) que teve como principal objetivo regular o processo de higienização das malas de transporte de material e equipamentos utilizados na prestação de cuidados no domicílio durante as consultas de enfermagem, nomeadamente, colheita de espécimes, avaliação de sinais vitais, tratamento de feridas, administração de fármacos, etc. Este procedimento foi desenvolvido de forma a colmatar uma lacuna existente na prestação de cuidados por parte da equipa, na medida em que não existia de forma sistematizada nenhum tipo de procedimento neste âmbito. Este foi redigido tendo por base todas as diretrizes locais e

nacionais definidas neste âmbito, nomeadamente através de uma pesquisa da evidência científica sobre o tema, como por exemplo a norma de 2012 da DGS, *“Precauções básicas do controlo da infeção”*. Com a elaboração deste procedimento pretendeu-se, além de prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde, promover a segurança do doente, familiares/cuidadores e profissionais, e garantir o bom estado do equipamento e dos materiais/fármacos que constituem as malas. Teve também como base a otimização de recursos e a uniformização de procedimentos, e a sua elaboração foi fundamental para o desenvolvimento desta competência específica permitindo uma maior qualidade no contexto de prestação de cuidados por parte da ECDCC, nomeadamente em contexto domiciliário.

Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Relativamente à segunda competência específica, considera-se que o Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica *“faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção”* (OE, 2018, p. 19369). Tem por base a especificidade e diversidade de cada um dos seus contextos de atuação, bem como, das intervenções terapêuticas, assumindo um papel de gestão dos processos terapêuticos de adaptação à doença crónica.

Um dos modelos amplamente utilizados na gestão da doença crónica é o modelo de gestão de caso, que têm como principais fundamentos a coordenação e a integração de cuidados dirigido a pessoas com doenças crónicas e complexas (Peres et al., 2023). Define-se então como um processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação de cuidados, monitorização e defesa de opções e serviços, de forma a satisfazer as necessidades globais de saúde do doente e do cuidador/família (Case Management Society of America, 2016). Neste modelo o Enfermeiro gestor de caso, atua como facilitador e ponto central no acompanhamento do doente ao longo do seu percurso nos serviços de saúde, desempenhando um papel central na coordenação dos processos terapêuticos e assegurando que o doente recebe cuidados personalizados, eficazes e sustentáveis ao longo do tempo (Case Management Society of America, 2016). Atua como um elo de ligação entre o doente, a equipa de saúde e os diferentes serviços envolvidos no tratamento da doença crónica de forma a garantir uma transição fluída entre os mesmos, e a sua função não se limita à prestação direta de cuidados, mas estende-se à gestão, monitorização e otimização dos processos terapêuticos, garantindo que as intervenções sejam eficazes e adaptadas às necessidades individuais do doente. Tem como principais responsabilidades realizar a avaliação global do doente, identificando as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e económicas, desenvolver um plano terapêutico individualizado e baseado na melhor evidência científica, funcionando como agente de promoção da adesão ao regime terapêutico através da educação para a saúde, de forma a prevenir complicações e agudizações da doença. A adesão e autogestão do regime terapêutico é um dos maiores

desafios na gestão da doença crónica, e o Enfermeiro gestor de caso trabalha lado a lado com o doente e a família, garantindo a compreensão das orientações terapêuticas, ajustando-as às rotinas diárias e promovendo mudanças sustentáveis no estilo de vida.

Todo este período formativo em contexto de prestação de cuidados na ECDCC, foi desenvolvido no desempenho do papel de Enfermeiro gestor de caso, tendo sido necessário um grande investimento na pesquisa da evidência científica sobre esta temática, bem como da observação sistemática da prática diária do Enfermeiro tutor e restante equipa de Enfermagem. Do ponto de vista pessoal e profissional, considero que esta foi uma das minhas maiores aquisições enquanto Enfermeira, permitindo-me desenvolver inúmeras competências no âmbito da coordenação dos diferentes intervenientes no processo de cuidados, tornando-me mais autónoma na gestão de cuidados individualizados. O contacto com este modelo de cuidados perfeitamente adequado e enquadrado com as características dos doentes crónicos complexos permitiu-me adquirir também um maior conhecimento sobre a progressão das doenças e as complicações, e a desenvolver competências na criação de estratégias de otimização dos cuidados de forma a promover a adesão e autogestão do regime terapêutico e consequentemente minimização do risco de agudizações. Foi ainda essencial toda a experiência desenvolvida no âmbito da comunicação eficaz com doentes, famílias e equipas multidisciplinares, sendo possível aprender a gerir expectativas e conflitos, promovendo um ambiente colaborativo.

Ao longo do estágio, todas as estratégias de intervenção utilizadas pelos Enfermeiros gestores de caso da ECDCC permitiram a monitorização contínua do estado de saúde do doente, a identificação precoce de sinais de descompensação, evitando complicações graves e reduzindo a necessidade de hospitalizações frequentes. Estratégias desenvolvidas pela equipa tais como o follow-up telefónico, além das visitas domiciliárias são fundamentais nesse acompanhamento, fornecendo ao doente experiências positivas e uma relação de confiança com o Enfermeiro gestor de caso que lhe permitem desenvolver competências de autogestão do seu regime terapêutico. O ingrediente fundamental da gestão de casos parece ser o planeamento dos cuidados, que resulta num plano efetivo que o doente deve seguir, permitindo-lhe navegar pela sua condição de doença de forma informada e fundamentada através das ferramentas que lhe foram fornecidas pelo Enfermeiro gestor de caso (Giardino & Jesus, 2023). A gestão de casos, em última análise, melhorará a qualidade de vida do doente na medida em que este será capaz de avançar em direção aos objetivos estabelecidos e alcançar resultados positivos em saúde (Giardino & Jesus, 2023; Hudon, 2019).

Ainda no domínio da segunda competência específica e no sentido de atingir um dos objetivos a que me propus no início do estágio, foram desenvolvidas atividades no sentido de promover *“estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”* (OE, 2018, p. 19370). De acordo com a World Health Organization (2009) a segurança do doente é um dos pilares fundamentais da qualidade

nos cuidados de saúde, e refere-se à redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Este conceito implica que os serviços de saúde devem garantir a prestação de cuidados eficazes, minimizando ao máximo os erros clínicos e os eventos adversos evitáveis (World Health Organization, 2009). Neste contexto surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 desenvolvido pela DGS em 2021, que tem como objetivos principais melhorar a cultura de segurança através do incentivo dos profissionais de saúde e instituições a adotarem práticas seguras na implementação de processos terapêuticos, prevenir eventos adversos através da redução das infeções hospitalares, quedas, erros de medicação, entre outros, e aprimorar a formação contínua dos profissionais relativamente às boas práticas e normas de segurança.

O papel do Enfermeiro na promoção da segurança do doente relativamente a todas as áreas referidas anteriormente é fundamental, sendo considerado um dos profissionais-chave para a implementação eficaz dos planos nacionais e internacionais de segurança no contexto da saúde, assumindo responsabilidade não apenas no cuidado direto ao doente, mas também na criação de um ambiente de trabalho seguro e na promoção de uma cultura de segurança (World Health Organization, 2009; DGS, 2021). A World Health Organization (2009) sublinha que os Enfermeiros devem ser regularmente treinados em boas práticas de segurança e atualizados sobre novas estratégias de segurança do doente, nomeadamente no uso de sistemas de confirmação e verificação inequívoca relativos, por exemplo, aos medicamentos e à identificação positiva do doente. A DGS (2021) afirma que os Enfermeiros devem assumir um papel de educadores dos doentes nesta temática, nomeadamente em relação à importância da participação ativa em aspetos relacionados com a sua própria segurança, tais como a auto administração de medicação, auto-vigilância e comunicação de sinais e sintomas ao profissional de saúde de referência. Ao longo do estágio foram desenvolvidas competências neste âmbito uma vez que grande parte do trabalho realizado pelo Enfermeiro gestor de caso junto do doente e/ou cuidador vai no sentido de consciencializar e capacitar em domínios tão fundamentais como a gestão do regime medicamentoso, e os conhecimentos acerca da doença, seus sinais e sintomas, e importância de os reconhecer precocemente de forma a evitar agudizações.

A DGS (2021) destaca ainda que os Enfermeiros devem garantir a implementação e monitorização de protocolos de segurança no ambiente de cuidados, devendo agir como líderes no fomento de ambientes seguros e na introdução de boas práticas. Neste contexto, foi elaborado um procedimento intitulado *“Constituição das malas de equipamento, materiais e fármacos da ECDCC”* (Anexo 11), cujo principal objetivo é a uniformização da implementação de processos terapêuticos por parte da ECDCC que maximizem a qualidade e a segurança no cuidar da pessoa com doença crónica. Assim, neste procedimento é abordada a constituição das três malas utilizadas na prestação de cuidados bem como a check-list de verificação das mesmas. Este procedimento constitui uma importante ferramenta de otimização de recursos, bem como de uniformização de cuidados, promotora da segurança na prestação dos mesmos

em contexto domiciliário.

De um modo geral, ao longo do estágio na ECDCC, considero que foram desenvolvidas e consolidadas inúmeras competências comuns e específicas totalmente alinhadas com as definidas pela OE. No âmbito da atuação do enfermeiro especialista na ECDCC, foi enriquecedor assumir o papel de Enfermeiro gestor de caso, com foco na responsabilidade pela coordenação e continuidade dos cuidados, assegurando sempre uma abordagem integrada e centrada no doente. Foram adquiridas competências ao nível da gestão e coordenação de planos terapêuticos, garantindo a articulação entre equipas multidisciplinares e promovendo a continuidade dos cuidados, bem como a identificação precoce de necessidades clínicas, funcionais e psicossociais do doente, de forma a definir intervenções e atividades eficazes na gestão de comorbilidades e prevenção de descompensações. Tendo em conta a temática principal deste relatório, foi fundamental desenvolver competências chave ao nível da promoção da autogestão da doença, nomeadamente da IC, com foco principal na consciencialização e capacitação do doente e cuidadores para a gestão do regime terapêutico através da educação para a saúde e do incentivo na adoção de estratégias de autocuidado adequadas à condição. O desenvolvimento de competências no âmbito da tomada de decisão foi também essencial na medida que permitiu a implementação de cuidados especializados na população alvo, centrados na promoção da sua autonomia e alinhados nos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Este estágio desafiou-me a sair da minha zona de conforto e a pensar estrategicamente sobre os cuidados de saúde, e considero que todas as competências adquiridas são fundamentais para o desempenho de futuras funções de maior responsabilidade dentro da enfermagem, incluindo cargos de coordenação e gestão. As minhas expectativas relativamente a este percurso formativo eram bastante elevadas, na medida em que tinha uma grande vontade em conhecer a dinâmica de prestação de cuidados desta tipologia de equipas, nomeadamente o trabalho desenvolvido no âmbito da figura de Enfermeiro gestor de caso. A conceção de cuidados neste contexto é efetivamente muito mais individualizada e pormenorizada do que, por exemplo, numa enfermaria do serviço de Medicina Interna onde nem sempre existe espaço para a escuta eficaz do doente e dos seus cuidadores, sendo a gestão de cuidados realizada por vezes com vista à otimização das dinâmicas do serviço como um todo e não do doente enquanto ser único. Todas as competências desenvolvidas neste estágio concorrem efetivamente para a minha vontade em ser uma Enfermeira mais especializada e mais capaz de individualizar os cuidados, com o objetivo final de garantir à pessoa em situação crónica um acompanhamento próximo, seguro e promotor de uma maior qualidade de vida, independentemente do contexto em que estes são prestados.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração deste trabalho escrito foi fundamental para descrever e contextualizar todo o processo de aprendizagem e de aquisição de competências especializadas na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica que desenvolvi ao longo deste estágio na ECDCC. Foram de extrema importância todas as experiências vividas no contexto da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crónico complexo, nomeadamente no âmbito da gestão de caso do doente com IC. O envolvimento no contexto de estágio permitiu-me compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar, os desafios inerentes à gestão de casos complexos por parte do enfermeiro gestor de caso, e a verdadeira importância da integração de cuidados de saúde na otimização dos resultados clínicos.

As competências especializadas desenvolvidas ao longo deste período formativo foram alinhadas com os principais documentos legais que definem as competências comuns a todas as áreas de especialidade, e as específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Todo o trabalho de pesquisa e de reflexão sobre o contexto do cuidar da pessoa em situação crónica, bem como a elaboração de procedimentos com vista a otimizar a qualidade e segurança dos cuidados prestados pela equipa, foi fundamental para o desenvolvimento de cada uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista nesta área de atuação.

A abordagem dos casos clínicos selecionados com base em referenciais teóricos da profissão de Enfermagem e em evidência científica recente, permitiu-me desenvolver uma análise aprofundada sobre aspetos essenciais na promoção da auto gestão do regime terapêutico no doente com IC, evidenciando a necessidade de estratégias individualizadas e do acompanhamento próximo para promover a adesão ao regime terapêutico e prevenir descompensações. Conceitos como o autocuidado, a adesão, a auto gestão, a consciencialização e o envolvimento, assumem particular importância nos contextos de doença crónica na medida em que as intervenções do Enfermeiro Especialista devem ser construídas tendo todos estes conceitos como base estrutural para atingir um fim único de promoção de transições de saúde/doença adequadas, saudáveis e não problemáticas junto do doente e familiares/cuidadores. O desenvolvimento de competências também no âmbito da utilização da plataforma e4nursing com uma linguagem baseada na Ontologia de Enfermagem permitiu-me estruturar e adequar a conceção de cuidados de forma individualizada, traduzindo as atividades desenvolvidas ao longo do estágio com cada um dos doentes, bem como os ganhos em saúde atingidos.

Considero que todas as experiências vividas neste estágio e todo o trabalho critico-reflexivo que desenvolvi autonomamente, com a enfermeira tutora, com a equipa multidisciplinar e com as professoras orientadoras, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e fundamentaram ainda mais a minha certeza e convicção de que a área de especialização do cuidar da pessoa com a doença crónica foi a escolha certa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association. (2021). *Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 143(8), e254–e743.* <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
- Argenta, C., Adamy, E. K., & Bitencourt, J. V. O. V. (Orgs.). (2020). *Processo de enfermagem: História e teoria*. Editora UFFS. <https://doi.org/10.7476/9786586545234>
- Arnold, E., & Boggs, K. (2019). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (8ª ed.). Elsevier Health Sciences.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing, 29(3), 564-572.* <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>
- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Revista ROL de Enfermería, 44(Extra 11-12), 57-61.* Disponível em <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8176323>
- Beattie, J. M., Castiello, T., & Jaarsma, T. (2024). The importance of cultural awareness in the management of heart failure: A narrative review. *Vascular Health and Risk Management, 20,* 109–123. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S392636>
- Bozkurt, B., Coats, A., Tsutsui, H., et al. (2021). Universal definition and classification of heart failure: A report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure Consensus Conference. *European Journal of Heart Failure.* <https://doi.org/10.1002/ejhf.2115>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. (2020). *Nursing interventions classification (NIC)* (7ª ed.). Elsevier.
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. A., Andrade, R. B., & Masso, G. C.

(2018). Competences and barriers for evidence-based practice in nursing: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1761-1770. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

Case Management Society of America. (2016). *Standards of practice for case management* (Rev. ed.). Author. <https://cmsa.org/standards-of-practice/>

Cruchinho, P. J. M. (2021). Efectividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: Uma revisão da literatura. In H. P. J. Souza (Org.), *Políticas e práticas em saúde e enfermagem 2* (pp. 89-99). Atena. <https://doi.org/10.22533/at.ed.8092116128>

Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1-7. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>

Dellafore, F., Arrigoni, C., Pittella, F., Conte, G., Magon, A., & Caruso, R. (2018). Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: Findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(7), e021966. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Reconciliação da medicação* (Norma n.º 018/2016). Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicacao.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares* (Norma n.º 008/2019). Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/publicacoes/documentos-dgs.aspx>

Dunbar, S. B., Clark, M. A., & Kociol, R. D. (2016). Self-care in patients with heart failure: The role of nurses in supporting adherence to self-care behaviors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 231-239. <https://doi.org/10.1177/147451511665394>

Escoval, A., et al. (2010). Gestão integrada da doença: Uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116. <http://hdl.handle.net/10400.26/9899>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (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.2017.11.010>

George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.).

Artes Médicas.

Giardino, A. P., & De Jesus, O. (2023, agosto 14). Case management. *StatPearls*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965885/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2023). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2023 report*. Recuperado de <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>

Godinho, C., Jordão, A., Dias, A., Lopes, A., Duarte, A., Carvalho, D., Nascimento, E., Carrasqueira, H., 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). *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10(3), 127-146. Recuperado de <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/ABORDAGEM-E-TRATAMENTO-DA-HIPERGLIC%C3%89MI-A-EM-INTERNAMENTO.pdf>

Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 160-167. <https://doi.org/10.1177/0894318417693286>

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., ... ESC Scientific Document Group. (2020). *2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation: The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) (Pocket guidelines)*. European Society of Cardiology. Recuperado de <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Atrial-Fibrillation>

Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., Azevedo, T., Loureiro, M., & Delgado, B. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular* (1ª ed.). Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10316/107474>

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. (2014). *Guia do utente hipocoagulado: Informação para o utente e família*. Recuperado de <https://hff.min-saude.pt/>

Hudon, C., Chouinard, M.-C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., Poitras, M.-E., Lambert, M., Tchala Vignon Zomahoun, H., & Légaré, F. (2019). Características da gestão de casos na atenção primária associadas a resultados positivos para usuários frequentes de serviços de saúde: uma revisão sistemática. *Annals of Family Medicine*, 17(5), 448-458. <https://doi.org/10.1370/afm.2419>

INFARMED, I.P. (2025). *Montelucaste*. INFARMED. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Lorazepam*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Mirtazapina*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Apixabano*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Atorvastatina*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Bisoprolol*.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Budesonida+Formoterol+Brometo de glicopirrónio*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Budesonida + Formoterol*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Espironolactona*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Furosemida*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Jardiance*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Metformina+Sitagliptina*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Pregabalina*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED, I.P. (2025). *Ramipril*. INFARMED.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

International Council of Nurses. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) – Versão 2019 (Português)*. Conselho Internacional de Enfermeiros. Recuperado de <https://www.icn.ch/files/ICNP2019Português>

Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. B., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C. M., Piper, S. E., Riegel, B., Rutten, F. H., Gal, T. B., Bauersachs, J., Coats, A. J. S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L. H., Lainscak, M., Moura, B., Mullens, W., Piepoli, M. F., Rosano, G., Sferovic, P., & Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of

Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23, 157–174. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>

Jaarsma, T., Strömberg, A., & Moser, D. K. (2003). The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS): A valid and reliable tool for measuring self-care behaviors in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 401–406. [https://doi.org/10.1016/S1388-9842\(03\)00047-9](https://doi.org/10.1016/S1388-9842(03)00047-9)

Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Strömberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71–77. <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1>

Júnior, H. V. (2019). Insuficiência cardíaca: Fisiopatologia, comorbidades e escores de risco. *Manual de Insuficiência Cardíaca* (pp. 17–33). Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado de <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Manual-de-Insuficie%CC%82ncia-Cardi%CC%81aca-SOCERJ2019-1.pdf>

Kałużna-Oleksy, M., Wawrzyniak, M., Klimkowska, M., Dudek, M., Migaj, J., & Straburzyńska-Migaj, E. (2020). Awareness of heart failure and perception of the problem in the general population. *Archives of Medical Science*, 16(1), 138–144. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.79507>

Koikai, J., & Khan, Z. (2023). The effectiveness of self-management strategies in patients with heart failure: A narrative review. *Cureus*, 15(7), e41863. <https://doi.org/10.7759/cureus.41863>

Lobo, A. F. R., & Palma, T. M. R. da. (2024). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), 5156–5170. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16910>

Loeb, M., Roy, A., Dokainish, H., Dans, A., Palileo-Villanueva, L. M., Karaye, K., Zhu, J., Liang, Y., Goma, F., Damasceno, A., Alhabib, K. F., Yonga, G., Mondo, C., Almahameed, W., Al Mulla, A., Thanabalan, V., Rao-Melacini, P., Grinvalds, A., McCready, T., Bangdiwala, S. I., & Yusuf, S. (2022). Influenza vaccine to reduce adverse vascular events in patients with heart failure: A multinational randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet Global Health*, 10(12), e1835–e1844. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00432-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00432-6)

Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 5–14). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., & others. (2021). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mota, L. A. N. (2011). *O perfil de autocuidado dos clientes: Exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9234/1/Tese_MEMC_Liliana_2011.pdf

Mota, L. N. da. (2018). *A pessoa submetida a transplante hepático: Um modelo de acompanhamento de enfermagem* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/111226>

Nascimento, E. C. L. de O., Mota, I. C. P., Amaral, C. K. do, Santos, M. J. dos, & Oliveira, P. R. de. (2024). *Insuficiência cardíaca: Orientações nutricionais*. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria do Estado de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH, Escola de Saúde Pública. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Serviço de Nutrição e Dietética – Ambulatório de Nutrição.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções básicas de controlo de infeção* (Norma n.º 029/2012 de 28 de dezembro, atualização de 31 de outubro de 2013). Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Novais, S., & Mota, L. (2015). Self-care in chronic illness: A conceptual analysis. In *The 15th European Doctoral Conference in Nursing Sciences*. Graz: Institute of Nursing Science, Medical University of Graz.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências 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 II série*, n.º 135 (16-07-2018), 19359–19370. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE)*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências*

comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Doenças não transmissíveis*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Pereira, F. (2013). *O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português* [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70811/2/30857.pdf>

Ramos, S., Campos, L. F., Baptista, D., & Strufaldi, M. (2022). Terapia nutricional no pré-diabetes e no diabetes mellitus tipo 2. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. <https://doi.org/10.29327/557753.2022-25>

Riegel, B., et al. (2016). Self-care interventions for patients with heart failure: A review of the evidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 15*(2), 92-102. <https://doi.org/10.1177/1474515114562393>

Riegel, B., et al. (2017). A comprehensive model of self-care in patients with heart failure: A conceptual framework for research and practice. *Journal of Cardiovascular Nursing, 32*(4), 302-308. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000359>

Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C., & Strömberg, A. (2018). Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>

Ros, C. da, Peres, A. M., Kalinowski, C. E., Souza, M. A. R. de, Straub, M., Montenegro, L. C., & Martins, M. M. (2023). Care model in primary health care: Access and comprehensive care during the COVID-19 pandemic. *Cogitare Enfermagem, 28*, e89671. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89671>

Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook, 57*(4), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>

Sadler, E., Khadjesari, Z., Ziemann, A., Sheehan, K. J., Whitney, J., Wilson, D., Bakolis, I., Sevdalis, N., Sandall, J., Soukup, T., Corbett, T., Gonçalves-Bradley, D. C., & Walker, D.-M. (2023). Case management for integrated care of older people with frailty in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023*(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013088.pub2>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. LIDEL. ISBN: 978-989-752-168-3

Sequeira, E. (2011). *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: Estudo exploratório*

numa unidade de saúde familiar [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/aafee9f9-5625-452b-9356-ab2bc10cb6fb>

Silva, M. F. B., & Cescon, J. A. (2023). Características de Liderança em Enfermagem: Análise Bibliométrica. *Revista Pleiade*, 17(41). Disponível em: <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/954>

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4ª ed.). F.A. Davis Company.

Sousa, A. C. de. (2022). Reconciliação terapêutica: Um processo complexo. *Gazeta Médica*, 9(3), 240-243. <https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.551>

Stanzani, L. Z., & Reis-Pina, P. (2020). O papel da oxigenoterapia na doença crónica em fase avançada. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 27(2), 186-187. <https://doi.org/10.24950/CE/74/20/2/202040>

Tinoco, J. de M. V. P., Padua, B. L. R. de S., Guimarães, B. P. e S. de, Mesquita, T. C. F., & Cavalcanti, A. C. D. (2024). Efeito do programa de transição no autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: Ensaio clínico randomizado. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 33, e20220102. <https://doi.org/10.1590/1981-814220232330102>

World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>

World Health Organization (WHO). (2015). *Framework on integrated, people-centred health services*. Geneva: WHO. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

Zelevnik, D. (2007). *Autocuidado dos idosos a viver no domicílio na Eslovénia* [Tese de doutoramento, Universidade de Oulu]. Universidade de Oulu.

8. ANEXOS

Anexo I

Caso 1

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

Formulário: tipos de autocuidado

Dados pessoais

1. Contexto

- 1. Hospital ✓
- 2. Centro de Saúde
- 3. Lar

2. Local de residência

- 1. Área urbana (Vila, Cidade) ✓
- 2. Área rural (Aldeia)

3. Sexo

- 1. Masculino
- 2. Feminino ✓

4. Idade 84 anos

5. Estado civil

- 1. Casado(a) / em união de facto ✓
- 2. Solteiro(a)
- 3. Viúvo(a)
- 4. Divorciado(a)

6. Formação 4 anos

7. Actividade profissional

- 1. Trabalhador activo
- 2. Reformado
- 3. Desempregado
 - 1. Membros das forças armadas
 - 2. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa

3. Especialistas das profissões intelectuais e científicas

4. Técnicos e profissionais de nível intermédio

5. Pessoal administrativo e similares

6. Pessoal dos serviços e vendedores

7. Agricultores e trabalhadores

qualificados da agricultura e pescas

8. Operários, artificies e trabalhadores similares

9. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

10. Trabalhadores não qualificados

11. Doméstico ✓

12. Estudante

13. Outra: _____

8. Residência

- 1. Casa ✓
- 2. Instituição

9. Com quem vive

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

Tipos de autocuidado

1

5

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
10. Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência					X
11. Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos					X
12. Tive uma vida de trabalho duro				X	
13. Fui sempre o principal sustento da minha família	X				
14. Decidi sempre tudo sobre a minha vida		X			
15. Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)			X		
16. Há acontecimentos tristes no meu passado recente			X		
17. Ainda me sinto relativamente novo(a)	X				
18. Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida	X		X		
19. Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos		X			
20. Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)	X				
21. A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde			X		
22. Eu quero ser responsável pela minha medicação	X				
23. Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda	X				
24. A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual	X				
25. Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar	X				
26. Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa					X
27. Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos					X
28. Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico					X
29. Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso	X				

30. Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	X				
31. Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores					X
32. Eu conheço bem o que me causa problemas			X		
33. Eu ainda sou capaz de cuidar de mim				X	
34. Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias	X				
35. Aprecio a companhia de outras pessoas					X
36. Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas			X		
37. Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes		X			
38. Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida			X		
39. Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim				X	
40. À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas					X
41. Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer					X
42. À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer					X
43. Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades				X	
44. Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva					X
45. Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém			X		
46. Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos			X		
47. É importante para mim não ser um fardo para ninguém					X
48. Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente					X
49. Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades				X	
50. Sinto que já não sirvo para nada		X			
51. Tenho medo do futuro		X			

Anexo II

Piso 1

10 sem

Anexo 16: PARTE 02 para Recolha dos dados

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de "Concordo Totalmente" a "Discordo Totalmente". Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente				Discordo Totalmente
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

10/1 - 46

12 - 60

Anexo III

Piso 1

2º sem. 17

Anexo 16: PARTE 02 para Recolha dos dados

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de "Concordo Totalmente" a "Discordo Totalmente". Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente				Discordo Totalmente
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

total - 34

112 - 60

Anexo IV

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

Dados pessoais

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

Tipos de autocuidado

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
10. Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência					X
11. Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos					X
12. Tive uma vida de trabalho duro				X	
13. Fui sempre o principal sustento da minha família	X				
14. Decidi sempre tudo sobre a minha vida			X		
15. Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a)			X		
16. Há acontecimentos tristes no meu passado recente				X	
17. Ainda me sinto relativamente novo(a)			X		
18. Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida		X			
19. Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos			X		
20. Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a)		X			
21. A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde			X		
22. Eu quero ser responsável pela minha medicação					X
23. Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda			X		
24. A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual				X	
25. Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar				X	
26. Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa					X
27. Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos				X	
28. Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico		X			
29. Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso		X			

30. Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda	X				
31. Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores				X	
32. Eu conheço bem o que me causa problemas				X	
33. Eu ainda sou capaz de cuidar de mim					X
34. Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias			X		
35. Aprecio a companhia de outras pessoas			X		
36. Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas				X	
37. Os meus dias estão cheios de actividades significativas e estimulantes		X			
38. Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida			X		
39. Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim					X
40. À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas			X		
41. Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer				X	
42. À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer				X	
43. Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades		X			
44. Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva				X	
45. Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém				X	
46. Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos	X				
47. É importante para mim não ser um fardo para ninguém					X
48. Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente				X	
49. Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades				X	
50. Sinto que já não sirvo para nada	X				
51. Tenho medo do futuro			X		

Anexo V

Caso 2 1º sem

Anexo 16: PARTE 02 para Recolha dos dados

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de "Concordo Totalmente" a "Discordo Totalmente". Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente				Discordo Totalmente
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

Anexo VI

Cano 2 2º nível

Anexo 16: PARTE 02 para Recolha dos dados

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de "Concordo Totalmente" a "Discordo Totalmente". Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente				Discordo Totalmente
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

total - 28

Anexo VII

				N.º / Revisão – xxx.x	
				Página 1 de 16	
Tipo de documento: Procedimento				Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Procedimento de admissao do doente na ECDCC					
Palavras-chave:	<i>Admissão</i>	<i>Equipa</i>	<i>Doente</i>	<i>Crónico</i>	
Elaborado/ Revisto em: __/__/____		Aprovado em: __/__/____		Doc. Revogados: __/__/____	

1. Âmbito

O presente documento enquadra-se no âmbito do Projeto da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC), nomeadamente, no que respeita ao processo de admissão do doente.

2. Objetivos

- Definir os passos de admissão do doente na ECDCC;
- Uniformizar procedimentos na admissão do doente na ECDCC;
- Otimizar recursos na ECDCC;
- Promover a segurança dos cuidados na ECDCC;
- Facilitar a integração de novos elementos na ECDCC.

3. Referências

Escoval et al (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol 9, 105-116. <http://hdl.handle.net/10400.26/9899>

Projeto Piloto de Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

4. Definições

A Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo tem como objetivo principal aplicar um modelo de gestão da doença crónica baseado na Pirâmide de Kaiser Permanente, definido como um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para doentes crónicos complexos. Tem por base a estratificação dos doentes por três níveis de risco diferentes, permitindo a adaptação dos cuidados de saúde às suas necessidades, dando-lhes a resposta mais adequada e efetiva (Escoval et al, 2010).

No primeiro nível encontra-se a população que tem uma doença crónica já diagnosticada e para a qual pode haver benefícios significativos ao nível da qualidade de vida e dos resultados em saúde obtidos, no planeamento de cuidados de suporte dado pelas equipas de saúde bem como na promoção da autogestão da doença. No segundo nível, estão os indivíduos com risco elevado de evolução da doença crónica, necessitando de uma gestão efetiva dos cuidados de saúde prestados, para que a tendência natural seja contrariada ou pelo menos minimizada. No terceiro e último nível da pirâmide, encontram-se representados os doentes que necessitam de um acompanhamento sistemático e diferenciado, dada a severidade da doença que apresentam. Estes são doentes complexos que requerem um modelo baseado na gestão de caso e correspondem a cerca de 5% da população com Doença Crónica (Escoval et al, 2010).

A ECDCC pretende então a operacionalização deste conceito, privilegiando a relação médico/enfermeiro-doente em contexto ambulatorio, integrando nos programas *guidelines* clínicas práticas baseadas na evidência, promovendo as competências de autogestão do doente e executando uma análise sistemática de resultados clínicos, económicos e humanísticos. Pretende-se desta forma uma prevenção efetiva das complicações, de forma a diminuir a procura dos serviços de urgência e dos internamentos hospitalares. A equipa procura ainda estabelecer uma ponte entre os cuidados puramente hospitalares e os cuidados de saúde primários, com criação de protocolos de referênciação e gestão conjunta destes doentes.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais da equipa envolvidos no processo.

6. Descrição

REFERENCIAÇÃO

Os doentes podem ser referenciados para a Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo após internamento hospitalar (convencional ou em Unidade de Hospitalização Domiciliária - UHD); pela consulta externa de Medicina Interna ou após observação/episódio em Serviço de Urgência.

Como critérios de referênciação, consideram-se candidatos aqueles que reunirem 3 ou mais dos seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 65 anos de idade
- 5 ou mais recorrências ao serviço de urgência/ano
- 3 ou mais internamentos/ano

- 3 ou mais doenças crónicas da seguinte lista:
 - Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)
 - Insuficiência cardíaca crónica (IC)
 - Doença renal crónica (DRC)
 - Diabetes mellitus (DM)
 - Doença hepática crónica (DHC)
 - Doença cerebrovascular crónica (DCV)
 - Neoplasia
 - Medicação crónica com 6 ou mais fármacos

1ª CONSULTA (Hospital de Dia)

Agendamento de consulta médica em hospital de dia, com o doente e/ou familiar/cuidador. Nesta primeira consulta, torna-se necessário:

- Confirmar que o doente cumpre critérios de referenciação;
- Explicar ao doente e/ou familiar/cuidador o objetivo e o funcionamento da ECDCC;
- Assinar o consentimento livre e esclarecido de integração na ECDCC (Anexo 1);
- Assinar declarações de compromisso (doente e/ou familiar/cuidador) (Anexo 2);
- Assinar o consentimento livre e esclarecido para a realização de consulta médica sem a presença do doente/teleconsulta (Anexo 3);
- Fornecer Guia de Acolhimento na ECDCC (Anexo 4);
- Entregar o dossier do doente crónico complexo (elaborado de acordo com Procedimento nº xxx);
- Agendamento de 1ª avaliação no domicílio pelo Enfermeiro Gestor de Caso;
- Agendar próxima consulta médica programada dentro de 3 meses;
- Registos no sistema informático: Registo de consulta realizada com a informação da forma de referenciação, critérios para referenciação, registo de dados de identificação disponíveis (com identificação geral, contexto funcional, contexto cognitivo e contexto social), registo de antecedentes patológicos, registo de terapêutica farmacológica de acordo com último episódio de urgência/internamento/consulta médico de família/consulta especialidade hospitalar, aceitação do doente na integração na equipa, elaboração de folha de reconciliação terapêutica;
- Elaborar o dossier do gestor de caso da ECDCC (de acordo com Procedimento nº xxx).

1º CONSULTA (DOMICÍLIO)

A consulta é efetuada pelo enfermeiro gestor, no domicílio do doente:

- Avaliação do doente, incluindo monitorização dos sinais vitais, SaO₂, peso e colheita de espécimes.
- Aplicar as Escalas de Avaliação Inicial (Anexo 5), nomeadamente:
 - Demográfica
 - Escala de auto-percepção
 - Escala de Depressão Geriátrica
 - Índice de Barthel
 - Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - Lawton-Brody
 - Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)
 - Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime Medicamentoso
 - Inventário de Razões para a Não Adesão ao Regime Medicamentoso Prescrito
 - WHOQOL-BREF
 - Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Efetuar a reconciliação terapêutica (Anexo 6)
- Efetuar registos no sistema informático

7. Destinatários

A todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde

8. Anexos

Anexo 1 – Consentimento livre e esclarecido de integração na ECDCC**Consentimento Livre e Esclarecido****Admissão em Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo**

(colante de identificação)

Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito para admissão em Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC)

(nos termos da Norma 015/2013 da Direção-Geral de Saúde de 03/10/2013 atualizada a 4/11/2015)

Nome legível do médico responsável pela proposta:

| _____ | N.º Ordem | _____ |

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

À pessoa/Representante:**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.****Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido/a.****Verifique se todas as informações estão corretas.**

-Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assino este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

-Autorizo/Não autorizo [riscar o que não interessa] o ato indicado, bem como todos os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentados.

Nome: | _____ | Data: ____/____/____

Assinatura: x _____

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

Nome: _____

Doc. Identificação civil N.º _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação _____

Assinatura: x _____

Anexo 2 – Declarações de compromisso (doente e/ou familiar/cuidador)

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO**UTENTE**

Eu, _____,

com o Cartão de Cidadão nº _____, declaro ter sido informado(a) sobre o modo de funcionamento da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo e aceite a integração nesta Equipa. Mais declaro que vou apoiar a Equipa no cumprimento da minha medicação crónica, nos registos dos parâmetros de monitorização que me sejam pedidos e/ou necessários, e na adoção das atitudes não farmacológicas preconizadas no Plano Individual de Cuidados que irá ser feito de acordo com os meus principais problemas de saúde.

O utente: _____

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO
CUIDADOR

Eu, _____,
com o Cartão de Cidadão nº _____,
cuidador do utente _____,
com o SNS nº _____,

declaro ter sido informado(a) sobre o modo do funcionamento da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo e aceite a integração do utente, acima identificado, nesta Equipa. Mais declaro que vou apoiar a Equipa no cumprimento da medicação crónica do utente, nos registos dos parâmetros de monitorização que sejam pedidos e/ou necessários, e na adoção das atitudes não farmacológicas preconizadas no Plano Individual de Cuidados que irá ser feito de acordo com os seus principais problemas de saúde.

Assinatura do (a) cuidador (a): _____

Anexo 3 – Consentimento livre e esclarecido para a realização de consulta médica sem a presença do doente/teleconsulta

Consentimento Livre e Esclarecido **CONSULTA SEM PRESENÇA DOENTE/TELECONSULTA**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA SEM A PRESENÇA DO DOENTE/TELECONSULTA

(nos termos da Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015)

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada ou seu representante de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários para a realização de uma consulta médica sem a presença do utente/teleconsulta cujo resultado será registado no processo clínico do utente.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do/a médico/a / enfermeiro/a ou profissional de saúde responsável pela proposta:

_____ N.º Mecanográfico.: _____

Data/...../..... Assinatura:

A Pessoa/Representante:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao enfermeiro/a se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo [riscar o que não interessa] o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____ / ____ / ____ (data)

Assinatura **X**

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

Nome:

Doc. Identificação N.º: Data ou Validade/...../.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura:

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Anexo 4 – Guia de Acolhimento na ECDCC

Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

GUIA DE ACOLHIMENTO**QUEM SOMOS****OBJETIVOS DA EQUIPA**

- Prevenir e diminuir o número de agudizações das doenças crónicas.
- Promover a qualidade de vida expectável face ao quadro clínico.

VANTAGENS NO ACOMPANHAMENTO

- Acompanhamento personalizado de acordo com o plano terapêutico delineado face à situação clínica.
- Maior acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde.
- Redução no número de urgências e internamentos

METODOLOGIA DE TRABALHO

- Enfermeiro Gestor de caso: visitas domiciliárias regulares e acompanhamento telefónico
- Acompanhamento por médico especialista de Medicina Interna
- Articulação de cuidados com outras equipas assistenciais
- Consulta Aberta (segundas, quartas e sextas no horário das 14h00 às 16h00)

DEVERES DO UTENTE E FAMILIAR/CUIDADOR

Ao utente/cuidador é pedido que cumpra o plano terapêutico proposto e não deve omitir ou alterar esquema de medicação sem conhecimento do(a) enfermeiro(a) gestor de caso.

QUESTÕES FREQUENTES

Continuo a ter acompanhamento pela equipa de saúde familiar? Sim.

A consulta com as especialidades hospitalares mantém-se? Sim.

A quem devo ligar em caso de necessidade?

- 1. Enfermeiro(a) Gestor(a) de caso
- 2. Outros contactos da equipa fornecidos:

Enfermeiro (a) Gestor de caso: Enfe

Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

Em que situações devo contactar o(a) enfermeiro(a) gestor(a) de caso)?

- Se outro médico fizer alteração terapêutica;
- Se tiver ido ao Serviço de Urgência;
- Se tiver alta do Internamento;
- Se sentir novos sintomas, ou agravamento dos sintomas habituais;
- Se tiver dúvidas com a medicação;
- Em caso de queda, dor, febre, falta de ar ou outra sintomatologia que não consiga resolver sem cuidados de saúde.

Se não conseguir contactar com a equipa o que devo fazer?

- se puder aguardar, o elemento contactado retribuirá a chamada logo que possível, nos dias de atendimento.
- Ligar SNS 24 em caso de sintomas ligeiros.
- Ligar 112 em caso de emergência.

Anexo 5 – Escalas de Avaliação Inicial na ECDCC**Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo****Escalas de Avaliação Inicial**

Nome: _____ Processo: _____

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA							
1. Género							
1 – Masculino				2 – Feminino			
2. Idade							
3. Estado Civil							
1 – Solteiro/a		2 – Casado/a		3 – União de facto		4 – Separado	
5 – Divorciado/a		6 – Viúvo/a					
4. Nível de Instrução							
1 – Não sabe ler nem escrever		2 – Sabe ler e/ou escrever		3 – 1.º a 4.º ano		4 – 5.º a 6.º ano	
5 – 7.º a 9.º ano		6 – 10.º a 12.º ano		7 – Estudos universitários		8 – Formação pós-graduada	
5. Pessoas com quem co-habita							
1 – Vive sozinho		2 – Conjuge		3 – Filhos		4 – Conjuge e filhos	
5 – Família alargada		6 – Cuidador informal		7 – Outro			

AUTO PERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE				
6. Como avalia a sua saúde, em geral, no momento?				
1 – Boa		2 – Satisfatória		3 – Má
7. Comparando com há 5 anos, como está a sua saúde?				
1 – Melhor		2 – Igual		3 – Pior
8. Para a sua saúde melhorar, de que necessita? (assinalar apenas a resposta considerada fundamental)				
1 – Melhores cuidados de saúde		2 – Mais apoio/assistência social		3 – Mais apoio da família
4 – Ter mais rendimentos		5 – Outro		
9. Descreva quais são os seus problemas de saúde/doença atualmente				

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA		Sim	Não
1	Está satisfeito/a com a sua vida?	0	1
2	Pôs de lado muitas atividades e interesses?	1	0
3	Sente a sua vida vazia?	1	0
4	Fica muitas vezes aborrecido/a?	1	0
5	Está bem-disposto/a a maior parte do tempo?	0	1
6	Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	1	0
7	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se muitas vezes desamparado/a?	1	0
9	Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Acha que tem mais dificuldades de memória que as outras pessoas?	1	0
11	Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14	Sente que para si não há esperança?	1	0
15	Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	1	0
Total			

ÍNDICE DE BARTHEL			
Higiene pessoal	Necessita de ajuda com o cuidados pessoal	0	
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	
Banho	Dependente	0	
	Independente (lava-se no chuveiro/banho de imersão/usa a esponja sem ajuda)	5	
Evacuar	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0	
	Episódio ocasional de incontinência (1x/semana)	5	
	Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	10	
Urinar	Incontinente ou algaliado	0	
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo 1 x em 24h)	5	
	Contínente (por mais de 7 dias)	10	
Ir à casa de banho	Dependente	0	
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	
	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	
Alimentar-se	Incapaz	0	
	Necessita de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc	5	
	Independente (a comida é providenciada)	10	
Transferências	Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se)	0	
	Grande ajuda física (uma ou duas pessoas) mas consegue sentar-se	5	
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10	

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

	Independente (não necessita de ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15	
Mobilidade (deambulação)	Imobilizado	0	
	Independente na cadeira de rodas (incluindo cantos, etc)	5	
	Deambula com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10	
	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex: bengala)	15	
Vestir-se	Dependente	0	
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5	
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	
Escadas	Incapaz	0	
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5	
	Independente (subir/descer escadas, apoio de corrimões ou dispositivos)	10	
		Total	

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA – LAWTON-BRODY		Pontuação	
Cuidar de casa	Cuida de casa sem ajuda	1	
	Faz tudo, exceto o trabalho pesado	2	
	Só tarefas leves	3	
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	
	Só lava pequenas peças	2	
	É incapaz de lavar a roupa	3	
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2	
	Prepara pratos pré-cozinhados	3	
	Incapaz de preparar refeições	4	
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	
	Só faz pequenas compras	2	
	Faz as compras acompanhado	3	
	É incapaz de ir às compras	4	
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	
	Só liga para lugares familiares	2	
	Necessita de ajuda para o usar	3	
	Incapaz de usar o telefone	4	
Uso de transportes	Viaja em transporte público ou conduz	1	
	Só anda de táxi	2	
	Necessita de acompanhamento	3	
	Incapaz de usar o transporte	4	

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1	
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	
Responsável pelos medicamentos	Responsável pelos medicamentos	1	
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	
Total			

MEDIDA DE ADESAO AOS TRATAMENTOS (MAT)						
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s)?						
Alguma vez foi descuidado com as horas das tomas dos medicamentos para a(s) sua(s) doença(s)?						
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s) por se ter sentido melhor?						
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s), por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a(s) sua(s) doença(s), por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s) por alguma razão que não seja a indicação do médico?						
Subtotal						
Total						

Inventário da capacidade funcional face ao regime medicamentoso			
	Não tenho dificuldade 1	Tenho dificuldade 2	Dependo de outro 2
Abrir ou fechar as embalagens			
Ler o que está escrito na embalagem			
Perceber qual e como tomar o medicamento			
Tomar o medicamento (sabor, tamanho, forma de aplicar)			

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)			
Desloca à farmácia para comprar o medicamento			
Ter dinheiro para comprar a medicação			
Cumprir com o horário das tomas			
Manter o conhecimento sobre os medicamentos			
Lembrar quando chega a hora			
Subtotal			
			Total
Quando esteve fora de casa e não planeou toma de medicação, foi porque:			
Estava muito ocupado	Adormeceu antes da hora	Outra:	

Inventário de razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito			
	Não tenho dificuldade 1	Tenho dificuldade 2	Dependo de outro 2
Tomar muita medicação junta			
Os efeitos secundários dos medicamentos			
Estar preocupado com a habituação aos medicamentos			
Não gostar de tomar medicamentos quando já se sente bem			
Duvidar da eficácia da medicação			
Não querer misturar o álcool com os medicamentos			
Não gostar de pensar que está doente			
Sentir-se pior quanto toma o medicamento			
O medicamento não estar a fazer efeito			
O tratamento ser demasiado longo			
Por estar deprimido			
Preguiça em tomar os medicamentos			
Não ter apoio de alguém para o fazer			
Não lhe explicarem para que serve			
Outro:			

RAZÕES PARA NÃO TOMAR A MEDICAÇÃO	
Esquecimento	
Insuficiência Económica	
Outra Razão	

Anexo VIII

				N.º / Revisão – xxx.x	
				Página 1 de 10	
Tipo de documento: Procedimento				Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Procedimento de elaboração do dossier do Doente Crónico Complexo					
Palavras-chave:	<i>Dossier</i>	<i>Doente</i>	<i>Crónico</i>	<i>Cuidador</i>	
Elaborado/ Revisto em: __/__/____		Aprovado em: __/__/____		Doc. Revogados: __/__/____	

1. Âmbito

O presente documento enquadra-se no âmbito do Projeto da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC), nomeadamente, no que respeita ao dossier do doente crónico complexo.

2. Objetivos

- Definir o conteúdo do dossier do doente crónico complexo;
- Uniformizar procedimentos na ECDCC;
- Otimizar recursos na ECDCC;
- Promover a segurança dos cuidados na ECDCC;
- Facilitar a integração de novos elementos na ECDCC.

3. Referências

Projeto Piloto de Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

4. Definições

O dossier do doente crónico complexo, na ECDCC, contém documentos que facilita a gestão do cuidado por parte do doente e/ou familiar/cuidador. Deve acompanhar o doente em todas as deslocações aos serviços de saúde.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais da equipa envolvidos no processo.

6. Descrição

O dossier do doente crónico complexo deve ser entregue na primeira consulta da ECDCC ao doente e/ou familiar/cuidador, a realizar na instituição. Deve conter a seguinte documentação:

- Identificação e contactos do gestor de caso;
- Guia de Acolhimento na ECDCC (Anexo 1);
- Mapa de medicação do doente crónico complexo (Anexo 2);
- Folha de vigilâncias do doente crónico complexo (Anexo 3);
- Mapa de exames e de consultas do doente crónico complexo (Anexo 4);
- Consentimento informado, esclarecido e livre da admissão em ECDCC (Mod. PCL 1595.0) (Anexo 5);
- Declaração de compromisso do doente e do familiar/cuidador na ECDCC (Anexo 6);
- Documentos variados (prescrições, etc).

7. Destinatários

A todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde

8. Anexos

Anexo 1 – Guia de Acolhimento na ECDCC

Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

GUIA DE ACOLHIMENTO**QUEM SOMOS****OBJETIVOS DA EQUIPA**

- Prevenir e diminuir o número de agudizações das doenças crónicas.
- Promover a qualidade de vida expectável face ao quadro clínico.

VANTAGENS NO ACOMPANHAMENTO

- Acompanhamento personalizado de acordo com o plano terapêutico delineado face à situação clínica.
- Maior acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde.
- Redução no número de urgências e internamentos

METODOLOGIA DE TRABALHO

- Enfermeiro Gestor de caso: visitas domiciliárias regulares e acompanhamento telefónico
- Acompanhamento por médico especialista de Medicina Interna
- Articulação de cuidados com outras equipas assistenciais
- Consulta Aberta (segundas, quartas e sextas no horário das 14h00 às 16h00)

DEVERES DO UTENTE E FAMILIAR/CUIDADOR

Ao utente/cuidador é pedido que cumpra o plano terapêutico proposto e não deve omitir ou alterar esquema de medicação sem conhecimento do(a) enfermeiro(a) gestor de caso.

QUESTÕES FREQUENTES

Continuo a ter acompanhamento pela equipa de saúde familiar? Sim.

A consulta com as especialidades hospitalares mantém-se? Sim.

A quem devo ligar em caso de necessidade?

- 1. Enfermeiro(a) Gestor(a) de caso
- 2. Outros contactos da equipa fornecidos:

Enfermeiro (a) Gestor de caso: Enfª

Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

Em que situações devo contactar o(a) enfermeiro(a) gestor(a) de caso)?

- Se outro médico fizer alteração terapêutica;
- Se tiver ido ao Serviço de Urgência;
- Se tiver alta do Internamento;
- Se sentir novos sintomas, ou agravamento dos sintomas habituais;
- Se tiver dúvidas com a medicação;
- Em caso de queda, dor, febre, falta de ar ou outra sintomatologia que não consiga resolver sem cuidados de saúde.

Se não conseguir contactar com a equipa o que devo fazer?

- se puder aguardar, o elemento contactado retribuirá a chamada logo que possível, nos dias de atendimento.
- Ligar SNS 24 em caso de sintomas ligeiros.
- Ligar 112 em caso de emergência.

Anexo 2 – Mapa de medicação do doente crónico complexo, na ECDCC

ECDCC - Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

MAPA HORÁRIOS DA MEDICAÇÃO

Nome: SNS:

MEDICAMENTO	JEJUM	PEQ.- ALMOÇO	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	DEITAR	SOS

ANOTAÇÕES:

Anexo 4 – Mapa de exames e de consultas do doente crónico complexo, na ECDCC

MAPA DE CONSULTAS / ANÁLISES / EXAMES[illegible]

Anexo 5 – Consentimento informado, esclarecido e livre da admissão em ECDCC**Consentimento Livre e Esclarecido****Admissão em Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo**

(colante de identificação)

Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito para admissão em Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC)

(nos termos da Norma 015/2013 da Direção-Geral de Saúde de 03/10/2013 atualizada a 4/11/2015)

Nome legível do médico responsável pela proposta:

| _____ | N.º Ordem | _____ |

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

À pessoa/Representante:**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.****Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido/a.****Verifique se todas as informações estão corretas.**

-Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assino este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

-Autorizo/Não autorizo [riscar o que não interessa] o ato indicado, bem como todos os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentados.

Nome: | _____ | Data: ____/____/____

Assinatura: x _____

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

Nome: _____

Doc. Identificação civil N.º _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação _____

Assinatura: x _____

Anexo 6 – Declaração de compromisso do doente e do familiar/cuidador na ECDCC.

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO
UTENTE

Eu, _____,
com o Cartão de Cidadão nº _____, declaro ter sido informado(a)
sobre o modo de funcionamento da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico
Complexo e aceite a integração nesta Equipa. Mais declaro que vou apoiar a
Equipa no cumprimento da minha medicação crónica, nos registos dos
parâmetros de monitorização que me sejam pedidos e/ou necessários, e na
adoção das atitudes não farmacológicas preconizadas no Plano Individual de
Cuidados que irá ser feito de acordo com os meus principais problemas de
saúde.

O utente: _____

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO
CUIDADOR

Eu, _____,
com o Cartão de Cidadão nº _____,
cuidador do utente _____,
com o SNS nº _____,

declaro ter sido informado(a) sobre o modo do funcionamento da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo e aceite a integração do utente, acima identificado, nesta Equipa. Mais declaro que vou apoiar a Equipa no cumprimento da medicação crónica do utente, nos registos dos parâmetros de monitorização que sejam pedidos e/ou necessários, e na adoção das atitudes não farmacológicas preconizadas no Plano Individual de Cuidados que irá ser feito de acordo com os seus principais problemas de saúde.

Assinatura do (a) cuidador (a): _____

Anexo IX

				N.º / Revisão – xxx.x	
				Página 1 de 16	
Tipo de documento: Procedimento				Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Procedimento de admissao do doente na ECDCC					
Palavras-chave:	<i>Admissão</i>	<i>Equipa</i>	<i>Doente</i>	<i>Crónico</i>	
Elaborado/ Revisto em: __/__/____		Aprovado em: __/__/____		Doc. Revogados: __/__/____	

1. Âmbito

O presente documento enquadra-se no âmbito do Projeto da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC), nomeadamente, no que respeita ao processo de admissão do doente.

2. Objetivos

- Definir os passos de admissão do doente na ECDCC;
- Uniformizar procedimentos na admissão do doente na ECDCC;
- Otimizar recursos na ECDCC;
- Promover a segurança dos cuidados na ECDCC;
- Facilitar a integração de novos elementos na ECDCC.

3. Referências

Escoval et al (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol 9, 105-116. <http://hdl.handle.net/10400.26/9899>

Projeto Piloto de Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

4. Definições

A Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo tem como objetivo principal aplicar um modelo de gestão da doença crónica baseado na Pirâmide de Kaiser Permanente, definido como um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para doentes crónicos complexos. Tem por base a estratificação dos doentes por três níveis de risco diferentes, permitindo a adaptação dos cuidados de saúde às suas necessidades, dando-lhes a resposta mais adequada e efetiva (Escoval et al, 2010).

No primeiro nível encontra-se a população que tem uma doença crónica já diagnosticada e para a qual pode haver benefícios significativos ao nível da qualidade de vida e dos resultados em saúde obtidos, no planeamento de cuidados de suporte dado pelas equipas de saúde bem como na promoção da autogestão da doença. No segundo nível, estão os indivíduos com risco elevado de evolução da doença crónica, necessitando de uma gestão efetiva dos cuidados de saúde prestados, para que a tendência natural seja contrariada ou pelo menos minimizada. No terceiro e último nível da pirâmide, encontram-se representados os doentes que necessitam de um acompanhamento sistemático e diferenciado, dada a severidade da doença que apresentam. Estes são doentes complexos que requerem um modelo baseado na gestão de caso e correspondem a cerca de 5% da população com Doença Crónica (Escoval et al, 2010).

A ECDCC pretende então a operacionalização deste conceito, privilegiando a relação médico/enfermeiro-doente em contexto ambulatorio, integrando nos programas *guidelines* clínicas práticas baseadas na evidência, promovendo as competências de autogestão do doente e executando uma análise sistemática de resultados clínicos, económicos e humanísticos. Pretende-se desta forma uma prevenção efetiva das complicações, de forma a diminuir a procura dos serviços de urgência e dos internamentos hospitalares. A equipa procura ainda estabelecer uma ponte entre os cuidados puramente hospitalares e os cuidados de saúde primários, com criação de protocolos de referênciação e gestão conjunta destes doentes.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais da equipa envolvidos no processo.

6. Descrição

REFERENCIAÇÃO

Os doentes podem ser referenciados para a Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo após internamento hospitalar (convencional ou em Unidade de Hospitalização Domiciliária - UHD); pela consulta externa de Medicina Interna ou após observação/episódio em Serviço de Urgência.

Como critérios de referenciação, consideram-se candidatos aqueles que reunirem 3 ou mais dos seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 65 anos de idade
- 5 ou mais recorrências ao serviço de urgência/ano
- 3 ou mais internamentos/ano

- 3 ou mais doenças crónicas da seguinte lista:
 - Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)
 - Insuficiência cardíaca crónica (IC)
 - Doença renal crónica (DRC)
 - Diabetes mellitus (DM)
 - Doença hepática crónica (DHC)
 - Doença cerebrovascular crónica (DCV)
 - Neoplasia
 - Medicação crónica com 6 ou mais fármacos

1ª CONSULTA (Hospital de Dia)

Agendamento de consulta médica em hospital de dia, com o doente e/ou familiar/cuidador. Nesta primeira consulta, torna-se necessário:

- Confirmar que o doente cumpre critérios de referenciação;
- Explicar ao doente e/ou familiar/cuidador o objetivo e o funcionamento da ECDCC;
- Assinar o consentimento livre e esclarecido de integração na ECDCC (Anexo 1);
- Assinar declarações de compromisso (doente e/ou familiar/cuidador) (Anexo 2);
- Assinar o consentimento livre e esclarecido para a realização de consulta médica sem a presença do doente/teleconsulta (Anexo 3);
- Fornecer Guia de Acolhimento na ECDCC (Anexo 4);
- Entregar o dossier do doente crónico complexo (elaborado de acordo com Procedimento nº xxx);
- Agendamento de 1ª avaliação no domicílio pelo Enfermeiro Gestor de Caso;
- Agendar próxima consulta médica programada dentro de 3 meses;
- Registos no sistema informático: Registo de consulta realizada com a informação da forma de referenciação, critérios para referenciação, registo de dados de identificação disponíveis (com identificação geral, contexto funcional, contexto cognitivo e contexto social), registo de antecedentes patológicos, registo de terapêutica farmacológica de acordo com último episódio de urgência/internamento/consulta médico de família/consulta especialidade hospitalar, aceitação do doente na integração na equipa, elaboração de folha de reconciliação terapêutica;
- Elaborar o dossier do gestor de caso da ECDCC (de acordo com Procedimento nº xxx).

1º CONSULTA (DOMICÍLIO)

A consulta é efetuada pelo enfermeiro gestor, no domicílio do doente:

- Avaliação do doente, incluindo monitorização dos sinais vitais, SaO₂, peso e colheita de espécimes.
- Aplicar as Escalas de Avaliação Inicial (Anexo 5), nomeadamente:
 - Demográfica
 - Escala de auto-percepção
 - Escala de Depressão Geriátrica
 - Índice de Barthel
 - Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - Lawton-Brody
 - Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)
 - Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime Medicamentoso
 - Inventário de Razões para a Não Adesão ao Regime Medicamentoso Prescrito
 - WHOQOL-BREF
 - Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Efetuar a reconciliação terapêutica (Anexo 6)
- Efetuar registos no sistema informático

7. Destinatários

A todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde

8. Anexos

Anexo 1 – Consentimento livre e esclarecido de integração na ECDCC**Consentimento Livre e Esclarecido****Admissão em Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo**

(colante de identificação)

Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito para admissão em Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC)

(nos termos da Norma 015/2013 da Direção-Geral de Saúde de 03/10/2013 atualizada a 4/11/2015)

Nome legível do médico responsável pela proposta:

| _____ | N.º Ordem | _____ |

Data:/...../..... Assinatura:.....

À pessoa/Representante:**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.****Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido/a.****Verifique se todas as informações estão corretas.**

-Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assino este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

-Autorizo/Não autorizo [riscar o que não interessa] o ato indicado, bem como todos os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentados.

Nome:| _____ | Data:/...../.....

Assinatura: x _____

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

Nome: _____

Doc. Identificação civil N.º _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação _____

Assinatura: x _____

Anexo 2 – Declarações de compromisso (doente e/ou familiar/cuidador)

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO**UTENTE**

Eu, _____,

com o Cartão de Cidadão nº _____, declaro ter sido informado(a) sobre o modo de funcionamento da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo e aceite a integração nesta Equipa. Mais declaro que vou apoiar a Equipa no cumprimento da minha medicação crónica, nos registos dos parâmetros de monitorização que me sejam pedidos e/ou necessários, e na adoção das atitudes não farmacológicas preconizadas no Plano Individual de Cuidados que irá ser feito de acordo com os meus principais problemas de saúde.

O utente: _____

ECDCC – Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO
CUIDADOR

Eu, _____,
com o Cartão de Cidadão nº _____,
cuidador do utente _____,
com o SNS nº _____,

declaro ter sido informado(a) sobre o modo do funcionamento da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo e aceite a integração do utente, acima identificado, nesta Equipa. Mais declaro que vou apoiar a Equipa no cumprimento da medicação crónica do utente, nos registos dos parâmetros de monitorização que sejam pedidos e/ou necessários, e na adoção das atitudes não farmacológicas preconizadas no Plano Individual de Cuidados que irá ser feito de acordo com os seus principais problemas de saúde.

Assinatura do (a) cuidador (a): _____

Anexo 3 – Consentimento livre e esclarecido para a realização de consulta médica sem a presença do doente/teleconsulta

Consentimento Livre e Esclarecido **CONSULTA SEM PRESENÇA DOENTE/TELECONSULTA**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA SEM A PRESENÇA DO DOENTE/TELECONSULTA

(nos termos da Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015)

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada ou seu representante de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários para a realização de uma consulta médica sem a presença do utente/teleconsulta cujo resultado será registado no processo clínico do utente.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do/a médico/a / enfermeiro/a ou profissional de saúde responsável pela proposta:

_____ N.º Mecanográfico.: _____

Data/...../..... Assinatura:

A Pessoa/Representante:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao enfermeiro/a se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo [riscar o que não interessa] o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____ / ____ / ____ (data)

Assinatura **X**

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

Nome:

Doc. Identificação N.º: Data ou Validade/...../.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura:

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Anexo 4 – Guia de Acolhimento na ECDCC

Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

GUIA DE ACOLHIMENTO**QUEM SOMOS****OBJETIVOS DA EQUIPA**

- Prevenir e diminuir o número de agudizações das doenças crónicas.
- Promover a qualidade de vida expectável face ao quadro clínico.

VANTAGENS NO ACOMPANHAMENTO

- Acompanhamento personalizado de acordo com o plano terapêutico delineado face à situação clínica.
- Maior acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde.
- Redução no número de urgências e internamentos

METODOLOGIA DE TRABALHO

- Enfermeiro Gestor de caso: visitas domiciliárias regulares e acompanhamento telefónico
- Acompanhamento por médico especialista de Medicina Interna
- Articulação de cuidados com outras equipas assistenciais
- Consulta Aberta (segundas, quartas e sextas no horário das 14h00 às 16h00)

DEVERES DO UTENTE E FAMILIAR/CUIDADOR

Ao utente/cuidador é pedido que cumpra o plano terapêutico proposto e não deve omitir ou alterar esquema de medicação sem conhecimento do(a) enfermeiro(a) gestor de caso.

QUESTÕES FREQUENTES

Continuo a ter acompanhamento pela equipa de saúde familiar? Sim.

A consulta com as especialidades hospitalares mantém-se? Sim.

A quem devo ligar em caso de necessidade?

- 1. Enfermeiro(a) Gestor(a) de caso
- 2. Outros contactos da equipa fornecidos:

Enfermeiro (a) Gestor de caso: Enfe

Equipa de cuidados ao doente crónico complexo

Em que situações devo contactar o(a) enfermeiro(a) gestor(a) de caso)?

- Se outro médico fizer alteração terapêutica;
- Se tiver ido ao Serviço de Urgência;
- Se tiver alta do Internamento;
- Se sentir novos sintomas, ou agravamento dos sintomas habituais;
- Se tiver dúvidas com a medicação;
- Em caso de queda, dor, febre, falta de ar ou outra sintomatologia que não consiga resolver sem cuidados de saúde.

Se não conseguir contactar com a equipa o que devo fazer?

- se puder aguardar, o elemento contactado retribuirá a chamada logo que possível, nos dias de atendimento.
- Ligar SNS 24 em caso de sintomas ligeiros.
- Ligar 112 em caso de emergência.

Anexo 5 – Escalas de Avaliação Inicial na ECDCC**Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo****Escalas de Avaliação Inicial**

Nome: _____ Processo: _____

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA							
1. Género							
1 – Masculino				2 – Feminino			
2. Idade							
3. Estado Civil							
1 – Solteiro/a		2 – Casado/a		3 – União de facto		4 – Separado	
5 – Divorciado/a		6 – Viúvo/a					
4. Nível de Instrução							
1 – Não sabe ler nem escrever		2 – Sabe ler e/ou escrever		3 – 1.ª a 4.ª ano		4 – 5.ª a 6.ª ano	
5 – 7.ª a 9.ª ano		6 – 10.ª a 12.ª ano		7 – Estudos universitários		8 – Formação pós-graduada	
5. Pessoas com quem co-habita							
1 – Vive sozinho		2 – Conjuge		3 – Filhos		4 – Conjuge e filhos	
5 – Família alargada		6 – Cuidador informal		7 – Outro			

AUTO PERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE				
6. Como avalia a sua saúde, em geral, no momento?				
1 – Boa		2 – Satisfatória		3 – Má
7. Comparando com há 5 anos, como está a sua saúde?				
1 – Melhor		2 – Igual		3 – Pior
8. Para a sua saúde melhorar, de que necessita? (assinalar apenas a resposta considerada fundamental)				
1 – Melhores cuidados de saúde		2 – Mais apoio/assistência social		3 – Mais apoio da família
4 – Ter mais rendimentos		5 – Outro		
9. Descreva quais são os seus problemas de saúde/doença atualmente				

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA		Sim	Não
1	Está satisfeito/a com a sua vida?	0	1
2	Pôs de lado muitas atividades e interesses?	1	0
3	Sente a sua vida vazia?	1	0
4	Fica muitas vezes aborrecido/a?	1	0
5	Está bem-disposto/a a maior parte do tempo?	0	1
6	Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	1	0
7	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se muitas vezes desamparado/a?	1	0
9	Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Acha que tem mais dificuldades de memória que as outras pessoas?	1	0
11	Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14	Sente que para si não há esperança?	1	0
15	Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	1	0
Total			

ÍNDICE DE BARTHEL			
Higiene pessoal	Necessita de ajuda com o cuidados pessoal	0	
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	
Banho	Dependente	0	
	Independente (lava-se no chuveiro/banho de imersão/usa a esponja sem ajuda)	5	
Evacuar	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0	
	Episódio ocasional de incontinência (1x/semana)	5	
	Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	10	
Urinar	Incontinente ou algaliado	0	
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo 1 x em 24h)	5	
	Contínente (por mais de 7 dias)	10	
Ir à casa de banho	Dependente	0	
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	
	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	
Alimentar-se	Incapaz	0	
	Necessita de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc	5	
	Independente (a comida é providenciada)	10	
Transferências	Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se)	0	
	Grande ajuda física (uma ou duas pessoas) mas consegue sentar-se	5	
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10	

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

	Independente (não necessita de ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15	
Mobilidade (deambulação)	Imobilizado	0	
	Independente na cadeira de rodas (incluindo cantos, etc)	5	
	Deambula com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10	
	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex: bengala)	15	
Vestir-se	Dependente	0	
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5	
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	
Escadas	Incapaz	0	
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5	
	Independente (subir/descer escadas, apoio de corrimões ou dispositivos)	10	
Total			

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA – LAWTON-BRODY		Pontuação	
Cuidar de casa	Cuida de casa sem ajuda	1	
	Faz tudo, exceto o trabalho pesado	2	
	Só tarefas leves	3	
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4	
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5	
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	
	Só lava pequenas peças	2	
	É incapaz de lavar a roupa	3	
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2	
	Prepara pratos pré-cozinhados	3	
	Incapaz de preparar refeições	4	
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	
	Só faz pequenas compras	2	
	Faz as compras acompanhado	3	
	É incapaz de ir às compras	4	
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1	
	Só liga para lugares familiares	2	
	Necessita de ajuda para o usar	3	
	Incapaz de usar o telefone	4	
Uso de transportes	Viaja em transporte público ou conduz	1	
	Só anda de táxi	2	
	Necessita de acompanhamento	3	
	Incapaz de usar o transporte	4	

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1	
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2	
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3	
Responsável pelos medicamentos	Responsável pelos medicamentos	1	
	Necessita que lhe preparem a medicação	2	
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3	
Total			

MEDIDA DE ADESAO AOS TRATAMENTOS (MAT)						
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s)?						
Alguma vez foi descuidado com as horas das tomas dos medicamentos para a(s) sua(s) doença(s)?						
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s) por se ter sentido melhor?						
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s), por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a(s) sua(s) doença(s), por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a(s) sua(s) doença(s) por alguma razão que não seja a indicação do médico?						
Subtotal						
Total						

Inventário da capacidade funcional face ao regime medicamentoso			
	Não tenho dificuldade 1	Tenho dificuldade 2	Dependo de outro 2
Abrir ou fechar as embalagens			
Ler o que está escrito na embalagem			
Perceber qual e como tomar o medicamento			
Tomar o medicamento (sabor, tamanho, forma de aplicar)			

Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

Renovar a medicação a tempo (ir ao médico)			
Desloca à farmácia para comprar o medicamento			
Ter dinheiro para comprar a medicação			
Cumprir com o horário das tomas			
Manter o conhecimento sobre os medicamentos			
Lembrar quando chega a hora			
Subtotal			
			Total
Quando esteve fora de casa e não planeou toma de medicação, foi porque:			
Estava muito ocupado	Adormeceu antes da hora	Outra:	

Inventário de razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito			
	Não tenho dificuldade 1	Tenho dificuldade 2	Dependo de outro 2
Tomar muita medicação junta			
Os efeitos secundários dos medicamentos			
Estar preocupado com a habituação aos medicamentos			
Não gostar de tomar medicamentos quando já se sente bem			
Duvidar da eficácia da medicação			
Não querer misturar o álcool com os medicamentos			
Não gostar de pensar que está doente			
Sentir-se pior quanto toma o medicamento			
O medicamento não estar a fazer efeito			
O tratamento ser demasiado longo			
Por estar deprimido			
Preguiça em tomar os medicamentos			
Não ter apoio de alguém para o fazer			
Não lhe explicarem para que serve			
Outro:			

RAZÕES PARA NÃO TOMAR A MEDICAÇÃO	
Esquecimento	
Insuficiência Económica	
Outra Razão	

Anexo X

				N.º / Revisão – xxx.x	
				Página 1 de 5	
Tipo de documento: Procedimento				Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Utilização, Manutenção e Higienização das malas de equipamento, materiais e fármacos da ECDCC					
Palavras-chave:		Malas	Consultas	Domicílio	
Elaborado/ Revisto em: __/__/__		Aprovado em: __/__/__		Doc. Revogados: __/__/__	

1. Âmbito

O presente documento insere-se âmbito do sistema de gestão de qualidade da Unidade Local de Saúde, enquadrando-se no âmbito da consulta de enfermagem no domicílio por parte da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC)

2. Objetivos

- Promover a segurança da pessoa, familiares/cuidadores e dos profissionais de saúde;
- Garantir o bom estado do equipamento e dos materiais/fármacos que constituem as malas de equipamento, materiais e fármacos da consulta de enfermagem ao domicílio;
- Prevenir infeções associadas após cuidados de saúde;
- Otimizar recursos;
- Uniformizar procedimentos;
- Facilitar a integração de novos elementos.

3. Referências

- Direção Geral da Saúde (DGS). (2012). *Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em dgs@dgs.pt
- George, C. (2025). *Home health bag technique: A comprehensive guide*. Disponível em <https://www.selecthub.com/home-health/home-health-bag-technique/>
- Osaghae, E. (2018). Proper bag technique: Preventing and controlling infections during home visitations. *Georgia Nursing*. Disponível em: <https://www.thefreelibrary.com/Proper+Bag+Technique%3a+Preventing+and+Controlling+Infections+during...-a0546996441>

- <https://www.hopkinsmedicalproducts.com/Solutions-and-Services/Articles/Healthcare-Bag-Technique>

4. Definições

As malas da consulta de enfermagem ao domicílio constituem um item essencial para a prestação de cuidados eficazes. Sua onipresença exige esforços consistentes para evitar contaminação cruzada, proteger a pessoa e sua família e, ainda, permanecer em total conformidade com a sua função, pois contêm os equipamentos, materiais e fármacos, necessários à prestação de cuidados de saúde.

Desta forma, é necessário garantir que as malas contêm os equipamentos e materiais/fármacos em perfeitas condições de segurança, aquando da sua utilização.

A limpeza e desinfeção das mesmas são fundamentais para a prevenção das cadeias de transmissão das infeções quer entre os profissionais de saúde, quer entre as pessoas alvos dos cuidados, quer entre os profissionais e as pessoas e as comunidades. Deste modo, devem respeitar as normas do controlo de infeção e as orientações do fabricante.

As recomendações que se seguem destinam-se a apoiar os profissionais na reposição e na frequência de verificação dos constituintes das malas e auxiliar os operacionais na limpeza, desinfeção e, em caso de necessidade, na descontaminação dos equipamentos necessários para a prestação de cuidados, em complemento aos procedimentos em vigor, emanados pela Comissão de Controlo de Infeção da ULSEDV.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais da equipa envolvidos no processo.

6. Descrição

A. Utilização

- Transportar as malas em uma área limpa no veículo, de preferência em recipiente de plástico designado para tal.
- Transportar para o domicílio da pessoa, apenas a(s) mala(s) necessária(s) para os cuidados (MALA 1 e/ou MALA 2). A MALA 3 não é transportada para o domicílio da pessoa.
- Na necessidade de materiais/fármacos da MALA 3, colocá-los num saco de plástico para transporte até ao domicílio.

- No domicílio da pessoa, selecionar uma superfície limpa e seca, plana e dura, para colocar a mala e organizar a área de trabalho. Não deve ser colocada no chão.
- Se necessário, usar uma barreira de superfície (saco plástico) para colocar a mala.
- Higienizar as mãos.
- Retirar os equipamentos necessários para o cuidado à pessoa, incluindo qualquer equipamento de proteção individual, se necessário.
- Fechar a mala antes de efetuar os cuidados e manter fechada quando não estiver a ser utilizada.
- Após a utilização:
 - Equipamentos reutilizáveis (esfigmomanómetro, estetoscópio, etc.) são devolvidos à mala, após desinfeção com toalhete desinfetante.
 - Materiais descartáveis são descartados, num saco plástico.
 - Materiais reutilizáveis sujos que não possam ser limpos no local, deve ser colocado em saco plástico e transportada para a área designada.
 - Higienização das mãos.

B. Reposição:

- A reposição dos materiais das malas da consulta de enfermagem ao domicílio, devem ser efetuadas, no final da consulta de enfermagem ao domicílio, cumprindo a listagem de constituição das mesmas, pelo profissional a (as) que utilizou.
- Se necessário, otimizar os equipamentos (exemplo: substituição das pilhas, carregar o termómetro com os adaptadores, substituir manguito, etc.)

C. Verificação

- Os equipamentos da MALA 1 devem ser verificados o seu funcionamento, mensalmente – na primeira segunda-feira de cada mês, à tarde.
- Os constituintes da MALA 2 devem ser verificados, mensalmente – na primeira quarta-feira de cada mês, à tarde.
- A MALA 3 deve ser verificada mensalmente, quanto à sua constituição e validade dos materiais/fármacos– na primeira sexta-feira de cada mês, à tarde.
- Os materiais e fármacos devem ser substituídos a 2 meses do prazo de validade.

D. Higienização

- As malas da consulta de enfermagem ao domicílio devem ser higienizadas periodicamente.
- MALA 1 – EQUIPAMENTOS

- Interior da mala – deve ser limpa e desinfetada semanalmente (segunda-feira à tarde) com toalhete desinfetante.
- Exterior da mala – Encaminhar mensalmente (primeira segunda-feira do mês) para a lavandaria para ser lavada à mão com sabão neutro e água morna e secar ao ar livre.
- MALA 2 – TRANSPORTE
 - Interior da mala – deve ser limpa e desinfetada à quarta-feira, ao final do dia das consultas ao domicílio.
 - Exterior da mala – deve ser limpa e desinfetada diariamente, ao final do dia das consultas ao domicílio.
- MALA 3 – MATERIAIS e MEDICAÇÃO
 - Devem ser higienizadas trimestralmente, na primeira sexta-feira do mês (março, junho, setembro, dezembro) ou em SOS – de acordo com as recomendações do fabricante e procedimentos em vigor emanados pela Comissão de Controlo de Infecção da ULSEDV.
 - Retirar todos os equipamentos, materiais e fármacos das respetivas malas.
 - Encaminhar para a lavandaria da ULSEDV.

NOTA: Para proceder à higienização das malas das consultas de enfermagem ao domicílio é necessário a existência de outras suplementes, para a transposição dos equipamentos, materiais e fármacos.

Importante: Aquando da Reposição, Verificação e Higienização das malas, todos os equipamentos, materiais e fármacos, devem estar em concordância com a check-list da constituição das malas de consulta de enfermagem no domicílio (Procedimento XXX), com o seu preenchimento e arquivo por 6 meses (capa própria).

7. Destinatários

A todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde

Anexo XI

					N.º / Revisão – xxx.x	
					Página 1 de 9	
Tipo de documento: Procedimento					Data – xx/xx/xxxx	
Nome: Constituição das malas de equipamento, materiais e fármacos da ECDCC						
Palavras-chave:		<i>Malas</i>	<i>Equipamento</i>	<i>Fármacos</i>	<i>Domicílio</i>	
Elaborado/ Revisto em: __/__/__		Aprovado em: __/__/__		Doc. Revogados: __/__/__		

1. Âmbito

O presente documento enquadra-se no âmbito do Projeto da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo (ECDCC), nomeadamente, no que respeita ao equipamento que constitui as malas de apoio à prestação de cuidados no domicílio utilizadas pela equipa, bem como os profissionais envolvidos neste processo.

2. Objetivos

- Definir a constituição das malas de apoio à prestação de cuidados no domicílio utilizadas pela ECDCC;
- Otimizar recursos na ECDCC;
- Promover a segurança dos cuidados na ECDCC;
- Facilitar a integração de novos elementos na ECDCC.

3. Referências

Projeto Piloto de Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

4. Definições

A ECDCC realiza consultas de Enfermagem no domicílio e para tal necessita de determinados materiais, equipamentos e fármaco essenciais na prestação de cuidados ao doente, nomeadamente, colheita de especimes, avaliação de sinais vitais, tratamento de feridas, administração de fármacos, etc. Desta forma, todos estes itens deverão garantir a segurança do doente, família e/ou cuidador sendo transportados em locais próprios para o efeito. Estas malas serão transportadas pelo enfermeiro que se desloca em viatura própria ao domicílio do doente.

5. Responsabilidades

Todos os profissionais da ECDCC envolvidos no processo.

6. Descrição

Neste âmbito define-se a existência de 3 malas distintas de apoio à prestação de cuidados durante as consultas ao domicílio. Segue-se a constituição das mesmas, bem como algumas das suas características:

- **Mala 1 (Equipamento): poderá ser transportada até ao domicílio do doente**
 - 1 Medidor de tensão arterial;
 - 1 Saturímetro;
 - 1 Termómetro auricular;
 - 1 Estetoscópio;
 - 1 saco com Luvas limpas;
 - 1 Solução antisséptica;
 - 6 Máscaras cirúrgicas e FFP2;
 - 6 Sacos do lixo;
 - 1 embalagem de Toalhetes desinfetantes

- **Mala 2 (Transporte): poderá ser transportada até ao domicílio do doente**
 - Deverá estar dividida em duas zonas distintas: zona limpa e zona suja.
 - Zona suja: contentor de agulhas;
 - Zona limpa: sacos do lixo e solução antisseptica. É aqui que deverá ser colocado sempre que necessário o material a utilizar na realização de procedimentos de Enfermagem.

- **Mala 3 (Material e Fármacos):** permanece na viatura e não poderá ser transportada até ao domicílio do doente



Figura 1 – Representação gráfica da parte externa da mala 3

PARTE EXTERNA

Compartimento Nº 1 (Material de proteção)	Compartimento Nº2
☐ Luvas descartáveis ☐ Toalhetas de desinfeção cutânea ☐ Toalhetes de desinfeção de equipamentos ☐ Solução desinfetante ☐ 4 Máscaras cirúrgicas ☐ 4 Máscaras FP2	☐ Esfigmomanómetro digital
Compartimento Nº3	Compartimento Nº 4
• Bolsa 1 ☐ 4 Pilhas AA ☐ 4 Pilhas AAA • Bolsa 2 ☐ Proteção descartável do termómetro. • Bolsa 3 ☐ Glucómetro ☐ 10 Fitas de glicemia ☐ 10 Lancetas ☐ 1 Pack de compressas esterilizadas. • Bolsa 4 ☐ Estetoscópio • Bolsa frontal 1 ☐ 2 canetas	☐ Contentor de agulhas suplente

• Bolsa frontal 2	
Compartimento Nº 5 (Material de punção e preparação de fármacos)	
• Bolsa 1 ☐ 1 Sistema de soroterapia simples ☐ 1 Prolongador de soroterapia com torneira de 3 vias ☐ 1 Soro fisiológico 100cc • Bolsa 2 ☐ Spray desinfetante com clorexidina • Bolsa 3 ☐ 2 cateter periférico 20G ☐ 2 Cateter periférico 22G ☐ 2 Obturadores unidirecionais ☐ 2 tampas de cateter periférico. ☐ 1 garrote ☐ 2 adesivos transparentes estéreis ☐ Rede tubular elástica ☐ 2 packs de compressas esterilizadas ☐ Adesivo hipoalergénico • Bolsa 4 ☐ 2 Seringas 20 cc ☐ 4 Seringas 10 cc ☐ 4 Seringas 5 cc ☐ 2 Seringas 2 cc ☐ 2 Seringas 1 cc • Bolsa frontal 1 ☐ 4 Agulhas EV ☐ 2 Agulhas IM ☐ 2 Agulhas SC • Bolsa frontal 2 ☐ Soro Fisiológico 0,9% 10c ☐ Tesoura ☐ Material diverso de tratamento de feridas	
☐	

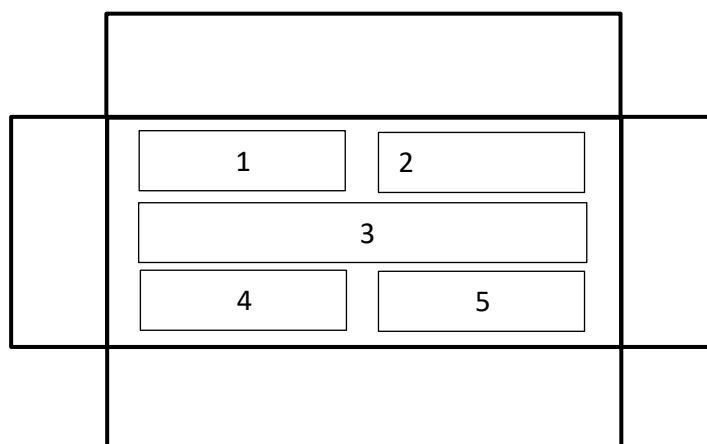


Figura 2 – Representação gráfica da parte interna da mala 3

PARTE INTERNA

Compartimento Nº 1 (Material de colheitas)	Compartimento Nº2 (Material de entubação)
☐ 4 sistemas de colheita de sangue Butterfly 21G ☐ 2 adaptadores de colheita ☐ 1 frasco de colheita de urina estéril ☐ 1 frasco de colheita de fezes ☐ 3 tubos Bioquímica ☐ 3 tubos de hemograma ☐ 2 tubos de Coagulação ☐ 2 tubos de velocidade de sedimentação ☐ 2 Tubo de tipagem ☐ Tiras de combur rápido ☐ Folha de alumínio ☐ 2 kit de gasimetria ☐ 1 TRag COVID-19 ☐ 1 Teste PCR COVID 19	☐ 2 adesivos cortados ☐ Lubrificante ☐ 1SNG Nº 18 ☐ 1 Tampa de SNG ☐ 1 Seringa de 100cc ☐ Saco de drenagem
Compartimento Nº3 (Fármacos)	Compartimento Nº 4 (Material de algaliação)
☐ Câmara expansora ☐ Mala de fármacos ☐ 1 SF 0,9% 500cc	☐ Kit de algaliação estéril ☐ 2 Pack compressas esterilizadas ☐ 1 sonda vesical Foley 14 ☐ Luvas esterilizadas 6.5 e 7.5 ☐ Saco de drenagem ☐ Cruzeta
Compartimento Nº 5 (Material de tratamento de feridas)	
☐ 1 Kit de pensos Nº1	

Tal como referido anteriormente, no interior da mala 2 existe uma **Mala De Fármacos** a administrar em SOS. Segue -se a constituição dessa mala:

MALA DE FÁRMACOS

Compartimento 1 (fármacos de administração por via oral, retal e inalatória)			Compartimento 2 (fármacos de administração por via endovenosa)		
2	Lactulose 15 ml		2	Cloreto de sódio 0,9% 100 ml	
4	Acetilcisteína 600 mg		1	Paracetamol 1 gr	
2	Bisacodilo 5 mg		1	Butilescopalamina 20 mg	
2	Buscopan 10 mg		1	Clemestina 2 mg	
2	Captopril 25 mg		5	Cloreto de sódio 0,9% 10 ml	
2	Diazepam 5 mg		2	Dexametasona 4 mg	
2	Hidroxizina 25 mg		1	Diclofenac 75 mg	
3	Metamizol 575 mg		4	Furosemida 20 mg	
2	Metolazona 5 mg		2	Hidrocortisona 100 mg	
3	Ondasetron 8 mg		1	Metamizol 2 gr	
12	Paracetamol 500 mg		1	Metoclopramida 10 mg	
2	Prednisolona 5 mg		1	Ondasetron 8 mg	
2	Sene A+B 12 mg		1	Pantoprazol 40 mg	
3	Sucalfato 1gr		1	Sulfato de Magnésio 2 gr	
2	Tramadol 50 mg		1	Tiocolquicósido 4 mg	
3	UL-250 250 mg		1	Tramadol 100 mg	
2	Microlax				
1	Salbutamol 100 ugr				
1	Atrovent 20 ugr				
1	Budesonida 200 ugr				

7. Destinatários

A todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde.

8. Anexos

Anexo 1 – Check-list das Malas de Equipamento, Materiais e Fármacos da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

Check-list das Malas de Equipamentos, Materiais e Fármacos da Equipa de Cuidados ao Doente Crónico Complexo

MALA 1 - EQUIPAMENTO

- ☐ 1 Medidor de tensão arterial;
- ☐ 1 Saturímetro;
- ☐ 1 Termómetro auricular;
- ☐ 1 Estetoscópio;
- ☐ 1 saco com Luvas Limpas;
- ☐ 1 Solução antisséptica;
- ☐ 6 Máscaras cirúrgicas e FFP2;
- ☐ 6 Sacos do lixo;
- ☐ 1 embalagem de Toalhetes desinfetantes

MALA 2 – TRANSPORTE

- Zona suja
 - ☐ Contentor de agulhas
- Zona limpa:
 - ☐ Sacos do lixo
 - ☐ Solução antisséptica

MALA 3 - MATERIAL E FÁRMACOS

PARTE EXTERNA

Compartmento Nº 1 (Material de proteção)	Compartmento Nº2
☐ Luvas descartáveis ☐ Toalhetas de desinfeção cutânea ☐ Toalhetes de desinfeção de equipamentos ☐ Solução desinfetante ☐ 4 Máscaras cirúrgicas ☐ 4 Máscaras FP2	☐ Esfigmomanómetro digital (remover?)
Compartmento Nº3	Compartmento Nº 4
• Bolsa 1 ☐ 4 Pilhas AA ☐ 4 Pilhas AAA • Bolsa 2 ☐ Proteção descartável do termómetro. • Bolsa 3 ☐ Glucómetro ☐ 10 Fitas de glicemia ☐ 10 Lancetas ☐ 1 Pack de compressas esterilizadas. • Bolsa 4 ☐ Estetoscópio (remover?) • Bolsa frontal 1 ☐ 2 canetas • Bolsa frontal 2	☐ Contentor de agulhas suplente

Compartimento Nº 5 (Material de punção e preparação de fármacos)	
• Bolsa 1 ☐ 1 Sistema de soroterapia simples ☐ 1 Prolongador de soroterapia com torneira de 3 vias ☐ 1 Soro fisiológico 100cc • Bolsa 2 ☐ Spray desinfetante com clorexidina • Bolsa 3 ☐ 2 cateter periférico 20G ☐ 2 Cateter periférico 22G ☐ 2 Obturadores unidirecionais ☐ 2 tampas de cateter periférico. ☐ 1 garrote ☐ 2 adesivos transparentes estéreis ☐ Rede tubular elástica ☐ 2 packs de compressas esterilizadas ☐ Adesivo hipoalergénico • Bolsa 4 ☐ 2 Seringas 20 cc ☐ 4 Seringas 10 cc ☐ 4 Seringas 5 cc ☐ 2 Seringas 2 cc ☐ 2 Seringas 1 cc • Bolsa frontal 1 ☐ 4 Agulhas EV ☐ 2 Agulhas IM ☐ 2 Agulhas SC • Bolsa frontal 2 ☐ Soro Fisiológico 0,9% 10c ☐ Tesoura ☐ Material diverso de tratamento de feridas	

PARTE INTERNA

Compartimento Nº 1 (Material de colheitas)	Compartimento Nº2 (Material de entubação)
☐ 4 sistemas de colheita de sangue Butterfly 21G ☐ 2 adaptadores de colheita ☐ 1 frasco de colheita de urina estéril ☐ 1 frasco de colheita de fezes ☐ 3 tubos Bioquímica ☐ 3 tubos de hemograma ☐ 2 tubos de Coagulação ☐ 2 tubos de velocidade de sedimentação ☐ 2 Tubo de tipagem ☐ Tiras de combur rápido ☐ Folha de alumínio ☐ 2 kit de gasimetria	☐ 2 adesivos cortados ☐ Lubrificante ☐ 1SNG Nº 18 ☐ 1 Tampa de SNG ☐ 1 Seringa de 100cc ☐ Saco de drenagem

☐ 1 TRag COVID-19 ☐ 1 Teste PCR COVID 19	
Compartimento Nº3 (Fármacos)	Compartimento Nº 4 (Material de algaliação)
☐ Câmara expansora ☐ Mala de fármacos (ver na página seguinte) ☐ 1 SF 0,9% 500cc	☐ Kit de algaliação estéril ☐ 2 Pack compressas esterilizadas ☐ 1 sonda vesical Foley 14 ☐ Luvas esterilizadas 6.5 e 7.5 ☐ Saco de drenagem ☐ Cruzeta
Compartimento Nº 5 (Material de tratamento de feridas)	
☐ Kit de pensos Nº1	

MALA DE FÁRMACOS

Compartimento 1 (fármacos de administração por via oral, retal e inalatória)			Compartimento 2 (fármacos de administração por via endovenosa)		
2	Lactulose 15 ml		2	Cloreto de sódio 0,9% 100 ml	
4	Acetilcisteína 600 mg		1	Paracetamol 1 gr	
2	Bisacodilo 5 mg		1	Butilescolamina 20 mg	
2	Buscopan 10 mg		1	Clemestina 2 mg	
2	Captopril 25 mg		5	Cloreto de sódio 0,9% 10 ml	
2	Diazepam 5 mg		2	Dexametasona 4 mg	
2	Hidroxizina 25 mg		1	Diclofenac 75 mg	
3	Metamizol 575 mg		4	Furosemida 20 mg	
2	Metolazona 5 mg		2	Hidrocortisona 100 mg	
3	Ondasetron 8 mg		1	Metamizol 2 gr	
12	Paracetamol 500 mg		1	Metoclopramida 10 mg	
2	Prednisolona 5 mg		1	Ondasetron 8 mg	
2	Sene A+B 12 mg		1	Pantoprazol 40 mg	
3	Sucralfato 1gr		1	Sulfato de Magnésio 2 gr	
2	Tramadol 50 mg		1	Tiocolquicosido 4 mg	
3	UL-250 250 mg		1	Tramadol 100 mg	
2	Microlax				
1	Salbutamol 100 ugr				
1	Atrovent 20 ugr				
1	Budesonida 200 ugr				

Confirmado por:

Enfermeiro: _____ N. Mecanográfico: _____

Data: ____/____/____