

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA COM IC — UM
CONSTRUCTO PARA UMA ENFERMAGEM AVANÇADA**

Desenvolvimento profissional de competências clínicas
especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

**CHRONIC DISEASE MANAGEMENT IN PEOPLE WITH HEART
FAILURE - A CONSTRUCT FOR ADVANCED NURSING** Professional
development of specialized clinical skills in Medical-Surgical
Nursing in the area of Person in Chronic Conditions

Autor

Ana Sofia Mendes Vieira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA COM IC — UM CONSTRUCTO PARA UMA ENFERMAGEM AVANÇADA Desenvolvimento profissional de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

CHRONIC DISEASE MANAGEMENT IN PEOPLE WITH HEART FAILURE - A CONSTRUCT FOR ADVANCED NURSING Professional development of specialized clinical skills in Medical-Surgical Nursing in the area of Person in Chronic Conditions

Orientador(es)

Maria Alice Correia de Brito
Professor Coordenador, Doutor

Inês Maria da Cruz Sousa
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Ana Sofia Mendes Vieira

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

*“o princípio e o fim, o alfa e o ómega, do Serviço Nacional de Saúde,
têm nomes e têm rostos. E têm biografias e têm dramas.
São as pessoas. São os Portugueses”*
(Sousa M. R., 2019)

AGRADECIMENTO

Ao Luís, pela presença na minha ausência, pelo suporte e apoio incondicional.

À Raquel, pela preocupação genuína, pelas palavras certas nos momentos incertos e por nunca desistir de me lembrar quem sou.

Aos meus pais, pelo amor e pela fé.

Ao Bóris, pela ausência nos passeios e pela lealdade que só os animais compreendem.

À Professora Doutora Alice Brito, pela sabedoria, mestria e pelo perfeccionismo que eleva.

À Professora Inês Cruz, pelos contributos valiosos, detalhe e dedicação.

Ao Professor Doutor Paulo Parente, pelo entendimento profundo da essência humana e pela paixão que imprime em tudo o que faz.

Aos meus tutores — Enfermeira Carla Pinto, Enfermeira Eduarda Almeida e Enfermeira Alzira Morais — pela coragem de provocar, desafiar e inspirar. Obrigada por fazerem com que cada passo fosse mais consciente e mais meu.

À Enfermeira Jesus Torres, ao Enfermeiro António Oliveira, à Doutora Fátima Seabra e ao Doutor Jorge Martins, pela riqueza dos diálogos, pelas inquietações lançadas e pelos ensinamentos que fizeram germinar reflexão, crescimento e maturidade profissional.

RESUMO

A concretização do presente relatório compõe a etapa final do processo de desenvolvimento e consolidação de competências referente à componente clínica do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Este exercício procurou capturar e documentar, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de ensino clínico, à luz do enquadramento legal presente nos regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018, apoiando-se numa base teórica que articulou os conhecimentos científicos e práticos adquiridos, bem como as competências consolidadas ao longo deste percurso formativo.

O estágio de natureza profissional teve dois propósitos fundamentais, a materialização do projeto de desenvolvimento profissional, intitulado *Gestão da Doença Crónica na Pessoa com Insuficiência Cardíaca — Um Construto para uma Enfermagem Avançada*, e a integração deste projeto como uma ferramenta essencial para o aprimoramento e consolidação das competências do enfermeiro especialista, reforçando a prática avançada como um elemento catalisador nos cuidados à pessoa em situação crónica.

A insuficiência cardíaca é uma doença crónica, complexa, debilitante, com uma importante expressão em Portugal. Esta síndrome constitui a principal causa de internamentos hospitalares, é responsável por elevados índices de morbilidade, apresentando-se como um verdadeiro obstáculo, tanto no autocuidado, como na qualidade de vida destas pessoas. No sentido de desenvolver uma ação profissionalizada no futuro que facilitasse intervenções adequadas às respostas humanas aos processos de vida, saúde e doença, postulou-se uma entrega total aos contextos de estágio. O desenvolvimento de competências nesta área exigiu uma reflexão profunda sobre os referenciais teóricos que melhor sustentam e legitimam a prática especializada, assim como o melhor conhecimento específico disponível da prática atual dos cuidados de enfermagem avançada, tendo em conta o processo de transição saúde-doença. Analisando cuidadosamente cada etapa do projeto, observaram-se progressos sólidos no desenvolvimento de competências especializadas, através do exercício intensivo de atividades que fortaleceram a capacidade de atuar de forma diferenciada no âmbito da atuação junto da pessoa com doença crónica. Este percurso revelou-se um epicentro de aprendizagens significativas, essenciais à prática de uma enfermagem avançada.

Palavras-chave: Enfermagem avançada; Doença crónica; Transição; Autogestão; *Empowerment*.

ABSTRACT

This report is the final stage in the process of developing and consolidating competences in the clinical component of the Master's programme in Medical-Surgical Nursing, leading to the recognition of the professional title of Specialist Nurse in the area of Nursing for the Chronically ill. This exercise sought to capture and document, through a descriptive and reflective methodology, the experiences lived in the different clinical teaching contexts, in the light of the legal framework present in regulations no. 140/2019 and no. 429/2018, supported by a theoretical basis that articulated the scientific and practical knowledge acquired, as well as the competences consolidated throughout this training programme.

The professional internship had two fundamental purposes: the materialisation of the professional development project, entitled *Chronic Disease Management in People with Heart Failure - A Construct for Advanced Nursing*, and the integration of this project as an essential tool for improving and consolidating the competences of specialist nurses, reinforcing advanced practice as a catalysing element in the care of people in chronic situations.

Heart failure is a chronic, complex and debilitating disease that is very prevalent in Portugal. This syndrome is the main cause of hospital admissions, is responsible for high rates of morbidity, and is a real obstacle to both self-care and quality of life for these people. In order to develop professionalised action in the future that would facilitate appropriate interventions in human responses to the processes of life, health and illness, a total commitment to the internship contexts was postulated. Developing skills in this area required in-depth reflection on the theoretical frameworks that best support and legitimise specialised practice, as well as the best available specific knowledge of the current practice of advanced nursing care, taking into account the health-disease transition process. Carefully analysing each stage of the project, a solid progress was made in the development of specialised skills, through the intensive exercise of activities that strengthened the ability to act in a differentiated way when working with people with chronic illnesses. This journey proved to be an epicentre of significant learning, essential to the practice of advanced nursing.

Keywords: Advanced nursing; Chronic disease; Transition; Self-management; Empowerment.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

A

ACC - American College of Cardiology

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AHA - American Heart Association

AINE - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

AIT - Acidente Transitório Isquémico

AMPc - Adenosina Monofosfato Cíclico

ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

AP - Antecedentes Patológicos

APA - American Psychological Association

ARA - Antagonistas do Recetor da Angotensina

ARM - Antagonistas dos Recetores da Aldosterona

ARNI - Inibidores da Neprililina e dos Recetores da Angiotensina

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

B

BB - Betabloqueadores

BNPb - Peptídeo Natriurético tipo B

BiPAP - Pressão Positiva Binível nas Vias Aéreas

C

CC - Cuidados Continuados

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CCS - Cuidados Continuados de Saúde

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CE - Consulta Externa

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CQSD - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

D

DAC - Doença Arterial Coronária

DCV - Doença Cardiovascular

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DM II - Diabetes Mellitus tipo II

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC - Doença Renal Crónica

E

EACPIC - Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca

ECG - Electrocardiograma

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECP - Equipa Cuidados Paliativos

EDCC - Equipa de Doentes Crónicos Complexos

EE - Enfermeiro Especialista

EEAIC - Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

EGA - Equipa de Gestão de Altas

EGC - Enfermeiro Gestor de Caso

EHFScBS-9 - European Heart Failure Self-care Behaviour Scale

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ENPMI - Estágio de Natureza Profissional do Momento I

ENPMII - Estágio de Natureza Profissional do Momento II

EP - Embolia Pulmonar

EPAP - Expiratory Positive Airway Pressure

EPC - Enterobacterales Produtores de Carbapenemases

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESC - European Society of Cardiology

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenoso

F

FA - Fibrilhação Auricular

RVR - Resposta Ventricular Rápida

FC - Frequência Cardíaca

FEI_r - Fração Ejeção Ligeiramente Reduzida

FE_m - Fração Ejeção Melhorada

FE_p - Fração Ejeção Preservada

FE_r - Fração Ejeção reduzida

FEVE - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

FR - Frequência Respiratória

FRCV - Fatores de Risco Cardiovascular

G

GC - Gestor de Casos

GCL - Gestor Coordenação Local

GRL - Gestor de Risco Local

GRT - Gestão do Regime Terapêutico

H

HD - Hospitalização Domiciliária

HPB - Hiperplasia Prostática Benigna

HQS - Health Quality Standards

HTA - Hipertensão Arterial

I

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC - Insuficiência Cardíaca

ICN - International Council of Nurses

IECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

IHI - Institute for Healthcare Improvement

INCS - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

IPAP - Inspiratory Positive Airway Pressure

IR - Insuficiência Respiratória

ISBAR - Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação

iSGLT2 - Inibidores do Cotransportador Sódio-Glicose 2

ISMP - Institute for Safe Medication Practices

ISRS - Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

J

JCI - Joint Commission International

L

LABA - Long-Acting Beta-Agonist

LAMA - Long-Acting Muscarinic Antagonist

LASA - Look-Alike, Sound-Alike

M

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêuticas

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

MNA - Mini Nutritional Assessment

N

NP - Peptídeos Natriuréticos

NREM - Non-Rapid Eye Movement

NT-proBNP - N-terminal pro-Peptídeo Natriurético tipo B

NYHA - New York Heart Association

O

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

P

PA - Pressão Arterial

PAE - Prática Avançada de Enfermagem

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBVT - Precauções com Base na Via de Transmissão

PCI - Prevenção de Controlo de Infecção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PE - Processo de Enfermagem

PEPPA - Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation, and Evaluation

PIC - Plano Individual de Cuidados

PNCI - Programa Nacional de Controlo da Infecção

PNPRA - Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

R

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

REM - Rapid Eye Movement

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RM - Reconciliação Medicamentosa

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RT - Regime Terapêutico

S

SAC - Serviço de Atendimento Complementar

SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SCHFI V6.2 - Self-Care of Heart Failure Index v6.2

SEC - Sociedade Europeia de Cardiologia

SGLT2 - Inibidor do Cotransportador de Sódio-Glicose Tipo 2

SNC - Sistema Nervoso Central

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e Eventos Adversos

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SNSi - Sistema Nervoso Simpático

SRAA - Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

T

TDN - Tomada de Decisão Naturalista

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TNF - Tumor Necrosis Factor

TVP - Trombose Venosa Profunda

U

UC - Unidade Curricular

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

UP - Úlcera por Pressão

UPIP - Urgência Integrada Pediátrica do Porto

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

V

VD - Ventrículo Direito

VE - Ventrículo Esquerdo

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	21
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	23
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	31
3. PROGRAMA DE GESTÃO DE CASOS NUMA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	39
3.1. Enquadramento teórico	39
3.2. Clientes	61
3.3. Medicação	62
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	62
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	68
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	70
3.5. Domínios	71
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	72
3.6. Conceção de Cuidados	78
3.7. Especificação das intervenções	101
3.8. Síntese relativa ao caso	113
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	119
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	177
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXOS	201

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1: Classificação da IC segundo classe funcional de NYHA e ACC/AHA	41
Figura 1: Sinais e Sintomas da IC	40
Figura 2: Perfis de autocuidado	51
Figura 3: Terapêuticas de enfermagem por estilo de gestão do RT	54
Figura 4: Teoria dos Sistemas de Enfermagem	57
Figura 5: Teoria do autocuidado da IC	59
Figura 6: Abordagem holística do cliente com IC	59
Figura 7: Metas internacionais de segurança	130
Figura 8: Sequência típica do autocuidado	157
Esquema 1: Articulação do EGC	37

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Nas últimas décadas, a evolução da área da saúde tem sido marcada por avanços significativos, desde o alargamento do acesso aos cuidados de saúde até ao desenvolvimento de tecnologias inovadoras e terapêuticas cada vez mais eficazes. Consequentemente, estes progressos traduzem-se num aumento expressivo da esperança média de vida. No entanto, este prolongamento da longevidade trouxe consigo um desafio emergente — a crescente prevalência das doenças crónicas. Configuram um desafio de ordem global, sendo amplamente reconhecidas como um problema de saúde pública de considerável dimensão, com projeções que apontam para um aumento significativo do seu impacto nas próximas décadas (Fisher et al., 2021). Estas patologias representam um dos principais determinantes de morte prematura, comprometem significativamente a qualidade de vida e impõem um elevado ónus socioeconómico aos sistemas de saúde e à sociedade em geral (OMS, 2018).

Segundo o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, em 2019, 41 % da população portuguesa reportou a presença de pelo menos uma doença crónica, um valor significativamente superior à média da União Europeia (36 %), evidenciando a elevada prevalência destas patologias no contexto nacional (OECD, 2021). Estes dados refletem os desafios impostos por estas patologias e reforçam a necessidade de estratégias eficazes na prevenção e gestão destas condições, exigindo uma reestruturação dos sistemas de saúde, de modo a garantir uma resposta eficaz e adaptada às necessidades específicas destas pessoas, bem como garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A insuficiência cardíaca (IC) é designada como uma doença crónica, complexa, debilitante, com uma importante expressão em Portugal, estimando-se que existam 400 mil pessoas com esta síndrome, um número que deverá crescer para meio milhão até 2060 (Fonseca et al., 2018). Esta síndrome, pelas suas idiossincrasias, coloca desafios significativos às competências de autocuidado das pessoas. Esses desafios tornam-se mais complexos com a progressão da doença, impondo à pessoa a necessidade de assumir no seu quotidiano mudanças efetivas e permanentes. Estas modificações são mais do que simples alterações, porque exigem a integração de novos conhecimentos, novas atitudes comportamentais, alterações nas relações sociais, das expectativas, bem como da gestão das suas emoções, exigindo dos enfermeiros uma abordagem disruptiva cada vez mais especializada e multidimensional (Riley et al., 2016).

A IC é uma patologia com percurso irreversível, com um declínio significativo a cada episódio de agudização. Cada descompensação representa não apenas uma agudização mas também um ponto de inflexão que acelera a deterioração global do estado de saúde. Dada esta trajetória,

torna-se imperativo maximizar todas as estratégias disponíveis para otimizar a estabilidade e a qualidade de vida da pessoa, minimizando o impacto das exacerbações e promovendo a melhor adaptação possível à doença (Oosterom-Calo et al., 2011). Entre os múltiplos fatores determinantes do prognóstico da IC, o autocuidado destaca-se como um pilar essencial na gestão terapêutica da doença.

As manifestações clínicas da IC resultam num labirinto sintomático, decorrente da disfunção do desempenho do coração, comprometendo a sua capacidade de ejetar um volume sanguíneo suficiente para suprir as exigências metabólicas de todo o organismo (McDonagh et al., 2022). A pessoa com IC deve, por todas as razões anteriormente apontadas, adotar comportamentos de manutenção, monitorização e gestão de autocuidado eficazes, nomeadamente a identificação precoce de sinais e sintomas, através da sua monitorização constante (Riegel et al., 2016). Nesse sentido, é fundamental promover a capacitação da pessoa através da intervenção dos enfermeiros, recorrendo a programas intensivos focados na modificação e gestão dos comportamentos de autocuidado. O objetivo é dotar o cliente de competências que lhe permitam adotar e manter um estilo de vida saudável, prevenindo assim agudizações e reduzindo a necessidade de reinternamentos (Stewart et al., 2016).

O estudo americano *Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure*, que envolveu 259 hospitais, revela que a taxa de readmissão hospitalar de doentes com IC varia entre 30 % nos primeiros 60 a 90 dias após a alta hospitalar (Fonarow et al., 2007) e cerca de 36,5 % ao fim de um ano na Europa (Sochalski et al., 2009). Entre os principais fatores que contribuem para estas readmissões destacam-se a insuficiente educação, o planeamento inadequado da alta, a ausência de cuidados de continuidade, a não adesão ao regime terapêutico (RT) e a baixa adesão às orientações dos profissionais de saúde (Mathew & Thukha, 2017). Para fortalecer o conhecimento e incentivar a adoção de comportamentos de autocuidado na pessoa com IC, é essencial o suporte da comunidade, através do encaminhamento para programas de gestão da doença, com profissionais devidamente preparados. Este tipo de programa oferece intervenções educativas fundamentadas nas diretrizes mais recentes, promovendo uma abordagem proativa e personalizada para a autogestão da doença (Byrne et al., 2023).

Desta forma, cabe ao enfermeiro especialista (EE) incidir a sua atenção em aspetos como a prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, adesão ao RT e gestão da doença, com o objetivo central de capacitar a pessoa para a vivência da mesma e para a transição de processos de saúde saudáveis (OE, 2017). Nesta ótica, é premente que os sistemas de saúde em específico, e a sociedade em geral, assumam a necessidade de profissionais especializados na área da doença crónica, como parte da estratégia no combate às consequências do envelhecimento. O EE na área da pessoa em situação crónica é um ativo unívoco para cuidar e maximizar o ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e família/cuidadores, a vivenciarem a IC, promovendo uma transição saudável (Regulamento n° 429/2018, 2018).

Esta visão coaduna-se com as premissas de uma enfermagem avançada. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), o conceito de *Advanced Practice Nursing*, traduzido como "prática avançada de enfermagem" (PAE), refere-se a um nível superior de exercício profissional desempenhado por enfermeiros devidamente qualificados, que possuem conhecimentos especializados, elevada capacidade de tomada de decisão e competências clínicas diferenciadas para uma prática complexa (ICN, 2020). Um estudo recente da Ordem dos Enfermeiros (OE), destinado à análise do impacto da especialização nos cuidados de enfermagem, estabeleceu um paralelismo entre a prática dos EE e a dos enfermeiros de PAE. Este alinhamento fundamenta-se na perspetiva de que a especialização em enfermagem constitui uma tendência global, refletida na definição do papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países. Neste contexto, reconhece-se que o EE é dotado de um conjunto de competências diferenciadas, de natureza científica e técnica, que lhe permitem assumir intervenções mais complexas, ultrapassando o âmbito dos cuidados gerais (Lopes et al., 2018).

Quando se fala em cuidados especializados num prisma de uma PAE, torna-se imperativo refletir sobre os padrões de qualidade. Neste contexto, a PAE surge como uma solução estratégica para melhorar a qualidade, a eficiência e a acessibilidade dos cuidados de saúde. No entanto, a sua implementação requer um modelo estruturado que garanta a sua efetividade e sustentabilidade. A estratégia PEPPA (*Participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing role development, implementation, and evaluation*) apresenta-se como um referencial essencial neste processo, embora ainda distante dos holofotes da qualidade em Portugal (Boman et al., 2021).

A gestão da IC requer habilidades avançadas e conhecimento especializado que vão além dos cuidados de enfermagem gerais. A PAE nesta área implica a capacidade de realizar avaliações detalhadas, implementar intervenções baseadas num corpo de análise de evidência científica e coordenar cuidados entre diferentes profissionais de saúde, de forma a facilitar transições saudáveis. A aquisição dessas competências é crucial para melhorar os resultados de saúde dos clientes com IC e para responder de forma adequada às complexidades associadas a esta condição crónica. Perante este cenário, a necessidade de EE nunca foi tão premente, sendo essencial o domínio de competências avançadas para responder com eficácia às exigências complexas impostas pela IC.

Sendo a Enfermagem uma disciplina científica, alicerçada em fundamentos próprios do conhecimento, tornou-se indispensável recorrer aos seus referenciais teóricos para consolidar uma prática profissional que respondesse aos desafios impostos pelas doenças crónicas. Assim, procedeu-se a um aprofundamento dos modelos teóricos, cuja relevância se evidenciou incontornável na orientação da tomada de decisão, ao facultarem uma estrutura sólida e coerente para nortear a conceção de cuidados. Neste contexto, as contribuições de Afaf Meleis, Dorothea Orem e Barbara Riegel revelaram-se fundamentais, fornecendo bases concetuais que sustentam a compreensão das transições de saúde, do autocuidado e da gestão da IC,

respetivamente.

O presente relatório de estágio surge no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCPSCro) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tendo como linha orientadora o projeto de desenvolvimento de competências profissionais elaborado previamente na unidade curricular (UC) — Estágio de Natureza Profissional com Relatório, Módulo I (15 ECTS), com dois momentos destinados, em dois contextos clínicos, desenvolvido no ano letivo 2023/2024 — no qual se estabeleceram os objetivos pertinentes e indispensáveis para consolidar e desenvolver um conjunto de competências profissionais, permitindo uma prospeção das atividades que as concretizaram, posteriormente, no âmbito da UC de Estágio de Natureza Profissional com relatório — Módulo II (30 ECTS), também este desenvolvido em dois momentos diferentes, nos mesmos contextos, que decorreu no ano letivo 2024/2025.

Determinou-se como objetivo geral desenvolver competências na área da gestão da doença crónica, na pessoa com IC. Na sequência da definição deste objetivo, determinou-se os objetivos específicos, orientados para o desenvolvimento de competências comuns e específicas tendo como bússola os pressupostos do exercício profissional expressos no regulamento n.º 140/2019 e n.º 429/2018. Assim, os objetivos definidos orientam-se para a capacitação profissional no reconhecimento, intervenção e gestão das necessidades da pessoa com IC, conforme descrito a seguir:

- melhorar a capacidade para identificar as necessidades do cliente com IC, enfatizando a prevenção, a identificação precoce de complicações e a sua estabilização;
- melhorar a capacidade de reconhecer as necessidades da pessoa com IC no domínio da gestão do regime terapêutico;
- desenvolver a capacidade de executar intervenções especializadas que capacitem a pessoa com IC para a autogestão do regime terapêutico;
- melhorar a capacidade de intervenção na área da prevenção e controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e de resistência a antimicrobianos (RAM);
- desenvolver capacidades para a prevenção de riscos clínicos e não clínicos, fomentando uma cultura de segurança.

Decidiu-se explorar um conceito central à profissão, com relevância para a enfermagem na área da pessoa em situação crónica e que se coadunasse com os objetivos desta disciplina. Conforme delineado no regulamento de competências comuns do EE, este profissional possui um conhecimento aprofundado numa área específica da sua profissão, indispensável à prática avançada em enfermagem. Exerce um papel determinante na capacitação dos clientes e pares, na orientação clínica e na liderança dos cuidados especializados. Para além de contribuir para os

progressos da prática de enfermagem, assume a responsabilidade de interpretar, aplicar e disseminar o conhecimento científico, impulsionando a investigação e inovação, garantindo resultados de excelência (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A capacidade de oferecer cuidados altamente diferenciados só pode ser alcançada quando o enfermeiro consegue integrar na sua prática os diversos domínios de competência comuns do EE. A responsabilidade profissional, ética e legal; o compromisso com a melhoria contínua da qualidade; a gestão eficaz dos cuidados e o estímulo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais são requisitos indissociáveis a este nível de diferenciação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No que se refere às competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, os cuidados de enfermagem assumem um carácter contínuo, estendendo-se a diversos contextos, desde o hospitalar, domiciliário e comunitário. Estes cuidados visam prevenir a doença, promover estilos de vida saudáveis, estimular os processos de transição e promover a adesão ao regime terapêutico, com o objetivo de habilitar e capacitar a pessoa, a família/cuidador a vivenciar a doença crónica de forma plena, e ajudar na redefinição de um projeto de saúde compatível com o impacto da doença na qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O EE possui um conhecimento aprofundado, que considera as respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde, evidenciando um elevado julgamento clínico e poder de tomada de decisão (OE, 2017).

A escolha do tema "**Gestão da Doença Crónica na Pessoa com Insuficiência Cardíaca — Um Construto para uma Enfermagem Avançada**" é fundamentada por diversos fatores profissionais e pessoais, os quais destacam a relevância e a necessidade deste investimento no contexto atual de saúde. Ao trabalhar num serviço de Medicina Interna, a exposição crescente a clientes com doenças crónicas complexas proporciona uma visão aprofundada das necessidades e desafios enfrentados por estas pessoas, pelos serviços e equipas que os acolhem. A gestão das doenças crónicas exige uma abordagem integrada e multidisciplinar que é fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Essa experiência prática permitiu identificar lacunas e áreas de melhoria na gestão dessas condições, tornando o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem uma necessidade premente.

O enfoque na IC é justificado pela crescente prevalência dessa patologia, especialmente numa população cada vez mais envelhecida, que enfrenta múltiplos desafios pela sua cronicidade e vulnerabilidade (Cowie et al., 2014). O envelhecimento populacional está associado a um aumento significativo do crescimento das patologias cardíacas, o que exige uma gestão eficaz e especializada para melhorar a qualidade de vida das pessoas e, consequentemente, uma redução do consumo de recursos, como idas evitáveis ao serviço de urgência e múltiplos internamentos (Fonseca et al., 2018). Desenvolver competências específicas nesta área permitirá não apenas uma gestão mais eficiente da saúde das pessoas mas também contribuirá para a otimização dos recursos de saúde (Gouveia et al., 2020). Além das razões profissionais, a escolha deste tema foi também impulsionada por um interesse pessoal na área de gestão de

doenças crónicas, como é o exemplo da IC. Este interesse pessoal foi um vetor importante para o sucesso do projeto, pois a motivação intrínseca fomentou um envolvimento e dedicação necessários para aprofundar o conhecimento e desenvolver competências práticas alinhadas com o estado de arte. Esta combinação de fatores assegurou que o projeto não só fosse relevante e necessário mas também fosse conduzido com compromisso, resultando no desenvolvimento das competências propostas.

Um dos objetivos indiretos deste projeto serviu o propósito de experienciar outros modelos de governação do SNS, sendo as Unidades Locais de Saúde (ULS) reconhecidas pela resposta antagónica à fragmentação dos cuidados, razão que esteve na base da tomada de decisão de desenvolver competências neste epicentro integrado de respostas, de forma a extrair deste percurso académico o melhor para a prática profissionalizada da enfermagem avançada. Assim sendo, das quatro dimensões presentes nas ULS, o meu enfoque debruçou-se sobretudo na qualidade dos cuidados na pessoa com IC. Torna-se imperativo destacar os padrões de qualidade, quando falamos na PAE, pois estes constituem o pilar que sustenta, estrutura e qualifica a prestação de cuidados especializados. Representam uma base conceptual, que orienta o exercício profissional do EE, assegurando intervenções seguras, eficazes e baseadas na melhor evidência científica disponível.

O estágio constitui, inevitavelmente, um período de imersão prática, é um tempo de trabalho, de aprendizagem, de observação e de avaliação, no qual se promove um diálogo dinâmico entre o tutor e o estudante no seio do ambiente profissional (Vasconcelos, 1992). Neste contexto, as competências revelam-se não apenas na prestação de cuidados, mas na capacidade de o enfermeiro agir com discernimento e precisão diante de cenários complexos e imprevistos, transcendendo a mera demonstração de conhecimento teórico para o exercício pleno do saber-fazer (Almeida, 2004).

O Módulo II integrou dois momentos de estágio, realizados em duas unidades de cuidados especializadas no acompanhamento de pessoas em situação crónica, ambas inseridas num hospital de referência da zona norte de Portugal. No total, foram cumpridas 360 horas de estágio, distribuídas equitativamente em dois períodos de 180 horas. Este estágio decorreu entre 17 de setembro de 2024 e 17 de janeiro de 2025, incluindo um período de 18 semanas, com uma carga horária média de 21 horas semanais. A escolha prévia dos locais de estágio procurou responder ao interesse pessoal e à necessidade profissional de aprofundar conhecimentos e competências na pessoa com doença crónica complexa. O primeiro estágio teve lugar num contexto hospitalar, inserido num serviço de Medicina Interna vocacionado para o internamento de doentes com patologias cardíacas, proporcionando uma experiência clínica centrada na gestão da pessoa com IC descompensada, na sua estabilização e na preparação para o regresso a casa. Já o segundo período de estágio decorreu em contexto comunitário, no seio de uma equipa de doentes crónicos complexos (EDCC), permitindo uma abordagem longitudinal e integrada do percurso da pessoa com doença crónica, no domicílio destas pessoas

e das suas famílias. Esta experiência favoreceu uma visão holística e contínua dos cuidados, possibilitando a interligação entre os diferentes momentos da trajetória clínica da pessoa com IC, reforçando a importância da transição segura entre os diferentes níveis de cuidados e da educação da pessoa para a autogestão da IC.

Este relatório constitui um espaço de análise e reflexão crítica sobre o percurso formativo e profissional trilhado ao longo do estágio, destacando a evolução das competências adquiridas e consolidadas, tanto nas suas dimensões comuns como específicas. Ao longo da imersão nos contextos, desenvolveram-se planos de cuidados estrategicamente orientados para responder aos objetivos específicos traçados, alicerçados em pesquisas da literatura que aprofundaram significativamente o conhecimento, assim como fortaleceram a capacidade de intervenção enquanto futura EE. Cada decisão foi sustentada na melhor evidência disponível, garantindo uma prática informada e de excelência. Entre os diversos planos de cuidados elaborados, selecionou-se um caso representativo, que exponho mais à frente, neste relatório. A sua complexidade, especificidade e pertinência permitiram responder aos objetivos delineados, como também impulsionaram a evolução técnica e profissional, consolidando um percurso de aprimoramento da perícia e julgamento clínico, em concordância com os princípios para o desenvolvimento de competências avançadas. Como sustentado por Benner (2001), o desenvolvimento de competências é um processo dinâmico que resulta da interligação entre a experiência profissional, o aprofundamento do conhecimento e a reflexão crítica sobre a prática clínica.

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em seis capítulos distintos, cada um delineado para aprofundar e organizar de forma clara e sistemática os diferentes aspetos abordados ao longo do relatório — a **Introdução**, que estabelece as diretrizes elementares do relatório, seguida de um capítulo com a — **Caracterização dos Contextos Clínicos** onde decorreu o estágio de natureza profissional. Posteriormente, a apresentação de um — **Caso Clínico**, que aborda a conceção de cuidados a uma pessoa com IC no contexto de um programa de doentes crónicos complexos. Este caso clínico foi elaborado na plataforma pedagógica *e4Nursing*, enquanto a sua estruturação concetual e o processo de tomada de decisão foi orientado pela Ontologia de Enfermagem – através da *Nursing Ontos*, encontrando-se organizada segundo o processo de enfermagem (PE), que guia a tomada de decisão, assegurando uma abordagem sistematizada. O plano de cuidados apresenta-se estruturado em três sessões, representando três contactos, nas quais são justificados os domínios selecionados que fundamentam a colheita de dados, permitindo a identificação dos focos de atenção ou diagnósticos de enfermagem, o estabelecimento de objetivos e a implementação das intervenções. Por sua vez, no quarto capítulo são explanadas as — **Contribuições para o Desenvolvimento de Competências Especializadas**, através de uma análise crítico-reflexiva fundamentada pelos domínios das competências comuns e específicas do EE, concomitantemente com a execução das atividades previstas no projeto individual de

desenvolvimento profissional previamente delineado. Por fim, na **Síntese Final do Relatório** são feitas as considerações finais, onde constam as ideias principais, destacando os resultados esperados e alcançados, bem como as principais dificuldades identificadas ao longo do processo. Adicionalmente, na secção final do documento, encontram-se os **Anexos** complementares, cuja inclusão visa facilitar uma compreensão mais aprofundada e contextualizada do conteúdo exposto.

Este documento foi ideado em conformidade com as diretrizes científicas preconizadas pela ESEP, obedecendo às normas da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição, no que concerne à formatação de citações e referências bibliográficas. Adicionalmente, em pleno cumprimento do quadro legal relativo à proteção de dados e no respeito pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais, assegurou-se a omissão integral de quaisquer dados pessoais dos clientes envolvidos na prestação de cuidados, bem como de qualquer menção à instituição onde se realizaram os estágios, garantindo, assim, a confidencialidade e a privacidade das informações.

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

A aquisição de competências específicas do EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica é mais eficaz se for realizada num modelo integrado, com diferentes contextos clínicos, proporcionando dessa forma, uma maior absorção de experiências, habilidades e conhecimentos teórico-práticos para uma reflexão crítica. O racional implícito nesta opção resulta de uma estratégia consciente conexa a objetivos de aprendizagem na gestão do doente crónico complexo. Nesta lógica, a tomada de decisão é um aspeto central da disciplina de Enfermagem e, portanto, a escolha dos contextos clínicos obedeceu a uma premissa de aprendizagem com base na aquisição e articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, estimulando o desenvolvimento do raciocínio crítico e a tomada de decisão indispensável num EE.

A integração de cuidados entre o contexto hospitalar e o comunitário é essencial para a gestão eficaz da pessoa com doença crónica complexa, em particular em clientes com IC. O papel do EE é fundamental em ambas as áreas, garantindo uma transição fluida que visa a estabilização e melhoria da qualidade de vida destes clientes. A experiência adquirida ao longo do Estágio de Natureza Profissional Momento I (ENPMI) no serviço de Medicina Interna — internamento, e no Estágio de Natureza Profissional Momento II (ENPMII) na EDCC — comunidade, proporcionaram uma visão geral do cuidado ao doente crónico complexo, destacando a importância de uma abordagem integrada e coordenada. Posto isto, pela importância que os contextos clínicos assumiram no processo de aprendizagem, passo a descrever de forma sumária as características orgânicas e funcionais destes ambientes da prática clínica onde decorreram os estágios.

Unidade Local de Saúde na Zona Norte do País

Esta ULS é constituída pelas seguintes unidades de prestação de cuidados: cuidados de saúde primários (CSP) - agrupamento de centros de saúde (ACES), cuidados de saúde hospitalares - Hospital zona norte do país e cuidados continuados de saúde (CCS). A sede administrativa da ULS está localizada no hospital central, inclui várias uniões de freguesias e abrange uma área total de cerca de 62,3 km. A ULS presta cuidados de saúde a aproximadamente 173 mil habitantes e serve como hospital de referência para mais dois concelhos, atendendo um total de 318 mil utentes, conforme os Censos de 2021. Os CSP da ULS integram as unidades funcionais de quatro centros de saúde, bem como a unidade de saúde pública (USP), o centro de diagnóstico pneumológico (CDP) e o serviço de atendimento complementar (SAC).

Ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, a ULS exerce funções nos domínios da prestação

de cuidados assistenciais diferenciados nas seguintes linhas de atividade: consulta externa (CE), internamento, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, urgência e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). A ULS conta com um total de 372 camas para internamento, incluindo 12 camas destinadas à hospitalização domiciliária. A área de cuidados continuados (CC) da ULS, é assegurada pela equipa cuidados paliativos, pela EDCC, pela equipa de gestão de altas (EGA) do hospital e equipa coordenadora local (ECL). Os CC trabalham também em estreita colaboração com as unidades de saúde do ACES.

Departamento de Medicina Interna

Em termos organizacionais, o hospital está estruturado em seis departamentos, abrangendo, então, o departamento de Medicina. Este serviço destaca-se dos restantes serviços de medicina pela particularidade da monitorização cardíaca com recurso à telemetria e pela unidade de AVC (acidente vascular cerebral), incluída neste serviço. Sendo assim, a medicina tem uma lotação de 23 camas, onde duas estão preferencialmente destinadas a utentes com necessidade de isolamento, e uma lotação de seis camas alocadas à unidade de AVC.

É composta por uma equipa multidisciplinar, sendo esta constituída por enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e médicos. A equipa de enfermagem é constituída por um universo de 40 elementos, que inclui: uma enfermeira gestora, com especialidade em Médico-cirúrgica e pós-graduação em Gestão; uma enfermeira de referência com especialidade em Médico-cirúrgica; duas enfermeiras especialistas em Reabilitação; uma enfermeira com licenciatura em Podologia; duas enfermeiras com pós-graduação em Doente Crítico; uma enfermeira com pós-graduação em Anestesiologia, três enfermeiras com pós-graduação em Cuidados Intensivos, Doente Crítico e Emergência; quatro enfermeiras com pós-graduação em Supervisão Clínica; uma enfermeira com pós-graduação em Instrumentação Cirúrgica; uma enfermeira com pós-graduação em Higiene e Segurança no Trabalho; uma enfermeira com pós-graduação em Enfermagem Avançada, mestrado em Ciências da Enfermagem e doutoramento em Ciências da Enfermagem; um enfermeiro com pós-graduação Enfermagem Peri-operatória e, por último, 19 enfermeiros de cuidados gerais.

A segurança na prestação de cuidados de saúde está fortemente ligada a dotações adequadas de enfermeiros. Estudos, como o de Aiken et al. (2014), demonstram que melhores níveis de dotação e educação dos enfermeiros estão associados a menores taxas de mortalidade hospitalar. A implementação de padrões de dotação seguros é essencial para a qualidade e segurança dos cuidados. Na unidade de AVC, o rácio enfermeiro-cliente é de 1:3 durante os turnos da manhã e da tarde, e de 1:4 no turno da noite. No serviço de medicina, o rácio é de 1:6 nos turnos da manhã e da tarde, e de 1:7-8 no turno da noite. O serviço conta com dois EE em enfermagem de reabilitação, um alocado à unidade de AVC e outro ao serviço de medicina durante os turnos da manhã, durante a semana. Este rácio de enfermeiros de reabilitação está em conformidade com o regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019), que recomenda a alocação de

dois EE em Enfermagem de Reabilitação por cada 15 clientes em serviços de internamento. No entanto, para garantir cuidados especializados contínuos, seria ideal que esta cobertura fosse estendida para 12 horas diárias em todos os dias da semana.

A organização da prestação de cuidados de enfermagem é alicerçada no método enfermeiro de referência, sendo este método centrado no cliente. Esta abordagem de trabalho foi inicialmente chamada de *primary nursing* e foi desenvolvida em 1968 sob autoria de Marie Manthey nos hospitais da University of Minnesota, nos EUA (Kusk & Groenkjaer, 2016). Este modelo é caracterizado pela tomada de decisão descentralizada, na qual os enfermeiros têm responsabilidade, autonomia e prestam contas diretamente ao nível da ação. Este modelo utiliza o plano de conceção de cuidados como fundamento para a prática e favorece a comunicação direta entre os clientes. É um modelo personalizado que incorpora na sua génese o conhecimento científico e confere poder ao enfermeiro, impulsionando-o para que este seja o agente facilitador no processo transição saúde-doença (Flagg, 2015). Este referencial teórico ajuda a Enfermagem a consolidar-se enquanto disciplina do conhecimento, elevando a profissão a um nível de intervenção avançada.

A constituição da Clínica de Insuficiência Cardíaca teve início em 2019, está localizada no piso zero do hospital e consiste na gestão de casos de pessoas de alto risco com IC. A referenciação parte deste hospital — a nível dos internamentos, do serviço de urgência e da comunidade. Serve o propósito da gestão da doença, oferecendo um modelo estruturado de cuidados multidisciplinares que visa melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos clientes. Em primeira análise, o principal objetivo da consulta da IC é responder às complexas necessidades dos clientes, através do *empowerment* para a capacitação para a autogestão, fornecendo educação aos clientes e familiares sobre a doença, incluindo sinais de alerta e medidas preventivas. Promovem a autogestão, ajudando os clientes a entenderem e a gerirem a sua condição de forma eficaz. Fazem a monitorização e ajuste do RT. Oferecem suporte contínuo e acompanhamento após a alta hospitalar, trabalhando em coordenação com os diferentes profissionais de saúde, incluindo cardiologistas, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados entre o ambiente hospitalar e o domicílio. Em segunda análise, e não menos importante, este projeto tem o intuito de prevenir internamentos evitáveis, através da implementação de estratégias para a redução da taxa de reinternamentos hospitalares, concorrendo para melhorar o custo-efetividade que esta patologia acarreta para o serviço de saúde (Mathew & Thukha, 2017). As clínicas de IC começaram a surgir na década de 1990 como resposta à crescente prevalência da IC e à necessidade de melhorar os resultados em saúde. O surgimento do conceito de centros especializados para a gestão da IC foi amplamente disseminado por várias entidades científicas devido à alta morbilidade/mortalidade e custo-efetividade.

A Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) é uma das principais entidades que recomendam a criação de clínicas de IC, através das suas diretrizes, e enfatizam a importância dos cuidados

multidisciplinares e integrados para a gestão da IC. Outras organizações, como a American Heart Association (AHA) e o American College of Cardiology (ACC), também recomendam a implementação de programas especializados para a gestão da IC. Estes centros são essenciais para proporcionar cuidados centrados no cliente, integrando diversos aspetos da gestão da doença num único local, permitindo uma abordagem proativa na gestão da IC, reduzindo complicações e melhorando a qualidade de vida dos clientes. As evidências mostram que os clientes que frequentam essas clínicas têm melhor controlo da doença, menos hospitalizações e melhores resultados a longo prazo (Tran & Butcher, 2021).

Atualmente, o Serviço de Medicina Interna encontra-se envolvido em diversos projetos estratégicos, orientados para a promoção da literacia em saúde, melhoria contínua dos cuidados prestados e o fortalecimento da dinâmica organizacional. O projeto *Fast Heroes* integra uma campanha internacional de educação para a saúde, com enfoque na sensibilização para os sinais de AVC, mobilizando as crianças como agentes de conhecimento junto das suas famílias e comunidade. No plano interno, destaca-se a iniciativa de *Team Building*, que visa potenciar a coesão, a comunicação eficaz e o sentimento de pertença entre os profissionais da equipa multidisciplinar, contribuindo para um ambiente de trabalho mais colaborativo e resiliente. Complementarmente, o programa *AVC – A Vida Continua* propõe uma abordagem integrada ao cliente sobrevivente de AVC, assegurando um acompanhamento estruturado no processo de recuperação e reintegração na vida ativa e social. Por fim, encontra-se em curso a implementação da metodologia *Lean*, centrada na reengenharia de processos, com vista à eliminação de desperdícios, racionalização de recursos e elevação dos padrões de qualidade e eficiência dos cuidados de saúde.

Equipa de doentes crónicos complexos (EDCC)

A EDCC surgiu em 2016 e está integrada na unidade CC, embora esteja num processo de transição para ser integrada na Medicina Interna, processo que atualmente está a decorrer. Esta equipa utiliza a metodologia de gestão de caso, sendo considerada por muitas instituições de referência um modelo de assistência de qualidade e inovação.

Segundo o *National Case Management Network of Canada*, a gestão de casos é definida como um processo colaborativo e orientado para o cliente na prestação de serviços de saúde e no apoio de qualidade através da utilização eficaz e eficiente de recursos (NCMN, 2009). Da mesma forma, a *Case Management Society of America* destaca a natureza colaborativa da gestão de casos através da comunicação e dos recursos disponíveis para promover a segurança do cliente, a qualidade dos cuidados e resultados rentáveis, refere que os gestores de caso são profissionais de saúde que atuam como defensores dos clientes para apoiar, orientar e coordenar os cuidados aos clientes, familiares e cuidadores (CMSA, 2024).

Esta metodologia é uma âncora dos cuidados de saúde em resposta aos clientes com doenças crónicas complexas. Tem como princípios uma abordagem holística, assente na promoção e

coordenação da continuidade de cuidados, através da implementação e gestão do plano individual de cuidados (PIC), negociado com o cliente e cuidador e partilhado com a equipa de saúde familiar, onde constam os principais problemas identificados, estratégias propostas e respetivos objetivos para cada um dos problemas numa intervenção centrada na comunidade, que visa responder à fragmentação dos cuidados (OMS, 2016).

A referenciação para a EDCC pode ser feita através de *email* ou sistemas informáticos, dependendo se a origem é nos CSP ou Hospitalares. Nos CSP, a referenciação é enviada para a consulta pelo médico assistente ou enfermeiro, com conhecimento do médico assistente. A informação deve incluir o número de utente e os critérios de ativação. A assistente técnica inscreve a referenciação no sistema de informação e documentação dos cuidados, e o coordenador médico verifica os critérios, confirmando por *email* e agendando a avaliação domiciliar se aplicável. Nos cuidados de saúde hospitalares, a referenciação pode ser feita a partir do internamento, CE ou serviço de urgência via sistema de informação em cuidados de saúde. A informação clínica resumida deve incluir os critérios de ativação e as dificuldades na gestão das doenças crónicas. O coordenador médico segue o mesmo procedimento de verificação dos critérios de ativação. Os clientes que cumpram os critérios mínimos são colocados na base de dados da equipa, sendo o contacto telefónico feito por ordem de chegada para programar a avaliação. Se o cliente for considerado um doente crónico — avançado, pode ser encaminhado para os cuidados paliativos. Em casos excecionais, o critério clínico pode substituir a ordem de chegada, decisão que é assumida pelo diretor da equipa.

Os critérios de inclusão obedecem aos seguintes preceitos: apresentar três condições das cinco descritas — idade igual ou superior a 75 anos; cinco ou mais idas ao serviço de urgência nos últimos 365 dias; três ou mais internamentos hospitalares no mesmo período; utilização de seis ou mais medicamentos crónicos; e, ainda, a presença de três ou mais das seguintes patologias crónicas: doença pulmonar crónica ou insuficiência respiratória (IR) crónica, IC, doença renal crónica (DRC), doença hepática crónica, neoplasia, diabetes mellitus (DM) e doença cerebrovascular. São considerados critérios de exclusão para integração na equipa utentes com residência fora do concelho da área do hospital; utentes com critérios para acompanhamento pela equipa domiciliária da medicina paliativa e utentes que recusem a integração na equipa.

A avaliação inicial é realizada pelo internista e pelo enfermeiro gestor de caso (EGC) no domicílio do cliente, na presença dos familiares/cuidadores. Avalia-se o ambiente socioeconómico, sinais e sintomas das doenças crónicas e o impacto na qualidade de vida. Fornece-se um guia de acolhimento, contactos, folhas de registo e uma declaração de compromisso. Avalia-se a condição de saúde do cliente com recurso a vários instrumentos de avaliação, nomeadamente: Índice de Barthel, Escala de Lawton-Brody, autoperceção sobre a saúde, escala de depressão geriátrica, medida de adesão aos tratamentos (MAT), questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF, inventário da capacidade funcional perante o regime

medicamentoso, inventário de razões para a não adesão ao regime medicamentoso prescrito; *Mini Nutritional Assessment* (MNA) e realiza-se a reconciliação medicamentosa (RM).

A informação permite ao internista elaborar o plano terapêutico e ao enfermeiro identificar o tipo de gestão tendo em conta o autocuidado e determinar as terapêuticas de enfermagem indicadas. Da caracterização socioeconómica, familiar e da comunidade, pode resultar a ativação do assistente social. A avaliação do risco nutricional através da aplicação da MNA pode resultar no encaminhamento para um nutricionista, que realizará uma avaliação completa e desenvolverá um plano nutricional apropriado. O EGC começa o acompanhamento regular em colaboração com o médico, implementando as estratégias definidas no PIC. Anualmente, os parâmetros iniciais são reavaliados para medir os efeitos das intervenções da equipa.

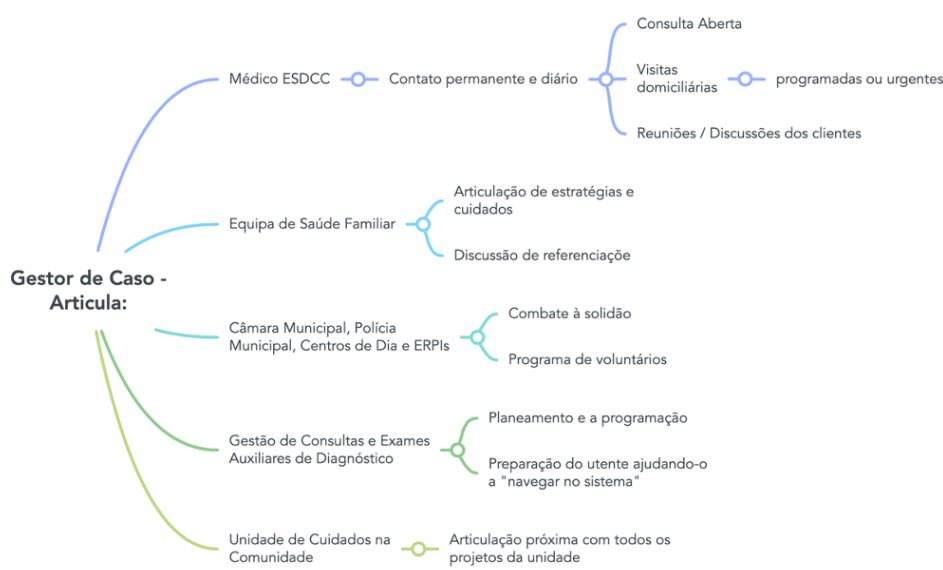
A RM visa garantir a precisão dos medicamentos em uso pelo cliente comparando-os com a lista atual de prescrições. Esta prática encontra-se regulada pela norma 018/2016 da Direção Geral de Saúde (DGS, 2016), visa reduzir erros de medicação e pode ser realizada durante visitas domiciliárias ou por telefone. A RM está dividida em três fases: a recolha de Informações - utilizando pelo menos duas fontes (registos informatizados, informação verbal do paciente, listas de medicamentos, etc.) para obter a lista completa de medicação do cliente. A comparação - equiparar-se a lista recolhida com as prescrições atuais e registam-se as informações num documento específico de RM. E a correção - as discrepâncias identificadas são documentadas e, se necessário, corrigidas imediatamente com intervenção médica. Após resolver todas as discrepâncias, a lista de medicação é atualizada e classificada como a mais exata no momento.

O EGC intervém em áreas como a literacia em saúde, a melhoria da qualidade de vida, a vigilância clínica, a gestão do regime terapêutico (GRT) e a promoção de saúde. O EGC ajuda o utente a “navegar” no sistema, articulando-se com a equipa de saúde familiar, com os projetos das unidades de cuidados da comunidade e otimizando os contactos do utente com o sistema de saúde (marcação dos MCDT e consultas para o mesmo dia, por exemplo). O papel do GC é assumido pelo enfermeiro, ficando este responsável por iniciar o acompanhamento após integração da pessoa na equipa, com visitas domiciliárias regulares, embora a frequência seja adaptada à condição clínica do cliente. No sistema de saúde, o EGC articula com o médico da equipa através de um contacto permanente. Estes orientam os utentes para a consulta aberta; fazem visitas domiciliárias conjuntas (programadas ou urgentes); têm reuniões regulares para discussão mais aprofundada de cada pessoa. Com a equipa de saúde familiar é feita a articulação de estratégias e cuidados e realizada a discussão de referências. O EGC estabelece contacto com diversos parceiros (Câmara Municipal, Polícia Municipal, Centros de Dia e ERPI), promovendo estratégias conjuntas e cuidados integrados, com foco no combate à solidão, apoio à gestão, formação de voluntários e encaminhamento para respostas sociais disponíveis na comunidade. Na gestão de consultas e MCDT, faz o planeamento e a programação para rentabilizar as saídas para o exterior com o utente; prepara-o e ajuda-o a

“navegar no sistema”. Na unidade de cuidados na comunidade, destaca-se a articulação próxima com todos os projetos desenvolvidos pela unidade.

Esquema 1: Articulação do EGC

Fonte: elaboração própria.



A gestão de casos é estruturada em quatro níveis distintos de intensidade e envolvimento, alcançando a sua máxima expressão no nível um. A sua conceção passa pelo acompanhamento dos clientes com o máximo de apoio e, quando estes estão estáveis, cumprindo com os objetivos propostos da autogestão da doença, a equipa vai reduzindo a periodicidade e tipologia dos contatos, sem nunca deixar de manter o acompanhamento. A transição entre níveis é proposta pelo internista ou pelo EGC, devendo ser discutida e acordada em reunião. A evolução do cliente pode seguir de uma forma sequencial do nível um até ao nível quatro, mas também pode ocorrer entre quaisquer níveis conforme as necessidades ou critérios clínicos que sejam verificados ou cumpridos.

A admissão do cliente na equipa pode, também, ocorrer em qualquer nível, mas a admissão direta para um nível diferente do nível um deve ser clinicamente justificada. A passagem entre níveis deve ser fluida e, para isso concorre diretamente a monitorização dos objetivos definidos no PIC. Nos níveis um e dois, a monitorização é frequente e realizada pelo EGC, enquanto no nível três, ocorre apenas durante as consultas programadas. Existem avaliações formais e programadas trimestrais e quadrimestrais para possível mudança de nível. Na mudança de nível um para o dois, que é a mais comum, o EGC e o médico realizam uma visita domiciliária para a comunicar e explicar as alterações. O médico, posteriormente, envia um email com os detalhes da mudança e a medicação habitual do cliente. Após o envio do *email*, a gestão do cliente passa

para o EGC nível dois.

A principal função do EGC, além das mencionadas anteriormente, é estabelecer um forte vínculo de confiança entre o cliente/família e a equipa. No nível um da gestão de caso, são lançadas as bases para a resolução dos problemas principais identificados durante a avaliação inicial. Esse nível exige uma articulação eficaz e integração dos cuidados, além de uma grande disponibilidade por parte do EGC. Este vínculo e atenção detalhada são fundamentais para garantir que as necessidades complexas do cliente sejam atendidas de maneira coordenada e contínua, promovendo uma gestão mais personalizada e eficiente da condição crónica do cliente.

A gestão de caso no nível dois é conduzida principalmente por meio de acompanhamento telefónico. Além disso, também colabora com o internista durante as avaliações programadas e urgentes dos utentes nos níveis dois, três e quatro, sendo que o acompanhamento dos clientes no nível quatro ocorre apenas em situações de urgência. Esta abordagem permite manter um contacto regular e próximo com os clientes, assegurando que as suas necessidades sejam atendidas de forma contínua e eficiente, enquanto facilita a coordenação entre os diferentes níveis de cuidado e a resposta rápida em casos críticos.

Os resultados são notórios refletindo uma redução de 55,6 % do número de internamentos de episódios de urgência se atendermos ao período homólogo ou de 63 % se for considerado o período imediatamente antes da integração no programa; redução de 42,3 % do número de episódios de internamento se atendermos ao período homólogo ou de 65,4 % se for considerado o período imediatamente antes da integração no programa (ULS, 2018).

Ao nível de projetos em desenvolvimento, a EDCC tem como objetivo impulsionar a criação de uma Rede Nacional de Gestão do Doente Crónico Complexo, iniciativa que ganha renovado enquadramento com a recente implementação das ULS, em vigor desde o início de 2024. Neste contexto, a EDCC tem vindo a assumir um papel ativo na consultoria e orientação de projetos semelhantes noutras ULS, contribuindo para a disseminação de boas práticas e para a construção de um modelo estruturado e integrado, que poderá, num futuro próximo, viabilizar a concretização desta rede a nível nacional.

3. PROGRAMA DE GESTÃO DE CASOS NUMA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Trata-se de um cliente do sexo masculino, 79 anos, cognitivamente íntegro e parcialmente dependente nas AVD's. Integrou no programa de gestão de casos complexos pelos critérios de idade superior a 75 anos, com mais de cinco episódios de urgência nos últimos 365 dias (dez no total), polimedicado (14 medicamentos) e com mais de três doenças crónicas (IC, doença cerebrovascular, DM II, neoplasia ativa, doença hepática crónica e doença renal crónica).

3.1. Enquadramento teórico

Cliente atualmente a residir em estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI) após internamento prolongado por IC descompensada, estando previsto regressar ao seu domicílio em meados de dezembro, tendo como cuidadora no futuro a esposa. A autoperceção da sua saúde é vista como má e pior do que há cinco anos.

Antecedentes patológicos (AP): cliente com múltiplas doenças crónicas, nomeadamente IC de etiologia valvular (estenose aórtica moderada), NYHA II-III com fração ejeção reduzida, hipertensão arterial (HTA), diabetes DM II, ex-fumador (três UMA), dislipidemia, hiperuricemia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) sob ventilação não invasiva (VNI) noturna, doença pulmonar restritiva, hipertensão pulmonar, fibrilhação auricular (FA) permanente com colocação de *pacemaker* (2020), DRC, adenocarcinoma prostático (2023), pancitopenia em contexto de cirrose cardíaca e obesidade grau III.

A integração na EDCC tem como propósito promover a capacitação para a autogestão do RT, compreendendo os domínios da manutenção, monitorização de sinais e sintomas, e gestão do autocuidado, de forma a minimizar agudizações, melhorar a qualidade de vida e reduzir a sobreutilização dos recursos de saúde.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

É uma doença crónica, complexa, debilitante e progressiva, caracterizada como o último estágio de todas as doenças cardiovasculares (McDonagh et al., 2022). Nas últimas décadas, assistiu-se a um progresso assinalável sobre o conhecimento da fisiopatologia da IC. Inicialmente, foi considerada como uma síndrome clínica de origem unicamente estrutural, chegando-se

atualmente a um modelo integrado em que a sua natureza é reconhecida como um quadro complexo multifatorial, de alterações na estrutura e na função, em resposta às quais estão envolvidos não só o sistema cardiovascular mas também o sistema renal, respiratório e neuro-hormonal, entre outros (Braunwald, 2013). A IC representa um impacto significativo na diminuição da qualidade de vida, na sua independência, participando no aumento das comorbilidades e consequentemente num índice elevado de mortalidade. Para o SNS, esta síndrome, que constitui a terceira causa mais comum de hospitalização no nosso país, representa cerca de 2,6 % da despesa pública em saúde (HFPPN, 2020).

A IC, enquanto patologia, caracteriza-se por um deficiente enchimento ventricular ou ejeção de sangue a nível do ventrículo (Polónia & Gonçalves, 2019). Consiste no enfraquecimento progressivo do músculo cardíaco, levando o coração a não conseguir bombear o sangue e a manter o débito cardíaco adequado para satisfazer as necessidades metabólicas do organismo (Byrne et al., 2023). Como consequência desta disfunção, a IC manifesta-se através de sintomas clássicos (dispneia e fadiga) que podem fazer-se acompanhar por sinais clínicos (ingurgitamento jugular, edemas periféricos e fervores pulmonares), conforme se pode ver na Figura 1.

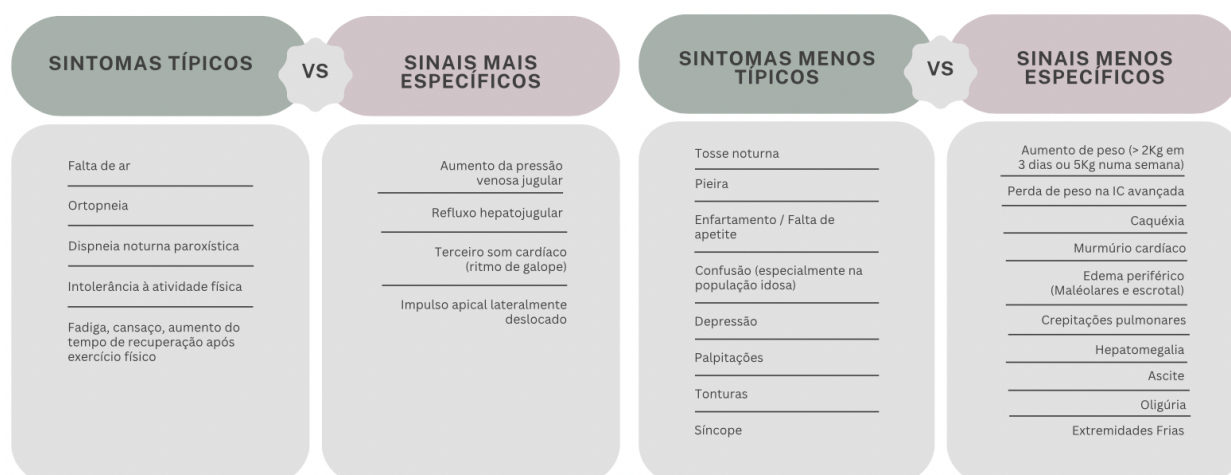


Figura 1: Sinais e Sintomas da IC

Fonte: elaboração própria, adaptado de Homem et al. (2021).

Para a estratificação do risco de acordo com os sintomas, existem duas escalas amplamente utilizadas para apoiar as equipas na tomada de decisão. A New York Heart Association (NYHA) e a escala da American Heart Association (AHA). A escala da NYHA estratifica a IC de acordo com a gravidade dos sintomas, constituindo o meio de classificação mais utilizado para a IC considerando o estado funcional do doente, enquanto a escala da AHA se baseia na estrutura e no dano do músculo cardíaco, descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Classificação da IC segundo classe funcional de NYHA e ACC/AHA

Fonte: elaboração própria, adaptado de ESC & HFA (2022).

NYHA		ACC/AHA	
Classe	Descrição	Estadio	Descrição
I	Sem limitação da atividade física. A atividade física habitual não provoca fadiga, palpitações ou dispneia.	A	Em elevado risco de desenvolver IC. Sem qualquer anormalidade estrutural ou funcional, sem sinais e sem sintomas.
II	Ligeira limitação da atividade física. Confortável durante o repouso, mas a atividade física moderada provoca fadiga ou dispneia.	B	Doença cardíaca estrutural associada ao desenvolvimento de IC, mas sem sinais e sem sintomas.
III	Marcada limitação na atividade física. Confortável em repouso.	C	IC sintomática associada à doença cardíaca estrutural.
IV	Incapacidade para manter a atividade física sem desconforto. Apresenta sintomas em repouso.	D	Doença cardíaca estrutural avançada com presença marcada de sintomas durante o repouso.

A IC pode ser classificada segundo quatro parâmetros de fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), que consiste na capacidade do coração bombear sangue para os diferentes órgãos do corpo. Este parâmetro determina a severidade da doença e pode ser obtido através do ecocardiograma. É caracterizado em quatro frações diferentes: a fração de ejeção reduzida (IC-FER), < 40 % que significa que a capacidade do coração bombear sangue está diminuída, este é o tipo de IC mais grave e que está associado a maiores riscos. A IC-FElr (ligeiramente reduzida) pode incluir aqueles clientes que estão em transição de IC-FEp para IC-FER, ou vice-versa. Existe a presença de sintomas de IC e a sua FEVE varia entre 41 % e 49 %, e representa cerca de metade dos casos de IC nos países desenvolvidos (Fernandes et al., 2020). A IC-FEp (preservada), em que o ventrículo esquerdo perdeu a sua capacidade estrutural e/ou funcional de relaxar normalmente e o coração não enche de forma adequada. Caracteriza-se pela presença de sintomas de IC e a FEVE é igual ou superior a 50 %. E, por último, a IC-FEm (melhorada), nova classificação que é definida como IC sintomática com uma FEVE basal $\leq$ 40 %, um aumento $\geq$ 10 pontos da FEVE basal com uma melhoria na segunda medição de FEVE > 40 %. Esta classificação constitui-se como um importante indicador cardíaco, atendendo às diferenças de etiologia, fisiopatologia, tratamentos disponíveis e resposta aos mesmos (ECS & HFA, 2016; McDonagh et al., 2022; Byrne et al., 2023).

Epidemiologia

A IC é extremamente prevalente e apresenta um impacto considerável na mortalidade e qualidade de vida (The American College of Cardiology, 2021). A sua incidência afeta uma parcela relativamente expressiva, cerca de 1-3 %, da população adulta em países

desenvolvidos. No entanto, essa proporção tende a aumentar significativamente com a progressão da idade, afetando mais de 10 % das pessoas com mais de 70 anos. O aumento da expectativa de vida, a evolução tecnológica dos meios de diagnóstico e as opções terapêuticas são apontados como fatores concorrentes para a sua expressão elevada (Riet et al., 2017). Com uma importante expressão em Portugal, estimando-se que existam 400 mil pessoas com esta síndrome, um número que deverá crescer para meio milhão até 2060 (Fonseca et al., 2018).

A Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (IC-FEr)

Na IC-FEr, também conhecida como IC sistólica, é prevalente a disfunção contrátil global do ventrículo esquerdo (VE), este não consegue contrair-se de forma eficaz e não se esvazia completamente durante a fase de relaxamento do coração, resultando num aumento do volume e da pressão na fase de enchimento do coração (diastólica) e uma diminuição da fração de ejeção, sendo inferior a 40 %. Neste cenário, ocorrem diversas alterações no metabolismo energético, na função eletrofisiológica do coração e na interação dos elementos contráteis, incluindo anormalidades na regulação do cálcio dentro das células do músculo cardíaco e na produção de adenosina monofosfato cíclico (AMPc). A disfunção sistólica predominante é comum em casos de IC decorrente de condições como enfarte do miocárdio, miocardite e cardiomiopatia dilatada. Essa disfunção pode afetar principalmente o VE ou, em alguns casos, o ventrículo direito (VD). Entretanto, a insuficiência do VE frequentemente resulta em comprometimento adicional do VD (Ferrier & Howlett, 2001; Homem et al., 2021).

Resposta cardíaca

Na IC-FEr, a função ventricular sistólica esquerda está excessivamente comprometida, assim é necessária uma pré-carga mais elevada para manter o débito cardíaco. Como resultado, os ventrículos são remodelados ao longo do tempo, e, durante a remodelagem o VE torna-se menos ovoide e mais esférico, dilatado e hipertrofiado; o VD dilata-se e pode hipertrofiar-se. Inicialmente, com o objetivo compensatório, a remodelação pode estar associada a desfechos adversos porque as alterações, com o tempo, aumentam a rigidez diastólica e a tensão da parede, desenvolvendo-se uma disfunção diastólica, comprometendo o desempenho cardíaco, especialmente durante o stresse físico. O aumento do stresse da parede amplifica a necessidade de oxigénio e acelera a apoptose das células do miocárdio. A dilatação dos ventrículos pode também causar regurgitação da válvula mitral ou tricúspide, com aumentos adicionais nos volumes diastólicos finais (SEC, 2021).

Respostas hemodinâmicas

Com a diminuição do débito cardíaco, o oxigénio fornecido aos tecidos é mantido através do aumento da extração de oxigénio do sangue e, por vezes, pela mudança da curva de dissociação da oxi-hemoglobina para a direita, favorecendo a libertação de oxigénio. A redução do débito cardíaco, juntamente com uma pressão arterial (PA) sistémica mais baixa, estimula os

barorreceptores arteriais, levando ao aumento do tônus simpático e à diminuição do tônus parassimpático. Isso resulta num aumento da frequência cardíaca (FC) e na contratilidade do miocárdio, na constrição de arteríolas específicas, na constrição das veias e na retenção de sódio e água. Estes mecanismos compensatórios ajudam a manter a homeostase hemodinâmica nos estágios iniciais da IC. No entanto, essas adaptações também aumentam a carga do coração, pré e pós-carga, reduzem a perfusão coronariana e renal, levam à retenção de líquidos resultando na congestão, aumentam a excreção de potássio e podem causar necrose dos cardiomiócitos e arritmias (Zhang & Anderson, 2014).

Respostas renais

Na medida que a função cardíaca se deteriora, há uma redução no fluxo sanguíneo para os rins, devido ao baixo débito cardíaco, resultando no aumento da pressão nas veias renais e em congestão venosa nos rins. Essas alterações resultam na diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e o fluxo sanguíneo dentro dos rins é redistribuído. Como consequência, a fração de filtração e a quantidade de sódio filtrado diminuem, enquanto a reabsorção tubular de sódio e água aumentam, resultando em retenção de líquidos. A diminuição da perfusão renal ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), que culmina na retenção de sódio e água. Esse efeito é exponenciado pela intensa ativação do sistema nervoso simpático (SNSi) associada à IC. O sistema renina-angiotensina-aldosterona-vasopressina desencadeia uma série de efeitos desfavoráveis. A angiotensina II agrava a IC pela vasoconstrição, incluindo vasoconstrição das artérias renais. Consequentemente, aumenta a produção de aldosterona, o que contribui para a reabsorção de sódio no néfron distal e promove a deposição de colágeno, levando à fibrose nos tecidos cardíacos e vasculares. A angiotensina II também aumenta a disposição de noradrenalina, vasopressina e induz a apoptose. A angiotensina II pode contribuir para o aumento do tamanho das células musculares dos vasos sanguíneos e do coração, contribuindo assim para as mudanças estruturais no coração e nos vasos sanguíneos, que podem piorar a IC. A IC que resulta em disfunção renal progressiva, incluindo a que é motivada por medicamentos usados para tratar a IC, contribui para o seu agravamento e é conhecida como síndrome cardiorrenal (European Society of Cardiology & Heart Failure Association, 2022).

Respostas neuro-humorais

Em condições de stresse, as respostas neuro-humorais estimulam a função cardíaca e mantêm a PA, no entanto, a ativação crónica dessas respostas é nociva ao equilíbrio entre hormonas estimulantes do miocárdio e vasoconstritoras e entre hormonas relaxantes do miocárdio e vasodilatadores. O coração contém muitos recetores neuro-humorais como o alfa-1, beta-1, beta-2, beta-3, angiotensina II tipo 1 e 2, muscarínicos, endotelina, serotonina, adenosina e citosina e peptídeos natriuréticos. Contudo, o papel de todos esses recetores ainda não é totalmente consensual. Nos clientes com IC, recetores beta-1 (que constituem 70 % dos beta recetores cardíacos) têm baixa regulação, provavelmente em resposta à ativação simpática

massiva. O efeito da baixa regulação resulta no comprometimento da contratilidade do miócito e aumento da FC. Os níveis plasmáticos da noradrenalina ficam elevados, refletindo amplamente a estimulação do nervo simpático, uma vez que os níveis plasmáticos da adrenalina não estão elevados. Estes efeitos nocivos envolvem vasoconstrição com aumento da pré e pós-carga, lesão miocárdica direta, redução do fluxo sanguíneo renal e ativação de outros sistemas neuro-humorais, incluindo o sistema renina-angiotensina-aldosterona-vasopressina. A vasopressina é libertada em resposta à queda da PA por vários estímulos neurohormonais. O aumento da vasopressina diminui a excreção renal de água livre, contribuindo, possivelmente, para a hiponatremia. O peptídeo natriurético auricular é libertado como resposta do aumento do volume e da pressão na aurícula, enquanto o BNPb (peptídeo natriurético tipo B) é libertado pelo ventrículo como resposta ao estiramento ventricular. Esses peptídeos promovem a excreção de sódio pelos rins, no entanto, em clientes com IC, esse efeito é enfraquecido devido à diminuição da pressão da perfusão renal, redução na regulação do recetor e possivelmente aumento da degradação enzimática. Além disso, níveis elevados de peptídeos natriuréticos exercem um efeito contrarregulador sobre o SRAA e a sua estimulação catecolaminérgica. Como há disfunção endotelial na IC, sequencialmente há uma produção reduzida de vasodilatadores endógenos (óxido nítrico e prostaglandinas) e produção mais elevada de vasoconstritores endógenos (endotelina), aumentando, conseqüentemente, a pós-carga. O coração e outros órgãos debilitados, produzem fator de necrose tumoral (TNF) alfa. Essa citosina aumenta o catabolismo e, possivelmente, é responsável pela caquexia cardíaca contribuindo para o agravamento da IC (European Society of Cardiology & Heart Failure Association, 2022).

Alterações com o envelhecimento

As alterações no sistema cardiovascular relacionadas com a idade baixam o limiar para expressão da IC. O colágeno intersticial no miocárdio aumenta, o miocárdio endurece e o relaxamento miocárdico é prolongado. Essas alterações levam à redução significativa da função diastólica ventricular esquerda, mesmo em pessoas idosas saudáveis. Um declínio modesto na função sistólica também ocorre com o envelhecimento. A diminuição da capacidade de resposta vascular e miocárdica à estimulação beta-adrenergética, relacionada com a idade, posteriormente afeta a capacidade do sistema cardiovascular de responder ao aumento da demanda de trabalho. Como resultado dessas alterações, o pico de capacidade para o exercício diminui significativamente, cerca de 8 % por década após os 30 anos, e o débito cardíaco no pico de exercício diminui moderadamente. Esse declínio pode ser retardado com a prática de exercício físico regular. Portanto, os indivíduos idosos são mais propensos do que os mais jovens a desenvolver IC em resposta ao stresse de desordens sistêmicas ou insultos cardiovasculares relativamente moderados. Os fatores desencadeantes de stresse incluem infeções, particularmente, as pneumonias, hipertireoidismo, anemia, hipertensão, isquemia do miocárdio, hipóxia, hipertermia, insuficiência renal, cargas de fluidos IV perioperatórias, a insuficiência terapêutica medicamentosa ou dietas com alto teor de sal, e o uso de certos fármacos,

especialmente anti-inflamatórios não esteroides (AINE) (European Society of Cardiology & Heart Failure Association, 2022).

Fatores de risco cardiovasculares

Os fatores de risco cardiovascular (FRCV) podem ser classificados em duas tipologias: os modificáveis e os não modificáveis. Os FRCV não modificáveis são aqueles que, numa perspetiva de prevenção, não são passíveis de intervenção, nomeadamente a idade, o género, a etnia, a história pessoal e familiar de doença cardiovascular (DCV). Os FRCV modificáveis podem ser alvo de intervenção e ser corrigidos, nomeadamente o tabagismo, a alimentação, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, os fatores psicossociais, a HTA, a dislipidemia, a diabetes mellitus (DM), a obesidade e as alterações do sono (Homem et al., 2021).

Diagnóstico

A determinação da etiologia da disfunção cardíaca subjacente é imprescindível no diagnóstico de IC, pois condições patológicas específicas podem direcionar e influenciar as abordagens terapêuticas subsequentes. O diagnóstico de IC exige a presença de sintomas e/ou sinais característicos de IC, juntamente com evidências objetivas de disfunção cardíaca, através de exames laboratoriais e imagiológicos. Os sintomas típicos incluem dispneia, fadiga e edema maleolar. No entanto, isoladamente, esses sintomas e sinais apresentam acuidade limitada para um diagnóstico definitivo de IC. A probabilidade de IC é maior em clientes com histórico de enfarte do miocárdio, HTA, doença arterial coronária (DAC), DM II, consumo excessivo de álcool, DRC, quimioterapia cardiotoxica, bem como naqueles com histórico familiar de miocardiopatia ou morte súbita (McDonagh et al., 2022; Byrne et al., 2023). Os testes de diagnóstico recomendados em todos os clientes com suspeita de IC consistem na medição das concentrações plasmáticas de peptídeos natriuréticos (NP) como exame inicial em clientes com sintomas que sugerem IC, com o objetivo de excluir esse diagnóstico. Valores elevados de NP reforçam a hipótese de IC, auxiliam na avaliação prognóstica e podem direcionar para exames cardíacos adicionais. A imagiologia cardíaca (ecocardiografia transtorácica) desempenha um papel fundamental no diagnóstico de IC, ajudando na identificação da etiologia e na orientação terapêutica (McDonagh et al., 2022; Byrne et al., 2023).

Tratamento farmacológico da IC com fração de ejeção reduzida

A farmacoterapia constitui o pilar fundamental no tratamento da IC-FEr, em paralelo com intervenções não farmacológicas, devendo ser priorizada antes de se avançar para terapias com dispositivos. São três os objetivos centrais da gestão terapêutica nos clientes com IC FEr: a redução da mortalidade, a prevenção de internamentos recorrentes por descompensação da IC e a melhoria do estado clínico, da capacidade funcional e da qualidade de vida (McDonagh et al., 2022; Byrne et al., 2023). A modulação dos SNSi e SRAA por meio de medicamentos como os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), Antagonistas do Recetor da

Angiotensina e Inibidores da Neprilisina (ARNI), além dos betabloqueadores e dos Antagonistas dos Recetores Mineralocorticoides (ARM), demonstra ser eficaz na melhoria da sobrevivência dos clientes com IC-FEr. Estes fármacos não apenas diminuem o risco de hospitalizações devido à IC mas também aliviam os sintomas associados à sua condição (Caetano et al., 2021; Byrne et al., 2023).

A tríade IECA/ARNI, betabloqueador e um ARM é recomendada como terapêutica fundamental para estes clientes, exceto quando há contraindicação ou intolerância a estes fármacos (McDonagh et al., 2022; Byrne et al., 2023). A inclusão dos inibidores do Cotransportador Sódio-Glicose 2 (SGLT2), como a empagliflozina, ao tratamento de base com IECA, ARNI, betabloqueante ou ARM reduz significativamente o risco de morte de causa cardiovascular e a progressão da IC em doentes com IC-FEr (Byrne et al., 2023). O principal objetivo dos diuréticos é controlar a volémia com a menor dose eficaz, ajustando-a conforme as necessidades individuais para aliviar os sintomas de congestão. Em situações de hipovolémia ou ausência de sintomas, o diurético pode ser temporariamente suspenso. Os clientes podem ser capacitados para autoajustar a dose com base na monitorização diária do peso e de sinais de congestão (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023). A IC é uma patologia com percurso irreversível, e com um declínio significativo a cada agudização, sendo por isso fulcral a otimização do estado de saúde (Oosterom-Calo et al., 2011).

A CENTRALIDADE DO AUTOCUIDADO E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem destaca-se como uma das principais áreas das ciências da saúde, com a particular capacidade de atribuir significados e promover reflexões profundas da prática do cuidar. Neste contexto, as teorias de enfermagem desempenham um papel disruptivo, ao fornecerem as bases que sustentam e orientam a prática, consolidando a essência do cuidar como um processo indispensável e transformador.

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento, aliadas à problemática da IC na população idosa, tornam indispensáveis as intervenções de enfermagem voltadas para o autocuidado, com o objetivo de prevenir complicações associadas e promover a autonomia. De acordo com Tsukada et al. (2021), a IC apresenta uma alta prevalência entre os idosos, sendo que, nessa faixa etária, a gestão da doença e as práticas de autocuidado revelam-se particularmente desafiadoras. Este cenário deve-se a fatores como o impacto cumulativo do envelhecimento, a presença de múltiplas comorbidades, o comprometimento cognitivo, a fragilidade/vulnerabilidade e os recursos sociais, frequentemente, insuficientes. Neste contexto, os EE desempenham um papel essencial ao promover estratégias de ensino e apoio que visam capacitar as pessoas a lidar com a complexidade da doença, mantendo a sua autonomia e reduzindo os riscos de descompensação.

Dada a importância central que o autocuidado assume na gestão das doenças crónicas, não

seria possível deixar de alicerçar os contributos que a enfermagem pode dar nesse sentido, sem primeiramente abordar as teorias que norteiam esse grande propósito.

a) Teoria das Transições de Afaf Meleis

A IC, pela sua complexidade, apresenta desafios significativos à capacidade de autocuidado das pessoas, especialmente à medida que a doença progride. Esses desafios não se limitam a alterações pontuais no quotidiano, mas requerem transformações profundas, como a incorporação de novos conhecimentos, ajustes comportamentais, mudanças nas relações sociais, familiares e profissionais, bem como a necessidade de desenvolver novas estratégias de *coping* (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Estes desafios vão além de uma mera substituição de comportamentos antigos por novos, envolvem um processo dinâmico, que ocorre durante um período de tempo, e possuem uma direção e propósito voltados para alcançar um objetivo específico. Segundo Meleis (2010), este tipo de processo é designado por transição.

De acordo com a autora, uma transição emerge como o produto de uma interação dinâmica e multifacetada entre a pessoa, o contexto ambiental, a condição de saúde e os significados subjetivos atribuídos à experiência vivenciada. Essa interação tem o potencial de desencadear transformações significativas que influenciam a rotina diária, o estado de saúde, as dinâmicas nas relações interpessoais e a forma como o indivíduo se relaciona com o meio envolvente (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007). Esta teoria explora fenómenos e conceitos específicos que fundamentam a prática, estruturando-se nos seguintes elementos: a natureza da transição, que descreve o tipo, os padrões e as propriedades do processo; as condições das transições, que englobam os fatores facilitadores ou dificultadores; os padrões de resposta, que retratam as reações e os resultados associados ao processo de adaptação e as terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Segundo Schumacher e Meleis (1994), a natureza da transição pode ser classificada em quatro tipos específicos: as transições de desenvolvimento, relacionadas com mudanças naturais relativas ao ciclo de vida; as transições situacionais, decorrentes de eventos específicos; as transições de saúde-doença, que envolvem alterações no estado de saúde; e as transições organizacionais, associadas a mudanças estruturais ou institucionais.

Neste contexto específico, o nosso enfoque recai sobre a transição de saúde-doença, caracterizada por mudanças abruptas nos papéis e nas dinâmicas diárias, provocadas pela passagem de um estado de bem-estar para uma condição de doença, seja ela de natureza aguda ou crónica (Schumacher & Meleis, 1994). Este cenário é particularmente pertinente para pessoas diagnosticadas com IC, que enfrentam adaptações complexas e desafiadoras na sua saúde e vida quotidiana.

Os padrões das transições referem-se à forma como as mudanças ocorrem na vida do cliente,

podendo variar quanto à complexidade e interconexão. Podem ser únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas. O reconhecimento destes padrões é relevante para a prática de enfermagem, uma vez que permite ao enfermeiro atuar de forma personalizada e eficaz, promovendo uma transição saudável antevendo os impactos negativos no bem-estar do cliente (Meleis, 2010).

Chick e Meleis (1986) afirmam que, embora seja possível identificar diversos tipos de transição, existem aspetos comuns a todas essas experiências que, devido à sua complexidade e natureza multidimensional, são chamados de propriedades das transições. Estas propriedades incluem a consciencialização, o envolvimento e o compromisso, as mudanças e diferenças, eventos críticos e o período da experiência.

O conceito de consciencialização refere-se à percepção que a pessoa tem sobre a experiência que está a viver. Essa consciencialização é crucial, pois envolve o reconhecimento das mudanças que estão a ocorrer e a sua compreensão. Esta propriedade é apontada como central em todo o processo, uma vez que está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência da transição (Meleis, 2010). A falta de consciencialização pode impedir o envolvimento do cliente na gestão da sua condição de saúde, dificultando a adaptação ao novo contexto e reduzindo a eficácia na interação com profissionais de saúde e familiares.

Para os clientes com IC, a ausência de percepção das mudanças necessárias pode comprometer significativamente a sua capacidade de adaptar-se e gerir a sua doença, afetando negativamente o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. As pessoas podem ou não incorporar essa consciencialização, sendo que aquelas que não a desenvolvem estão, frequentemente, associadas a condições assintomáticas, o que leva a uma percepção distorcida da doença. Esse distanciamento da realidade pode resultar num desconhecimento da sua real condição, prejudicando a gestão adequada da saúde e a transição necessária. O envolvimento refere-se ao grau de participação ativa dos indivíduos nos processos relacionados com a sua transição, sendo este influenciado diretamente pelo conhecimento que possuem acerca do processo e da sua condição de saúde. Quanto maior a compreensão da situação de saúde, mais profunda é a implicação da pessoa, impactando na sua capacidade de adaptação e nas respostas aos desafios impostos pela transição (Meleis, 2012). Este envolvimento é essencial para garantir a eficácia do processo de transição, favorecendo uma adaptação mais fluida e integrada (Meleis et al., 2010).

A consciencialização das mudanças que decorrem do problema de saúde é um fator determinante no grau de envolvimento da pessoa com IC na gestão do seu tratamento, uma vez que ninguém se envolve em algo que não reconhece como relevante para si. Assim, o apoio à consciencialização e o incentivo ao envolvimento são áreas cruciais da prática de enfermagem, pois são fundamentais para uma transição mais saudável e eficaz, não sendo diferente no

contexto da IC. A manifestação mais clara desse envolvimento reflete-se na disposição do cliente para adotar práticas de autocuidado, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões necessárias à sua implementação.

A distinção entre os conceitos de *transição* e *mudança* é fundamental, uma vez que, enquanto toda a transição envolve uma mudança, nem todas as mudanças constituem transições (Meleis et al., 2010). Este aspeto é essencial para que os profissionais de saúde compreendam como as pessoas percebem as alterações na sua vida, especialmente no que tange à IC. A maneira como as mudanças são percebidas — em termos da sua gravidade, importância e impacto nas expectativas pessoais, familiares e sociais — pode influenciar significativamente o processo de adaptação e a gestão da condição de saúde.

Os eventos e pontos críticos referem-se a momentos-chave que podem alterar o curso de uma transição e desencadear um processo de adaptação mais intenso ou significativo (Meleis et al., 2010). Esses momentos podem ocorrer de forma abrupta ou gradual e frequentemente são associados a desafios específicos, como a mudança de saúde para doença ou o agravamento da sua condição prévia. Esses eventos críticos são pontos de inflexão que exigem da pessoa uma reação ou adaptação, e podem estar relacionados com o reconhecimento de um diagnóstico de saúde, a perda de um papel social importante ou a mudança de identidade. A resposta a esses eventos é frequentemente mediada pela capacidade de enfrentar o stresse e os recursos pessoais disponíveis para o *coping*, o que pode afetar a transição de forma positiva ou negativa. A forma como os eventos críticos são percebidos pelas pessoas e o suporte que elas recebem durante esses momentos podem influenciar significativamente a adaptação e o sucesso da transição. No contexto de doenças crónicas, como a IC, podem-se constituir como eventos críticos o diagnóstico inicial ou as complicações decorrentes da progressão da doença, implicando diretamente o processo de autocuidado e a integração das mudanças necessárias no dia a dia.

O espaço temporal onde decorre a transição é marcado por um contínuo processo de mudanças ao longo do tempo e emerge como um elemento importante, permitindo à pessoa ajustar-se a uma nova realidade. Esse período é fundamental para a adaptação, que se dá entre a rutura com antigos padrões e a integração de novos comportamentos e formas de viver (Chick & Meleis, 1986). Ao longo deste processo, a pessoa abandona os modos de vida anteriores, procurando um novo equilíbrio, tanto físico quanto emocional. Esse percurso é uma jornada de transformação, onde é espectável que a pessoa consiga ressignificar a sua maneira de viver, tornando-se capaz de enfrentar a nova realidade. Este processo não é linear, mas sim dinâmico e complexo, com altos e baixos, e com implicações importantes para a saúde e bem-estar, exigindo apoio contínuo para que a adaptação seja bem-sucedida e plena.

Esta teoria destaca ainda fatores importantes que influenciam o processo de transição, conhecidos como condições facilitadoras e inibidoras, as quais se subdividem em três categorias

principais: as pessoais, as comunitárias e as sociais (Meleis et al., 2010). As condições pessoais, constituem fatores determinantes na forma como o indivíduo experiencia e responde às transições em saúde. Entre estas, destacam-se o conhecimento sobre a condição de saúde, a capacidade, o estado socioeconómico, as crenças e os significados.

O conhecimento refere-se à compreensão que o indivíduo tem da sua condição, das implicações do tratamento e das exigências do autocuidado, constituindo a base para a tomada de decisão informada. Por sua vez, a capacidade traduz-se na habilidade prática e cognitiva para aplicar esse conhecimento no quotidiano — organizar rotinas, identificar sinais de alerta, gerir o RT e adaptar comportamentos. Na prática, estas duas dimensões estão frequentemente interligadas e determinam o grau de autonomia na gestão da doença. O conhecimento e a capacidade surgem como condições pessoais centrais que influenciam significativamente a forma como a pessoa experiencia e se adapta às mudanças associadas ao processo de saúde-doença.

Os significados encontram-se relacionados com a perceção atribuída pela pessoa aos eventos que desencadeiam a transição, como a experiência da IC. A forma como cada cliente percebe e lida com a situação é determinante na forma como gere o autocuidado, afetando diretamente o seu processo de transição. Segundo Meleis et al. (2010), esses significados são fundamentais para compreender as respostas individuais às mudanças na saúde, sendo preditores do nível de envolvimento nas práticas de autocuidado. Schumacher e Meleis (1994) descrevem a transição como um processo experiencial, no qual os significados atribuídos moldam a resposta da pessoa. Ressaltam ainda que a transição é um período de vulnerabilidade, e o papel dos enfermeiros é ajudar a pessoa a interpretar e integrar essas mudanças de maneira saudável.

Neste contexto, o modelo dos perfis de autocuidado descritos por Backman e Hentinen (1999), e o modelo dos estilos de gestão do regime terapêutico propostos por Bastos (2012), ganham especial relevância, permitindo uma compreensão mais aprofundada do comportamento da pessoa face à sua condição crónica.

Enquanto Backman e Hentinen identificam diferentes perfis de envolvimento do indivíduo com o autocuidado (Figura 2), Bastos complementa essa perspetiva ao classificar os estilos de gestão do regime terapêutico (GRT) em responsável, independente, formalmente guiado e negligente, com base na forma como a pessoa se posiciona perante a gestão da sua doença e regime terapêutico (Figura 3).

Na investigação desenvolvida por Backman e Hentinen (1999) constata-se que o perfil de autocuidado é fortemente influenciado pelas condições pré-existentes à situação de doença, como as experiências de vida, o contexto sociocultural, o nível de literacia em saúde, bem como pelos significados que a pessoa atribui à sua condição e ao processo de autocuidado. Os significados configuram as escolhas que a pessoa faz durante a transição. Uma interpretação mais positiva pode levar a um maior envolvimento em comportamentos adaptativos, enquanto significados negativos podem gerar resistência ou inação. Esta visão tem uma relação estreita

com o traço de personalidade de cada indivíduo. As características pessoais normalmente influenciam o processo de tomada de decisão, que posteriormente influenciam as ações de autocuidado.

Backman e Hentinen (1999) basearam-se nas condições que influenciam a tomada de decisão e a ação, bem como nos significados atribuídos a essas práticas. Estes perfis estão ilustrados na Figura 2, de acordo com as suas características e traços de personalidade.

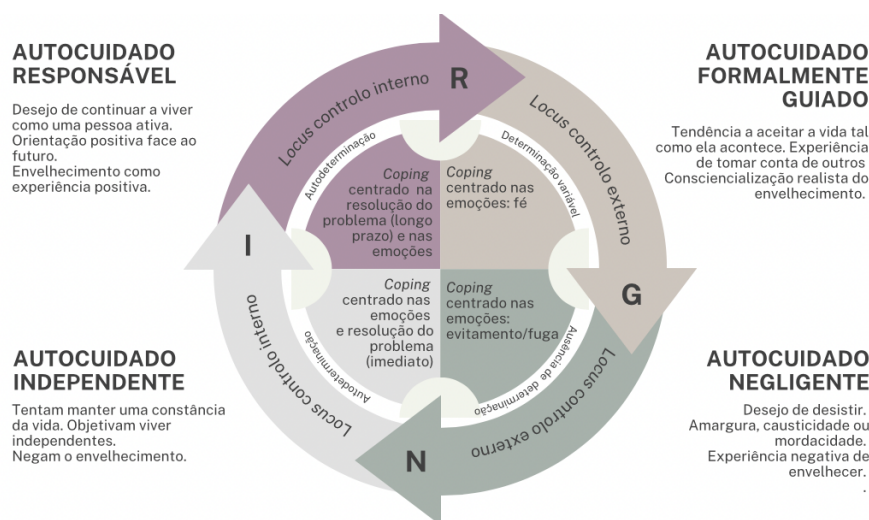


Figura 2: Perfis de autocuidado

Fonte: elaboração própria, adaptado de Backman & Hentinen (1999); Železnik (2007); Bastos (2012).

Estes diferentes perfis de autocuidado, originalmente desenvolvidos para estudar os comportamentos de autocuidado em pessoas idosas com doenças crônicas, podem ser utilizados para caracterizar os comportamentos de autocuidado de pessoas com IC. Fornecem uma estrutura-pilar para entender genericamente como os indivíduos abordam o autocuidado, tendo em consideração que as práticas de autocuidado são moldadas pelos estilos de vida individuais, sendo adaptadas às experiências passadas de cada pessoa, às suas condições atuais e às suas perspetivas para o futuro (Bastos, 2012). Razão pela qual nem todos respondem da mesma maneira perante o mesmo problema de saúde. É por isso relevante o contributo de Backman e Hentinen (1999), pois permite aos enfermeiros uma melhor personalização de cuidados, considerando os pontos de partida da matriz elaborada pelas autoras. Não obstante, este modelo não pode ser decifrado e aplicado *ipsis verbis*, razão pela qual alguns indivíduos podem apresentar mais de que um traço em simultâneo, podendo mesmo serem divergentes (Železnik, 2007).

Voltando às categorias das condições facilitadoras e inibidoras, a segunda corresponde às condições comunitárias e reporta-se aos recursos disponíveis dentro da comunidade que podem

facilitar ou dificultar o processo de transição. Isso inclui o apoio de familiares, amigos, bem como o acesso a informações precisas e úteis fornecidas pelos profissionais de saúde. No entanto, a escassez de recursos, a falta de planejamento e o suporte insuficiente podem atuar como barreiras significativas. Para Lorig e Holman (2003), os programas de autogestão devem considerar as realidades quotidianas e o contexto sociocultural em que a pessoa está inserida, incluindo fatores como a cultura, a linguagem, o apoio familiar e os recursos disponíveis na comunidade. Esta adequação ao meio envolvente é essencial para facilitar os comportamentos de autocuidado.

A efetividade das intervenções de educação para autogestão depende, em grande medida, da capacidade de envolver a pessoa no seu processo terapêutico, mas também da preparação da rede familiar e comunitária para apoiar essa gestão. Segundo Lorig e Holman, *"If self-management is to achieve its potential, this trend should be changed. We have already discussed the need for providers to form partnerships with patients. At the same time patients' families and communities must be prepared for this role"* (Lorig & Holman, 2003, p. 5). Esta visão reforça a importância de uma abordagem avançada, em que o enfermeiro assume um papel central não só na capacitação da pessoa mas também na mobilização de recursos familiares e comunitários, promovendo um ambiente facilitador da continuidade do autocuidado. Assim, o EE deverá integrar que a autogestão não depende só da pessoa, mas de múltiplos fatores interligados, identificando as necessidades de apoio informal, articulando as respostas da comunidade e promovendo estratégias que respeitem o contexto sociocultural da pessoa, potenciando assim o máximo de autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Por fim, as condições sociais envolvem fatores como marginalização, estigmatização e os papéis sociais preestabelecidos, que podem representar obstáculos adicionais durante a transição. A pressão social e os estigmas associados à condição de saúde podem dificultar, significativamente, o processo de adaptação, impactando negativamente a experiência de transição da pessoa.

As terapêuticas de enfermagem são centrais para melhorar a qualidade de vida dos clientes e contribuir para resultados positivos em saúde, enquanto reforçam a autonomia, a autoeficácia e a dignidade das pessoas. Meleis enfatiza que as intervenções de enfermagem devem ser sensíveis às necessidades e experiências das pessoas em momentos de transição, como mudanças na saúde, nas relações ou nos papéis (Meleis, 2010). Estas devem ser cuidadosamente ajustadas para atender às necessidades e às características únicas de cada pessoa, reconhecendo que diferentes estilos de gestão e atributos pessoais influenciam a forma como as pessoas lidam com as situações. Isso significa que cada indivíduo tem uma necessidade distinta de informação, apresenta capacidades variadas para adquirir competências e diferentes graus de prontidão para se capacitar. Além disso, as respostas emocionais, atitudes e comportamentos diante dos desafios podem variar amplamente. Assim, as intervenções de enfermagem devem ser flexíveis e adaptadas para refletir essas diferenças,

ajustando tanto o conteúdo quanto a intensidade do acompanhamento oferecido. Essa abordagem personalizada permite não apenas responder às necessidades imediatas mas também favorecer a integração fluida das mudanças e o desenvolvimento da mestria na gestão das transições, promovendo uma experiência de cuidado verdadeiramente eficaz.

Bastos (2013), apresenta uma abordagem diferenciada para as terapêuticas de enfermagem, alinhada com os estilos de gestão do RT e propõe intervenções específicas para cada um, adaptadas às necessidades e capacidades individuais (Figura 3). No estilo responsável (R), as pessoas demonstram elevada autonomia e competência para gerir o RT, sendo capazes de tomar decisões informadas após compreenderem as opções disponíveis. Para este grupo, Bastos sugere que, num primeiro momento, o acompanhamento seja intensivo, garantindo a consolidação da mestria no autocuidado. Posteriormente, o suporte poderá ser reduzido, com recurso a tecnologias de monitorização remota que assegurem a continuidade do cuidado. Já o estilo formalmente guiado (G) caracteriza-se pela adesão ao RT, mas com limitações na interpretação e aplicação do conhecimento adquirido. Estas pessoas beneficiam de orientações claras e detalhadas, que promovam o desenvolvimento de competências e o fortalecimento da sua autonomia. Para este grupo, o *empowerment* é fundamental, ajudando-os a adquirir maior confiança na gestão da sua saúde. Por outro lado, o estilo negligente (N) apresenta baixa adesão e envolvimento com o RT, frequentemente associando-se a comportamentos autodestrutivos, rejeição das recomendações e comportamentos de fuga/evitamento. As intervenções para este grupo devem ser intensivas e articuladas com os serviços sociais, focando-se em estratégias que limitem a progressão da doença, preservem a funcionalidade e promovam uma visão mais realista sobre a sua condição. Finalmente, o estilo Independente (I) caracteriza-se por uma forte autodeterminação e flexibilidade, mas com pouca valorização do RT e resistência à adoção de novos hábitos. Bastos (2012) destaca que, para este perfil, é crucial criar um ambiente terapêutico que incentive a motivação intrínseca, evitando abordagens baseadas apenas na imposição ou na concordância, que tendem a ser menos eficazes.

Em linhas gerais, a autora sublinha que as terapêuticas de enfermagem devem ser personalizadas, considerando as especificidades de cada estilo e ajustando a intensidade e o tipo de acompanhamento oferecido. Esta abordagem sensível e diferenciada promove não só a adesão ao RT, mas também a adaptação à condição de saúde e à melhoria da qualidade de vida, respeitando a singularidade de cada indivíduo. O diagrama apresentado abaixo, serve como uma síntese visual clara e estruturada das ideias anteriormente expostas, ilustrando de forma objetiva os quatro estilos e as respetivas terapêuticas de enfermagem sugeridas para cada estilo de GRT. Destaca a inter-relação entre as características individuais de cada estilo e as intervenções propostas, facilitando a compreensão das abordagens personalizadas necessárias para promover uma transição saudável e uma gestão eficaz da condição de saúde.

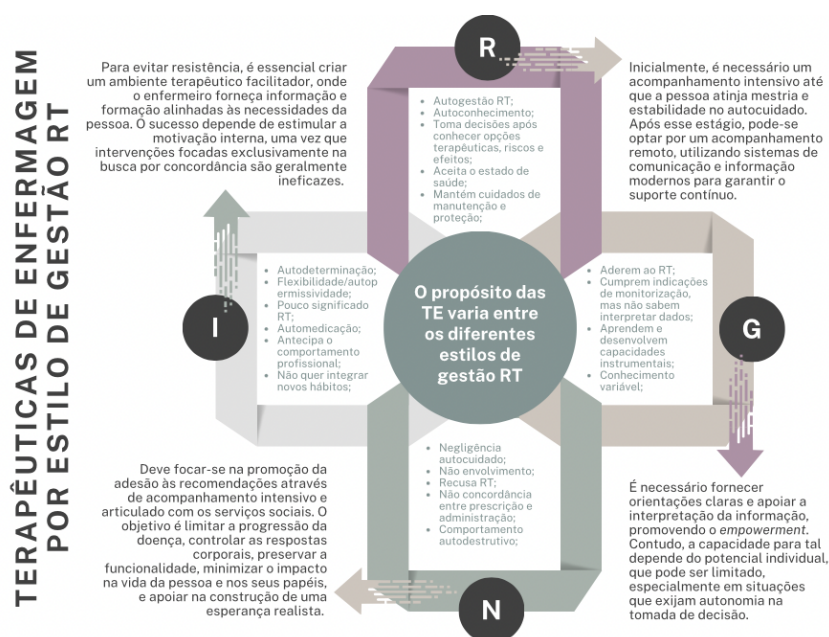


Figura 3: Terapêuticas de enfermagem por estilo de gestão do RT

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Bastos (2012).

Para se entender plenamente o processo de transição e valorizar a experiência vivida pelo cliente, é essencial considerar os padrões de resposta, que se dividem em dois tipos de indicadores: os processuais e os de resultado. Esses indicadores assistem a avaliação dos enfermeiros, permitindo uma compreensão mais profunda da experiência do cliente.

Os indicadores de processo sublinham a importância da pessoa se sentir integrada e conectada no contexto em que está inserida. A obtenção de informações torna-se um elemento central para garantir uma transição bem-sucedida, sendo as relações interpessoais, como a família, os amigos e os profissionais de saúde, fontes importantes de suporte e informação.

Durante o percurso da transição, a pessoa com IC deve sentir-se envolvida/situada no processo de tomada de decisões, não apenas em relação aos cuidados mas também quanto aos recursos disponíveis, sejam pessoais, de saúde ou comunitários. Este envolvimento é fundamental para garantir uma transição saudável e facilitar a adaptação ao novo estado de saúde.

O desenvolvimento de confiança e de *coping* refere-se à capacidade da pessoa de se adaptar à sua condição de saúde e desenvolver estratégias para lidar com os desafios associados à doença. No contexto da IC, estes processos podem manifestar-se de várias formas, como através da confiança na capacidade de autogestão. A pessoa sente-se mais segura para realizar tarefas como monitorizar o peso, vigiar os sinais e os sintomas e aderir ao plano terapêutico. Este processo pode incluir o uso das estratégias aprendidas, como registar os dados diariamente ou interpretar os sinais de alerta. A aceitação da sua doença é um processo de *coping* importante, que permite reconhecer a IC como parte da sua vida, encarando-a com

resiliência.

Por último, é essencial aprofundar a nossa compreensão dos indicadores que nos permitem avaliar se a transição foi vivida como um evento saudável ou prejudicial na trajetória da pessoa. Meleis destaca dois indicadores-chave de resultados: a mestria e a integração fluida de uma nova identidade. O primeiro refere-se ao desenvolvimento de competências e comportamentos ao longo do processo de transição, capacitando o indivíduo para gerir a sua nova situação com eficácia. O segundo indicador, relacionado com a flexibilidade e integração da identidade, propõe que uma transição saudável envolve uma reformulação da identidade pessoal. Este processo permite que a pessoa incorpore de maneira fluida as mudanças, novos conhecimentos e comportamentos, ajustando-se de forma gradual à sua nova condição e integrando um novo papel ou identidade de maneira coesa e adaptada (Meleis, 2010).

Segundo Petronilho (2009), uma transição saudável pode ser reconhecida por indicadores como a perceção da autoeficácia e a capacidade demonstrada de realizar tarefas que atendam às necessidades da pessoa, os quais devem ser validados pelo enfermeiro. No contexto de pessoas com IC, esses indicadores incluem o conhecimento sobre a sua condição, a participação ativa nas decisões relacionadas com a saúde/doença (*empowerment*), a capacidade de autogestão do RT (mestria do papel), o bem-estar nas relações interpessoais e, de forma geral, a adaptação à situação de saúde e a obtenção da melhor qualidade de vida possível.

b) Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem

O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo do tempo, consolidando-se como uma dimensão essencial na disciplina de enfermagem (Martins & Rocha, 2016). É, frequentemente, associado aos conceitos de autonomia, de independência e de responsabilidade pessoal, elementos que Petronilho (2012) também reforça. O autocuidado não se limita apenas às ações isoladas do indivíduo, mas incorpora um conjunto de práticas intencionais que refletem a interação entre o conhecimento, a cultura e as necessidades de saúde.

Entre as principais contribuições teóricas para o entendimento do autocuidado destaca-se a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, cuja influência é decisiva na configuração de como concetualizamos a enfermagem. Esta teoria foi desenvolvida na década de 1950, com a premissa de que todos os seres humanos possuem o potencial de adquirir conhecimentos, desenvolver competências e manter a motivação necessária para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar, sendo extensivo aos cuidados que prestam à sua família ou comunidade (Orem, 2001). Além disso, realça também a influência das dimensões culturais, sociais e individuais na maneira como as necessidades de autocuidado são atendidas (Orem, 2001).

A abordagem de Orem enfatiza que as ações de autocuidado requerem planeamento/propósito e são orientadas por objetivos definidos. Estas ações são influenciadas por conhecimentos

prévios, habilidades adquiridas e pela capacidade de reconhecer quando é necessário realizar determinadas intervenções ou de solicitar apoio externo. As pessoas procuram estratégias para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, promovendo a sua saúde, através da prevenção de complicações e da gestão da sua doença.

A Teoria Geral do Défice de Autocuidado integra três teorias interconectadas que sustentam a sua abordagem: a teoria do autocuidado, que aborda os comportamentos intencionais das pessoas para manterem a sua saúde e bem-estar (Orem, 2001). A teoria do défice de autocuidado, que identifica quando as pessoas necessitam de apoio devido à incapacidade de atenderem às suas próprias necessidades e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve os diferentes níveis de assistência proporcionados pelos enfermeiros com base nas necessidades dos clientes (Orem, 2001). Esta interconexão promove uma visão abrangente e integrada das práticas de enfermagem, orientada para responder às necessidades específicas e variáveis de cada indivíduo. Desta forma, percebe-se uma estreita relação entre o modelo indicado e os cuidados oferecidos aos clientes com IC (Foster et al., 2000).

A primeira teoria, assinalada como a **Teoria de Autocuidado**, consiste na base para se entender quais as circunstâncias e as limitações das pessoas que podem beneficiar dos cuidados de enfermagem, para que as mesmas sejam capazes de se autocuidar. Esta teoria explica como as pessoas são capazes de assumir a responsabilidade pelo próprio cuidado, descrevendo os processos e recursos necessários para atender às suas próprias necessidades. E para que isso seja possível, necessitam de requisitos de autocuidado universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde (Orem, 2001). Estas três categorias podem ser assinaladas como ações orientadas para a provisão do autocuidado (Queirós et al., 2014).

Os requisitos de autocuidado de desvio de saúde refletem a necessidade de respostas adequadas à saúde comprometida e são essenciais para promover a recuperação, evitar complicações e melhorar a qualidade de vida. Quando a pessoa não consegue atender a estas necessidades por conta própria, é aí que a enfermagem se torna uma peça central, quer seja através de ações de apoio, de educação ou de substituição (Orem, 2001). Quando nos referimos a ações de autocuidado na IC, é predominantemente a este tipo de requisitos que nos referimos, embora os obstáculos impostos pela doença possam afetar o desempenho, somando limitações aos requisitos universais de autocuidado.

A **Teoria do Défice de Autocuidado**, desenvolve-se em torno da díade enfermeiro/indivíduo, sendo ambos considerados como agentes de ação. Orem refere que, em circunstâncias habituais, a pessoa é capaz de cuidar de si mesma de forma independente. No entanto, lactentes, crianças, idosos, pessoas doentes ou com limitações físicas e/ou mentais, frequentemente, necessitam de cuidados integrais ou de assistência parcial para realizarem as atividades de autocuidado essenciais ao seu bem-estar (Orem, 2001).

Quando se identifica um défice de autocuidado, o enfermeiro pode recorrer a um ou a todos os

cinco métodos de ajuda descritos por Orem (2001). Estes métodos permitem que o profissional ofereça um suporte personalizado, com o objetivo de apoiar o indivíduo na realização do autocuidado de forma eficaz, promovendo assim a sua saúde e o seu bem-estar. Nesta teoria do déficit do autocuidado, o significado da enfermagem está delimitado pela existência do déficit, sendo este o foco da atuação dos profissionais de enfermagem (Orem, 2001).

Na **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, Orem (2001) define que as necessidades de autocuidado da pessoa podem ser colmatadas por ações realizadas exclusivamente pelo próprio indivíduo, pelo enfermeiro ou pela cooperação entre ambos. A prática de enfermagem é descrita como uma habilidade especializada, exercida por profissionais treinados para ajudar as pessoas a atenderem às suas necessidades terapêuticas de autocuidado. A interação entre a ação da pessoa e a do enfermeiro pode ser estruturada em três sistemas distintos:

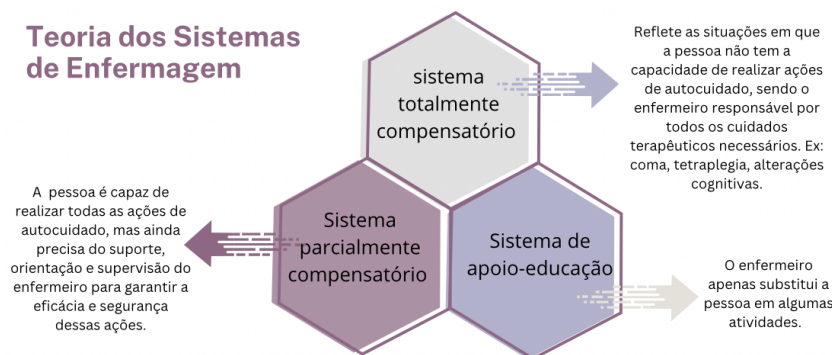


Figura 4: Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Fonte: elaboração própria, adaptado de Orem (2001).

A evidência científica corrobora a importância do autocuidado na gestão das condições crônicas, como é o caso da IC, mostrando que o empoderamento individual e a educação em saúde são fundamentais para promover o autocuidado de forma eficaz. Assim, o autocuidado transcende a esfera individual, refletindo a sinergia entre autonomia, suporte social e intervenções profissionais que viabilizam melhores resultados de saúde e da qualidade de vida (Orem, 1991; Petronilho, 2012).

c) Teoria do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca de Barbara Riegel

Tanto a teoria das transições como a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado têm sido progressivamente refinadas e enriquecidas através de investigações contínuas. A cada nova pesquisa, existem conceitos fundamentais dessas teorias que são expandidos e adaptados para melhor refletir a complexidade do processo de “cuidar” e das necessidades dos clientes, contribuindo substancialmente para a evolução destes modelos, o que promove avanços significativos nas práticas de cuidado.

É o caso da teoria de Riegel, que integra conceitos-chave de várias outras abordagens teóricas, podendo ser vista como a versão 3.0 no contexto das abordagens de autocuidado, dado que a

autora integra e expande os conceitos fundamentais de modelos anteriores. Riegel diferencia-se das abordagens anteriores ao somar novos conceitos como a percepção das necessidades de autocuidado, a gestão ativa da saúde e a manutenção do bem-estar ao longo do tempo (Riegel et al., 2016), respondendo às fragilidades apontadas por outras teorias. Segundo Riegel et al. (2016), o autocuidado na IC é descrito como um processo de tomada de decisão naturalista, influenciado por fatores pessoais, desafios inerentes à condição de saúde e o ambiente em que a pessoa está inserida. Este processo envolve escolhas e ações diárias realizadas pelas pessoas, visando a gestão eficaz da sua saúde e doença. Segundo a autora, o autocuidado na IC é reconhecido como um recurso cardioprotetor essencial, que complementa a gestão da doença, desempenhando um papel significativo na melhoria dos resultados de saúde (Riegel et al., 2009).

É apresentada como uma Teoria Situacional, uma vez que se concentra nos comportamentos de autocuidado específicos da IC, abordando diretamente as características únicas desta condição. Está alicerçada em três componentes interligados a “manutenção do autocuidado”, a “monitorização dos sintomas” e a “gestão do autocuidado” (Riegel et al. 2012; Riegel et al., 2016). Riegel descreve que o autocuidado na IC compreende um conjunto complexo e interligado de comportamentos que traduzem o *empowerment* ativo e a responsabilidade do indivíduo na manutenção, monitorização e gestão integral de sua condição de saúde (Riegel et al., 2022).

O primeiro processo de autocuidado, a **manutenção** (*self-care maintenance*), envolve comportamentos consistentes como a adesão às orientações terapêuticas, como seguir as prescrições, adotar uma dieta saudável restrita em sal e manter a atividade física. Estes comportamentos são essenciais para manter a estabilidade da doença. O segundo processo de autocuidado, a **monitorização** (*symptom perception*), refere-se à capacidade de o cliente reconhecer e interpretar as respostas dos processos corporais, identificando mudanças no estado de saúde e identificando os sintomas associados à IC, como a dispneia, edemas ou a fadiga. Este processo é fundamental para a identificação precoce de descompensações. O terceiro processo de autocuidado, a **gestão** (*self-care management*), é a resposta aos sintomas quando estes ocorrem. Trata-se de um processo ativo e intencional, que abrange a tomada de decisões em resposta aos sintomas identificados. Este componente é essencial para que o cliente consiga lidar com o equilíbrio entre a estabilidade e os episódios sintomáticos da IC, permitindo agir de forma eficaz para evitar as complicações, como a progressão da doença e as hospitalizações (Riegel et al., 2016). Estes três processos incluem componentes tanto de natureza autónoma quanto consultiva, ou seja, alguns comportamentos de autocuidado são realizados através de decisões independentes, enquanto outros são adotados através das orientações dos profissionais de saúde e familiares. Um exemplo prático disso é quando um doente sente dispneia, o mesmo pode tomar a decisão de restringir o sal na sua dieta, mas também pode tomar a decisão de comunicar com o profissional de saúde no sentido de perceber se será oportuno fazer um comprimido extra de diurético.

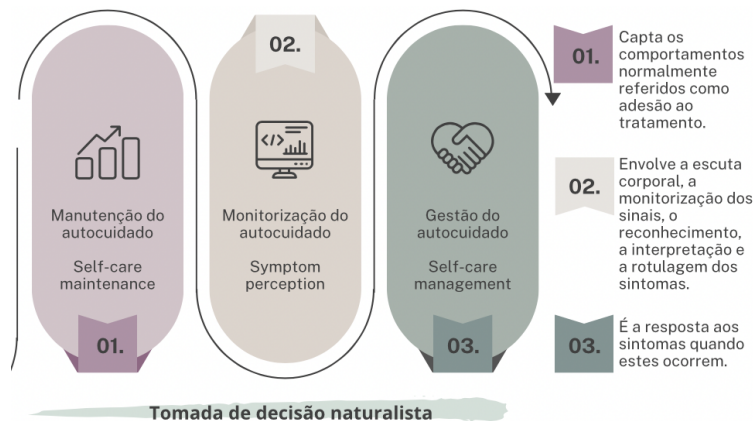


Figura 5: Teoria do autocuidado da IC

Fonte: Elaboração própria adaptado de Riegel (2016).

Ao estruturar os elementos centrais da teoria em termos de interdependência e integração, é possível subsumir uma abordagem tetraédrica que conecta o indivíduo, a sua condição, o conhecimento disponível e o suporte externo. Essa interligação prediz como as condições individuais, clínicas e sociais influenciam os comportamentos de autocuidado e, conseqüentemente, os resultados de saúde (Riegel et al., 2012).

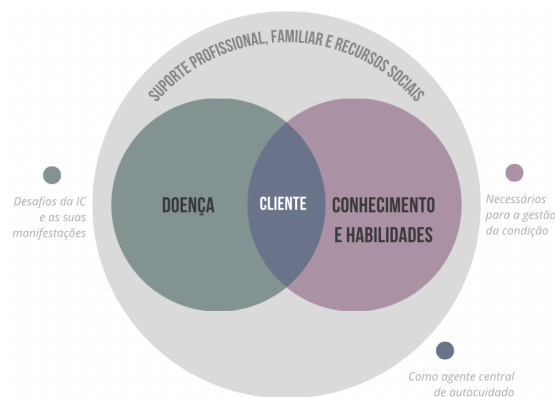


Figura 6: Abordagem holística do cliente com IC

Fonte: Elaboração própria adaptado de Riegel et al. (2012).

Posto isto, compreende-se que a implementação de um autocuidado eficaz frequentemente apresenta desafios significativos. Muitas pessoas com doenças crónicas enfrentam barreiras para seguir as orientações de autocuidado fornecidas pelos profissionais de saúde (Jaarsma et al., 2017). Estas dificuldades, sobretudo na adesão ao RT, estão associadas à complexidade das ações exigidas pelo autocuidado, à falta de consciencialização sobre a sua importância ou mesmo à dificuldade em reconhecer e implementar as mudanças necessárias para uma gestão eficaz da sua condição de saúde.

Riegel et al. (2012), destaca os fatores que interagem e afetam diretamente a capacidade do indivíduo de gerir a sua saúde: o conhecimento, a motivação, os hábitos, a experiência e a perícia, as crenças culturais e valores, as capacidades cognitivas e funcionais, o apoio ou suporte disponível e o acesso aos cuidados de saúde. Riegel et al. (2022) sublinha que uma abordagem que combine a eficácia do autocuidado e o suporte à tomada de decisão pode trazer melhores resultados na IC. A tomada de decisão naturalista (TDN) é utilizada em cada etapa do processo de autocuidado. A sua abordagem está orientada para o processo, em vez de estar direcionada para os resultados. Não segue protocolos rígidos, sendo fortemente influenciada por diversos fatores desde fatores pessoais, como crenças e preferências, fatores complexos, como a gravidade dos sintomas, e ambientais, como o suporte social e os recursos disponíveis, sendo, portanto, específica à situação do mundo real do cliente num determinado momento.

As decisões na vida real são frequentemente feitas em condições inconstantes, afetadas pela incerteza, sob limitações de tempo e em contextos variados. Assim, uma situação similar pode levar a decisões distintas dependendo do cenário e das informações disponíveis. Esta premissa é crucial para se compreender por que razão as pessoas podem tomar decisões de autocuidado aparentemente inconsistentes. Trata-se de um reflexo, não da falta de compromisso, mas da complexidade e adaptabilidade humanas diante de circunstâncias dinâmicas e desafios únicos, que influenciam profundamente a maneira como interpretam e respondem à sua condição. A experiência é determinante para que a tomada de decisão naturalista seja eficaz, pois as vivências anteriores permitem reconhecer os padrões, associar estes padrões a resultados previstos e agir de forma adequada com base no tipo de situação experienciada.

A imaturidade na experiência da doença parece ser um vetor importante na incapacidade de decidir com eficácia. Quando ainda não se tem heurísticas sobre as respostas da gestão da doença, é expectável a existência de vieses das ações até a pessoa conseguir mapear os melhores resultados em relação aos comportamentos de tomada de decisão (Moser et al., 2012). Riegel et al. (2013) abordam que experiências bem-sucedidas, como o alívio de sintomas, apoiam futuras situações de tomada de decisão preparadas para o reconhecimento através de uma maior consciência situacional e do processo de simulação mental. Por exemplo, o reconhecimento e as respostas aos sintomas, no contexto do autocuidado na pessoa com IC, pode variar de forma significativa. Um cliente com IC pode sentir dispneia após uma caminhada. Numa situação específica, decide descansar porque associa o sintoma ao cansaço físico; na mesma situação específica, mas num outro dia, o mesmo decide procurar apoio do enfermeiro porque reconhece um agravamento da sua condição com base na frequência ou na intensidade do sintoma. Essas decisões distintas podem ser influenciadas pelo ambiente, pelo facto de estar sozinho ou com suporte; pelo próprio estado emocional como a confiança ou ansiedade; ou pela disponibilidade de recursos, nomeadamente o acesso a um profissional de saúde.

As implicações práticas desta teoria são amplas e oferecem um *framework* essencial para

melhorar os resultados em saúde, reduzir as complicações e promover a autonomia dos clientes. Ao proporcionar uma compreensão clara das dimensões do autocuidado — manutenção, monitorização e gestão — a teoria orienta os enfermeiros na formulação de intervenções personalizadas e eficazes.

O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA EDUCAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A gestão da IC exige uma abordagem centrada na pessoa e sustentada em práticas de enfermagem avançada, onde o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção da saúde, capacitação e desenvolvimento de competências de autogestão. A intervenção educativa, iniciada no internamento e continuada em contexto domiciliário e comunitário, revela-se essencial para consolidar a autogestão da doença e prevenir descompensações. Os programas de gestão da doença e de gestão de casos, conduzidos por EE, são estratégias promissoras que visam reforçar a autonomia da pessoa, melhorar a adesão ao regime terapêutico e reduzir significativamente as readmissões hospitalares. Estratégias como a reconciliação medicamentosa, os diários de registo, os recursos multimédia e a teleconsulta potenciam a personalização das intervenções e promovem a autogestão da doença.

A participação ativa da família e/ou cuidadores representa um elemento-chave neste processo, funcionando como suporte na vigilância de sinais e sintomas de alarme, na gestão da terapêutica e na manutenção de comportamentos promotores de saúde. É essencial que os enfermeiros compreendam a dimensão da família neste processo. Assim, torna-se evidente que a articulação entre os cuidados hospitalares e os comunitários, aliada a uma abordagem educativa estruturada e contínua, contribui para melhores resultados em saúde, maior qualidade de vida e um controlo mais eficaz das doenças crónicas. A título complementar, sugere-se a consulta do Anexo I, o qual reúne uma síntese fundamentada em evidência científica sobre a temática em questão.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 79 anos | Masculino

Cuidador

02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Parentesco: cônjuge.

02-01-2025 09:30 - Coabita com a pessoa dependente.

02-01-2025 09:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

02-01-2025 09:30 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

02-01-2025 09:30 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

02-01-2025 09:30 - Capacidade física do cuidador para dar banho

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

02-01-2025 09:30 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-18 14:00:00	Alopurinol, 50mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Atorvastatina, 40mg, VO, CP - 1x dia ao jantar	
2024-12-18 14:00:00	Colecalciferol, 5 Gotas, Solução Oral - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Doce alívio, VO, CP - 1x em dias alternados ao jantar	2025-01-02 09:30:00
2024-12-18 14:00:00	Edoxabano, 30mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Empagliflozina, 10mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Espironolactona, 25mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Finasterida, 5mg, VO, CP - 1x dia ao jantar	
2024-12-18 14:00:00	Furosemida, 80mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Indacaterol 85mcg + glicopirrónio 43mcg, 1 Puff , pó para inalação - 1x dia em jejum	
2024-12-18 14:00:00	Metolazona, 5mg, VO, CP - 1x semana às segundas-feiras	
2024-12-18 14:00:00	Rabeprazol, 20mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Sertralina, 100mg, VO, CP - 1x dia ao pequeno almoço	
2024-12-18 14:00:00	Tansulosina, 0,4mg ,VO, Caps - 1x dia ao jantar	
2025-01-02 09:30:00	Doce alívio, VO, CP - 1x em dia ao jantar	
2025-01-02 09:30:00	Trazodona, 50mg, VO, CP - 1x dia meia hora antes de deitar	
2025-01-02 09:30:00	Paracetamol, 1000mg, VO, CP - 3x dia ao pequeno almoço, lanche e ao deitar	2025-01-09 09:30:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A farmacoterapia constitui o pilar fundamental no tratamento da IC-FEr, em paralelo com intervenções não farmacológicas, devendo ser priorizada antes de se avançar para terapias com dispositivos. A modulação dos SNS e SRAA por meio de medicamentos como os IECA, ARNI, além dos betabloqueadores e dos ARM, demonstram ser eficazes na melhoria da sobrevivência dos clientes com IC-FEr. Estes fármacos não apenas diminuem o risco de hospitalizações devido à IC, mas também aliviam os sintomas associados à sua condição (Caetano et al., 2021).

A tríade IECA/ARNI, betabloqueador e um ARM é recomendada como terapêutica fundamental para estes doentes, excepto quando há contraindicação ou intolerância a estes fármacos. No caso específico deste cliente, a ausência de introdução de um betabloqueador nesta etapa terapêutica deve-se ao quadro recente de IC descompensada, situação esta que contraindica temporariamente a utilização desta classe farmacológica devido ao risco de agravamento hemodinâmico. Por outro lado, a não prescrição de um IECA ou ARNI encontra fundamento na deterioração significativa da TFG, que representa uma limitação importante à sua utilização devido ao potencial de poder contribuir para o agravamento da função renal. Assim, a opção pela instituição isolada de um ARM espelha uma abordagem individualizada e prudente, adaptada à situação clínica atual, com o objetivo de exponenciar os benefícios terapêuticos enquanto se minimizam os riscos associados.

Indacaterol 85mcg + glicopirrónio:

Pertencem ao grupo farmacológico dos agonistas beta-2 adrenérgicos de ação prolongada (LABA - Long-Acting Beta-Agonist) e antagonistas muscarínicos de ação prolongada (LAMA - Long-Acting Muscarinic Antagonist). E são indicados no tratamento de manutenção da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) para aliviar os sintomas e melhorar a função pulmonar. O mecanismo de ação do indacaterol passa por estimular os recetores beta-2 adrenérgicos nos brônquios, promove o relaxamento da musculatura lisa das vias aéreas e, consequentemente, facilita a passagem do ar. Atua de forma prolongada durante 24 horas. O glicopirrónio bloqueia os recetores muscarínicos nas vias aéreas, reduzindo a contração da musculatura lisa e a produção de secreções brônquicas, o que também resulta numa broncodilatação sustentada. A semivida do indacaterol é de aproximadamente 40 a 56 horas e o glicopirrónio é de aproximadamente 33 a 57 horas. Os principais efeitos secundários são a taquicardia, cefaleia, hipocaliemia, irritação na garganta, faringite e tosse após a inalação. A frequência da inalação é geralmente administrada uma vez ao dia para a dose de 85/43mcg. Os cuidados de enfermagem na capacitação para a autogestão desta terapêutica passam por ensinar o cliente sobre a técnica adequada de inalação para maximizar a eficácia do medicamento. Ainda, orientar sobre os sinais de hipersensibilidade e principais efeitos adversos, bem como explicar a

importância da adesão para uma manutenção adequada, mesmo sem sintomas (Deglin & Vallerand, 2009).

Edoxabano:

Integra o grupo farmacológico dos anticoagulantes orais do grupo dos inibidores diretos do fator Xa. Estão indicados para prevenir AVC e embolia sistêmica, trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), FA não valvular e em um ou mais fatores de risco como a IC, HTA, idade ≥ 75 anos, DM, histórico de AVC ou Acidente Transitório isquêmico (AIT). O mecanismo de ação do edoxabano consiste na inibição direta do fator Xa. A sua semivida é de 10 a 14 horas, com um efeito anticoagulante prolongado mesmo após uma única dose diária, a sua dose máxima é de 60 mg por dia. Pode ser administrado com água, com ou sem alimentos. Caso o cliente tenha dificuldade para engolir o comprimido inteiro, é importante informar o médico para ajustar a terapia, se necessário. Os principais efeitos secundários são hemorragias gastrointestinais e intracranianas, anemia, náuseas e elevação das enzimas hepáticas. Os enfermeiros devem estar sensibilizados para a vigilância de sinais e sintomas de hemorragia como a presença de hematomas, perdas hemáticas, hematúria e melenas. Vigiar sinais de anemia como a fadiga, palidez e dispneia. Reforçar a importância da adesão ao tratamento, pois as interrupções aumentam o risco de eventos tromboembólicos. Estar atento às marcações de procedimentos invasivos e ensinar o cliente sobre os sinais e sintomas que deve estar atento (Deglin & Vallerand, 2009).

Espironolactona:

Integra o grupo farmacológico dos ARM, sendo indicado para a HTA, IC congestiva, cirrose hepática com ascite. O seu mecanismo de ação atua como um antagonista dos recetores de aldosterona, bloqueando a ação desta hormona nos rins. Isso resulta na retenção de potássio e na excreção de sódio e água, levando a uma redução da retenção de líquidos e da PA. Geralmente pode ser administrada uma vez por dia, mas pode ser dividida em duas doses. No caso da IC, a dose máxima é geralmente de 50 mg a 100 mg por dia, podendo em situações específicas, chegar aos 400mg/dia. Tem uma semivida de aproximadamente 1,5 a duas horas. Os seus efeitos secundários mais importantes incluem hipercalemia, ginecomastia, tonturas, sonolência, náuseas, vômitos e distúrbios gastrointestinais. É aconselhado alertar a pessoa a usar protetor solar e roupas adequadas para prevenir reações de fotossensibilidade (Deglin & Vallerand, 2009).

Empaglifozina:

Pertence ao grupo farmacológico dos inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2), indicado para o tratamento da DMII. Este fármaco, quando adicionado ao tratamento com IECA, ARNI, betabloqueadores ou ARM, também reduzem o risco de morte cardiovascular e a progressão da IC em pessoas com IC-FEr. O seu mecanismo de ação atua inibindo o SGLT2 nos

rins, o que resulta num aumento da excreção de glicose pela urina, redução dos níveis de glicose no sangue e, consequentemente, resulta no controlo dos níveis plasmáticos de glicose. A semivida é de 12 horas, permitindo a administração uma vez ao dia. A dose usual é de 10 mg mas pode ir até 25 mg por dia. Os principais efeitos secundários são infeções do trato urinário, candidíase genital, hipotensão, desidratação e aumento da creatinina sérica (Infarmed, 2024).

Rabeprazol:

Integra o grupo farmacológico dos Inibidor da bomba de protões e está indicado para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico, incluindo esofagite erosiva ou ulcerativa; tratamento de úlceras gástricas e duodenais ativas e tratamento de condições hipersecretoras patológicas. O seu mecanismo de ação consiste na inibição de forma específica e irreversível da enzima $H^+/K^+-ATPase$ nas células parietais gástricas, bloqueando a etapa final da produção de ácido clorídrico no estômago. A semivida é de aproximadamente uma a duas horas. Os principais efeitos secundários são cefaleias, diarreia ou obstipação, náuseas e vômitos, flatulência, erupções cutâneas e tonturas. Deve ser ingerido inteiro, sem mastigar ou esmagar, preferencialmente antes das refeições. A dose habitual é de 20 mg por dia. Os enfermeiros devem vigiar sinais de infeções gastrointestinais, uma vez que a redução da acidez gástrica pode aumentar o risco de infeções como o *Clostridium difficile* (Deglin & Vallerand, 2009).

Sertralina:

Integra o grupo farmacológico dos antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina), sendo indicado no tratamento da depressão, crises de pânico, perturbações obsessivo-compulsivas e stresse pós-traumático. O seu mecanismo de ação deve-se ao facto de ser um inibidor potente e específico da recaptação neuronal da serotonina. Tem uma semivida de aproximadamente 26h. Os resultados começam a ser notados cerca de duas a quatro semanas após início do tratamento. Os seus efeitos secundários incluem cefaleias, tonturas, tremores, insónia, sonolência, fadiga, boca seca, náuseas, diarreia e hipersudorese. A sua ingestão é feita via oral, com ou sem alimentos. É indicado uma vez dia, sempre no mesmo horário. Os enfermeiros devem orientar para evitar consumo de álcool, bem como não suspender o medicamento sem consultar o médico, pela necessidade de desmame (Deglin & Vallerand, 2009).

Colecalciferol:

Integra o grupo farmacológico dos suplementos vitamínicos (Vitamina D_3). Está indicado na prevenção e tratamento da deficiência de vitamina D. Está também indicado no tratamento adjuvante na desmineralização óssea para prevenir ou tratar condições como osteoporose. O seu mecanismo de ação compreende a conversão em 25-hidroxivitamina D no fígado e, posteriormente, nos rins, em 1,25-dihidroxivitamina D (calcitriol). Atua como uma hormona, que se liga aos recetores específicos em diversos tecidos, promovendo o aumento da absorção

intestinal do cálcio e do fósforo. A semivida é de aproximadamente duas a três semanas, permitindo que os seus efeitos se prolonguem por períodos significativos após a sua administração. Os principais efeitos secundários são hipercalcemia, que podem levar a sintomas como náuseas, vômitos, fraqueza muscular e confusão mental. A posologia varia conforme a indicação e o nível sérico de vitamina D do cliente, sendo frequente a dose diária de 400 a 1.000 UI na prevenção de deficiência de vitamina D (Deglin & Vallerand, 2009).

Atorvastatina:

A atorvastatina é um antilipídico que integra o grupo das estatinas utilizado no tratamento de hipercolesterolemia e prevenção de doença cardiovascular. A Atorvastatina age inibindo a enzima HMG-CoA redutase, que é essencial na síntese do colesterol no fígado. Isso resulta na diminuição da produção de colesterol endógeno e, portanto, uma diminuição nos níveis de colesterol total e LDL-colesterol no sangue. A semivida plasmática é de aproximadamente 14 horas. Os seus efeitos secundários são cefaleias, mialgias e astenia, náuseas, obstipação, dor abdominal, assim como elevação dos níveis das enzimas hepáticas. Pode ser ingerida com água, uma vez dia (Deglin & Vallerand, 2009).

Tamsulosina:

Integra o grupo farmacológico dos antagonistas dos recetores alfa-1. Está indicada no tratamento da HPB, aliviando sintomas urinários. O seu mecanismo de ação age como um antagonista seletivo dos recetores alfa-1A adrenérgicos, que estão predominantemente localizados na próstata e na bexiga. Ao bloquear esses recetores, relaxa a musculatura lisa da próstata e do colo da bexiga, melhorando o fluxo urinário e reduzindo a obstrução. Geralmente é administrada uma vez ao dia, de preferência meia hora após a refeição. A dose habitual é de 0,4 mg/dia. Os principais efeitos secundários incluem: hipotensão ortostática, tonturas, cefaleias, ejaculação anormal e fadiga. A semivida é de aproximadamente nove a 15 horas (Deglin & Vallerand, 2009).

Finasterida:

Integra o grupo farmacológico dos inibidores da 5-alfa-redutase. Está indicado na HPB, visando reduzir o risco de retenção urinária aguda. O seu mecanismo de ação passa pela inibição da enzima 5-alfa-redutase tipo II, responsável pela conversão da testosterona em di-hidrotestosterona (DHT). A redução dos níveis de DHT leva à diminuição do volume prostático na HPB. A semivida é de aproximadamente seis a oito horas. Os principais efeitos secundários são impotência, diminuição da libido, distúrbios na ejaculação e ginecomastia. A posologia diária é 5 mg, com ou sem alimentos (Deglin & Vallerand, 2009).

Doce alívio:

Pertence ao grupo farmacológico dos laxantes de contacto com propriedades antiespasmódicas. Está indicado no tratamento da obstipação de diversas etiologias. A cáscara sagrada e fenolftaleína possuem propriedades laxantes que estimulam o peristaltismo intestinal, facilitando a evacuação. O podofilino contribui com o efeito catártico/purgativo, e a beladona e o meimendo têm um efeito antiespasmódico, relaxando as fibras musculares lisas, controlando as cólicas intestinais. Os principais efeitos secundários são as cólicas abdominais, diarreia, coloração avermelhada da urina (devido à fenolftaleína). A posologia habitual é de um comprimido por dia, sendo a dose máxima de dois comprimidos. A administração é por via oral e está preconizado a sua ingestão com água, sem mastigar, preferencialmente antes de dormir. Não deve ser usado como tratamento prolongado da obstipação, sendo recomendado o seu uso durante cinco a sete dias. Os enfermeiros devem monitorizar a eficácia no alívio da obstipação (Infarmed, n. d.).

Furosemida:

Integra o grupo farmacológico dos anti-hipertensores diuréticos de ansa, sendo indicado no tratamento do edema secundário à IC, doença hepática ou renal e no tratamento da HTA. O seu mecanismo de ação relaciona-se com a inibição da reabsorção de sódio e de cloro através da ansa de Henle e dos túbulos renais distais, enquanto promove a excreção renal da água, sódio, cloro, magnésio, hidrogénio e cálcio. Tem uma semivida de aproximadamente 1h-1h30 (sendo esta aumentada nos casos de insuficiência renal). A sua administração deve ser feita em jejum, e se houver outra toma à tarde depois do lanche, a sua frequência de administração, normalmente é de uma a duas vezes ao dia, podendo em alguns casos específicos ser ajustada conforme a resposta. A dose máxima diária nos casos de IC ou edema, pode chegar a 600 mg/dia. A furosemida requer a monitorização regular de eletrólitos e da função renal devido ao seu potente efeito diurético. Os seus efeitos secundários incluem hipotensão, náuseas, vômitos, poliúria, hipovolémia, hiponatremia e desidratação (Deglin & Vallerand, 2009).

Alopurinol:

Integra o grupo farmacológico dos Inibidores da xantina-oxidase. Está indicado para o tratamento da hiperuricemia associada a gota primária ou secundária. O seu mecanismo de ação consiste na inibição da enzima xantina-oxidase, que converte a hipoxantina em xantina e esta em ácido úrico, resultando na redução da sua produção, prevenindo a deposição em tecidos e articulações. O alopurinol tem uma semivida plasmática de aproximadamente uma a duas horas. Os principais efeitos secundários são náuseas, diarreia, desconforto abdominal, erupções cutâneas. Deve ser ingerido preferencialmente após as refeições. A posologia máxima pode ir até 300 mg por dia em doses únicas ou fracionadas. Os Enfermeiros devem sensibilizar os clientes que podem ocorrer crises agudas de gota no início do tratamento e que é importante continuar o uso conforme prescrição. Devem reforçar a necessidade de hidratação adequada (Deglin & Vallerand, 2009).

Metolazona:

Pertence ao grupo farmacológico dos diuréticos tiazídicos. Indicado para clientes que não respondam favoravelmente às doses habituais de diuréticos de ansa. A administração concomitante de tiazidas pode ser considerada se a resposta for inadequada. Está indicada no tratamento da hipertensão e edema associado à IC, cirrose hepática e síndrome nefrótica. O seu mecanismo de ação consiste na inibição da reabsorção do sódio e do cloro no túbulo distal dos rins, promovendo a excreção de água, sódio e cloro. A sua semivida é de aproximadamente 14 horas. Geralmente é administrada uma vez por dia, sendo que a dose máxima diária varia entre 5 mg a 20 mg. Está recomendada a monitorização regular dos eletrólitos e da função renal. Os principais efeitos secundários são hipocalcemia, hiponatremia, hipotensão, tontura e erupções cutâneas (Deglin & Vallerand, 2009).

Paracetamol:

Integra o grupo farmacológico dos analgésicos e antipiréticos, sendo indicado no tratamento de síndromes gripais, cefaleias, enxaquecas, dores traumáticas e musculares e febre. O seu mecanismo de ação relaciona-se com a inibição da síntese de prostaglandinas cerebrais e com a inibição dos efeitos dos pirogêneos endógenos sobre o centro termorregulador do hipotálamo. Tem uma semivida de 1h30 a 2h30. Os seus efeitos secundários incluem sonolência, náuseas, vômitos e hipersudorese (Deglin & Vallerand, 2009).

Trazodona:

Integra o grupo farmacológico dos antidepressivos (inibidor da recaptção de serotonina e antagonista de recetores de serotonina). Está indicada para o tratamento da depressão maior e, em algumas situações, para a insónia. O seu mecanismo de ação atua como um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS), aumentando a disponibilidade de serotonina no SNC. Além disso, tem propriedades antagonistas em alguns recetores serotoninérgicos, o que contribui para os seus efeitos ansiolíticos e sedativos. Geralmente, a trazodona é administrada uma ou duas vezes por dia. A dose habitual é normalmente de 150 mg/dia, e a dose máxima recomendada é de 400 mg/dia. Os principais efeitos secundários incluem sedação, xerostomia, tonturas, hipotensão ortostática e distúrbios gastrointestinais. A sua semivida varia, mas geralmente é entre cinco a nove horas (Deglin & Vallerand, 2009).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Ventilação não invasiva

18-12-2024 14:00 - Modo ventilatório: Pressão positiva nas vias aéreas a dois níveis (BiPAP).

18-12-2024 14:00 - Pressão expiratória positiva nas vias respiratórias (EPAP): 5 cm H₂O.

18-12-2024 14:00 - Pressão inspiratória positiva nas vias respiratórias (IPAP): 10 cm H₂O.

18-12-2024 14:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: ventilação não invasiva

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-01-2025 09:30 - Capacidade para usar dispositivo de ventilação não invasiva

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

ventilação não invasiva [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo de ventilação não invasiva

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar dispositivo de ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Instruir a usar dispositivo de ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Treinar a usar dispositivo de ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Promover papel do cuidador: gestão da ventilação não invasiva

09-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre ventilação não invasiva: facilitador.

09-01-2025 09:30 - Capacidade do cuidador para usar dispositivo de ventilação não invasiva

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Ventilador de pressão positiva binível (BIPAP) - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar dispositivo de ventilação não invasiva

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar dispositivo de ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Instruir cuidador a usar dispositivo de ventilação não invasiva [AGORA E S.O.S.]

09-01-2025 09:30 - Treinar cuidador a usar dispositivo de ventilação não invasiva [AGORA E S.O.S.]

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ventilação não invasiva [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30

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

A ventilação não invasiva (VNI) é a terapêutica de primeira linha no tratamento da SAOS, pelo que, permite controlar a fisiopatologia da doença e as consequências que lhe estão associadas, revertendo significativamente a roncopatia, diminuindo consideravelmente a apneia e hipopneia, diminuindo a hipoxia e aumentando a oxigenação dos tecidos e, assim, impedindo episódios de dessaturação. Desta forma, evita pequenos despertares noturnos, com melhoria na arquitetura do sono, na qualidade de vida e na função neuro cognitiva (Neumannova et al., 2018). Consiste num método de assistência e suporte ventilatório aplicado na via aérea do cliente através de máscaras faciais, bucais ou nasais, que funcionam como um interface doente/ventilador em alternativa ao tubo endotraqueal.

Estudos recentes evidenciam elevados benefícios no uso da VNI associada a patologias respiratórias agudas e crónicas — está indicada nas exacerbações de DPOC, no edema agudo pulmonar (origem cardíaca), na SAOS, insuficiência respiratória (IR) e hipercápnica leve a moderada. Para além de evitar complicações associadas à intubação endotraqueal como lesões na via aérea, pneumonias associadas à ventilação invasiva, permite também um maior conforto e a comunicação do cliente, face à ventilação mecânica. Outros benefícios são a melhoria da FC, da PA, do volume sistólico, débito cardíaco e da pressão capilar pulmonar. O objetivo consiste em melhorar as trocas gasosas, reduzir o trabalho respiratório e aliviando os sintomas da IR (Chawla et al., 2020).

A VNI comporta dois métodos de suporte ventilatório, nomeadamente a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e pressão positiva binível nas vias aéreas (BiPAP), sendo esta última a mais utilizada na SAOS/DPOC. A CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) fornece pressão positiva contínua durante todo o ciclo respiratório e a BPAP ou BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*) fornece dois níveis distintos de pressão (uma pressão mais alta na inspiração e

outra mais baixa na expiração). Existem quatro modos ventilatórios controlados por pressão — espontâneo, espontâneo/temporizado, assistido/controlado e o controlado. No modo espontâneo, a respiração é controlada pelo cliente. O ventilador deteta o esforço respiratório, denominado de *trigger* e proporciona, posteriormente, a *inspiratory positive airway pressure* (IPAP) seguida da *expiratory positive airway pressure* (EPAP) na fase de expiração. No modo espontâneo/temporizado, o ventilador apresenta uma frequência respiratória (FR) programada, apesar de detetar o *trigger* do cliente, com a premissa de iniciar o ciclo ventilatório caso a FR seja menor do que a programada. Neste modo, os ciclos podem ser iniciados pelo cliente e pelo ventilador. No modo assistido/controlado a FR é também programada, e o ventilador controla o tempo inspiratório, independentemente se o ciclo respiratório é iniciado pelo trigger do cliente. No modo controlado, o ventilador é quem controla todo o ciclo, não sendo ativado pelo trigger do cliente. Este modo não é usado de forma regular dada a sua dificuldade de ser aplicado em clientes acordados (Selim et al., 2018).

A VNI está contraindicada em algumas situações como paragem cardiorrespiratória (PCR), instabilidade hemodinâmica, como choque, isquemia, ou arritmia não controlada; na presença de critérios de entubação traqueal; na impossibilidade de adaptação da interface, como deformidade facial por trauma e/ou queimadura; hemorragia gastrointestinal alta não controlada; cirurgia gastrointestinal alta recente; elevado risco de aspiração; falência multiorgânica; presença de secreções abundantes traqueobrônquicas com risco de obstrução da via aérea superior; vômitos persistentes; doença infecciosa por via inalatória; pneumotórax não tratado e alteração do estado de consciência, confusão, agitação, que impeça a cooperação do cliente.

A escolha da interface adequada é crucial para o desempenho da VNI, devendo atender tanto às indicações específicas da técnica, quanto às características individuais do cliente. A seleção da máscara correta contribui para o sucesso do desempenho respiratório, garante a sincronia com o dispositivo e minimiza o surgimento de lesões por pressão da pirâmide nasal (Fernandes & Branco, 2023).

Estudos recentes apontam para uma diminuição da taxa de entubação orotraqueal, da taxa de mortalidade, do tempo de internamento hospitalar, bem como, para uma maior estabilização clínica e melhor qualidade de vida do cliente no domicílio. Nesta medida, cada enfermeiro assume um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do cliente hospitalizado submetido a VNI, bem como, na sua capacitação numa perspetiva de alta e no seu acompanhamento domiciliário, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação que elevem os cuidados prestados ao cliente a um nível de excelência (Miguel & Mendes, 2020).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-12-2024 14:00	Sistema respiratório	
18-12-2024 14:00	Sistema cardiovascular	
18-12-2024 14:00	Eliminação intestinal	
18-12-2024 14:00	Volume de líquidos	
18-12-2024 14:00	Sono	
18-12-2024 14:00	Conservação de energia	
18-12-2024 14:00	Transferir-se	
18-12-2024 14:00	Sentar-se	02-01-2025 09:30
18-12-2024 14:00	Cuidar da higiene pessoal	
18-12-2024 14:00	Vestir-se ou despir-se	
18-12-2024 14:00	Andar	
18-12-2024 14:00	Alimentar-se	02-01-2025 09:30
18-12-2024 14:00	Autogestão do regime medicamentoso	
18-12-2024 14:00	Atitudes terapêuticas	
18-12-2024 14:00	Virar-se	02-01-2025 09:30
18-12-2024 14:00	Erguer-se	02-01-2025 09:30
02-01-2025 09:30	Sensações somáticas	09-01-2025 09:30
02-01-2025 09:30	Padrão alimentar	

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

Os domínios selecionados estão diretamente relacionados com o quadro teórico exposto em epígrafe, baseando-se nos princípios fundamentais da prática de uma enfermagem avançada. Esta estrutura teórica teve como base a ontologia de enfermagem e as recomendações mais recentes da *European Society of Cardiology*, além de integrar referências fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Estes referenciais teóricos serviram de bússola na colheita de dados direcionada à condição do cliente e possibilitou a formulação das hipóteses de diagnóstico. Neste contexto, cada domínio foi meticulosamente escolhido e justificado com base nas necessidades específicas do cliente, garantindo que as intervenções planeadas respondem à sua condição de saúde e aos seus objetivos terapêuticos. O acompanhamento do cliente consistiu em três sessões, com o primeiro contacto realizado numa ERPI, enquanto os contactos subsequentes ocorreram no domicílio do cliente.

A primeira sessão, ocorreu em meados de dezembro, e iniciou-se a recolha de dados junto do cliente de forma metódica, focada nos domínios dos processos corporais. Posteriormente, avançou-se para a capacitação das dimensões da manutenção e monitorização do autocuidado, uma vez que o cliente iria regressar ao seu domicílio, brevemente, necessitando de

intervenções no âmbito de ações do tipo educar e capacitar para que este integrasse alguns aspetos essenciais para a autogestão da sua doença. Desta forma, na primeira sessão foram selecionados os domínios — sistema respiratório, sistema cardiovascular, volume de líquidos, sono, conservação de energia, eliminação Intestinal, virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, andar, alimentar-se, autogestão do regime medicamentoso e atitudes terapêuticas.

Sistema Respiratório

A IC, sobretudo quando envolve a disfunção do ventrículo esquerdo, compromete frequentemente o sistema respiratório. Entre os motivos que sustentam a seleção desse domínio, destaca-se o edema pulmonar e a hipoxemia, secundários ao desequilíbrio da relação ventilação-perfusão, que implicam prejuízos tanto na oxigenação quanto na eliminação do dióxido de carbono através da membrana alvéolo-capilar (North American Nursing Diagnosis Association, 2018). Tal acontece pelo aumento da pressão dos vasos sanguíneos pulmonares levando a esse extravasamento de fluidos, resultando num quadro agudo de dispneia, polipneia, aumento do trabalho respiratório e tosse produtiva (Sousa et al., 2010). Desta forma, a avaliação de indicadores clínicos da troca gasosa em clientes com IC é pertinente e pode contribuir para a identificação mais apropriada de diagnósticos de enfermagem. No entanto, a seleção deste domínio não se encerra na IC, sendo também justificada pela patologia DPOC. A seleção deste domínio justifica-se sobretudo pela alta probabilidade de complicações pulmonares decorrentes da congestão e da redução do débito cardíaco. A sistematização dos dados relacionados com o sistema respiratório possibilita ao enfermeiro uma análise mais abrangente e integrada das manifestações clínicas, contribuindo para um planeamento de cuidados mais focado e eficaz, colocando-se por hipóteses diagnósticas a ventilação comprometida, a dispneia e a limpeza das vias aéreas comprometida.

Sistema Cardiovascular

A seleção deste domínio prende-se com o facto de a IC representar um compromisso no sistema cardiovascular, podendo a sua origem ser funcional e/ou estrutural afetando os sistemas corporais. Resulta do comprometimento da circulação sanguínea, pela incapacidade do coração bombear o sangue de forma eficaz, através de um deficiente enchimento ventricular ou comprometimento da sua ejeção ventricular (Martire et al., 2023). Esta deficiência pode levar a um aumento da pressão sanguínea, diminuição do débito cardíaco, diminuição do volume de sangue bombeado, culminando numa sobrecarga de fluídos nos vasos sanguíneos (Polónia & Gonçalves, 2019). Em resposta à redução do débito cardíaco e à diminuição da perfusão dos tecidos, o corpo pode ativar o SNS e o SRAA para tentar compensar a disfunção cardíaca (ESC & HFA, 2022). A ativação destes mecanismos, podem aumentar a frequência cardíaca, provocar vasoconstrição e por sua vez, aumentar a retenção de líquidos, resultando numa maior sobrecarga do coração. As manifestações clínicas da insuficiência cardíaca ocorrem por

aumento da pressão de enchimento e hipoperfusão dos tecidos, podendo manifestar-se diferentes sintomas, como a angina, o ingurgitamento jugular, a taquicardia, a diminuição da pressão arterial sistólica e o aumento da pressão diastólica. O enfoque dado a este domínio também justifica-se pela DPOC, visto que está intimamente relacionada a um aumento considerável do risco cardiovascular, com uma prevalência de doenças cardíacas significativamente superior à da população em geral. A inflamação sistémica crónica, característica da DPOC, transcende os pulmões e afeta também a integridade dos vasos sanguíneos, exacerbando o risco de inflamação vascular e aterosclerose. Assim, essa dinâmica contribui para o desenvolvimento e/ou agravamento das doenças cardíacas, conforme destacado pela Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2024).

A seleção deste domínio viabiliza uma análise aprofundada das alterações cardíacas subjacentes, colocando-se por hipóteses diagnósticas a arritmia, hemorragia, hipertensão arterial ou hipotensão arterial e perfusão dos tecidos periféricos comprometida. Para a sua vigilância, serão recolhidos dados referentes às características do pulso, nomeadamente, a frequência, a amplitude, o ritmo e simetria, assim como, a monitorização da PA sistólica e diastólica. Serão também recolhidos dados referentes à temperatura e à coloração das extremidades, ao tempo de preenchimento capilar, à presença de perda sanguínea e de dor. Esta avaliação destes parâmetros possibilitará a deteção precoce de potenciais complicações, permitindo ao enfermeiro uma atuação mais direcionada.

Volume de líquidos

O volume de líquido é entendido como *“Status Nutricional: soma de processos corporais e mecanismos homeostáticos envolvidos na regulação de retenção e eliminação de fluídos corporais tais como a quantidade e equilíbrio de água e eletrólitos nos compartimentos intracelulares do corpo”* (ICN, 2020, p. 128). A seleção deste domínio é crucial devido às múltiplas razões interligadas à IC e à sua fisiopatologia. A congestão, resultante da IC, devido à incapacidade do coração de bombear sangue de forma eficaz, leva à retenção de líquidos, devido à ineficácia do sistema de peptídeos natriuréticos, responsável pela autorregulação volémica (Martire et al., 2023). A diminuição do débito cardíaco desencadeia um mecanismo compensatório de ativação do SRAA que impede a eliminação de sódio e provoca a retenção de líquidos (Matos et al., 2012). Além desse mecanismo, a elevação na pressão do enchimento ventricular provoca uma transudação de líquido a montante do ventrículo comprometido, o que resulta em congestão tecidual. A ingestão de fluídos deve ser cuidadosamente avaliada, uma vez que tanto a desidratação quanto a sobrecarga de líquidos podem afetar a função cardíaca (Pellicori et al., 2015). A monitorização do volume de líquidos, por via do balanço hidroelectrolítico, ajuda a ajustar as intervenções de maneira a otimizar a perfusão e a função cardíaca.

O volume de líquidos está também diretamente relacionado à hipertensão pulmonar

(Braunwald, 2015). A gestão adequada do volume, ajuda a minimizar a pressão nos vasos pulmonares, reduzindo o risco de complicações respiratórias e cardíacas. Esta monitorização, permite ajustes no tratamento, como a modificação das doses de diuréticos, sendo fundamental para manter um equilíbrio hídrico adequado e evitar complicações associadas à sobrecarga de fluidos (ACCF/AHA, 2013). A seleção do domínio volume de líquidos é igualmente crucial, pois possibilita uma atenção focada na promoção e na educação do cliente para o reconhecimento de sinais e sintomas por via da sua monitorização, capacitando o cliente para a importância da adesão às restrições, tanto hídricas como da ingestão de sódio, e autovigilância de sinais e sintomas preditores do agravamento da IC, como o aumento de peso, o edema e a dispneia (Riegel et al., 2018). Desta forma, a monitorização sistemática do volume de líquidos confere ao enfermeiro uma avaliação contínua de dados essenciais, como a sensação de sede, o tempo de preenchimento capilar, a deteção de tumefação tecidual, a pesquisa do sinal de *Godet*, a análise do turgor cutâneo, o peso corporal e a mensuração rigorosa da diurese, entre outras variáveis relevantes no âmbito das hipóteses diagnósticas, como a desidratação e o edema. Esta abordagem favorece a identificação precoce de complicações e a adoção de intervenções preventivas e terapêuticas adequadas.

Sono

A seleção deste domínio fundamenta-se pela IC, SAOS e DPOC. A coexistência destas três patologias, frequentemente, chamada *overlap syndrome* potencializa o impacto negativo na qualidade do sono (Marin et al., 2005). O sono é um pilar fundamental da saúde, e a sua qualidade é um dos fatores mais importantes para determinar o estado de saúde e da qualidade de vida de um indivíduo (Clímaco et al., 2022). O sono é classificado em dois estágios o sono REM (*Rapid Eye Movement*), caracterizado pela presença de movimentos oculares rápidos e pela elevada atividade cerebral, e o sono NREM (*Non-Rapid Eye Movement*), definido pela ausência desses movimentos e está associado a estágios progressivos de descanso profundo (Potter et al., 2017). Estas pessoas apresentam maior risco de hipoxemia severa, maior sobrecarga cardíaca, fragmentação do sono e fadiga extrema. Além disso, estas condições exacerbam-se mutuamente, com um impacto muito significativo tanto no bem-estar geral como no prognóstico clínico destes clientes. Coloca-se como hipótese diagnóstica o sono comprometido, não sendo apenas uma consequência dessas doenças, mas também um fator que contribui para o agravamento dos seus sintomas.

Conservação de energia

A conservação de energia destaca-se como um ponto de avaliação importante nos doentes com IC e DPOC. Em primeira análise, a seleção deste domínio, importa pelo impacto que a IC tem na capacidade de atividade física. De acordo com o referido no enquadramento teórico, podemos compreender a importância deste domínio, nos clientes com IC, através da expressão que esta compreende na escala NYHA (Caraballo et al., 2019). A IC ao comprometer a capacidade do

coração em bombear o sangue de forma eficaz para atender às necessidades metabólicas do corpo, durante a atividade física isso reflete-se através de uma fadiga precoce durante a atividade e, por sua vez, traduz-se numa intolerância ao exercício. Estes clientes apresentam um aporte de oxigénio e nutrientes aos tecidos comprometido, pelo que a produção de energia para a contração muscular é, claramente, afetada (ESC & HFA, 2022). Em segunda análise, a seleção deste domínio alinha-se com os sinais e sintomas apresentados pela DPOC, com um impacto significativo na qualidade de vida constituindo-se como um verdadeiro obstáculo para o autocuidado quando somada à IC. No caso da DPOC, a capacidade pulmonar está reduzida, o esforço excessivo nas atividades de vida diária pode aumentar a necessidade de oxigénio e acentuar a sensação de dispneia. As técnicas de gestão de energia, como o descanso adequado, o uso de dispositivos de apoio e a otimização do ambiente, ajudam a manter a função respiratória mais estável, evitando sobrecarga nos músculos respiratórios. Essas técnicas, no plano de cuidados, envolvem estratégias como a priorização das atividades essenciais e a utilização de intervalos de descanso entre as tarefas. Com essas abordagens, há uma melhoria na qualidade de vida e uma diminuição dos sintomas de fadiga (Bianco et al., 2024). Assim, é relevante perceber que tipo de esforços provocam fadiga e qual o seu impacto no autocuidado. A hipótese diagnóstica que se coloca relativamente a este domínio é a intolerância à atividade e para isso deve-se recolher a informação relativa à comunicação de cansaço nas suas ações de autocuidado.

Autocuidado (Cuidar da higiene pessoal, Vestir-se ou despir-se, Andar, Erguer-se, Transferir-se, Sentar-se, Alimentar-se)

A seleção do domínio autocuidado é essencial no acompanhamento das pessoas com IC. Esta patologia, pelas suas idiossincrasias, coloca desafios às competências de autocuidado, impactando negativamente a capacidade funcional e a autonomia nas atividades de vida diária. A IC está associada a sintomas como fadiga, dispneia e edemas, os quais podem limitar a capacidade para a realização de tarefas básicas como cuidar da higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, andar, sentar-se, erguer-se e transferir-se. Estes desafios tornam-se mais complexos com a progressão da doença, exigindo à pessoa a perceção da necessidade de implementar “mudanças” efetivas no seu dia-a-dia, sendo necessário a integração de novos conhecimentos e comportamentos. A avaliação e o fortalecimento do autocuidado tornam-se, assim, um foco prioritário para os enfermeiros, pois visam não só manter a independência funcional do cliente, mas também melhorar a qualidade de vida (Riegel et al., 2019). Neste sentido coloca-se por hipóteses diagnósticas cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, andar, erguer-se, transferir-se, sentar-se e alimentar-se comprometidos. A recolha dos dados resulta da necessidade de avaliar esse compromisso, sendo essencial compreender se o cliente é capaz ou não de realizar estes comportamentos de autocuidado.

Eliminação intestinal

A escolha deste domínio compreende-se pelas diversas alterações estruturais que guardam relação com o sistema gastrointestinal em clientes portadores de IC. Especificamente no íleo terminal, cólon e sigmóide, observa-se um aumento da espessura da parede intestinal, sugerindo a presença de edema nas ansas intestinais (Sandek et al., 2007). A diminuição do débito cardíaco na IC pode resultar numa perfusão inadequada, através do fluxo sanguíneo reduzido, podendo haver comprometimento da função intestinal, levando a um trânsito intestinal mais lento e mesmo a um padrão de obstipação (Romeiro et al., 2011). O uso da medicação, como diuréticos, podem causar desidratação e desequilíbrio eletrolítico, fatores concorrentes para a obstipação. Para além disso, estes clientes adquirirão determinados comportamentos como a restrição hídrica e a atividade física limitada. Estes fatores são apontados como contribuintes para a alteração do padrão de eliminação intestinal (Oliveira et al., 2020). A polifarmácia é também um fator concorrente que contribui para a obstipação (Maher et al., 2013; Pazan & Wehling, 2021). Desta forma, coloca-se por hipótese diagnóstica a obstipação.

Autogestão do Regime Medicamentoso

Quando abordamos as doenças crónicas é quase obrigatório abordarmos as questões relacionadas com a autogestão do regime medicamentoso, que assume um papel central no controlo e na evolução da IC. O regime medicamentoso nestes clientes complexos, devido à prescrição de múltiplos medicamentos, com horários, doses e indicações específicas exige que a pessoa assuma um papel ativo na gestão da doença, tomando decisões e gerindo o seu dia-a-dia, de forma a autogerir-se (Ponikowski et al., 2016). Por ser caracterizada como uma síndrome complexa, a IC exige destas pessoas conhecimentos e capacidade para a autogestão do RT. Por estas razões, a seleção deste domínio revela-se como central, contribuindo para a identificação de obstáculos, como a dificuldade cognitiva, funcional, financeira, emocional que possam estar a condicionar a autogestão do regime medicamentoso. Constitui, ainda, uma oportunidade para os enfermeiros intervirem no âmbito da implementação de estratégias educativas de forma a capacitar para a autogestão do regime medicamentos, promovendo uma maior autonomia, confiança no autocuidado e redução do impacto da doença no dia a dia do cliente (Heidenreich et al., 2022). Assim sendo, coloca-se por hipótese diagnóstica a autogestão do regime medicamentoso comprometido. Este comprometimento pode resultar em descompensações, hospitalizações e no aumento do risco de morbimortalidade sendo fundamental a recolha de dados sobre a capacidade do cliente organizar, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada, ajustar a medicação de acordo com a autovigilância e de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas.

Padrão alimentar

A escolha deste domínio resulta da necessidade de compreender e avaliar o padrão alimentar do cliente, considerando a estreita relação que os comportamentos dietéticos têm na gestão de

sinais e sintomas na IC (Homen et al., 2021). O consumo elevado de sal ou a baixa adesão às orientações dietéticas, como a restrição de líquidos, não devendo exceder 1,5 l/dia — de forma a evitar a sobrecarga hídrica que pode exacerbar o edema e aumentar o esforço cardíaco — está, frequentemente, associada ao agravamento de sintomas como edemas e dispneia e, consequentemente, a um maior risco de descompensação da IC, o que pode resultar em hospitalizações frequentes (Heidenreich et al., 2022). É importante a implementação de orientações práticas e claras acerca das complicações de uma alimentação desequilibrada nas pessoas com IC. Coloca-se assim por hipóteses de diagnósticos: potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético; potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético; potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea; potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos e potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético.

Sensações somáticas

A escolha do domínio das sensações somáticas encontra-se espelhado na segunda sessão, visto que o cliente reportou dor articular no joelho esquerdo. A dor é uma manifestação sensorial que interfere diretamente com a funcionalidade, a mobilidade e a qualidade de vida, exigindo uma abordagem estruturada para identificar as suas características, intensidade e impacto. Neste sentido, procedeu-se à recolha de dados relevantes para suportar a conceção de cuidados, tais como, intensidade, frequência, duração e o tipo de dor. Esta recolha sistematizada de dados permite-nos compreender e abordar de forma abrangente os aspetos físicos e subjetivos associados à experiência dolorosa.

Atitudes terapêuticas

Os enfermeiros desempenham um papel central na educação do cliente e dos familiares cuidadores sobre estratégias para a eficácia da autogestão da doença. Essas intervenções educativas, essenciais para o sucesso terapêutico, são igualmente importantes no contexto da VNI. O enfermeiro, como elemento-chave da equipa multidisciplinar, não orienta apenas o cliente e cuidadores sobre o uso correto da VNI, mas também assegura a sua adesão ao tratamento, promove o conforto e monitoriza continuamente os progressos, desempenhando um papel indispensável na otimização desta intervenção. A seleção deste domínio fundamenta-se pela prescrição de VNI, colocando-se por hipóteses diagnósticas o potencial para melhorar o conhecimento sobre VNI e o potencial para melhorar a capacidade para usar o dispositivo VNI.

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Manifesta dor.

02-01-2025 09:30 - Dor [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Localização da dor

02-01-2025 09:30 - Joelho Esquerda(o)

02-01-2025 09:30 - Intensidade da dor - 4.

02-01-2025 09:30 - frequência da dor - contínua.

02-01-2025 09:30 - duração da dor - crónica.

02-01-2025 09:30 - dor de tipo - moedeira.

02-01-2025 09:30 - Determinar evolução da dor [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da dor [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Localização da dor

09-01-2025 09:30 - Joelho Esquerda(o)

09-01-2025 09:30 - Intensidade da dor - sem dor.

02-01-2025 09:30 - Promover autocontrolo: dor [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Promover papel do cuidador: gestão da dor [FIM]

09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da dor [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - O cuidador adota comportamentos de gestão da dor.

Sistema respiratório

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

18-12-2024 14:00 - Ritmo respiratório regular.

18-12-2024 14:00 - Movimento respiratório simétrico.

18-12-2024 14:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

18-12-2024 14:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

18-12-2024 14:00 - Sem adejo nasal.

18-12-2024 14:00 - Saturação do oxigénio no sangue

18-12-2024 14:00 - Periférico(a): 96 %.

18-12-2024 14:00 - Coloração da mucosa: pálidas.

18-12-2024 14:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

18-12-2024 14:00 - Dispneia

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução da dispneia

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da dispneia [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Frequência respiratória: 21 ciclos/min.

09-01-2025 09:30 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

09-01-2025 09:30 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Promover autocontrolo: dispneia

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

Sistema cardiovascular

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Localização do Pulso

18-12-2024 14:00 - Punho Esquerda(o)

18-12-2024 14:00 - Frequência do pulso: 61 pulsações por minuto.

18-12-2024 14:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e irregular.

- 18-12-2024 14:00 - Pulso arritmico.
18-12-2024 14:00 - Pulso simétrico.
18-12-2024 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
18-12-2024 14:00 - Membro superior Esquerda(o)
18-12-2024 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 127 mmHg.
18-12-2024 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.
18-12-2024 14:00 - Temperatura das extremidades
18-12-2024 14:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.
18-12-2024 14:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades diminuída.
18-12-2024 14:00 - Coloração das extremidades
18-12-2024 14:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração cianótica das extremidades.
18-12-2024 14:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração cianótica das extremidades.
18-12-2024 14:00 - Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.

18-12-2024 14:00 - Arritmia**18-12-2024 14:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Localização do Pulso

02-01-2025 09:30 - Punho Esquerda(o)

02-01-2025 09:30 - Pulso arritmico.

02-01-2025 09:30 - Frequência do pulso: 59 pulsações por minuto.

09-01-2025 09:30 - Localização do Pulso

09-01-2025 09:30 - Punho Esquerda(o)

09-01-2025 09:30 - Pulso arritmico.

09-01-2025 09:30 - Frequência do pulso: 57 pulsações por minuto.

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: arritmia

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre arritmia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre arritmia

[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre arritmia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre arritmia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre arritmia: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre arritmia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre vigilância do pulso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre complicações da arritmia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [1X POR SESSÃO]

[FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre pacemaker [1X POR SESSÃO] [FIM]

09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face ao pacemaker [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1X POR SESSÃO]

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipertensão

[RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hipertensão [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre hipertensão [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

complicações da hipertensão [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da hipertensão [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre complicações da hipertensão [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar capacidade para vigiar pressão sanguínea [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da capacidade para vigiar pressão sanguínea [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Instruir a vigiar a pressão sanguínea [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Treinar a vigiar pressão sanguínea [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea [1X POR

SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autogestão da pressão sanguínea.

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão da pressão sanguínea.

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - 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.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - 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].

09-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Contratar com cliente experiência indutora da consciencialização [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida**18-12-2024 14:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Frequência do pulso: 59 pulsações por minuto.

09-01-2025 09:30 - Frequência do pulso: 57 pulsações por minuto.

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: perfusão dos tecidos periféricos

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos

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

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre vigilância da perfusão dos tecidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre sinais de compromisso da perfusão dos tecidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da perfusão dos tecidos periféricos [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autogestão da perfusão dos tecidos periféricos.

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão da perfusão dos tecidos periféricos.

Eliminação intestinal

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

18-12-2024 14:00 - Fezes: em pequena quantidade.

18-12-2024 14:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

18-12-2024 14:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

18-12-2024 14:00 - Número de defecações por semana: 3.

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Consistência das fezes: Fezes em síbalas.

09-01-2025 09:30 - Consistência das fezes: Fezes moles.

02-01-2025 09:30 - Número de defecações por semana: 2.

09-01-2025 09:30 - Número de defecações por semana: 4.

02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Obstipação [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Determinar evolução da obstipação [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da obstipação [1X POR SESSÃO] [FIM]

09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Referenciar obstipação ao médico [AGORA] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Promover autogestão: obstipação [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

[MANTEVE].

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da obstipação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autogestão da obstipação.

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão da obstipação.

Volume de líquidos

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Aumento da sensação de sede.

18-12-2024 14:00 - Sinal de Godet

18-12-2024 14:00 - Membro superior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

18-12-2024 14:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

18-12-2024 14:00 - Turgor da pele normal.

18-12-2024 14:00 - Pele hidratada.

18-12-2024 14:00 - Peso: 90.00 Kg.

18-12-2024 14:00 - Presença de olhos encovados.

18-12-2024 14:00 - Sinal da onda líquida abdominal negativo.

18-12-2024 14:00 - Edema

18-12-2024 14:00 - Localização do edema

18-12-2024 14:00 - Pé Direita(o)

18-12-2024 14:00 - Pé Esquerda(o)

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução de sinais de edema

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Pele seca / descamativa.

02-01-2025 09:30 - Peso: 92.00 Kg.

09-01-2025 09:30 - Peso: 90.00 Kg.

02-01-2025 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

02-01-2025 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

02-01-2025 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

02-01-2025 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 84 mmHg.

09-01-2025 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-01-2025 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

09-01-2025 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 118 mmHg.

09-01-2025 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Significado atribuído à retenção de líquidos: desvalorização.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a

ingestão e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre a ingestão e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à retenção de líquidos [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Significado atribuído à retenção de líquidos: não dificultador [MANTEVE].

18-12-2024 14:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos [1X POR SESSÃO]

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - 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.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [RESOLVIDO]

09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM]

09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - 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].

09-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: regime dietético

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - *Ensinar sobre autogestão do regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - *Ensinar sobre dieta restrita em sódio [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - *Ensinar sobre relação entre a dieta e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - *Analisar com o cliente a relação entre a dieta e retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - *Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [1X POR SESSÃO]*

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção

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

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [RESOLVIDO]

02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Adota parcialmente comportamentos de prevenção de complicações da retenção de líquidos.

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão de complicações da retenção de líquidos.

02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Desidratação [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Determinar evolução de sinais de desidratação

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Pele hidratada.

02-01-2025 09:30 - Promover autogestão: regime de ingestão de líquidos

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre desidratação [1X POR SESSÃO] [FIM]

02-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime de ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO]

Sono

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Dormiu por períodos curtos.

18-12-2024 14:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

18-12-2024 14:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

18-12-2024 14:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

18-12-2024 14:00 - Sono comprometido**18-12-2024 14:00 - Determinar evolução do sono**

18-12-2024 14:00 - *Avaliar evolução do sono [1X POR SESSÃO]*

02-01-2025 09:30 - Dormiu por períodos curtos.

09-01-2025 09:30 - Dormiu por períodos curtos.

02-01-2025 09:30 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente [MANTEVE].

02-01-2025 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 2 Hora.

09-01-2025 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 4 Hora.

02-01-2025 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 4 Hora.

09-01-2025 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

18-12-2024 14:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção do sono [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - *Ensinar sobre complicações do sono comprometido [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - *Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - *Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [1X POR SESSÃO]*

Conservação de energia

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

18-12-2024 14:00 - Intolerância à atividade**18-12-2024 14:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

18-12-2024 14:00 - *Avaliar evolução da tolerância à atividade [1X POR SESSÃO]*

02-01-2025 09:30 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - 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.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre conservação de energia [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - 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].

09-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autogestão da atividade/repouso.

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão da atividade/repouso.

Transferir-se

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

18-12-2024 14:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

18-12-2024 14:00 - Transferir-se comprometido**18-12-2024 14:00 - Determinar evolução do transferir-se**

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do transferir-se [1X POR SESSÃO]

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**prevenção de queda [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30**

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

02-01-2025 09:30 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

02-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de queda.

02-01-2025 09:30

Sentar-se

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

18-12-2024 14:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

18-12-2024 14:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

18-12-2024 14:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Cuidar da higiene pessoal

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Obtém objetos para o banho.

18-12-2024 14:00 - Abre a torneira.
18-12-2024 14:00 - Capaz de lavar e secar o corpo
18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Assento de banheira - Não lava nem seca o corpo.
18-12-2024 14:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Assento de banheira - Lava e seca parte do corpo.
18-12-2024 14:00 - Lava a cavidade oral.
18-12-2024 14:00 - Aplica produtos de higiene.
18-12-2024 14:00 - Capaz de pentear-se
18-12-2024 14:00 - Penteia-se.
18-12-2024 14:00 - Barbeia-se.
18-12-2024 14:00 - Capaz de cortar as unhas
18-12-2024 14:00 - Não corta as unhas.
18-12-2024 14:00 - Limpa-se após usar o sanitário.
18-12-2024 14:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

18-12-2024 14:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

02-01-2025 09:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora.

02-01-2025 09:30 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora.

02-01-2025 09:30 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-01-2025 09:30 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

02-01-2025 09:30 - Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

02-01-2025 09:30 - Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao apoio social aquando no domicílio.

02-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no tomar banho [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no tomar banho [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Instruir cuidador para assistir no tomar banho [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar o apoio social ao cuidador [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a apoio social face ao compromisso no cuidar da higiene [PRÓXIMA SESSÃO e S.O.S.] [FIM]

09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

02-01-2025 09:30 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio ao cuidador [AGORA] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente.

02-01-2025 09:30

Vestir-se ou despir-se

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Escolhe as roupas.

18-12-2024 14:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

18-12-2024 14:00 - Capaz de vestir-se

18-12-2024 14:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

18-12-2024 14:00 - Capaz de abotoar-se

18-12-2024 14:00 - Abotoa.

18-12-2024 14:00 - Capaz de atar cordões

18-12-2024 14:00 - Não ata cordões.

18-12-2024 14:00 - Capaz de calçar meias

18-12-2024 14:00 - Não calça as meias.

18-12-2024 14:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [1X POR SESSÃO]

Andar

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Capaz de mover-se através da marcha

18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Canadiana - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

18-12-2024 14:00 - Andar comprometido

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução do andar

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do andar [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Capaz de mover-se através da marcha

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MELHOROU].

09-01-2025 09:30 - Capaz de mover-se através da marcha

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Canadiana - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Promover autonomia para andar

18-12-2024 14:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

18-12-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Canadiana - facilitadora.

18-12-2024 14:00 - Capacidade para andar

18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Autoeficácia para andar

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Capacidade para andar

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Capacidade para andar

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Canadiana - facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Instruir a andar [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Treinar o andar [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

[RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Autoeficácia para andar

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Canadiana - facilitadora [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Treinar o andar [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [AGORA e S.O.S.] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [AGORA e S.O.S.] [FIM]

09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para andar [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autonomia para andar.

02-01-2025 09:30

Autogestão do regime medicamentoso

18-12-2024 14:00

18-12-2024 14:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

18-12-2024 14:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

18-12-2024 14:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

18-12-2024 14:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

18-12-2024 14:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

- 18-12-2024 14:00 - Administra a medicação pela via adequada.
- 18-12-2024 14:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
- 18-12-2024 14:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
- 18-12-2024 14:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas
- 18-12-2024 14:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

18-12-2024 14:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

18-12-2024 14:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

02-01-2025 09:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

09-01-2025 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

09-01-2025 09:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

18-12-2024 14:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

18-12-2024 14:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - facilitadora.

02-01-2025 09:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-01-2025 09:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-12-2024 14:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

18-12-2024 14:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

18-12-2024 14:00 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre

compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

18-12-2024 14:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - facilitadora [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Instruir a administrar medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Treinar a administrar medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Treinar a administrar medicação [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [AGORA E S.O.S.]

09-01-2025 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [AGORA]

18-12-2024 14:00 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados [RESOLVIDO] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao

compromisso na autogestão do regime medicamentoso [PRÓXIMA SESSÃO]

[FIM] 02-01-2025 09:30

18-12-2024 14:00 - Ensinar sobre acesso a dispositivos [AGORA] [FIM]

02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

09-01-2025 09:30 - Refere insatisfação com a autogestão do regime medicamentoso mas disponibilidade para melhorar.

02-01-2025 09:30 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

02-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

02-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-01-2025 09:30 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - facilitadora.

09-01-2025 09:30 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

02-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação

[1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - facilitadora [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Instruir cuidador a administrar medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Treinar cuidador a administrar medicação [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - Treinar cuidador a administrar medicação [AGORA E S.O.S.]

09-01-2025 09:30 - Elogiar o desempenho do cuidador [S.O.S.]

09-01-2025 09:30 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [S.O.S.]

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

02-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30

Padrão alimentar

02-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Número de refeições diárias: 6.

02-01-2025 09:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

02-01-2025 09:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

02-01-2025 09:30 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

02-01-2025 09:30 - Défice de ingestão de potássio face ao regime dietético aconselhado.

02-01-2025 09:30 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

02-01-2025 09:30 - Excesso de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

02-01-2025 09:30 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

02-01-2025 09:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

02-01-2025 09:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

02-01-2025 09:30 - Autogestão do regime dietético

02-01-2025 09:30 - Determinar evolução do padrão alimentar

02-01-2025 09:30 - *Avaliar evolução do padrão alimentar [1X POR SESSÃO]*

09-01-2025 09:30 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

09-01-2025 09:30 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

09-01-2025 09:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

09-01-2025 09:30 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

02-01-2025 09:30 - Promover autogestão: regime dietético

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-01-2025 09:30 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - *Ensinar sobre dieta restrita em sódio [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - *Ensinar sobre ingestão de líquidos [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

02-01-2025 09:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [1X POR SESSÃO]*

02-01-2025 09:30 - *Ensinar sobre autogestão do regime dietético [1X POR SESSÃO]*

02-01-2025 09:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - *Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

02-01-2025 09:30 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1X POR SESSÃO] [FIM]* 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [1X POR SESSÃO]

02-01-2025 09:30 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

02-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-01-2025 09:30 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não dificultador.

02-01-2025 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

09-01-2025 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [1X POR SESSÃO] [FIM] 09-01-2025 09:30

02-01-2025 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [1X POR SESSÃO]

09-01-2025 09:30 - O cuidador adota parcialmente comportamentos de gestão do regime dietético.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Informar sobre a importância da prevenção de quedas com recurso a panfletos;
- Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes e calçado;
- Orientar para a substituição regular das ponteiros das canadianas. Estas não devem conter fissuras, e devem ter ranhuras para evitar quedas;
- Informar sobre fatores de risco no WC, a importância do uso de calçado adequado; a importância da iluminação; o risco do piso molhado/encerado; a presença de escadas; a presença de mobília; o uso de medicação e os seus efeitos laterais; o perigo do uso de tapetes;
- Explicar à pessoa como cair minimizando o risco de lesão ou prevenção de lesões graves, como fraturas e traumas cranianos. Explicar a importância sobre técnicas como relaxar o corpo, dobrar as articulações, proteger a cabeça e rolar durante a queda pode reduzir consideravelmente o impacto (WHO, 2008; Magalhães & Silva, 2021).

Ensinar sobre conservação de energia

- Utilizar ajudas técnicas como calçadeiras, cadeiras de banho;
- Explicar que a atividade sexual pode ser planeada, evitando o período ao acordar, optar

por posições em que o diafragma não fique sobre pressão, permitir que o parceiro tenha uma atitude mais ativa, utilizar almofadas de forma a ficar mais confortável e remover roupas da cama que sejam pesadas;

- Informar que a dispneia e fadiga são sintomas preditores do agravamento/descompensação da IC, e que impacta negativamente o autocuidado e a capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD's).
- Auxiliar o cliente a entender os princípios de conservação de energia (por exemplo: necessidade de restrição de atividades ou de repouso);
- Explicar a importância de utilizar técnicas de organização de atividades e de controlo de tempo para evitar a fadiga;
- Auxiliar o cliente a atribuir prioridades às atividades para acomodar os níveis de energia;
- Organizar atividades físicas que reduzam competição por suprimento de oxigénio às funções vitais do corpo (por exemplo: evitar atividades físicas imediatamente depois de comer);
- Encorajar o cliente a escolher atividades que gradualmente aumentem a resistência, bem como incentivar programas de reabilitação respiratória ou reabilitação cardíaca, que ajudam a melhorar a capacidade física sem causar crises de dispneia;
- Considerar comunicação eletrónica (por exemplo: WhatsApp) para manter contato com os amigos e família quando a deslocação não for possível ou aconselhável;
- Reforçar a importância da autovigilância através da Monitorização de oxigénio (Smith-Love, 2019).

Ensinar sobre pacemaker

- O pacemaker é um dispositivo eletrónico que ajuda a regular os batimentos do coração, gerando impulsos elétricos que estimulam o coração a bater a um ritmo adequado quando o sistema elétrico natural está comprometido;
- Está geralmente indicado em situações de bradicardia sintomática, quando o coração bate de forma muito lenta, causando tonturas, desmaios ou cansaço extremo. Nos bloqueios auriculoventriculares, quando o impulso elétrico não é transmitido adequadamente das aurículas para os ventrículos. Em arritmias específicas, como taquicardias ou outras irregularidades que necessitem de auxílio constante ou intermitente para manter o ritmo cardíaco seguro;
- A sua função consiste na melhoria dos sintomas como desmaios, fadiga ou falta de ar, aumentando a qualidade de vida e a capacidade de realizar atividades de vida diárias. Previne, também, complicações mais graves decorrentes de batimentos irregulares (Glikson et al., 2021; Celutkiene et al., 2023).

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Explicar da importância da vigilância de sinais e sintomas para o reconhecimento de sinais de agravamento que podem levar à dispneia: como o ganho de peso repentino (indica retenção de líquidos), o surgimento de edemas, o aumento da fadiga ou a sensação de pressão no peito;
- Educar sobre os fatores desencadeantes, como a exposição ao fumo, a poeiras, ao pólen ou à poluição, produtos de limpeza, odores fortes, calor ou frio extremo, vento, humidade,

infecções respiratórias, e a importância de evitá-los sempre que possível;

- Explicar que quando o clima está mais frio ou seco, é importante recorrer à utilização de humidificadores, sobretudo em casas mais antigas, onde as condições de isolamento são mais frágeis;
- Explicar a importância de seguir o regime terapêutico corretamente (ESC, 2021; Byrne et al., 2023; GOLD, 2023).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Ensinar sobre a finalidade de cada medicamento, incluindo o nome, dosagem, horário de administração e possíveis efeitos secundários;
- Explicar a importância de tomar os medicamentos nos mesmos horários, diariamente, para criar uma rotina;
- Sugerir o uso de caixas organizadoras de medicamentos e o uso de alarmes para lembrar os horários da toma da medicação
- Ensinar a auto-gerir a sua dose de diuréticos, consoante a monitorização de sinais/sintomas de congestão;
- Explicar os sinais e sintomas que deve vigiar, e que caso surjam deve comunicar com o enfermeiro gestor de caso (Wiecek et al., 2019; Homem et al., 2021; ESC, 2021; Byrne et al., 2023).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Orientar o cliente a entender como o seu corpo responde aos medicamentos, explicando a importância da vigilância de sinais e sintomas, onde se preconiza a interpretação dos mesmos, os seus efeitos adversos de forma a garantir a eficácia do regime medicamentoso e orientar para a prevenção de complicações, por via de adopção de comportamentos de autocuidado;
- Explicar para que servem os diuréticos (furosemida) — ajudam o corpo a remover o excesso de sal e fluidos, diminuem o esforço do coração e diminuem os inchaços no corpo;
- Explicar para que servem os Antagonistas dos Recetores da Aldosterona (ARM) (Espironolactona) — ajudam o corpo a remover o excesso de sal e fluidos e reduz o esforço do coração;
- Explicar para que servem os ISGLT2 (Empaglifozina) — ajudam o corpo a remover o excesso de sal e fluidos, reduzem os inchaços e reduzem o esforço do coração (Homem et al., 2021; Celutkiene et al., 2023; Byrne et al., 2023).

Ensinar sobre autovigilância da pressão sanguínea

- Explicar a importância de adotar comportamentos de autovigilância, pois a avaliação regular da pressão arterial ajuda a perceber se o tratamento está a resultar e permite detetar alterações antes que causem sintomas grave como AVC, enfarte ou agravamento da IC. Ajuda também na tomada de decisão mais informada, tanto do cliente como do gestor de caso;
- Explicar que deve realizar a medição da pressão arterial sentado, após 5 min em repouso, com o braço ao nível do coração, e como realizar a medição em horários consistentes de forma a garantir a precisão (de preferência antes de tomar a medicação e ao fim do dia) e

proceder ao seu registo;

- Explicar que se estiver hipotenso ou hipertenso deve contactar o enfermeiro gestor de caso, para decidirem se deverá fazer ajustes na medicação;
- Explicar que a monitorização ao final do dia serve para avaliar se está a responder adequadamente aos medicamentos ou se há necessidade de reajustar;
- Explicar como identificar os valores que possam sinalizar um agravamento da condição, como a elevação significativa ou a diminuição da pressão arterial, e a importância de comunicar prontamente qualquer alteração ao enfermeiro gestor de caso (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023; Celutkiene et al., 2023).

Instruir a andar

- Primeiro verificar se a altura do punho está adequada ao cliente. Pedir ao cliente para ficar em pé, com os braços ao lado do corpo. A parte do punho da canadiana deve ficar à altura do trocanter ou do punho (com o braço estendido). O cotovelo deve ficar levemente fletido, cerca de 15° a 30°, ao segurar o punho da canadiana;
- A braçadeira deve envolver confortavelmente o antebraço, sem apertar demasiado. Deve ficar a poucos centímetros abaixo do cotovelo, permitindo a movimentação do braço;
- Deve manter os pés afastados na largura dos ombros, com as muletas levemente inclinadas para fora do corpo, sem apoiar o peso todo nelas numa primeira fase. A coluna deve estar ereta, deve olhar para frente, evitando inclinar-se excessivamente para a frente ou para os lados;
- Posteriormente, deve segurar o punho de cada canadiana firmemente, mas sem rigidez excessiva. O antebraço deve encaixar confortavelmente na braçadeira, permitindo estabilidade;
- Antes de iniciar a marcha, é importante verificar se está estável na posição em pé, apoiando-se nas canadianas conforme necessidade;
- Ensinar como funciona a marcha dos quatro pontos: indicando que deve avançar uma canadiana, por exemplo, a do lado direito, depois deve avançar a perna oposta (perna esquerda), depois deve avançar com a outra muleta (lado esquerdo) e seguidamente avançar com a perna oposta (perna direita). Repita, mantendo a lógica de — canadiana direita, perna esquerda; canadiana esquerda, perna direita;
- Este padrão imita um passo de cada vez, garantindo quatro pontos de contato com o chão ao longo de quase todo o processo de marcha (Perry & Burnfield, 2010).

Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

- É um fator de alerta da possível descompensação da IC, contribuindo para diversas complicações, nomeadamente:
- A insuficiência renal aguda ou crónica, uma vez que o aumento da retenção pode reduzir o fluxo de sangue para os rins, prejudicando a sua capacidade de filtração de resíduos e o equilíbrio de líquidos e dos eletrólitos;
- A hipertensão arterial, uma vez que a retenção de líquidos aumenta o volume no sistema vascular, elevando a pressão arterial, exponenciando o risco de mais complicações como AVC e enfarte do miocárdio;
- Complicações metabólicas, considerando que a retenção de líquidos pode alterar os níveis

de eletrólitos como o sódio e o potássio, afetando a função muscular, cardíaca e neurológica. A hiponatremia (baixo nível de sódio no sangue) ou a hipercalemia (alto nível de potássio no sangue) podem levar a sintomas como confusão mental, arritmias ou fraqueza muscular;

- A trombose venosa profunda (TVP) devido à estase venosa dos membros inferiores, aumentando o risco de formação de coágulos sanguíneos, que podem migrar para os pulmões e causar embolia pulmonar (Freeman et al., 2018; European Society of Cardiology & Heart Failure Association, 2022; Byrne et al., 2023).

Ensinar sobre a relação entre ingestão e retenção de líquidos

- Explicar que a ingestão de líquidos na IC deve ser ponderada e não deve ultrapassar 1,5L, pois o controlo adequado dos líquidos pode ajudar a evitar a retenção dos mesmos e consequentemente evitar a sobrecarga do sistema circulatório;
- A ingestão sem ponderação e superior a 1,5L pode agravar os sintomas da IC, como o edema, a falta de ar e a fadiga (Rabelo et al., 2007; Homem et al., 2021).

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Algumas complicações relacionadas ao sono incluem o aumento do apetite, alterações no estado emocional, dificuldade de concentração, deterioração progressiva da memória, fadiga intensa, redução da produtividade, maior probabilidade de acidentes e um risco elevado para desenvolver doenças crónicas, como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares, comprometimento da imunidade, entre outras (Carskadon et al., 2017; Sateia et al., 2017; Homem et al., 2021).

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Reduza os ruídos externos antes de se deitar como televisão, telemóvel, conversas, etc. Se necessário, utilize protetores auriculares ou aparelhos de som ambiente com ruído branco;
- Mantenha o quarto o mais escuro possível, baixe as persianas da janela. É importante evitar luzes fortes próximas do horário de dormir;
- Mantenha o ambiente a uma temperatura agradável, nem muito quente nem muito frio (cerca de 18°C a 22°C);
- Mantenha o quarto limpo, arejado e organizado, pois a desorganização pode aumentar o stress;
- Tente deitar-se e levantar-se sempre no mesmo horário, mesmo nos fins de semana, pois ajuda o organismo a manter um ritmo circadiano regular;
- Evite sestas longas ao longo do dia. Se precisar descansar, que seja por até 20-30 minutos, preferencialmente até o início da tarde. Sestas muito longas ou depois do lanche podem atrapalhar o sono noturno;
- Evite o uso de aparelhos eletrónicos na cama. A luz azul emitida por telemóveis e TVs suprime a produção de melatonina, dificultando o adormecer. Desligue ou reduza o uso de telas pelo menos 30 a 60 minutos antes de se deitar;
- Opte por jantares leves e evite a ingestão de estimulantes como café, refrigerantes e açúcares (Sateia et al., 2017).

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Explicar sobre os princípios de conservação de energia (por exemplo: a necessidade de restrição de atividades ou de repouso);
- Fracionar as atividades de forma a repousar entre as mesmas;
- Incentivar sobre o estabelecimento de prioridades às atividades para acomodar os níveis de energia (Carvalho et al., 2020; GOLD, 2024).

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Explicar a importância de vigiar a resposta física à atividade, para que compreenda quando é seguro continuar, quando deve descansar e quando deve procurar ajuda;
- Alertar para os sinais físicos que deve vigiar: falta de ar intensa ou que não melhora com o repouso; tonturas e/ou sensação de desmaio; dor no peito; fadiga extrema; palidez, suores frios e náuseas. Caso tenha algum destes sintomas deve interromper a atividade e vigiar. Caso persistam deve contactar o enfermeiro gestor de caso (Homem et al., 2021; Klompstra et al., 2022).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre as especificidades de cada medicamento ex.: reduzir a retenção de líquidos na IC, controlar a HTA, controlar a frequência cardíaca, reduzir os riscos cardiovasculares;
- Com recurso a um esquema terapêutico, dando ênfase ao nome dos medicamentos, quais as suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos laterais;
- Esclarecer a importância de seguir a prescrição, sublinhando a pertinência de respeitar os horários e as doses prescritas para manter os níveis terapêuticos, independentemente da ausência de sintomatologia;
- Relembrar a importância de levar o esquema terapêutico sempre que for a consultas, facilitando assim possíveis casos de omissão, aumento de dosagem ou confusão;
- Ajudar o cliente a incorporar a toma de medicação como uma prática de autocuidado, incluindo-a nas suas atividades diárias, gerindo as mudanças de rotina (exemplo: viagens);
- Enfatizar como a toma dos medicamentos melhora a qualidade de vida, reduz o risco de exacerbações e de hospitalizações (Rabelo et al., 2007; Riegel et al., 2009; Oliveira et al., 2013; Homem et al., 2021; ESC, 2021; Byrne et al., 2023).

Ensinar sobre arritmia

- Informar que a arritmia refere-se à irregularidade do ritmo cardíaco e pode manifestar-se de forma rápida > 100 bpm (taquicardia) ou lenta < 60 bpm (bradicardia);
- Explicar que pode ser causada por diversos fatores, incluindo doenças cardíacas: como insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio, cardiomiopatias, alterações eletrolíticas como desequilíbrios de sódio, potássio, cálcio ou magnésio. O consumo de estimulantes como a cafeína, o álcool e substâncias ilícitas podem afetar o ritmo cardíaco;
- Os sintomas das arritmias incluem palpitações, tonturas ou sensação de desmaio, fadiga inexplicável, falta de ar ou dor no peito (ESC, 2021; Homem et al., 2021).

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- a reconhecer alterações precoces de sua condição e a entender, dentro das orientações fornecidas, quando e como ajustar as doses dos diuréticos ou de outros medicamentos, sempre com o respaldo do enfermeiro gestor de caso;
- Reforçar a importância de monitorizar diariamente os sinais e sintomas e compreender como esses dados influenciam o ajuste da medicação;
- Orientar para que qualquer mudança no peso (equivalente ao aumento 2kg em 3 dias), inchaço, falta de ar ou alteração na pressão arterial podem indicar que o coração está sobrecarregado;
- Caso haja alterações dos resultados decorrentes da vigilância deve reportar ao enfermeiro gestor de caso, para que este faça uma visita para reavaliar a sua condição e a necessidade de ajuste de medicação (Homem et al., 2021; ESC,2023).

Ensinar sobre complicações da arritmia

- A arritmia mal controlada pode provocar sintomas como palpitações, fadiga, tonturas, desmaios ou dor no peito;
- As principais complicações das arritmias são o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Embolia Pulmonar, Insuficiência Cardíaca e Paragem Cardiorespiratória (ESC, 2021; Homem et al., 2021).

Ensinar sobre medidas de segurança face ao pacemaker

- Os cuidados no dia a dia consistem em evitar pressionar diretamente o local da implantação do pacemaker, usar roupas confortáveis que não apertem a região do tórax/ombro; Equipamentos como detetores de metal em aeroportos, ferramentas elétricas, aparelhos de ressonância magnética e outras fontes de campos magnéticos intensos podem interferir no seu funcionamento; informar sempre que passar por um detetor de metais ou realizar exames de imagem; mantenha uma distância de segurança de cerca de 15 a 20 cm do pacemaker do seu telemóvel (por exemplo, não deve guardá-lo no bolso da camisa próximo ao dispositivo);
- O pacemaker requer acompanhamento periódico para verificar a bateria e ajustar parâmetros de funcionamento. A duração da bateria varia de acordo com o uso, mas geralmente pode durar entre 5 a 10 anos;
- Deve procurar o seu cardiologista ou o enfermeiro gestor de caso, se sentir que o dispositivo não está a funcionar corretamente, por exemplo, se voltar a sentir os mesmos sintomas que tinha antes do implante (Glikson et al., 2021; Homem et al., 2021; Celutkiene et al., 2023).

Ensinar sobre vigilância do pulso

- O pulso consiste na pressão sentida nas artérias a cada batimento cardíaco e a sua monitorização ajuda a avaliar a frequência cardíaca e possíveis irregularidades;
- A sua aferição pode indicar alterações na condição cardiovascular, sendo importante saber quando e como intervir;
- Para conseguir monitorizar o pulso deve estar confortável, apoiando o punho de forma a que possa ter acesso fácil ao pulso;
- Coloque a ponta de dois dedos, preferencialmente o dedo indicador e o médio na parte interna do pulso, logo abaixo da base do polegar (artéria radial);

- Deve ajustar levemente a pressão dos dedos até sentir as pulsações;
- Assim que sentir o pulso, contar os batimentos por 60 segundos;
- Vigiar sinais de irregularidade, como palpitações, taquicardia ou bradicardia devem ser reportado ao enfermeiro gestor de caso (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023).

Instruir a vigiar a pressão sanguínea

- A medição da pressão arterial deve respeitar seguintes passos:
- Realizar o procedimento num ambiente acolhedor;
- Deve estar sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
- Com a bexiga vazia;
- Não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior;
- Com o membro superior desnudado;
- Usar uma braçadeira de tamanho adequado ao seu braço;
- Medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da pressão arterial
- Registar a data, a hora e os valores (DGS, 2013).

Ensinar sobre hipertensão

- A hipertensão é caracterizada por valores de pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg ou pressão arterial diastólica acima de 90 mmHg. Quando não tratada ou controlada, pode causar, de maneira silenciosa, danos progressivos no coração e em outros órgãos (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023).

Ensinar sobre vigilância da perfusão dos tecidos

- Deve estar atento à coloração da pele e extremidades, e sinais de palidez ou de cianose nos lábios, nos dedos ou orelhas podem indicar baixa oxigenação;
- Se a temperatura das extremidades, como as mãos e os pés, permanecerem frios podem indicar diminuição do fluxo sanguíneo periférico;
- Verifique o surgimento de edemas (inchaços) nos pés, tornozelos, pernas ou mesmo na região abdominal. A retenção de líquidos pode indicar que o coração não está a conseguir bombear adequadamente o sangue, afetando a perfusão;
- Esteja atento à diurese (produção de urina) observando se o volume urinário está diminuído ou se a urina apresenta coloração mais escura do que o normal. A redução da urina ou mesmo alterações na cor podem sugerir comprometimento do fluxo sanguíneo para os rins;
- Sinais de confusão mental, tonturas ou desmaios podem ocorrer quando o fluxo de sangue para o cérebro não está adequado. Qualquer alteração neurológica deve ser relatada imediatamente (Oliveira et al., 2013; ESC, 2021).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Através de um diálogo aberto, colocar questões de forma a explorar possíveis crenças e sentimentos que estejam a condicionar o significado atribuído à retenção de líquidos;
- Como se sente quando está com os pés inchados? Sabe o que significa estar a reter líquidos? Já percebeu alguma relação entre inchaço e dificuldade em respirar ou cansaço?
- Ajudar o cliente a interligar os sintomas a processos fisiológicos, explicando que o coração

tem mais dificuldade em bombear o sangue, e isso faz com que o corpo acumule líquidos nos pés, barriga ou pulmões. É um sinal de que o coração está a precisar de ajuda;

- Desconstruir a crença de que ao ingerir pouca água vai sentir-se fraco, explicando que no caso da IC, o mecanismo é ao contrário;
- Validar as emoções e criar novos significados, explicando que é normal sentir-se frustrado com estas limitações, mas entender como elas o protegem pode ajudá-lo a sentir-se mais capaz e com um autocontrolo da sua qualidade de vida.

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Orientar o cliente a pesar-se diariamente no mesmo horário, preferencialmente ao acordar, e depois de esvaziar a bexiga, usando o mesmo tipo de vestuário, e a anotar as variações;
- Explicar que um aumento súbito de peso de 2 kg em três dias pode indicar retenção de líquidos, o que sugere a necessidade de reduzir a ingestão de líquidos e aumentar a dose de diuréticos prescritos em SOS para estas situações, e informar o enfermeiro gestor de caso (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023).

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Fornecer estratégias para o esquecimento da toma dos medicamentos através o uso de lembretes, propondo o uso de alarmes no telemóvel para se lembrar dos horários da medicação;
- Explicar a importância de usar o mapa terapêutico, como auxílio para a correta toma dos medicamentos (medicamento, horário e dose certa);
- Explicar a importância de permitir o envolvimento do cuidador na organização do dispensador de medicamentos semanal (Wiecek et al., 2019; Homem et al., 2021; ESC, 2023).

Ensinar sobre complicações da hipertensão

- As complicações da hipertensão são diversas e graves como IC, AVC, EAM, DRC, DM II, retinopatia e doença arterial periférica (ESC, 2021; Homem et al., 2021).

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

- Explicar a relação entre uma dieta rica em sal e o agravamento de sintomas como edema, ganho de peso e aumento da pressão arterial, explicando como é que o consumo de sal em excesso aumenta a retenção de líquidos, ao atrair a água para os tecidos e ao dificultar a eliminação dos líquidos pelo organismo;
- Identificar alimentos ricos em sódio, como produtos processados como os enlatados, os molhos prontos, enchidos quais as alternativas mais saudáveis;
- Analisar com o cliente os alimentos que tem disponíveis no frigorífico e na despensa, identificando os que são promotores da retenção de líquidos (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023; Celutkiene et al., 2023).

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

- Analisar com o cliente a relação entre a ingestão e retenção de líquidos
- Informar sobre as consequências da retenção de líquidos, como o aumento da pressão arterial, da sobrecarga cardíaca e o risco de hospitalização;

- Numa primeira fase, sugerir para que o cliente registre as quantidades de líquidos que ingere, anotando os volumes aproximados de água, chá, sopas, etc. até ganhar consciência dos limites diários;
- Analisar com o cliente o diário de registos e comparar com os sintomas relatados para estabelecer o padrão entre a ingestão aumentada de líquidos e a retenção (Byrne et al., 2023; Cosentino et al., 2023; Celutkiene et al., 2023).

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

- Os diuréticos (furosemida e metolazona) são medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de líquidos, aliviando os sintomas como o inchaço e a dificuldade respiratória;
- Informar que alguns medicamentos antihipertensores como a espironalactona podem melhorar a função cardíaca, reduzindo a retenção de líquidos;
- Transmitir a importância da adesão ao regime terapêutico como a prevenção da retenção de líquidos, evitando descompensações;
- Explicar os sinais de eficácia (redução de edema e dispneia) ou ineficácia (aumento de peso, agravamento do edema) relacionados ao uso correto ou incorreto dos medicamentos (Byrne et al., 2023; Homem et al., 2021).

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

- Começar por explicar a importância da conservação de energia e relembrar as estratégias para equilibrar ações de atividade e repouso;
- Avaliar com o cliente as atividades diárias, identificando quais as tarefas que consomem mais energia e quais é que podem ser delegadas ou modificadas;
- Verificar os benefícios das técnicas específicas, previamente fornecidas, como dividir tarefas em atividades menos complexas do ponto de vista do gasto energético, utilizar ajudas técnicas para auxiliar/facilitar as atividades e adotar posturas que reduzam o esforço físico, e através dessa experiência promover a consciencialização para a mudança de comportamentos, capacitando o cliente a gerir atividade/repouso e conservação de energia (Smith-Love, 2019).

Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos

- Explicar a importância da ingestão de líquidos adequada na IC, uma vez a restrição de líquidos evita a sobrecarga do sistema circulatório, e que o seu incumprimento pode agravar os sintomas da IC, como edema, falta de ar e fadiga;
- A ingestão recomendada de líquidos (água, chá, leite, sopas) pode variar, mas comumente é restrita a cerca de 1,5L (ESC, 2021; Homem et al., 2021).

Ensinar sobre vigilância da eliminação urinária

- Explicar que o coração ao não conseguir bombear o sangue de forma eficaz, contribui para a retenção de líquidos no corpo e por essa razão a vigilância da eliminação urinária ajuda a identificar sinais de sobrecarga hídrica e a avaliar a resposta ao tratamento, como os diuréticos (Lasix e metolazona);
- A vigilância permitirá detetar precocemente as alterações na eliminação, como diminuição do volume ou mudanças na frequência, que podem indicar retenção de líquidos ou problemas renais associados à IC;

- Ajudar a interpretar que a diminuição do volume urinário pode indicar o agravamento da IC ou da insuficiência renal;
- Orientar que mudanças na coloração da urina podem indicar sinais de desidratação, como urina mais escura;
- Idealmente dever-se-ia monitorizar o volume da urina eliminada e comparar com o volume de líquidos ingeridos;
- Reforçar que o Inchaço das pernas/pés, o aumento de peso, ou o agravamento da falta de ar podem acompanhar alterações na eliminação urinária e caso surjam deve entrar em contacto com o enfermeiro gestor de caso (ACCF/AHA, 2013; Oliveira et al., 2013; Riegel et al., 2018; ESC, 2021).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da sede

- Incentivar o cliente a distribuir a ingestão de líquidos de forma equilibrada ao longo do dia, evitando grandes volumes de uma só vez;
- Sugerir que beba pequenos golos de água quando sentir sede;
- Manter a boca limpa e húmida através da higiene regular da boca e o uso de elixir oral sem álcool pode reduzir a sensação de boca seca;
- Limitar o consumo de alimentos com sal e bebidas que possam aumentar a sede, como a cafeína, refrigerantes e o álcool;
- Usar estratégias de fruta congelada, em cubos, para saciar a sede. Por ex.: o ananás, que tem propriedades diuréticas naturais, ajuda a eliminar a sede, sendo uma alternativa útil para o controlo da ingestão hídrica em excesso (ESC, 2021; Homem et al., 2021).

Ensinar sobre necessidade de restrição da ingestão de líquidos

- Controlar a ingestão de líquidos, não ultrapassando 1,5l, ajuda a reduzir o volume circulante e a aliviar o trabalho do coração;
- Explicar as consequências, sobretudo na IC descondensada, visto que o coração tem dificuldade em bombear o sangue eficientemente, o que pode levar à retenção de líquidos, causando sintomas como o edema, o aumento de peso e a falta de ar (ESC, 2021; Homem et al., 2021).

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Propor uma experiência prática, simples e significativa, que permita ao cliente compreender melhor a gestão do regime medicamentoso;
- Orientar para usar uma caixa organizadora durante a semana para separar os medicamentos por horário facilitando a sua gestão diária;
- Colocar um alarme no telemóvel, de forma a não se esquecer de tomar os medicamentos a horas certas;
- Realizar o registo da toma da medicação;
- Analisar os registos para verificar a toma da medicação semanalmente.

Ensinar sobre ventilação não invasiva

- A VNI é uma terapia que utiliza um dispositivo para ajudar a melhorar a respiração, sem a necessidade de recurso a técnicas invasivas. Consiste na utilização de uma máscara que fornece ar com pressão positiva;

- Está indicado na apneia do sono e para melhorar a função cardíaca, através da redução do esforço respiratório, melhorando a oxigenação e diminuindo a acumulação do dióxido de carbono (hipercapnia). Alivia, também, os sintomas como a dispneia e o cansaço;
- Explicar como ajustar a máscara para evitar fugas de ar e desconforto, explicar que a máscara deve estar firme, mas sem causar dor ou marcas excessivas na pele;
- Reforçar a importância da adesão ao tratamento e o número de horas recomendadas, ressaltando a importância de utilizá-lo regularmente, especialmente durante o sono;
- Informar que pode haver desconfortos iniciais e que estes são normais, reforçando que é importante persistir e comunicar qualquer problema;
- Explicar quais os principais problemas prováveis, como a xerostomia (boca seca), explicando a possibilidade de usar um humidificador acoplado. O ruído do dispositivo, instruindo como ajustar a interface para minimizar esses ruídos. A sensação de claustrofobia, orientando sobre técnicas de relaxamento e adaptação gradual ao uso. A possibilidade de fugas de ar, demonstrando como reajustar a máscara ou, se necessário, comunicar com a empresa do fornecimento do dispositivo para trocar o modelo (Nicolini et al., 2014).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Explicar que os diuréticos (Furosemida e Metolazona) podem apresentar os seguintes efeitos laterais: depleção de volume, hipotensão, hipocaliémia, hipomagnesémia e hiperuricemia;
- Os Antagonistas dos Recetores da Aldosterona (ARM) (Espironolactona) podem manifestar os principais efeitos laterais: hipercaliémia e ginecomastia;
- Os Inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) (Empaglifosina) podem apresentar os seguintes efeitos secundários: infeções genitais e do trato urinário, disúria, poliúria e hipoglicémia (Homem et al., 2021)

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Explicar os benefícios de complementar terapias não farmacológicas com terapias farmacológicas, referindo que esta combinação melhora os resultados do alívio da dor;
- Informar sobre as diversas alternativas disponíveis para a aplicação terapêutica do calor, destacando, por exemplo, o uso de botijas de água quente;
- Alertar para a importância de garantir uma temperatura moderada, evitando que a água esteja excessivamente quente, e para a necessidade de verificar se a botija está bem vedada, de forma a prevenir o risco de queimaduras;
- Explicar que como alternativa, pode recorrer a banhos quentes, mais prolongados, que também são benéficos no alívio da dor crónica (Jorge et al., 2017).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Recomendar a restrição de sal, uma vez que este contribui para a retenção de líquidos, aumentando a carga sobre o coração, o que pode exacerbar sintomas de IC;
- Explicar que os alimentos industrializados, como os enlatados, as refeições prontas, os enchidos e os snacks, são ricos em sódio;
- Evite os molhos prontos como o ketchup, o molho de soja, a maionese, os caldos industrializados e os temperos artificiais;

- Prepare as suas próprias refeições utilizando ervas, especiarias, alho, limão e outros temperos naturais para substituir o sal;
- Aprenda a ler os rótulos nutricionais para identificar alimentos com baixo teor de sódio (que devem ter menos de 140 mg por porção). Mostrar rótulos alimentares para explicar a diferença entre baixo teor de sal e sem sal. Encorajar a usar 1 colher de chá = 2.4 mg de sódio, como medidor, para melhorar a percepção das quantidades;
- Opte por versões de alimentos frescos ou congelados, em vez de alimentos processados;
- Explicar que deve limitar a ingestão de líquidos (sopa, água, iogurtes, leite, gelatinas) a 1,5l/dia para o alívio de sintomas e da congestão (ESC, 2021; Driggin et al., 2022; Byrne et al., 2023).

3.8. Síntese relativa ao caso

O primeiro contacto com o cliente ocorreu em meados de dezembro, sendo o segundo encontro do cliente com a equipa após a admissão. Nesta **primeira sessão**, privilegiou-se o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida e a recolha de dados clínicos detalhados através da entrevista clínica e da aplicação da Escala Europeia do autocuidado da IC, permitindo identificar o nível de compromisso no autocuidado do cliente. Este instrumento visa medir comportamentos específicos de autocuidado que são essenciais para a gestão eficaz da IC, incluindo a adesão ao RT, a monitorização de sinais e sintomas e a implementação de estratégias de gestão da sua doença.

Este nível de interação permitiu, também, inferir o estilo de GRT adotado pelo cliente, pela análise das condições pessoais, pela sua atitude perante a vida e a doença e pelos atributos pessoais, imprimindo a ideia de que devidamente orientado, irá seguir as recomendações apesar das limitações na interpretação e aplicação do conhecimento, devido ao seu baixo nível de literacia em saúde. O seu estilo de GRT é predominantemente *formalmente guiado*. Esta análise prévia torna-se imprescindível, uma vez que permite determinar a intencionalidade e a intensidade das terapêuticas de enfermagem a serem implementadas de forma mais precisa, respondendo às necessidades específicas e às características únicas do seu traço de personalidade.

Para compreender o processo de transição do cliente, foi necessário avaliar os fatores que o influenciam, especialmente aqueles de carácter pessoal. Isso inclui os significados atribuídos à transição, as crenças e atitudes culturais, a situação socioeconómica e o nível de preparação ou conhecimento do cliente. Estes elementos foram cruciais para facilitar a adaptação a uma nova realidade e promover mudanças comportamentais eficazes.

A abordagem centrou-se na transição saúde-doença pelo declínio no último ano da sua IC e situacional pela proximidade da transferência para o domicílio. A recolha de dados, num

primeiro momento, teve especial enfoque nas respostas aos domínios dos processos corporais, possibilitando o reconhecimento de eventuais necessidades e problemas que requeressem intervenções específicas. Considerando que o cliente se encontrava numa fase clínica estável, muito devido à sua institucionalização, que garantiu que o RT fosse assegurado, decidiu-se, num segundo momento desta primeira sessão, dar ênfase à transmissão de conhecimento sobre a sua doença, transmitindo conhecimento para promover a capacitação do cliente para a gestão da sua doença. Assim, tendo por referência a experiência do seu último internamento e a diminuição da sua capacidade funcional e maior dependência como eventos críticos, enfatizando que a IC tem uma progressão e declínio cada vez mais rápido caso não se considerem mudanças de comportamentos e não se saiba lidar com a doença com mestria. Explicou-se que é necessário incorporar novos comportamentos e deixar outros, de forma a integrar uma nova identidade.

Neste contexto, implementaram-se intervenções com vista à capacitação das dimensões de **manutenção do autocuidado** (*self-care maintenance*) — no sentido de prevenir descompensações com a orientação para a adoção de hábitos e rotinas saudáveis através da instrução para comportamentos de autocuidado consistentes como a adesão às orientações terapêuticas, nomeadamente seguir o RT medicamentoso, adotar uma dieta saudável restrita em sal, orientando para a necessidade de controlo da ingestão hídrica < 1,5 l de líquidos por dia e a importância da atividade física e introdução do exercício físico, explicando a importância da adoção destes comportamentos para manter a estabilidade da sua doença e melhorar a sua qualidade de vida.

Posteriormente, foi abordada a dimensão da **monitorização do autocuidado** (*symptom perception*) — envolvendo intervenções do tipo ensinar/instruir que capacitassem o cliente a reconhecer as mudanças das respostas dos processos corporais, através da identificação de sinais e sintomas associados à descompensação da IC. A abordagem englobou a relevância da perceção de sinais precoces de retenção de líquidos, como o surgimento de edema, o aumento rápido de peso — 2 kg em três dias — o surgimento de dispneia, a necessidade de dormir com mais almofadas, o surgimento de fadiga, a diminuição da tolerância ao esforço, ou dor no peito, enfatizando que o surgimento destes sintomas seriam sinais de alerta para que entrasse em contacto com o enfermeiro gestor de caso.

Foi instruído para, aquando do regresso ao domicílio, a importância do registo diário do peso, dos edemas, da monitorização e registo da PA, bem como da FC, do surgimento de dispneia, de ortopneia ou de tosse. Para se conseguir dar respostas aos objetivos assinalados, foi explicado que seria importante a aquisição de um *kit* de instrumentos que possibilitassem a vigilância destes sinais e sintomas como a aquisição de uma balança, um aparelho de medir a PA, uma caixa organizadora de medicamentos e um oxímetro, de forma a construir-se e estabelecer-se uma base sólida e segura para a transição do domicílio. A educação para a autogestão do RT medicamentoso e a sensibilização para a autovigilância de sinais e sintomas foi o pilar central

desta abordagem, com os objetivos de estabelecer alicerces de conhecimentos e de competências práticas no futuro. Foi trabalhada a capacidade de o cliente vigiar e responder a alterações iniciais na sua condição, estabelecendo uma relação que facilitasse a conexão e proximidade de forma a convidar o cliente a entrar em contacto com a equipa, no caso de surgir alguma alteração clínica.

Importa ainda esclarecer, que a estruturação da conceção de cuidados, apesar de nesta primeira sessão se ter tocado em aspetos relativos ao regime dietético e de exercício, estes foram abordados apenas numa sequência de consolidação de aspetos genéricos inerentes à transmissão de conhecimentos atendo em conta a envolvimento e proximidade das relações com outros domínios, nomeadamente dos processos corporais. O aprofundamento destes aspetos será realizado em sessões subsequentes, nas quais lhes será atribuído maior enfoque.

Na **segunda sessão**, já no domicílio do cliente, privilegiou-se a recolha de dados junto do cliente e do familiar cuidador. Entender a família como um recurso significa reconhecer o papel desta nos cuidados, valorizando a sua participação ativa e integrando-os como parceiros essenciais no acompanhamento destas pessoas (Gusdal et al., 2017). O enfoque dado à gestão do autocuidado assume-se como central e está conexo aos domínios selecionados nesta sessão e na anterior, com o intuito de trabalhar a resposta aos sintomas quando estes ocorrem. Trata-se de um processo ativo e intencional, que abrange a tomada de decisões em resposta aos sintomas identificados. Este componente é essencial para que o cliente consiga lidar com o equilíbrio entre a estabilidade e os episódios sintomáticos da IC, permitindo agir de forma eficaz para evitar as complicações.

Primeiramente, reforçaram-se as orientações fornecidas na sessão anterior e analisaram-se quais os aspetos que careciam de maior investimento, como explanado na conceção de cuidados. Uma das intervenções realizadas e que não fica evidente através do plano de cuidados foi a RM, uma vez que o cliente havia regressado ao seu domicílio, este processo é essencial para prevenir discrepâncias e erros de medicação, promovendo a segurança do cliente e a eficácia do tratamento. Após esta sistematização, pediu-se ao cuidador para exemplificar como preenche o dispensador semanal de comprimidos, a título de identificar alguma lacuna ou dúvida no decorrer deste exercício. Percebeu-se que tanto a cuidadora como o cliente não tiveram em consideração que a metolazona seria para tomar apenas uma vez por semana, estando a tomar todos os dias, razão que justifica os sinais de desidratação, o padrão de obstipação, bem como as secreções mais espessas. Foram reforçados os ensinamentos e entregue um mapa terapêutico que ajuda na fácil interpretação do RT, evitando erros como este no futuro.

Posteriormente, investiu-se no desenvolvimento de habilidades de julgamento clínico e de resiliência para lidar com a sua doença de forma proativa e informada, nomeadamente a autovigilância de sinais e sintomas — uma habilidade de autocuidado essencial na gestão da IC. Seguidamente, introduziu-se a abordagem educacional para a **gestão do autocuidado** (*self-*

care management), aprofundando esta dimensão de forma adaptada ao contexto domiciliar, no sentido de iniciar o processo de capacitação do cliente para a tomada de decisão respondendo aos sintomas de descompensação, previamente identificados na primeira sessão e no início da segunda, com o intuito de promover a autogestão da IC. Esta abordagem exige do cliente um maior grau de conhecimento e de capacidade para a tomada de decisão. É neste contexto que emerge o papel do cuidador como um elemento central na promoção do potencial máximo de reconstrução de autonomia.

Esta participação foi abordada numa perspetiva colaborativa e complementar, envolvendo o cliente e o cuidador no processo de autogestão da doença com o objetivo de promover autonomia em relação às atividades de autocuidado, e não como uma substituição das responsabilidades do cliente. O objetivo principal da gestão da doença é promover a autogestão, capacitando o cliente a tomar decisões informadas e a assumir um papel ativo no controlo da sua doença. Embora a autonomia do cliente seja uma prioridade, é importante reconhecer que, em determinadas áreas, o suporte e a supervisão do cuidador são essenciais até que o mesmo adquira a sua autonomia. No caso deste cliente, o mesmo não consegue por si dar respostas a algumas necessidades específicas de autocuidado, pelo que nos fez sentido o desenvolvimento das competências do familiar cuidador para que este possa garantir o suporte e apoio adequado, contornando assim os obstáculos ao autocuidado enfrentados atualmente pelo nosso cliente. Entre esses obstáculos, destacam-se as necessidades no autocuidado cuidar da higiene pessoal. A incapacidade funcional associada à IC, como a fadiga, a dispneia para esforços e as limitações na mobilidade, dificultam a realização de tarefas básicas como a realização da higiene. O desenvolvimento de competências do familiar cuidador também incluiu a capacitação para a gestão do regime medicamentoso e dietético. A complexidade do RT e as exigências de um plano dietético restritivo podem representar desafios significativos, especialmente para clientes com menor habilidade ou conhecimento sobre a gestão. Aqui, o cuidador atua como um facilitador, ajudando na organização e cumprimento das prescrições terapêuticas. O cuidador também foi envolvido nos domínios das sensações somáticas, nomeadamente no suporte e controlo da dor. A gestão da dor, que pode envolver estratégias não farmacológicas ou a monitorização de sinais de desconforto, exige atenção e sensibilidade. O cuidador pode colaborar ao identificar alterações no padrão de dor e ao aplicar intervenções previamente orientadas pelos profissionais de saúde.

A colaboração do cuidador nestes domínios requer uma abordagem orientada para o desenvolvimento de competências, na qual a especificação das atividades que concretizam as intervenções são transmitidas de forma inclusiva, direcionadas tanto para a capacitação do cliente como do cuidador. Por esta razão, optou-se por não transcrever as orientações do tipo ensinar e instruir destinadas ao cuidador, visto que se trata de um exercício académico, evitando a redundância na documentação da informação.

Esta progressão foi intencional, pois permite que o cliente, já familiarizado com as práticas de

manutenção e monitorização de autocuidado, esteja mais bem preparado para gerir ativamente a sua saúde no contexto domiciliário, incluindo a resposta adequada a potenciais descompensações. A divisão estratégica desta abordagem faseada é fundamentada pela complexidade da adaptação para um autocuidado eficaz.

A **terceira sessão** teve como foco a revisão dos tópicos previamente discutidos, com ênfase no reforço dos aspetos que exigiam maior atenção e investimento. Durante a interação, o cliente relatou dificuldades para dormir nas últimas duas noites, apesar da implementação das estratégias para otimizar a qualidade do sono, bem como a instituição da medicação para dormir. Ao ser questionado sobre o número de horas de utilização da VNI, constatou-se que o sono comprometido poderia estar relacionado com a má adaptação ao dispositivo. Procurou-se, então, identificar quais os fatores que estariam a contribuir para esse desconforto. O cliente apontou a xerostomia e o ruído como elementos dificultadores. Nesse momento, decidiu-se avaliar como o cliente estaria a utilizar o equipamento. Ao analisar a colocação da máscara, verificou-se que a interface estava mal ajustada explicando como deveria adaptá-la. Adicionalmente, foi explicado que existem opções tecnológicas com humidificadores acoplados, o que poderia aliviar o problema da boca seca, contribuindo para uma melhor experiência com o uso da VNI. Foi reforçada a importância da utilização da VNI, e que entre outros aspetos contribuí, também, para a qualidade do sono.

O tema da sexualidade foi também introduzido, uma vez que o cliente relatou dificuldades com a ereção desde que fez radioterapia à próstata. Na abordagem ao assunto, optou-se pela normalização do tema, e elogiou-se o facto de ter colocado a questão visto que a sexualidade é um fator importante para a qualidade de vida. Numa primeira abordagem, falou-se dos aspetos centrais da sexualidade na IC, e que requer estabilidade da doença, para que seja aconselhada a atividade sexual, explicando estratégias ao casal para que não haja riscos acrescidos. Posto isto, encaminhou-se para uma consulta de urologia, de forma que a especialidade ajude a encontrar respostas perante o problema exposto. O cliente ficou verdadeiramente satisfeito com a relação de ajuda estabelecida o que contribui para o fortalecimento da relação entre o cliente, cuidador e enfermeiro gestor de caso.

O sucesso na gestão da IC exige mais do que a simples adesão ao regime medicamentoso, requer uma transformação significativa nos comportamentos de autocuidado. É crucial que o cliente desenvolva a capacidade de tomar decisões informadas baseadas nos seus sintomas, procurando ajuda do profissional de saúde/enfermeiro de forma proativa antes que a sua condição se agrave. Esta preparação para o reconhecimento e ação pronta sobre sinais e sintomas de deterioração reduzem o agravamento e declínio da sua condição, melhorando a sua qualidade de vida, e reduzindo os reinternamentos evitáveis.

A forma como o cliente e o seu cuidador assumiram o compromisso com a autogestão da doença evidencia a relevância das intervenções de enfermagem no envolvimento e na

motivação do cliente. Durante a sessão, destacaram-se indicadores de processo que permitiram validar o impacto imediato das estratégias implementadas, como a expressão de compromisso por parte do cliente e do cuidador, a participação ativa nas orientações educativas, a demonstração da compreensão das informações transmitidas e a implementação inicial de pequenas mudanças, como o ajuste na dieta e a organização da medicação através da aquisição do dispensador de medicamentos. Contudo, dado o carácter crónico da IC e a complexidade inerente ao RT, os indicadores de resultado não puderam ser avaliados num intervalo de tempo tão curto, uma vez que a eficácia e a sustentabilidade dessas mudanças só poderão ser claramente observadas ao longo das sessões subsequentes. Por outro lado, os indicadores de processo medidos, incluindo o envolvimento durante a sessão, a adesão inicial às recomendações e a disposição para a autovigilância de sintomas, forneceram evidências da eficácia das estratégias de educação e motivação aplicadas.

De forma geral, os desafios identificados ao longo do acompanhamento do caso foram superados, embora tenham surgido limitações relacionadas com o tempo disponível. A curta duração do estágio não permitiu a realização de um acompanhamento contínuo, o que seria crucial para avaliar de forma mais robusta a eficácia e o impacto significativo das intervenções de uma enfermagem especializada no cuidado à pessoa com doença crónica. Apesar destas limitações, é importante salientar que o envolvimento no plano de cuidados desenvolvido até à terceira sessão por parte do cliente foi um fator positivo, contribuindo em certa parte para o alcance dos objetivos estabelecidos e evidenciando o valor das intervenções realizadas.

O desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado que inclui metas específicas de saúde e estratégias para alcançar esses objetivos, aponta para o exercício de uma enfermagem avançada. O enfoque dado às terapêuticas de enfermagem nas respostas humanas aos processos de vida, saúde e doença amplifica o campo de visão dos enfermeiros sobre as reais necessidades que as pessoas enfrentam e vivenciam, destacando a importância destes programas como modelos a serem implementados numa escala mais significativa. O papel do enfermeiro gestor de caso encerra em si um valor vital nos cuidados prestados na comunidade. A realização das visitas domiciliárias regulares para a monitorização da condição clínica destes clientes, tanto pela revisão do RT, como pela certificação da adesão ao tratamento, são absolutamente fundamentais, mas não se esgotam por aqui. A orientação e educação contínua sobre a gestão da sua doença — manutenção, monitorização e gestão do autocuidado — incluindo instruções detalhadas sobre o regime medicamentoso, o regime dietético e de exercício físico, bem como o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e orientações específicas para a tomada de decisão informada, traduzem um papel central que os enfermeiros têm na gestão dos cuidados e no combate à fragmentação das respostas de saúde.

Com o intuito de manter a concisão deste relatório e evitar redundâncias desnecessárias, adotámos um método de registo pela exceção. Isto implica que, a menos que se verificasse uma alteração nos parâmetros mantinha-se a avaliação e o planeado.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência é polissêmico, podendo assumir diferentes interpretações consoante o seu contexto de aplicação. No entanto, Sá e Paixão (2013) identificam cinco características essenciais que lhe conferem uma identidade comum — é composta por múltiplos elementos, refletindo a integração de diversos saberes; possui uma natureza pluridimensional, abrangendo domínios cognitivos, técnicos e sociais; caracteriza-se pela sua complexidade, exigindo um processo contínuo de aprendizagem e adaptação; é transferível, podendo ser aplicada em diferentes contextos e situações; e, por fim, constitui um “saber em ação”, no qual o conhecimento se materializa na prática, traduzindo-se numa intervenção eficaz e fundamentada.

A Ordem dos Enfermeiros (2005), conceptualiza a competência como a capacidade de articular e mobilizar — conhecimentos, habilidades, atitudes e valores — de modo a responder eficazmente aos desafios e à complexidade inerente à prática profissional. Além do domínio técnico-científico, a competência compreende a aptidão para atuar com rigor ético e deontológico, assegurando o respeito pelos direitos, dignidade e bem-estar da pessoa. Além disso, envolve a capacidade de colaboração interdisciplinar, a adoção de uma comunicação clara e assertiva, a gestão eficaz de conflitos e um compromisso contínuo com a aprendizagem e o aperfeiçoamento profissional.

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), o **conhecimento** corresponde a um conjunto estruturado de ideias fundamentadas na experiência, na sabedoria adquirida e na assimilação de informações. A **habilidade**, por sua vez, representa a capacidade de aplicar esse conhecimento na prática, traduzindo-se no saber-fazer. Já a **atitude** e os **valores** resultam de um processo psicológico associado às perceções e crenças individuais, influenciando diretamente a forma como a pessoa orienta o seu comportamento (ICN, 2020; ENAP, 2019). A competência emerge assim como a síntese integrada de três dimensões essenciais – *saber-ser*, *saber-fazer* e *saber-saber* – onde convergem o conhecimento, a habilidade, a aptidão (mental, física e intelectual) e a atitude. No contexto da enfermagem, a aquisição e o aprimoramento da competência são impulsionados por um processo contínuo de formação e desenvolvimento profissional, no qual o conhecimento teórico constitui o alicerce sobre o qual se constrói o saber-fazer. Este último materializa-se na prática clínica, sendo refinado através da experiência e do treino contínuo. Assim, a competência do enfermeiro não se traduz apenas pela execução de técnicas, mas pela sua capacidade de transferir e adaptar o conhecimento à realidade, promovendo uma intervenção precisa, segura e humanizada.

Patricia Benner, através do seu modelo *From Novice to Expert*, trouxe uma nova perspectiva sobre o desenvolvimento das competências em enfermagem, destacando a experiência como um excipiente para a aprendizagem, sendo um fator determinante na evolução do enfermeiro ao longo da sua trajetória profissional. Fundamentando-se no modelo de aquisição de competências do matemático Dreyfus, Benner descreve uma progressão gradual da proficiência do enfermeiro, evidenciando como a combinação entre conhecimento teórico e prática clínica favorece a tomada de decisão mais intuitiva, crítica e eficaz. Efetivamente, para Benner, proficiência sem experiência é conceptualmente impossível. Neste protótipo, a progressão através de níveis de proficiência reflete o progresso do conhecimento clínico e embasa a evolução profissional na área de enfermagem. A autora identifica cinco estádios distintos que determinam a forma como o enfermeiro desenvolve as suas competências ao longo do tempo (Benner, 2001).

No estádio de **Iniciado**, o enfermeiro encontra-se numa fase inicial da prática, geralmente sem experiência no contexto específico. Atua com base em protocolos e procedimentos, sendo orientado por enfermeiros experientes que transmitem conhecimento tácito e oferecem *feedback* contínuo. Esta fase permite ganhar confiança, reconhecer padrões clínicos e desenvolver pensamento crítico. Representa uma ponte entre o conhecimento teórico e a prática, marcando um período de aprendizagem e adaptação à complexidade dos cuidados. Embora comum em estudantes, qualquer enfermeiro num novo serviço pode estar neste nível, pela necessidade de se adaptar e adquirir competências específicas (Benner, 2001).

No estádio **Iniciado Avançado**, o enfermeiro já apresenta um desempenho aceitável, reconhecendo padrões recorrentes com base na experiência. Segundo o modelo de Dreyfus, identifica "aspeto da situação", mas ainda necessita de supervisão. A sua atuação baseia-se em regras e protocolos, com visão clínica fragmentada, dificultando a priorização e a autonomia em contextos complexos. Apesar de demonstrar responsabilidade, tende a atribuir igual importância a todos os elementos, o que limita o discernimento e a tomada de decisão estratégica (Benner, 2001).

O enfermeiro **Competente** interpreta a prática de forma estratégica, estabelecendo metas que orientam a tomada de decisão. Após dois a três anos de experiência em contextos semelhantes, desenvolve maior autonomia, confiança e capacidade de se focar no essencial. Apesar de ainda não possuir a intuição do enfermeiro proficiente, lida com imprevistos com mais segurança. A sua atuação continua a exigir análise, uma vez que a sua capacidade de resposta não é tão instintiva ou flexível como a de um enfermeiro em estádios mais avançados (Benner, 2001).

O enfermeiro **Proficiente** compreende as situações clínicas de forma global e intuitiva, antecipando complicações e tomando decisões com maior rapidez e assertividade. Atua com base em máximas adquiridas pela experiência e adapta-as ao contexto. Aprende sobretudo de forma indutiva, através da exposição a casos clínicos reais e complexos, o que reforça o

raciocínio clínico. Perante situações novas ou desafiantes, reconhece a necessidade de desenvolver competências para progredir para o próximo estágio (Benner, 2001).

O enfermeiro **Perito** responde com precisão e eficácia às situações clínicas, graças a uma compreensão holística baseada no reconhecimento de padrões, sentido de proeminência e consciência situacional. Não depende de regras, mas sim da percepção global adquirida com a vasta experiência. Atua com rapidez, antecipa complicações e garante intervenções seguras e eficientes. É reconhecido pelos pares pela sua excelência, sendo frequentemente consultado em casos complexos. A sua perícia contribui para a inovação e melhoria contínua dos cuidados (Benner, 2001; Benner et al., 2009).

A progressão entre níveis é um processo sequencial e interdependente, no qual a consolidação bem-sucedida das competências adquiridas no nível precedente serve de alicerce para o avanço do nível seguinte. Neste processo, os princípios abstratos são continuamente refinados e enriquecidos através da exposição a uma diversidade de situações clínicas, promovendo uma aprendizagem progressiva que culmina na aquisição de competências mais avançadas (Benner, 2001).

Neste percurso de desenvolvimento profissional contínuo, a formação especializada assume um papel central, permitindo ao enfermeiro aprimorar a sua capacidade de tomada de decisão em tempo real, fortalecer a comunicação interpessoal e desenvolver uma abordagem flexível e adaptada aos desafios da prática clínica. Além disso, o EE deve destacar-se pela sua capacidade crítica e analítica, pela iniciativa proativa na resolução de problemas e, sobretudo, por um profundo compromisso ético e deontológico, princípios fundamentais que sustentam a qualidade e a humanização dos cuidados prestados (Benner, 2001).

A excelência nos cuidados de saúde não é, por isso, um ponto de chegada, mas sim um percurso evolutivo, no qual a perícia profissional se constrói e refina através da imersão contínua nos contextos clínicos. É na experiência prática, aliada a uma aprendizagem reflexiva e fundamentada, que o enfermeiro transcende a técnica e alcança um nível avançado de tomada de decisão e julgamento clínico, assegurando os cuidados de elevada qualidade, traduzindo-se objetivamente na vida das pessoas (Benner, 2001).

No contexto da aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista, este modelo é essencial para compreender e refletir sobre o desenvolvimento profissional, possibilitando uma análise estruturada das competências adquiridas e aprimoradas ao longo do estágio.

O relatório da componente clínica dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre em Enfermagem e à obtenção do título profissional de enfermeiro especialista constitui um documento estruturado, que visa a sistematização e a análise crítica das atividades realizadas ao longo do percurso de estágio (OE, 2021a). Nesse registo, deve emergir uma reflexão

aprofundada sobre o processo de construção das competências, tanto comuns como específicas, inerentes ao exercício do enfermeiro especialista (OE, 2021a).

Com o intuito de aprofundar a compreensão destes domínios fundamentais à especialização em enfermagem, este relatório foi elaborado tendo como referência os quatro domínios comuns do enfermeiro especialista. Serão apresentadas, de forma estruturada e reflexiva, as atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição destas competências. Posteriormente, serão explanadas as competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Esta abordagem metodológica funcionou como vetor orientador ao longo da unidade curricular, assegurando a coerência entre os propósitos formativos e a prática profissional. Cada domínio será analisado de forma crítica, através de uma reflexão fundamentada na experiência prática, articulada com as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, em consonância com os objetivos estratégicos inicialmente traçados.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente, os cuidados de saúde, especialmente na área de Enfermagem, caracterizam-se por uma crescente complexidade técnica e científica, exigindo abordagens cada vez mais especializadas e diferenciadas. Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, estas competências referem-se às aptidões partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, evidenciadas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Além disso, incluem um suporte efetivo do exercício profissional especializado, nomeadamente nas áreas da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste contexto, o EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana oferecendo cuidados especializados em diversas áreas da enfermagem.

Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal

Muito antes da formalização dos códigos deontológicos e da consolidação de princípios jurídicos, a Enfermagem já se alicerçava em valores éticos fundamentais na prestação de cuidados. Na prática da profissão, o enfermeiro deve comprometer-se com a excelência dos cuidados à população, assegurando que cada intervenção seja orientada por um elevado padrão de qualidade e humanismo.

Atualmente, o exercício da Enfermagem como profissão autorregulada fundamenta-se nos princípios éticos e deontológicos estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No que tange à esfera de competência comum do EE, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, o Regulamento n.º 140/2019 determina a expectativa de que o EE fomente uma prática avançada, alicerçada nos preceitos legais, éticos e deontológicos da profissão. Esta atuação deve garantir cuidados que respeitem e reconheçam os direitos humanos e estejam alinhados

com as responsabilidades profissionais inerentes ao exercício da enfermagem especializada (OE, 2019).

Sob a égide deste domínio, estão alicerçadas duas competências essenciais — *“Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”*; e — *“Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais”* — Regulamento n.º 140/2019, (OE, 2019, p. 4746).

A dignidade humana, em virtude de sua natureza intrínseca e inalienável, deve ser o princípio fundamental que orienta a relação entre o enfermeiro, a pessoa e a sua família, constituindo-se como um eixo central da prática ética em enfermagem. Esta dimensão deve ser a pedra angular das decisões e intervenções de enfermagem, assegurando que cada pessoa seja tratada com equidade, respeito e justiça, independentemente das circunstâncias. Em consonância com este princípio, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu Artigo 1.º, proclama que *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”* (ONU, 1948, p. 2), reforçando a imperatividade de uma prática de enfermagem humanizada, inclusiva e eticamente responsável. A tomada de decisão em enfermagem deve assentar, simultaneamente, no conhecimento científico e nos princípios éticos que sustentam a profissão, nomeadamente a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia, consagrados no CDE. Assim, a prática profissional deve refletir um equilíbrio entre a racionalidade científica e a integridade ética, garantindo cuidados que respeitem a dignidade e os direitos do cliente.

Ao longo do estágio de natureza profissional (ENP), em ambos os momentos, procurei desenvolver um conjunto de atividades fundamentais para a prestação de cuidados éticos e de qualidade ao doente e à sua família e/ou cuidadores. Pude identificar e analisar situações problema, reais ou potenciais, que impactavam a prestação de cuidados à pessoa, antecipando os riscos e propondo intervenções adequadas. Apliquei estratégias para a resolução de dilemas éticos, fundamentando as minhas decisões em princípios científicos, legais e humanísticos. Tive, igualmente, oportunidade de intervir diretamente em benefício da pessoa, sobretudo em contextos nos quais esta se encontrava incapaz de participar na tomada de decisões, invocando o — consentimento presumido — em conformidade com o princípio de não prejudicar (OE, 2015a). Colaborei ativamente com as tutoras e com a equipa multidisciplinar, sugerindo estratégias para a construção de decisões eticamente complexas, assegurando uma abordagem ponderada e centrada no cliente. Defendi os direitos humanos do cliente, no âmbito da prestação de cuidados, garantindo o cumprimento das normas estabelecidas no CDE. Assegurei o respeito pela individualidade e dignidade da pessoa, integrando os quatro princípios da bioética.

No contexto do ENPMI, no que concerne ao desenvolvimento de competências comuns do EE, com enfoque na prestação de cuidados seguros, profissionais e eticamente sustentados,

empenhei-me em assegurar uma prática clínica especializada que refletisse esses princípios, promovendo um exercício fundamentado na excelência dos cuidados prestados e na ética profissional. Ao identificar, no seio das equipas, manifestações que perpetuavam práticas de idadismo, fomentei uma reflexão crítica conjunta com a enfermeira tutora e gestora, analisando comportamentos que, ainda que inconscientes, poderiam comprometer a excelência da prática clínica e o respeito pela dignidade da pessoa idosa. Desta reflexão partilhada, emergiu a iniciativa de conceber e implementar uma campanha de sensibilização sobre o idadismo, envolvendo as diferentes equipas multidisciplinares — enfermagem, médica e auxiliares — aproveitando a proximidade do Dia Internacional da Consciencialização contra o Idadismo (7 de outubro), como uma oportunidade estratégica para promover a reflexão sobre esta problemática junto das equipas.

Esta atividade teve o objetivo de consciencializar os profissionais de saúde para o impacto do idadismo institucional nos adultos idosos e promover uma reflexão conjunta sobre práticas que, mesmo de forma involuntária, podem discriminar os idosos. Teve também o propósito de incentivar a adoção de melhores práticas alinhadas com os princípios éticos e deontológicos, garantindo que as decisões sejam baseadas nas necessidades e preferências individuais dos clientes, sem preconceitos. O idadismo é o preconceito baseado na idade das pessoas. Pode manifestar-se por meio de violência psicológica, verbal ou física e está presente em diversos setores da sociedade (Iversen et al., 2009). A OMS (2021) retrata o idadismo como um conceito multifacetado, que envolve três dimensões distintas — cognitiva (estereótipos); afetiva (preconceito); e uma dimensão comportamental (discriminação). O idadismo nos serviços de saúde manifesta-se através da discriminação, de preconceitos e estereótipos negativos, que limitam o acesso dessas pessoas e das suas famílias a recursos e serviços de saúde, reduzindo as suas oportunidades de tratamento, reabilitação e cura, com um forte impacto para a vida destes idosos (Iversen et al., 2009). O idadismo pode ser impercetível, moldando a perceção das pessoas idosas sobre as suas habilidades e necessidades. É essencial proteger os idosos, e o EE desempenha um papel crucial na defesa dos seus direitos, promovendo a igualdade no acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

A campanha decorreu ao longo de três dias e foi estruturada para promover uma reflexão profunda e interdisciplinar sobre o impacto do idadismo na prática clínica. A iniciativa incluiu a afixação de cartazes nas salas destinadas a enfermeiros, médicos e auxiliares, servindo como estímulo visual para uma sensibilização contínua e foi complementada por uma sessão de *brainstorming* informal centrada na autoconsciência profissional (Anexo II). Durante a campanha, enfatizou-se que o idadismo pode manifestar-se de múltiplas formas no quotidiano da prática clínica, muitas vezes de maneira subtil e inconsciente. Para fomentar uma reflexão estruturada e objetiva sobre esta problemática, foram apresentados exemplos concretos de situações-tipo, ilustrando de forma clara como essas manifestações podem comprometer a autonomia, dignidade e equidade na prestação de cuidados à pessoa idosa:

O uso de uma linguagem infantilizada e simplificada – muitas vezes, os idosos são tratados com condescendência, através de um discurso simplificado ou infantilizado, como se não tivessem a capacidade de compreender informações médicas complexas. Expressões como "vamos trocar a fraldinha"; "vamos ter de fazer uma piquinha"; "tem de ter cuidado com os docinhos" ou "nas análises, acusou um bicharoco, vamos ter de fazer antibiótico para ficar melhor" reforçam essa postura e minam a capacidade intelectual e autonomia do idoso (Shaw & Gordon, 2021). Esta reflexão pretendeu assegurar o cumprimento das disposições estabelecidas nas alíneas a) e c) do Artigo 102.º, referentes aos "valores humanos", conforme preconizado no Código Deontológico de Enfermagem (OE, 2015a).

O recurso a comentários e observações paternalistas – expressões como "não precisa de se preocupar com isso, é normal para a sua idade" transmitem uma visão redutora do envelhecimento e são exemplos de paternalismo que desvaloriza o potencial de recuperação ou autonomia dos idosos (Fernández-Ballesteros et al., 2019). Esta reflexão pretendeu assegurar o cumprimento das disposições estabelecidas na alínea e) do Artigo 102.º, referentes aos "valores humanos" (OE, 2015a).

A tomada de decisão sem envolvimento do idoso – em diversas ocasiões, o plano terapêutico é discutido diretamente com os familiares, ignorando a presença e a capacidade cognitiva do idoso. Esta prática pressupõe, de forma implícita, uma incapacidade que nem sempre corresponde à realidade, fragilizando o princípio da autodeterminação. Esta reflexão pretendeu assegurar o cumprimento das disposições estabelecidas do Artigo 105.º, referentes ao "Dever de Informação" (OE, 2015a).

Comentários estereotipados – entre os próprios profissionais, podem ocorrer conversas informais que perpetuem estereótipos negativos em relação aos idosos, expressões como "não vale a pena investir tanto, tem 87 anos!" reforçam a ideia de que o envelhecimento está intrinsecamente associado à fragilidade, dependência e irrelevância social. Esta reflexão pretendeu assegurar o cumprimento das disposições estabelecidas nas alíneas a) e c) do Artigo 103.º, referentes aos "direitos à vida e à qualidade de vida" (OE, 2015a).

Tratamentos diferenciados – as decisões terapêuticas podem ser influenciadas pelo fator etário, levando a opções por vezes menos sofisticadas, com base nos custos, sob a premissa de que os benefícios a longo prazo são reduzidos. Um exemplo emblemático é a abordagem das úlceras por pressão, em que clientes idosos podem ser alvo de intervenções menos eficazes em comparação com clientes mais jovens, sem que haja uma justificação clínica válida para essa diferenciação. Os idosos são frequentemente excluídos de ensaios clínicos para determinadas doenças, tendo a idade como critério de exclusão. No entanto, essa limitação impede que possam beneficiar de novas terapias ou intervenções que poderiam melhorar a sua saúde e qualidade de vida (Chang et al., 2020). Esta reflexão pretendeu assegurar o cumprimento das disposições estabelecidas nas alíneas a) Artigo 103.º, referentes aos "direitos à vida e à

qualidade de vida" (OE, 2015a).

A privação pela autonomia – há determinados momentos em que alguns profissionais de saúde tomam decisões pela pessoa idosa sem lhe apresentar as alternativas, negligenciando as suas preferências e a sua capacidade de escolha. Esse fenómeno pode ser observado, por exemplo, na prescrição de dietas, realização de exames invasivos e até na seleção de estratégias terapêuticas (Butterworth et al., 2020). O princípio do respeito pela autonomia encontra-se indissolúvelmente associado aos fundamentos da bioética principialista. Esta reflexão pretendeu ir ao encontro das disposições estabelecidas na alínea b) do Artigo 105.º, referentes ao "Dever de Informação" (OE, 2015a).

A privação da informação – muitas decisões clínicas são tomadas sem que o idoso seja devidamente esclarecido sobre os prós e contras de cada opção, assumindo-se, de forma paternalista, que determinadas escolhas são as "mais adequadas" sem o seu consentimento esclarecido. Por exemplo: alguns idosos necessitam de um registo rigoroso da diurese para a monitorização da resposta ao tratamento diurético. Sem discutir alternativas com o cliente, os profissionais decidem algaliá-lo, assumindo, que este não será capaz de colaborar no registo da sua diurese de forma autónoma (Butterworth et al., 2020). Esta reflexão procurou sensibilizar para o que está descrito nas disposições estabelecidas nas alíneas a) e b) do Artigo 105.º, referentes ao "Dever de Informação" (OE, 2015a).

O uso exagerado de restrições físicas ou sedação – o recurso excessivo a contenções físicas ou farmacológicas é uma prática recorrente nas pessoas idosos, frequentemente justificada como medida preventiva de quedas ou agitação, mas que, em muitos casos, desconsidera as alternativas menos invasivas e que respeitam a autonomia dos idosos. Esta reflexão pretendeu ir ao encontro das disposições estabelecidas na alínea b) do Artigo 110.º, referentes à "Humanização dos cuidados" (OE, 2015a).

A privação da identidade – os idosos são frequentemente desprovidos dos seus pertences pessoais, como próteses dentárias, aparelhos auditivos, objetos de valor afetivo ou roupas próprias, sob o argumento de "facilitar os cuidados". Essa atitude desconsidera a importância da individualidade e do bem-estar emocional na experiência hospitalar (Lloyd-Sherlock et al., 2016). Esta reflexão pretendeu sensibilizar para o cumprimento das disposições estabelecidas no Artigo 110.º, referentes à "Humanização dos cuidados" (OE, 2015a).

A privação dos direitos – a negligência estrutural do sistema de saúde em relação à geriatria perpetua o idadismo institucional. Em 2025, as pessoas idosas continuam a enfrentar desafios no acesso a cuidados de saúde adequados e personalizados. O desenvolvimento de serviços especializados em geriatria é uma necessidade urgente, e Portugal mantém-se como um dos poucos países da Europa ocidental cujo sistema de saúde não integra essa especialidade de forma estruturada (Amalberti et al., 2019). Esta reflexão pretendeu assegurar o cumprimento das disposições estabelecidas na alínea b) do no Artigo 104.º, referentes ao "direito ao cuidado"

(OE, 2015a).

Esta campanha não só sensibilizou as equipas para a identificação e desconstrução dessas práticas mas também fomentou um compromisso ético e profissional na prestação de cuidados mais equitativos e humanizados às pessoas idosas. No exercício da minha prática, assegurei sempre o cumprimento do disposto no n.º 1 do Artigo 8.º do REPE, adotando uma conduta responsável e eticamente sustentada, garantindo o respeito integral pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015c).

Outra das oportunidades que tive com a tutora foi discutirmos no âmbito da bioética, sobre a melhor forma de atuação das equipas na abordagem aos clientes com IC em fase terminal. Desta reflexão, surgiu a necessidade de se construir uma resposta articulada para a tomada de decisão conjunta, fazendo referência à importância da presença do EE, aquando da tomada de decisão para os cuidados de conforto. Esta reflexão resulta da observação da conduta de alguns profissionais, ainda muito centradas no modelo biomédico e, portanto, focalizadas na cura da doença, ultrapassando fronteiras que tocam o paradigma da distanásia. A distanásia levanta questões bioéticas significativas, desafiando os princípios de beneficência e não maleficência, fundamentais na prática de enfermagem (Ferreiral et al., 2018).

Um dos dilemas éticos com o qual deparei durante o ENPMI consiste na instituição de medidas, por vezes, antagónicas intituladas por cuidados de conforto em fase final de vida. Alinhada com a visão da enfermeira tutora, pude refletir criticamente do que resultou da observação e experiência prática da gestão dos cuidados de fim de vida. Os profissionais de saúde frequentemente enfrentam dilemas éticos ao tentarem equilibrar intervenções médicas e promoção do conforto do cliente. Embora a intenção seja proporcionar cuidados de conforto, a persistência de práticas como a manutenção do cateter urinário para monitorização da diurese, a realização de MCDT, a realização de procedimentos invasivos e a administração de antibióticos podem, paradoxalmente, aumentar o desconforto do cliente, desviando-se do objetivo principal de aliviar o sofrimento. Este paradoxo entre intervenções curativas e cuidados de conforto é amplamente discutido na literatura. A distanásia, ou obstinação terapêutica, refere-se à prática de prolongar a vida de uma pessoa em fase final de vida através de meios artificiais e desproporcionais, muitas vezes resultando em sofrimento adicional sem perspetiva de recuperação (Trigueiro et al., 2010). Por outro lado, a ortotanásia defende permitir que a morte ocorra de forma natural, evitando intervenções que unicamente prolongam a vida sem benefício real para o cliente (Runzer-Colmenares et al., 2024). A limitação terapêutica visa proporcionar conforto à pessoa, evitando a interferência no percurso natural da vida, bem como o prolongamento artificial do processo de morte, assegurando que a morte ocorra quando o organismo atinge um nível irreversível de deterioração — *"O direito à vida não implica a obrigação de mantê-la artificialmente a qualquer custo. Suspender o tratamento não é abreviar a vida, mas sim evitar a extensão de uma existência sem benefício para o indivíduo"* (Trigueiro et al., 2010, p. 723).

A reflexão culminou num debate para uma abordagem sistematizada com as equipas multidisciplinares sobre maturidade ética, motivando uma aliança entre o conhecimento teórico dos princípios éticos e a aplicação prática desses valores nos contextos de cuidados de fim de vida, evidenciando uma identidade moral consolidada, no sentido de haver uma resposta por parte dos profissionais alinhada com os mesmos critérios, de forma a que, a uma só voz, pudéssemos atuar privilegiando os cuidados de conforto no seu sentido absoluto. A reflexão ética sobre estas práticas destaca a importância de respeitar e promover um ambiente terapêutico que priorize o conforto e a dignidade da pessoa, evitando intervenções desnecessárias que possam prolongar o sofrimento. Sendo assim, é expectável que a gestão dos cuidados de fim de vida requeira uma abordagem equilibrada, que considere cuidadosamente os benefícios e os malefícios de cada intervenção, sempre com o objetivo de respeitar a dignidade e o conforto da pessoa.

No seguimento do anteriormente exposto, o EE não se mostra omissos, uma vez que possui conhecimento técnico-científico, além de deter um profundo entendimento ético, o que lhe permite realizar julgamentos críticos sobre as situações enfrentadas e as ações a serem desenvolvidas. Nas situações em que observei a decisão da limitação terapêutica, esta decorreu em conformidade com o quadro clínico irreversível, no qual as medidas terapêuticas instituídas não estavam a produzir qualquer impacto positivo na evolução da doença. A tomada de decisão visou, acima de tudo, garantir o conforto e a dignidade da pessoa em fim de vida, assegurando a continuidade da terapêutica analgésica para a prevenção do sofrimento. Paralelamente, esteve sempre presente o cuidado de manter os familiares informados de forma clara e transparente sobre a progressão da situação, sendo-lhes facultada a oportunidade de expressar a sua vontade e de acompanhar a pessoa em toda a fase terminal, promovendo um processo de despedida mais humanizado. Desta forma, foi respeitado o disposto nas alíneas a) e b) do Artigo 87.º — do Respeito pelo Doente Terminal, bem como a alínea b) do Artigo 91.º — Do Dever de Trabalhar em Articulação e Complementaridade com os Restantes Profissionais de Saúde, conforme preconizado no CDE (OE, 2015b).

Os ENPM I e II não se configuraram apenas como uma experiência prática de aprendizagem mas também como um espaço privilegiado para o fortalecimento das competências éticas e deontológicas da enfermagem, evidenciando o seu papel fundamental na evolução da qualidade dos cuidados. Nesse sentido, consciente da responsabilidade que recai sobre o EE, ao longo do ENP foram desenvolvidas competências alicerçadas no CDE e no REPE, assegurando a defesa dos direitos humanos e a promoção de uma prática profissional de excelência. Guiada pelos princípios de justiça e pelos valores que moldaram a minha prática ao longo dos anos, evolui, segundo o modelo de Benner, do nível de enfermeira Proficiente para Perita. Esta progressão traduziu-se na consolidação de um raciocínio clínico avançado, na capacidade de tomada de decisão intuitiva e fundamentada na experiência.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

À medida que ingressamos num novo paradigma na saúde, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem destaca-se como um alicerce essencial na edificação de um sistema de saúde resiliente e centrado no cliente. Nesta nova ordem, a prática de enfermagem direcionada à pessoa com doença crónica transcende a mera execução de procedimentos técnicos, evoluindo para uma arte que integra competência, empatia e uma incessante procura pela excelência. Reconhecendo a complexidade e a dinâmica dos ambientes nos quais os doentes crónicos estão inseridos, os enfermeiros enfrentam desafios constantes que exigem o aprimoramento contínuo das suas competências, a adoção de práticas fundamentadas em evidência e o desenvolvimento de uma cultura de segurança que priorize o bem-estar do cliente. A implementação de programas de melhoria contínua de qualidade tem-se revelado significativa na promoção de cuidados mais seguros e eficientes, refletindo diretamente na satisfação e na saúde dos clientes e dos seus familiares.

O EE, no que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, baseia-se em três competências essenciais — *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*; — *“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”* e — *“Garante um ambiente terapêutico e seguro”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estabelecidos pela OE (2001), enfatizam que a melhoria contínua da qualidade se estabelece numa ordem reflexiva, com base em seis enunciados descritivos — a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, o EE contribui significativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, ao mobilizar conhecimentos avançados, através de uma perceção aprofundada das diretivas desse espectro. Partilha experiências *gold standard* e promove ativamente a integração desses conhecimentos na prática diária dos cuidados. A qualidade em saúde irrompe como um conceito multifacetado que abrange a prestação de cuidados acessíveis, equitativos e de excelência, sempre considerando os recursos disponíveis e visando a satisfação da pessoa (OMS, 2020). De acordo com estes princípios, a qualidade dos serviços na área da saúde é medida pela eficácia, asseverando que os cuidados se fundamentem na melhor evidência disponível para todos os que deles necessitam. A DGS define qualidade em saúde como a prestação de cuidados que influenciam positivamente os resultados em saúde, enfatizando a importância da evidência científica e do conhecimento profissional.

A Joint Commission International (JCI) concetualiza a qualidade em saúde como a prestação de cuidados que resultam em benefícios para os clientes, minimizando os riscos e danos. Esta organização estabelece normas e diretrizes focadas na segurança dos clientes, incluindo seis metas internacionais de segurança (JCI, 2014), conforme exposto na Figura 7.

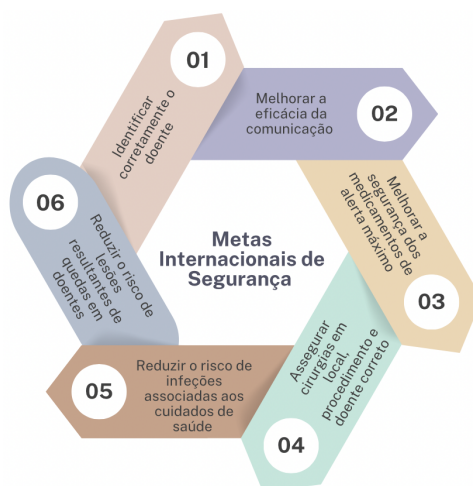


Figura 7: Metas internacionais de segurança

Fonte: Elaboração própria, adaptado de JCI (2014).

A mobilização de conhecimentos exige a aplicação da sabedoria adquirida, a assimilação de informações e a capacidade de reconhecer e utilizar esses dados de forma eficaz (ICN, 2019). Para alcançar essas metas, é essencial estabelecer diretrizes claras para a prevenção de eventos adversos, implementar estratégias de intervenção eficazes e realizar auditorias regulares para avaliação as práticas adotadas. Embora o erro seja inerente à condição humana, a nossa capacidade racional permite-nos desenvolver métodos e estratégias para os superar ou até mesmo eliminar. A melhoria contínua da qualidade em saúde requer, portanto, uma abordagem sistemática que inclua a avaliação constante das práticas, a implementação de programas de aprimoramento e a promoção de um ambiente terapêutico seguro. Os profissionais de saúde, especialmente os EE, desempenham um papel crucial nesse processo, colaborando na conceção e operacionalização de projetos focados na qualidade e participando ativamente na disseminação de práticas baseadas na melhor evidência. Além disso, a gestão do ambiente centrado na pessoa é considerada fundamental para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes. Atuar proactivamente na promoção de um ambiente adequado ao bem-estar do cliente e na gestão de riscos são responsabilidades intrínsecas ao exercício profissional, conforme delineado nos padrões de qualidade estabelecidos pela OE (2001). A qualidade em saúde é alcançada através da integração de práticas baseadas em evidências, respeito pelos princípios humanos e adaptação às necessidades individuais dos clientes e das suas famílias, com o objetivo de proporcionar cuidados de excelência e promover a satisfação e o bem-estar da população.

Importa referir, que a razão que se prendeu com a escolha deste local de estágio em específico não foi aleatória, fundamentando-se pela sua filosofia ULS. Estes modelos são reconhecidos como sendo epicentros de qualidade, utilizando uma abordagem sistémica e integrada para práticas de melhoria contínua da qualidade, incorporando diferentes níveis de cuidados de saúde — primários, hospitalares e continuados — numa estrutura lógica e coesa, combatendo

assim a fragmentação das respostas de saúde. Além disso, consolidou-se como o primeiro hospital público português a obter a certificação conforme os critérios do Manual Internacional de acreditação de hospitais do HQS, refletindo o compromisso desta instituição com a excelência na prestação de cuidados de saúde. Antes desta distinção, o hospital já havia assegurado a certificação do Sistema de Gestão da Qualidade segundo a norma ISO 9001:2000, aplicada aos serviços de Anatomia Patológica e Hemoterapia. A renovação da acreditação inicialmente obtida em 2002 pelo HQS veio reforçar a credibilidade da unidade hospitalar, garantindo-lhe agora uma certificação global, que atesta a qualidade e a segurança dos seus serviços a nível internacional.

Ao longo do estágio, em ambos os momentos, procurei desenvolver um conjunto de atividades fundamentais para a prestação de cuidados de excelência. Pude identificar lacunas de conhecimento e oportunidades para aprimorar os cuidados prestados. Observei comportamentos e procedimentos que poderiam beneficiar de ações de sensibilização para a adoção de práticas seguras. Revi e analisei as normas e programas da DGS relativos ao controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, li o manual de controlo de infeção da PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos), implementadas no local de estágio, e assegurei que a minha prática clínica estivesse alinhada com as melhores práticas de prevenção e controlo de infeções. Para abordar essas questões, incentivei a equipa de enfermagem a refletir sobre as áreas que necessitavam de melhorias para promover a segurança nos cuidados. Conduzi debates com a equipa de enfermagem para colmatar as deficiências identificadas, reforçando o compromisso com a qualidade e a segurança na prestação dos cuidados.

A qualidade nos serviços de saúde está também intrinsecamente ligada à eficácia da interação e comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado e, consequentemente, pela segurança do cliente. No ENPMI, tive a oportunidade, numa das entrevistas que tive com a enfermeira gestora, de refletir criticamente sobre a necessidade de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, relativamente à comunicação da informação durante a transição de cuidados na passagem de turno, apontada como uma das fragilidades do serviço não só pela sua metodologia vigente, como pelo ruído tóxico existente. Partilhamos os ideais da metodologia ISBAR, como uma estratégia a ser implementada pela equipa num futuro próximo, sendo uma das áreas que detinha experiência e um nível de competente, dado a utilização desta técnica no meu contexto profissional. Desta forma, pude aprofundar os meus conhecimentos neste domínio, contribuindo diretamente na arquitetura e planificação da implementação deste projeto, culminando na aquisição desta competência num nível mais avançado (Benner, 2001).

Conforme padronizado pela DGS (2017a), para asseverar a segurança do cliente durante a transição de cuidados, é essencial o recurso a uma comunicação estruturada e eficaz na partilha de informações, recomendando a padronização dessa comunicação através da mnemónica

ISBAR - Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação.

De forma a evitar cair em redundâncias, posteriormente, ao detalhar as atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas do EE em médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, abordarei de maneira mais pormenorizada o desenvolvimento de competências indexadas aos objetivos específicos delineados que compreendem, também, este domínio.

Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências do EE no domínio da gestão de cuidados estão estruturadas em duas competências: *“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”* e *“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Neste contexto, a gestão dos cuidados destaca-se como central no exercício profissional do EE, englobando habilidades que asseguram a excelência dos serviços prestados, refletindo-se na segurança dos clientes. O EE exerce funções orientadas para a organização do trabalho e a gestão dos recursos humanos, criando condições favoráveis para a prática de cuidados eficazes tanto para os clientes quanto para os profissionais de saúde. Ao adotar uma atitude proativa na administração dos cuidados, o EE procura aprimorar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, demonstrando um compromisso intrínseco com a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, fortalecendo, assim, uma prática profissional sólida.

No âmbito do cuidado à pessoa em situação crónica, caracterizada por múltiplas comorbilidades, necessidade de intervenções terapêuticas contínuas e coordenação entre diversos níveis de cuidados de saúde, o EE assume um papel crucial. Este profissional é responsável por coordenar os cuidados e servir como elo de ligação entre a pessoa e o sistema de saúde, assegurando uma transição eficaz entre os diferentes contextos de cuidados, promovendo a continuidade dos cuidados. Além disso, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades específicas para identificar intervenções especializadas, conceber, implementar e avaliar planos de cuidados personalizados, em parceria com a pessoa e família, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. O EE destaca-se pela habilidade de identificar momentos oportunos para “negociar com” ou “encaminhar para” outros profissionais de saúde, demonstrando uma visão holística na gestão de casos clínicos. Ao otimizar o desempenho da equipa, o EE revela um profundo entendimento das políticas, procedimentos e legislações relacionadas com a gestão de cuidados. Isso é alcançado através da implementação de métodos organizacionais adequados, coordenação eficaz da equipa e competência na negociação dos recursos necessários para garantir a qualidade dos cuidados, evidenciando uma abordagem estratégica na administração desses recursos.

Para que o enfermeiro seja reconhecido como um elemento líder dentro das equipas, é fundamental que, além das competências técnicas, possua habilidades comunicacionais e relacionais que lhe garantam a atenção, aprovação e respeito dos pares. Esta necessidade torna-se ainda mais premente quando o enfermeiro assume uma posição de liderança, como a coordenação de equipas ou de projetos. Nesse contexto, a liderança requer a capacidade de gerir conflitos, promover a coesão entre os membros da equipa e estabelecer uma comunicação interpessoal sólida.

Durante o ENP, realizei algumas entrevistas informais com a enfermeira gestora do serviço de Medicina Interna e com os enfermeiros tutores dos dois módulos de estágio para obter informações detalhadas sobre a estrutura e o funcionamento dos locais de estágio. Observei atentamente a dinâmica funcional e organizacional dos serviços e consultei manuais e protocolos específicos de cada área. Mantive uma postura proativa e crítico-reflexiva no processo de aprendizagem, demonstrando a capacidade de colaboração e trabalho em equipa. Compreendi a dinâmica relacional da equipa multidisciplinar nos diferentes contextos de estágio. Pude avaliar o modelo de gestão vigente nos serviços, observando simultaneamente a prática profissional em ação. Participei ativamente na gestão dos cuidados de enfermagem. Envolvi o cliente e a sua família no processo de cuidados, utilizando uma linguagem clara e adequada, estabelecendo uma escuta ativa e empática. Reconheci as dificuldades de compreensão por parte dos clientes e dos seus familiares, comunicando de forma assertiva para promover a segurança e confiança na equipe de cuidados. Identifiquei as necessidades, medos e preocupações que mais os inquietavam durante o processo de doença, reconhecendo os desafios enfrentados no processo de transição saúde-doença, sempre através de uma comunicação clara e humanizada.

De igual forma, e para evitar redundâncias, abordarei posteriormente, ao detalhar as atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, o desenvolvimento detalhado das competências relacionadas com os objetivos específicos delineados, no âmbito deste domínio.

Domínio das Aprendizagens Profissionais

As competências do EE no domínio das aprendizagens profissionais assentam em duas competências: *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”* e *“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

O EE deve sustentar as suas decisões e intervenções com base em conhecimento científico, pertinente e atualizado. É fundamental que desenvolva autoconhecimento para proporcionar cuidados eficazes, promovendo uma abordagem reflexiva que resulte no desenvolvimento pessoal e profissional, constituindo a formação contínua uma peça central. Este percurso formativo permite adquirir novas competências e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015a). Nesse contexto, identifiquei necessidades formativas específicas e aproveitei

oportunidades de aprendizagem, participando ativamente em sessões de formação nos serviços, fundamentais para o meu desenvolvimento na prestação de cuidados especializados. Além disso, os conteúdos abordados nas UC ao longo do curso, bem como as experiências adquiridas nos diferentes momentos de estágio, foram determinantes no meu processo de aprendizagem.

A procura ininterrupta por conhecimento científico que marcou o percurso de todo este estágio procurou aprofundar o autoconhecimento e aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, estando em consonância com o disposto no Artigo 97.º, n.º 1, alínea a) do CDE. Este artigo estabelece que os membros da Ordem devem *"exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem"* (OE, 2015a, p.3). Reconhecer os próprios limites, tanto pessoais quanto profissionais, e estar ciente da influência individual na dinâmica profissional são características essenciais do EE, as quais foram trabalhadas durante o estágio. O EE, pelas competências que lhe acresce, demonstra elevada flexibilidade individual e capacidade de adaptação organizacional, gerindo emoções de forma eficaz mesmo sob pressão. A sua notabilidade de antecipação e resolução de conflitos contribui para um ambiente de trabalho harmonioso, essencial na coordenação e gestão interpessoal. A experiência adquirida nos estágios e a interação com as equipas multidisciplinares impulsionaram o crescimento profissional, fortalecendo competências de comunicação e gestão emocional. A dimensão do *eu* e a relação com o *outro* são enfatizadas, evidenciando que o EE gere astuciosamente as suas particularidades na construção das relações profissionais (OE, 2015a).

Com o intuito de maximizar a minha aprendizagem e de forma a consolidar o meu desenvolvimento profissional, procurei a aquisição de conhecimento através da pesquisa em bases de dados e repositórios científicos, manuais, bem como a partilha de experiências com os enfermeiros orientadores, com a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar. Participei em diversas formações na área da pessoa em situação crónica, o que me permitiu aprofundar conhecimentos em diferentes domínios relevantes para a prática clínica. Frequentei a formação "Aconselhamento Breve para a Promoção da Atividade Física por Profissionais de Saúde – 2.ª edição", promovida pela DGS através da plataforma NAU (30 horas). Ainda nesta plataforma, completei a formação "Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento", com 1 ECTS e 16 horas de contacto. Adicionalmente, participei em várias ações de formação, nomeadamente: "Ventilação Não Invasiva" (8 horas); "Cuidados em Geriatria" (6 horas); "Risco — resíduos alimentares" (2 horas); "Desafios da comunicação" (16 horas), bem como no "25.º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral" da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (12 horas). Estas experiências formativas contribuíram para a consolidação de competências essenciais à prestação de cuidados.

Durante todo o percurso dos ENPMI e II, as enfermeiras tutoras revelaram-se fundamentais

nesta trajetória. O constante incentivo a momentos de reflexão, contribuíram para a minha capacidade reflexiva, fortalecendo o reconhecimento das minhas competências como futura EE. Os constantes debates, as reflexões críticas e a partilha de conhecimentos e experiências foram cruciais para o desenvolvimento de um perfil profissional alinhado com os princípios da enfermagem avançada. Essas interações fomentaram uma prática reflexiva que fortaleceu as minhas competências teóricas e práticas, capacitando-me a enfrentar os desafios complexos de uma prática especializada. Além disso, promoveram uma cultura de aprendizagem contínua, essencial para o exercício profissional.

Ao longo da exposição das atividades desenvolvidas no preâmbulo dos demais objetivos e competências adquiridas, procurarei evidenciar a transversalidade das aprendizagens e assertividade refletindo a progressão contínua do conhecimento e a sua aplicação prática. Este percurso, marcado por uma evolução reflexiva e crítica, traduz-se na consolidação do nível de proficiência neste domínio, reafirmando a maturidade clínica e a capacidade de intervenção especializada.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Partindo do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas (Anexo III), previamente delineado, como base metodológica e uma postura crítico-reflexiva como alicerce, procederei à descrição e análise das atividades desenvolvidas, procurando enaltecer o modo como estas contribuíram para a conceção de novos saberes e aprendizagens, bem como para a consolidação das minhas competências profissionais. A orientação subjacente a este percurso formativo pauta-se pelos referenciais estipulados pela OE, no que concerne às competências específicas do EE em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, tendo por base as respostas humanas aos processo de vida e problemas de saúde, designadamente — *"cuidar da pessoa e dos seus familiares/cuidadores durante a vivência da doença crónica"* — e *"maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e a família/cuidadores, igualmente diante da experiência de cronicidade"* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19368).

A seleção de um referencial teórico constitui um pilar essencial na prática clínica especializada, fortalece a tomada de decisão e confere coerência e profundidade ao raciocínio clínico. A sua adoção não só orienta a interpretação e a compreensão dos fenómenos observados como também estrutura e delinea os objetivos e intervenções no contexto da prática, permitindo uma avaliação criteriosa dos resultados alcançados. Além disso, um referencial teórico robusto favorece a qualificação dos cuidados prestados, promovendo uma gestão mais eficiente das transições das pessoas ao longo do *continuum* de cuidados e garante um suporte mais humanizado e eficaz, tanto no contexto de internamento como no ambiente domiciliário.

Neste sentido, a escolha de referenciais teóricos como a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a

Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca de Barbara Riegel justifica-se pela sua relevância na abordagem à pessoa com IC e que resultou de uma vasta pesquisa sobre quais os modelos teóricos que melhor fundamentam a complexidade da vivência da pessoa com doença crónica. Estas teorias oferecem um enquadramento conceptual que permite compreender os desafios inerentes à adaptação e à autogestão da doença, além de orientarem a implementação de estratégias de enfermagem que potenciem a capacitação dos clientes e a otimização dos cuidados. Assim, a fundamentação teórica constitui um elemento indissociável de uma prática de enfermagem avançada, reflexiva e sustentada na melhor evidência científica disponível.

A Enfermagem na área da pessoa em situação crónica configura-se como um campo de atuação especializado que integra um conjunto abrangente e sistematizado de intervenções, conduzidas pelos enfermeiros, com o objetivo de responder às necessidades complexas das pessoas ao longo do *continuum* da doença. Estes cuidados, de caráter contínuo e adaptativo, são prestados em diferentes contextos, nomeadamente hospitalar, domiciliar e comunitário, e abrangem a prevenção da progressão da doença, a promoção de estilos de vida saudáveis e o fortalecimento de processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico. Fundamentam-se, ainda, na capacitação da pessoa, família e dos cuidadores, de modo a facilitar a vivência da condição crónica e permitir a redefinição de um projeto de saúde que se alinhe com as implicações da doença e com a otimização da qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A conceção de enfermagem no cliente com IC radica numa visão sistémica e centrada na pessoa, valorizando o *empowerment* para a promoção de comportamentos de autocuidado e autogestão, o reconhecimento das mudanças impostas pela doença e a necessidade de parcerias terapêuticas efetivas. Os referenciais teóricos de Meleis, Orem e Riegel complementam-se ao elucidar as dimensões do processo de transição, o papel central do autocuidado e a importância de estratégias específicas para a autogestão da IC, culminando num cuidado de enfermagem holístico, humanizado e suportado pela melhor evidência disponível.

Para uma integração eficaz no serviço, foi essencial começar por compreender a sua organização e dinâmica operacional. Tornou-se indispensável familiarizar-me com a estrutura física do serviço, os circuitos internos, os fluxos de articulação com outras unidades, bem como a localização dos diferentes materiais clínicos. Além disso, a consulta de normas e protocolos institucionais foi fundamental para garantir a conformidade com as melhores práticas e poder refletir sobre o conhecimento teórico e a prática clínica. A interação com os diferentes membros da equipa de saúde permitiu a construção de uma comunicação eficaz, facilitando uma participação autónoma e proativa na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e à sua família.

Realizei uma pesquisa de evidência científica sobre os conceitos fundamentais da pessoa com IC, com o objetivo de sustentar a minha prática clínica na melhor evidência científica disponível. Esta análise incluiu a revisão dos mecanismos fisiopatológicos, critérios de classificação, *guidelines* internacionais e estratégias terapêuticas mais atualizadas. A aquisição deste conhecimento permitiu-me desenvolver uma intervenção mais fundamentada, crítica e direcionada, garantindo que a tomada de decisão e as intervenções terapêuticas de enfermagem adotadas fossem sustentadas por um referencial científico sólido e alinhadas com as melhores práticas de cuidados. Aprofundei os critérios de classificação segundo a New York Heart Association (NYHA), que permitiram estratificar os doentes de acordo com a gravidade dos sintomas e orientar a tomada de decisão (Homem et al., 2021). Esta base teórica possibilitou uma avaliação mais criteriosa, facilitando a recolha de dados e a identificação precoce de sinais de descompensação e a personalização de intervenções. Reforçou a importância da adoção de estratégias de monitorização das pessoas com IC para prevenir complicações e reduzir as hospitalizações evitáveis. As *guidelines* recomendam uma avaliação sistemática dos sinais e sintomas como a dispneia, edemas periféricos, aumento ponderal súbito (Byrne et al., 2023). A familiarização com os indicadores laboratoriais e exames complementares, permitiu-me refinar todo o processo de cuidados, sobretudo o conhecimento do BNP/NT-proBNP (N-terminal pro-Peptídeo Natriurético tipo B) para um olhar mais crítico na avaliação da sobrecarga cardíaca; a creatinina e ureia para monitorização da função renal em relação ao uso de diuréticos; o recurso à telemetria e eletrocardiograma para deteção de arritmias e função ventricular. A incorporação destes dados na avaliação clínica permitiu-me atuar precocemente na gestão da IC, ajustando estratégias terapêuticas. Esta diferenciação revelou-se essencial para a conceção e discussão dos planos de cuidados com as minhas tutoras.

A gestão da IC exige uma abordagem multimodal, integrando aspetos farmacológicos e não farmacológicos. O enfermeiro, dotado de conhecimento e capacidade para a tomada de decisão no âmbito do RT medicamentoso na abordagem à pessoa com IC assume um papel determinante, sobretudo no que diz respeito a estes quatro grupos farmacológicos — IECA/ARA/ARNI, BB, ARM e ISGLT2 —, uma vez que constituem a base da terapêutica modificadora da doença, com impacto na redução da mortalidade, hospitalizações e progressão da doença, exigindo um acompanhamento rigoroso para otimizar a adesão, monitorizar efeitos adversos e garantir a segurança e eficácia do tratamento. Os IECA são responsáveis pelo relaxamento dos vasos sanguíneos, reduzindo a pressão arterial, fazendo com que seja mais fácil bombear o sangue. Os ARA, que têm uma ação semelhante aos IECAS, mas consideravelmente mais caros. Os ARNI, atualmente indicados em pessoas com IC-FEr, reduzem a tensão do esforço cardíaco, pela sua associação. Os ARM ajudam na redução da pressão arterial e na congestão. Os Betabloqueadores melhoram a função ventricular e a redução da resposta simpática exacerbada. Os diuréticos utilizados no controlo da sobrecarga volémica e alívio sintomático. Os iSGLT2, como cardioprotetores, independentemente da presença de DM,

são indicados na IC-FEr. O conhecimento aprofundado de diuréticos e o domínio sobre o uso de drogas inotrópicas, como levosimendan, tornou-se particularmente relevante, dada a sua aplicação na IC avançada (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023; Reis et al., 2023).

Além disso, as pessoas com IC são um grupo particularmente suscetível à problemática da adesão às terapêuticas medicamentosas, pois estes apresentam um RT bastante complexo e por vezes com necessidade de reajustes constantes, o que requer do EE um conhecimento aprofundado sobre estratégias individualizadas às necessidades de cada pessoa, sobretudo aquelas que apresentam compromisso no RT medicamentoso, com o propósito de incentivá-las a utilizarem o seu potencial para o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos de autocuidado e autogestão do RT medicamentoso.

As intervenções não farmacológicas desempenham, igualmente, um papel crucial na gestão da pessoa com IC, destacando-se a educação como uma estratégia essencial para a capacitação da pessoa na autogestão da sua doença (Lorig & Holman, 2003). A transmissão de conhecimento visa promover a compreensão aprofundada da doença e do seu prognóstico, reforçando a importância da adesão ao RT, como a necessidade de uma dieta orientada para a restrição de sódio, a restrição hídrica e os seus fundamentos fisiopatológicos, bem como a integração de um regime adequado de exercício físico. A identificação precoce de sinais e sintomas de alarme através de estratégias como a monitorização diária do peso para a vigilância de sinais de retenção de líquidos, a vigilância do surgimento de edemas, a monitorização da PA, FC e saturação de oxigénio são essenciais (Homem et al., 2021). De acordo com as *guidelines* da European Society of Cardiology (ESC), no âmbito da educação para o desenvolvimento de competências de autocuidado esta deve ser uma intervenção estruturada, inserida numa abordagem multidisciplinar, abrangendo tópicos fundamentais como a definição, etiologia e trajetória da doença, a monitorização de sinais e sintomas, o RT, além de aspetos como viagens, lazer, imunização, sono, problemas respiratórios, dispositivos implantáveis, intervenções cirúrgicas, atividade sexual, cessação tabágica e consumo de substâncias recreativas (Byrne et al., 2023).

Deste modo, a aquisição de competências em intervenções não farmacológicas não se limita à transmissão de informação, mas caracteriza-se pela consolidação de conhecimento que permita à pessoa envolver-se e consciencializar-se, permitindo atuar ativamente na gestão da IC, promovendo uma maior autonomia, autoeficácia e qualidade de vida. A evidência demonstra que a adesão ao RT e o envolvimento ativo da pessoa e da família são fatores essenciais para o sucesso da gestão da IC (Homem et al., 2021). A revisão de literatura realçou a eficácia do apoio emocional e motivacional, essencial para combater o impacto psicológico da IC, prevenindo ansiedade e depressão associadas à limitação funcional (Gagne & Deci, 2005). A integração destes princípios na abordagem à pessoa com IC permitiu desenvolver competências na promoção do autocuidado e da autogestão, contribuindo para minimizar o impacto da

progressão da doença e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com IC.

A pesquisa contínua ao longo do ENP foi determinante para o aprimoramento da minha *expertise* na gestão da pessoa com IC. A compreensão aprofundada da fisiopatologia, a identificação precoce de complicações e as estratégias terapêuticas e promoção do autocuidado e autogestão fortaleceram a capacidade de intervenção proativa na estabilização da pessoa com IC, como também reforçaram a necessidade de uma abordagem integrada e centrada na pessoa, alinhada com o exercício de uma enfermagem avançada.

Dessa forma, o conhecimento teórico aprofundado norteou a estratégia de recolha de dados, tornando-a mais direcionada e estruturada, o que, por sua vez, facilitou a identificação precoce de complicações e a personalização das intervenções. Esse processo foi essencial para aperfeiçoar a minha habilidade na avaliação de fatores preditores de descompensação, contribuindo para um planeamento de cuidados assentes numa enfermagem avançada. A estruturação das terapêuticas de enfermagem, através do PE, baseia-se na elaboração de um plano sistemático de cuidados. Este processo organiza-se em cinco etapas interdependentes e sequenciais, essenciais para a tomada de decisão e prestação de cuidados de qualidade — colheita de dados, formulação do diagnóstico, planeamento das intervenções, implementação das ações terapêuticas e avaliação dos resultados. Estas fases articulam-se entre si, promovendo um raciocínio crítico e estruturado, orientado para a identificação e resolução das necessidades da pessoa (Barros et al., 2022).

A colheita de dados assume um papel essencial no PE, permitindo a identificação das necessidades da pessoa e a conceção dum plano de cuidados individualizado. A experiência adquirida junto das enfermeiras tutoras foi determinante para o aperfeiçoamento da capacidade da recolha de dados clínicos para a identificação precoce das complicações associadas à IC. Através da observação e prática, tanto no serviço de Medicina Interna como na EDCC, pude compreender a importância da avaliação sistemática, o que permitiu antecipar descompensações, reforçar comportamentos de autocuidado e melhorar a qualidade de vida destas pessoas. A otimização da qualidade de vida das pessoas com IC depende essencialmente de uma gestão eficaz dos sinais e sintomas, permitindo minimizar o impacto da doença e favorecer a estabilidade clínica (Riegel et al., 2018; Sousa et al., 2021).

Durante o ENPMI e Momento II, a observação e participação ativa na avaliação das pessoas com IC foram essenciais para consolidar a minha capacidade de identificar sinais e sintomas de descompensação. Entre as estratégias na recolha de dados mais relevantes no domínio da prevenção de complicações, destaco a observação do padrão respiratório e possíveis sinais de dispneia através da verificação da presença de ortopneia, taquipneia, polipneia ou uso de músculos acessórios, indicando possível congestão pulmonar. Também a avaliação de edemas nos membros inferiores e a monitorização do peso diário, correlacionando-a com a retenção de líquidos, também são essências, bem como a identificação de sinais de cansaço extremo ou

fadiga, associados à redução do débito cardíaco e congestão pulmonar, através da observação da capacidade da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD). O exame físico e a avaliação hemodinâmica através da monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca permitiram a identificação de hipotensão ortostática ou hipertensão, taquicardia ou bradicardia, arritmias que podem agravar a função cardíaca. Destaco ainda o acompanhamento dos resultados analíticos, como a evolução dos biomarcadores BNP/NT-proBNP, sendo um preditor do agravamento cardíaco, a análise da função renal e eletrólitos, essenciais para vigiar possíveis complicações relacionadas com o uso de diuréticos, os níveis de ferro que têm consequências diretas na capacidade funcional e na qualidade de vida do doente com IC, incluindo maior fadiga e intolerância ao esforço, agravamento da função ventricular, progressão mais rápida da IC, sendo também um preditor do risco de descompensações (Homem et al., 2021). Por último, a vigilância da telemetria, permitindo a deteção precoce de arritmias e disfunção ventricular. Uma das competências do EE é atuar antecipadamente nos fatores de risco e nas complicações inerentes à IC.

No decorrer do estágio, tive inúmeras oportunidades em que a recolha sistemática e crítica de dados clínicos permitiu antecipar complicações e evitar a evolução para situações de maior gravidade. A capacidade de observar alterações subtis no estado do cliente, interpretar sinais e sintomas e correlacioná-los com o quadro clínico foi essencial para garantir intervenções rápidas, seguras e fundamentadas. Esta experiência reforçou a importância da colheita de dados como competência-chave na prática de enfermagem, não apenas para o planeamento de cuidados mas sobretudo para a prevenção de descompensações clínicas e promoção da segurança da pessoa.

No contexto da importância da recolha de dados, tive a oportunidade de refletir criticamente com a enfermeira tutora sobre a abordagem adotada na admissão da pessoa com IC, identificando algumas limitações e oportunidades de melhoria no processo de recolha de dados e planeamento de cuidados. Uma das questões que emergiu dessa análise foi o facto da avaliação inicial do cliente, conduzida através do algoritmo pré-definido do SClinico®, ser genérica e transversal a todas as patologias, não contemplando uma abordagem específica para as pessoas com IC. Esta padronização, embora essencial para garantir um registo estruturado, revelou-se insuficiente para captar as reais necessidades de autocuidado destes clientes, o que compromete a personalização da intervenção de enfermagem e consequentemente o planeamento adequado para a preparação da alta hospitalar. Nesse sentido, a reflexão com a enfermeira tutora centrou-se na importância de integrar ferramentas complementares que permitam uma avaliação mais objetiva quanto às necessidades de autocuidado na pessoa com IC. A capacidade de autocuidado é um determinante absoluto no prognóstico da IC, influenciando diretamente a adesão ao regime terapêutico, a prevenção de descompensações e a qualidade de vida da pessoa. A ausência de instrumentos estruturados para medir comportamentos de autocuidado pode levar a uma subestimação dos reais obstáculos do

autocuidado e, conseqüentemente, a intervenções genéricas por parte dos enfermeiros que não atendem às suas necessidades específicas (Jaarsma et al., 2003).

Dos múltiplos instrumentos difundidos pela comunidade científica, destacam-se a escala Self-Care of Heart Failure Index v6.2 (SCHFI V6.2) (Riegel et al., 2009) traduzida e testada para a população portuguesa, adotando o nome de Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca — EACPIC (Marques et al., 2016) e a European Heart Failure Self-care Behaviour Scale — EHFSBS-9 (Vellone et al., 2014), traduzida e testada para a população portuguesa, adotando o nome de Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca — EEAIC (Pereira, 2013). Desta forma, discutimos a pertinência do uso da EEAIC, como uma ferramenta complementar à avaliação inicial, direcionada para as pessoas com IC. A utilização deste instrumento permite uma identificação mais precisa dos fatores que comprometem o desempenho do autocuidado, possibilitando a formulação de um plano de cuidados individualizado, que não abordasse apenas a doença em si mas também as capacidades e dificuldades específicas do cliente na autogestão da IC. Além disso, esta reflexão evidenciou a necessidade de se repensarem as estratégias de educação para a saúde no contexto da IC. Verificou-se que, muitas vezes, a educação fornecida à pessoa e à sua família, durante o internamento, é genérica, centrada em recomendações genéricas que podem não responder adequadamente às necessidades individuais de cada pessoa. A utilização sistemática deste instrumento enriqueceria a recolha de dados e apoiaria a formulação de diagnósticos de enfermagem mais ajustados. Com base nesses diagnósticos, é possível definir objetivos realistas e planear intervenções individualizadas, centradas na capacitação da pessoa e da família. Esta reflexão reforça a importância de estratégias educativas personalizadas, em detrimento de abordagens generalistas, promovendo ganhos efetivos em saúde e maior autonomia na gestão da IC.

Esta partilha e reflexão reforçou a importância de uma abordagem de enfermagem que vai além da avaliação standardizada, incorporando ferramentas que permitam uma leitura mais aprofundada das reais necessidades das pessoas com IC. Assim, desde a admissão do cliente, poderia ser estruturado um plano de intervenção que garantisse não só a estabilização clínica durante o internamento mas também a capacitação progressiva do doente para o autocuidado, mais especificamente a autogestão da doença e, com isso, promovendo uma transição mais segura e eficaz para o domicílio.

No contexto do ENPMII, foi realizada uma análise da casuística da IC nas diferentes equipas de enfermeiros gestores de casos, com especial ênfase nos níveis I e II. Através desta análise, verificou-se que 83 % dos clientes inseridos no programa do nível I apresentavam diagnóstico de IC, enquanto no nível II essa prevalência ascendia a 89 %. Em ambos os níveis, estas pessoas teriam duas ou mais patologias crónicas, além da IC. Estes dados sublinham o impacto significativo da IC na população com multimorbilidades, evidenciando a complexidade clínica e a necessidade de abordagens diferenciadas e estratégias de gestão integradas para a otimização

dos cuidados prestados. Apesar da vasta aplicação de instrumentos e escalas de avaliação neste contexto comunitário, a análise crítica-reflexiva deste processo revelou uma fragilidade importante — a ausência da recolha de dados que permitam caracterizar a forma como as pessoas com IC gerem a sua doença.

Esta constatação suscitou uma reflexão importante com a minha tutora sobre a aplicação indiscriminada de escalas, sendo que a multiplicação de ferramentas de medição se sobrepõe à sua relevância clínica e contextualização individualizada. Esta tendência pode resultar numa abordagem burocratizada e mecânica, na qual o foco se desloca da compreensão da pessoa para a mera quantificação de parâmetros, muitas vezes desprovidos de aplicabilidade real na tomada de decisão. Quase como uma síndrome, privilegiando-se a multiplicidade de instrumentos sem uma adaptação criteriosa ao contexto real do doente. As escalas aplicadas revelaram-se instrumentos extremamente exaustivos, com mais de 30 itens e que não abordavam os comportamentos de autocuidado da IC, mas antes problemas de saúde detetados no dia a dia. A reflexão sobre a importância da escolha de instrumentos adequados na colheita de dados e validados para a população com IC teve como propósito a colheita de dados de comportamentos de autocuidado, utilizando uma ferramenta leve e intuitiva — *user-friendly*, como o caso da EEAIC (Homem et al., 2021). Esta adequação facilitaria a identificação das necessidades de comportamento de autocuidado na IC, com foco na autogestão da doença (Riegel et al., 2018).

A partir desta análise reflexiva, optei por utilizar a EEAIC nos contactos com os clientes com IC, evidenciando a sua relevância e aplicabilidade na estratificação do autocuidado da pessoa com IC. Esta abordagem permitiu uma colheita de dados mais precisa das necessidades específicas de autocuidado, como também a definição mais criteriosa da intencionalidade e intensidade das intervenções de enfermagem, garantindo a sua adequação ao perfil clínico e funcional da pessoa. Além disso, a EEAIC revelou-se um instrumento valioso na monitorização de resultados, possibilitando a comparação evolutiva dos comportamentos de autocuidado ao longo do acompanhamento pela equipa de suporte a doentes crónicos complexos. No futuro, a sua aplicação poderá constituir-se útil na medição de indicadores de resultado, demonstrando o antes e o depois da intervenção da equipa, projetando o sucesso destes programas e conferindo visibilidade para o investimento neste tipo de programas de educação para a autogestão da doença (Lopes et al., 2018).

No seguimento da importância da colheita de dados, recordo uma das visitas domiciliárias, relatada no plano de cuidados enunciado no Capítulo Três. Aquando da recolha de dados para confirmar ou refutar diagnósticos no domínio dos processos corporais, pude verificar que o cliente estaria hipotenso, desidratado, com diminuição dos edemas, obstipado e com secreções mais espessas. Neste contexto, solicitei ao cliente que explicasse como estaria a fazer a medicação, para explorar todos os cenários possíveis nesta linha de raciocínio. Aquando da avaliação dos comportamentos de autogestão do regime medicamentoso, percebo que estaria a

tomar diariamente a metolazona, ao invés de tomar apenas às segundas-feiras, conforme prescrito. Este sentido da procura das razões revela a importância de uma eficiente recolha de dados. Este episódio evidencia a centralidade da recolha de dados rigorosa e estruturada, permitindo a identificação precoce de fatores de risco e complicações evitáveis. Mais do que um ato de obter informações, a recolha de dados em enfermagem traduz-se num processo ativo de interpretação, sendo a escuta atenta e a análise avançada essenciais para garantir a segurança e a eficácia dos cuidados prestados. Um dos propósitos fundamentais dos cuidados de enfermagem é promover uma adaptação saudável às transições vivenciadas pela pessoa, facilitando a aquisição de novas competências ajustadas às suas experiências de saúde-doença. Para isso, torna-se essencial uma identificação precoce e precisa das necessidades do doente, permitindo a implementação e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas às suas necessidades de autocuidado.

Em Portugal, o conhecimento em enfermagem encontra-se sistematizado na Ontologia de Enfermagem, desenvolvida pela ESEP e aprovada pela OE. Atualmente, na sua terceira versão, esta ontologia visa padronizar a linguagem da prática de enfermagem, promover a interoperabilidade semântica e apoiar a tomada de decisão clínica baseada em evidência (OE, 2021b). A documentação dos cuidados deve englobar as informações recolhidas sobre a pessoa, os diagnósticos, objetivos e as intervenções de enfermagem de forma análoga às fases do processo de enfermagem, assegurando uma fundamentação robusta na conceção e execução dos cuidados. Na avaliação da pessoa com IC, o recurso à ontologia ajuda a direcionar a colheita de dados com precisão, minimizando omissões e subjetividade. Ao recorrer a conceitos pré-definidos e sistematizados, o enfermeiro consegue minimizar inconsistências na recolha de informações, focando-se nos dados essenciais dos domínios selecionados. Além disso, a ontologia facilita a identificação de padrões clínicos, permitindo a correlação lógica entre sintomas e fatores de risco, o que favorece o desenvolvimento de um raciocínio clínico alinhado com uma prática de enfermagem avançada.

A elaboração dos estudos de caso, com recurso à ontologia no *backend* da *e4nursing*, a plataforma pedagógica em uso na ESEP, possibilitou uma análise aprofundada e reflexiva da prática clínica, destacando as especificidades inerentes à intervenção autónoma da enfermagem. O processo de tomada de decisão autónoma, apoiado pela ontologia, equivale a dizer que a enfermagem detém um corpo de conhecimentos próprios e é através da linguagem que este conhecimento é representado (Bastos et al., 2022). A conceção de cuidados está focada em aspetos que integram o processo adaptativo – transição do cliente, nomeadamente a consciencialização como propriedade da transição, o conhecimento e o significado como fatores facilitadores ou inibidores dessa transição (Meleis, 2010). A conceção de cuidados revelou-se um elemento essencial e incontornável, durante o ENP, dado que constitui a base estruturante da prática profissional, refletindo a essência da enfermagem enquanto disciplina centrada na tomada de decisão, na promoção de transições saúde-doença e na resposta diferenciada às

necessidades da pessoa cuidada. No entanto, atingir esse nível de precisão e intencionalidade na prestação de cuidados só é possível através de uma colheita de dados rigorosa e sistemática, que sustente a formulação diagnóstica e direcione as intervenções para os resultados esperados. A qualidade da decisão clínica e a efetividade do plano de cuidados estão, assim, intrinsecamente ligadas à profundidade e fiabilidade da informação recolhida, tornando a recolha de dados um processo essencial e determinante para a excelência na prática de enfermagem.

Todas estas experiências contribuíram para olhar para os casos clínicos sob uma nova perspetiva, fundamentada num *corpus* de conhecimentos baseados em evidência científica, que orientou tanto a seleção dos domínios, a recolha de dados e a tomada de decisão. Ciente das implicações e potenciais complicações associadas à IC, procurou-se antecipar, de forma proativa, os desafios decorrentes da autogestão da doença, implementando estratégias de educação, priorizando intervenções especializadas que visassem não apenas a mitigação de complicações mas também a facilitação da adaptação da pessoa ao processo de transição saúde-doença (Meleis, 2010).

Todo este progresso foi viabilizado não somente pelo recurso a pesquisas de evidência científica mas também pela discussão reflexiva dessas evidências com a equipa tutora e com as orientadoras, o que promoveu o conhecimento e impulsionou o exercício teórico-prático na análise e contextualização dos diferentes cenários. Esta abordagem permitiu integrar evidência e prática, fortalecendo a capacidade crítica e a precisão das intervenções de enfermagem especializada. A aquisição de estratégias para a recolha de dados sobre sinais e sintomas preditores de complicações na IC foi fundamental para o desenvolvimento de competências de EE. Através da observação e prática supervisionada, aprimorei a identificação precoce de complicações associadas à IC, o que permitiu integrar esses novos conhecimentos na elaboração dos planos de cuidados desenvolvidos. As discussões e a reflexão sobre a minha aptidão ajudaram a refinar a abordagem, destacando-se a importância da recolha de dados precisa como base para intervenções mais eficazes.

Analisando o percurso desenvolvido ao longo do estágio, considero que alcancei um nível de proficiência na identificação das necessidades do cliente com IC, enfatizando a prevenção, a identificação precoce de complicações e a sua estabilização. Através da experiência prática e da exposição a diferentes oportunidades de aprendizagem, fui consolidando a capacidade de analisar criticamente a informação recolhida, correlacionando os sinais e sintomas com os fatores de risco e contextos individuais, o que me permitiu uma tomada de decisão fundamentada. Reconheço que o nível de enfermeiro Perito será atingido com a prática contínua, a reflexão crítica e a experiência acumulada ao longo do exercício profissional. No entanto, ao integrar as competências adquiridas na minha prática clínica diária, acredito que poderei evoluir para um nível de atuação especializada, no qual o raciocínio clínico se tornará cada vez mais refinado (Benner, 2001).

A GRT na pessoa com IC representa um dos maiores desafios na prática de enfermagem, dada a sua complexidade e a necessidade de adesão da pessoa ao RT prescrito, designadamente a medidas farmacológicas e não farmacológicas. A intencionalidade do RT tem o propósito de gerir a evolução da doença, minimizar o risco de complicações, evitar episódios de descompensação e promover a estabilidade clínica da pessoa (Oliveira et al., 2013). O sucesso da autogestão do RT depende da capacidade da pessoa em compreender e integrar mudanças no seu estilo de vida, monitorizar os sinais e sintomas de descompensação e seguir as recomendações (Riegel et al., 2016; Homem et al., 2021).

Neste contexto, o EE desempenha um papel crucial na identificação das necessidades individuais da pessoa com IC, promovendo um acompanhamento direcionado que promova comportamentos de autogestão do RT e a capacitação para a autogestão da doença. Assim, melhorar a capacidade de reconhecer e intervir nas dificuldades enfrentadas pela pessoa na gestão do seu RT tornou-se um objetivo central ao longo de todo o ENP. A concretização deste objetivo foi sustentada pela realização de um conjunto de atividades práticas e reflexivas que permitiram aprofundar a compreensão dos desafios enfrentados pela pessoa com IC, avaliar a eficácia das intervenções implementadas e reforçar estratégias que favorecessem a adesão ao RT e práticas eficazes de autocuidado.

Apesar de todo o desenvolvimento científico e tecnológico, com terapêuticas cada vez mais individualizadas e eficazes, a gestão efetiva da IC depende muito do comportamento pessoal da pessoa. No contexto da IC, a pessoa é convidada a reestruturar e a integrar novos comportamentos no seu autocuidado de forma a garantir uma transição saúde-doença saudável. Muitas vezes, percebemos que umas pessoas integram mais facilmente novos comportamentos, ao contrário de outras. Meleis (2010) enfatiza que as intervenções de enfermagem devem ser sensíveis às necessidades e experiências das pessoas em momentos de transição, como mudanças na saúde, nas relações ou nos papéis. Estas devem ser cuidadosamente ajustadas para atender às necessidades e às características únicas de cada pessoa, reconhecendo que diferentes estilos de gestão e atributos pessoais influenciam a forma como as pessoas lidam com as situações. Isso significa que cada pessoa tem uma necessidade distinta de informação, apresenta capacidades variadas para adquirir competências e diferentes graus de prontidão para se capacitar.

A importância da identificação do estilo de GRT permite ao enfermeiro antecipar dificuldades e implementar terapêuticas de enfermagem orientadas para o traço de personalidade de cada pessoa (Mota et al., 2017). Diante desta reflexão, identifiquei a necessidade de aprofundar o meu conhecimento teórico, recorrendo a pesquisas bibliográficas sobre os diferentes estilos de GRT, que se encontra explanada no enquadramento teórico do Capítulo Três. Esse processo permitiu-me consolidar uma base científica sólida, essencial para fundamentar a minha prática e fortalecer a minha atuação enquanto futura EE, assegurando intervenções mais direcionadas, eficazes e ajustadas às necessidades individuais das pessoas.

A identificação das condições individuais, das características pessoais, da atitude da pessoa em relação à doença e ao autocuidado possibilita uma compreensão sobre a maneira como cada pessoa enfrenta o desafio da GRT. Como seria expectável, a pesquisa bibliográfica revelou-se um recurso significativo na minha aprendizagem, permitindo a identificação dos dados necessários para a identificação do estilo de GRT. Essa análise possibilitou a compreensão de quatro padrões de resposta, designados por estilos de gestão — responsável, independente, formalmente guiado e negligente (Backman & Hentinen, 1999; Bastos, 2015). Apesar da individualidade se sobrepor à padronização, a designação de estilo de gestão pretende refletir o modelo predominante adotado pela pessoa, com base nas suas características pessoais e contextuais, permitindo antecipar tendências comportamentais.

Durante o ENP, tive inúmeras oportunidades de observar diretamente a colheita de dados realizada pelas enfermeiras tutoras, o que se revelou fundamental na minha aprendizagem, permitindo compreender, agora, numa perspetiva prática, como a identificação dos estilos de GRT influencia a tomada de decisão e a personalização das terapêuticas de enfermagem. Através destas experiências, pude compreender a complexidade do processo de avaliação e a importância de uma abordagem estruturada e sensível, que vá além da simples recolha de informação objetiva, considerando o poder da observação, da relevância das crenças e dos significados, dos comportamentos e das barreiras individuais que influenciam a adesão ao regime terapêutico. A análise dos diferentes estilos de gestão do regime terapêutico foi especialmente relevante, pois permitiu reconhecer as necessidades específicas de cada pessoa e adaptar as estratégias de intervenção. Para materializar esta aprendizagem, apresento alguns exemplos práticos que traduzem, de forma concreta, a aplicação deste conhecimento, demonstrando o seu impacto na prestação de cuidados.

Durante o ENPMI, acompanhei um cliente, 79 anos, internado há um dia, por Fibrilhação Auricular de Resposta Ventricular Rápida (FA RVR), obstipado há quatro dias, sem resposta aos laxantes até ao momento. Tinha história de incumprimento do RT. Na passagem de turno, retratam este cliente com um perfil particular, com incumprimento das recomendações de repouso, sendo desagradável com a equipa. Prontifiquei-me de imediato acompanhar este cliente, devido ao desafio e o potencial para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EE. Ao aproximar-me, cumprimentei-o e apresentei-me como enfermeira e que estaria no turno da manhã com ele. Respondeu-me de forma curta — “Quero-me ir embora. Não vou ficar aqui preso à cama, nem mais um minuto” (*sic*). Comecei por lhe dizer que compreendia, mas que precisava de entender o que estaria a motivar essa decisão, visto que estava doente e precisaria de cuidados diferenciados. O qual responde — “Já viu, eu que ainda ontem estava a trabalhar, agora estou aqui preso a uma cama e de fralda?” (*sic*). Perguntei-lhe se sabia qual a razão de estar internado e se compreendia o motivo da indicação para não se poder levantar, o qual respondeu que ninguém lhe havia dito nada. Posto isto, começo por lhe explicar que a sua condição era delicada, explicando-lhe que a FA é uma das arritmias cardíacas

mais comuns, mas que representa um fator de risco significativo para o desenvolvimento de IC, assim como para a ocorrência de AVC, podendo mesmo evoluir para outras complicações graves (ESC, 2020). Quando perguntei qual a razão de estar sempre a tentar levantar-se, o mesmo disse que já não evacuava há alguns dias e que não conseguia fazê-lo numa aparelheira. Respondi que compreendia e negocieei com o mesmo que iríamos levá-lo à casa de banho numa cadeira sanita, mas que não poderia fazer esforço, e que, posteriormente, teria de cumprir o repouso pelos motivos que lhe havia explicado e o mesmo concordou. Depois de o levar ao WC de forma segura e este ter conseguido evacuar, utilizei a técnica *teach-back*, reforçando que o que esteve na base da contratualização foi o repouso e, que, se precisasse de alguma coisa, teria de nos chamar. Aproveitei e retirei-lhe a fralda que tinha sido colocada num contexto de proteção.

A relação empática que se estabeleceu fez toda a diferença, permitindo aferir outro nível de informações. Durante a avaliação, utilizei uma abordagem exploratória com perguntas abertas, questionando-o sobre a sua rotina do RT e a perceção da sua doença. Através desta colheita de dados, pude aferir que o cliente detinha fortes bases sobre a sua condição, demonstrando conhecimento sobre o seu RT, embora não o seguisse conforme recomendado. No intuito de ajudar o cliente a encontrar respostas de forma autónoma, com a intencionalidade colocada na pergunta — de forma a envolvê-lo no processo de doença —, questioneei-o se compreendia a razão de estar internado e o que podia ter estado na origem do internamento. A iniciativa de promover a autorreflexão justificou-se por duas razões evitar a confrontação, e fazê-lo repensar os comportamentos de forma a conduzi-lo a uma análise causa-efeito. A mudança é um processo que acontece de dentro para fora, sendo que a assimilação e integração de novas atitudes ou comportamentos só é possível mediante uma consciencialização e motivação significativa (Meleis, 2010; Riegel et al., 2012). O foco da intervenção do enfermeiro deve centrar-se no processo de consciencialização e na promoção do seu envolvimento ativo, enquanto elementos essenciais para uma transição saudável e para a adoção de comportamentos de autogestão no futuro.

Nunca tendo estado internado, sendo este um evento crítico na sua vida, aproveitei esta oportunidade como um momento de viragem. Embora as transições não resultem necessariamente em perdas ou situações indesejáveis e possam, pelo contrário, representar novas oportunidades, na maioria dos casos são desencadeadas por um evento significativo que impõe a necessidade de adaptação a novos padrões de resposta (Meleis, 2010). “Eu nunca me senti assim, sinto-me sem forças... cansado e reconheço que estou a pagar a fatura” (*sic*). A introspeção é uma espécie de catalisador do autoconhecimento, possibilitando que a pessoa desenvolva uma compreensão mais profunda das razões subjacentes às suas atitudes, incentivando-a à análise e reavaliação das próprias decisões. A intensidade das manifestações físicas da doença reforça a perceção da sua gravidade, levando a uma maior consciencialização da necessidade de mudança. Esse reconhecimento surge relacionado com o facto de ter ficado

internado, refletindo um agravamento da sua doença. Algo mudou, e a objetividade neste perfil conduz à consciencialização de que é preciso mudar. Aproveitei este momento para ouvir o doente com atenção, permitindo-lhe expressar-se livremente e assimilar a nova realidade da sua condição. A perceção e o nível de consciencialização relativamente às mudanças que está a vivenciar assumem um papel central no processo de transição. Nos restantes dias, tive a oportunidade de continuar a acompanhá-lo, utilizando terapêuticas de enfermagem centradas na promoção do envolvimento, com o objetivo de que o mesmo integrasse a necessidade de gerir um RT complexo e a integração fluida desses novos comportamentos na sua rotina diária. A capacidade de identificar, avaliar e acompanhar o processo de transição é essencial para orientar a prática de enfermagem, permitindo promover a adesão ao RT e o desenvolvimento de comportamentos de autogestão por parte da pessoa.

A maneira como o doente encarou a sua nova condição revelou ser um bom indicador da transição saúde-doença, que apesar de esta já se ter iniciado há muitos anos, só agora parecia haver um entendimento da necessidade de mudanças efetivas. O impacto das intervenções de enfermagem personalizadas, ajustadas ao estilo de GRT de cada indivíduo, reforça o papel essencial do EE como um ativo unívoco na capacitação das pessoas para a autogestão das doenças crónicas. Acredito que, no internamento, os enfermeiros devem centrar as suas intervenções no processo de consciencialização, sendo o momento certo para intervir neste âmbito. Sobretudo quando este ainda não foi iniciado pela pessoa. Este é um momento privilegiado para promover a reflexão sobre a nova condição de saúde e facilitar a tomada de consciencialização. A transmissão de conhecimento deve ser realizada numa fase posterior, quando a pessoa já se encontra mais recetiva e preparada para integrar a informação.

O estilo de gestão identificado é do tipo independente. Este perfil caracteriza-se por um *locus* de controlo interno, uma abordagem autodeterminada e pragmática na GRT, em que a adesão estrita às prescrições médicas não constitui um objetivo central. Estes clientes atribuem uma importância relativa à doença e ao RT, mantendo os padrões de vida anteriores ao diagnóstico e demonstrando resistência à mudança e, portanto, à mestria. Possuem um bom autoconhecimento e desenvolvem estratégias próprias para o controlo dos sintomas, ajustando as terapêuticas conforme percecionam os seus efeitos. No entanto, essa autonomia resulta muitas vezes em discordância com as recomendações, recorrendo frequentemente à automedicação. A dignidade e a projeção no futuro são elementos fundamentais para estas pessoas, que evitam assumir a identidade de “doentes” dificultando a existência de uma identidade fluida. São exigentes e críticos na relação com os profissionais de saúde e a imagem social tem um peso significativo, pois encaram a doença como um sinal de debilidade. Além disso, podem antecipar as decisões dos profissionais e agir por substituição, evitando procurar ajuda médica até ao momento em que considerem estritamente necessário (Bastos, 2012).

Este perfil, apesar da sua capacidade organizativa e funcionalidade preservada, pode enfrentar desafios na adesão ao RT, refugiando-se em estratégias de *coping* emocional. O grande desafio

dos enfermeiros na interação com estas pessoas são as crenças que, por vezes, estão associadas a uma percepção distorcida de autoeficácia, resultando numa confiança excessiva que não corresponde à realidade (Bastos, 2012). O enfermeiro assume, assim, um papel essencial na desmistificação dessas crenças e na reconstrução de significados, ajudando a reformular as percepções que possam constituir obstáculos à transição saúde-doença (Meleis, 2010).

O uso de diferentes armas e estratégias terapêuticas reforça a ideia de que a enfermagem especializada pode e deve ter um papel mais significativo na prestação de cuidados diferenciados, visão que se coaduna sobretudo com as necessidades do estilo de gestão do tipo negligente, em que a pessoa apresenta um *locus* de controlo externo, dificultando a adoção de comportamentos de autocuidado. A identificação prévia do perfil do estilo de gestão destes clientes revelou-se crucial para ajustar a abordagem das intervenções, permitindo desconstruir crenças enraizadas num *locus* de controlo traço, do tipo externo, associado a uma estratégia de *coping* de fuga/evitamento. Esta compreensão possibilitou o desenvolvimento de estratégias focadas no *empowerment* para a autoeficácia, incentivando os clientes a envolverem-se no processo de tomada de decisão. Como resultado, ao longo das sessões com estes clientes, promoveram-se mudanças de atitude que reforçaram o compromisso com um autocuidado mais ativo e responsável, facilitando a transição saúde-doença, integrando regimes terapêuticos complexos.

No âmbito das estratégias de *coping*, foram trabalhadas técnicas centradas nas emoções ajudando os clientes a interpretar o impacto das estratégias de fuga ou evitamento e incentivando-os a concentrarem-se mais no problema, com uma abordagem prática para um *coping* eficaz. Paralelamente, foram adotadas medidas para facilitar a acessibilidade e apoiar os clientes na adaptação e implementação destas práticas, contribuindo para uma gestão mais ativa e eficaz da sua condição. A abordagem foi orientada para terapêuticas de enfermagem centradas na autogestão do RT e autovigilância de sinais e sintomas, exigindo o desenvolvimento de competências que se enraízem profundamente no núcleo da personalidade e motivação do indivíduo. Assim, a estratégia de abordagem não se limitou ao alcance da mestria, mas foi direcionada de forma intencional para facilitar a formação de uma identidade adaptativa e fluida, permitindo que o autocuidado se tornasse um processo natural e intrínseco à pessoa.

Durante o ENPMII, tive a oportunidade de acompanhar diferentes pessoas que se encaixavam com os diferentes estilos de GRT. Esta experiência revelou-se fundamental para a minha evolução enquanto futura EE, pois permitiu-me aprimorar a minha capacidade de análise crítica e adaptação das intervenções de enfermagem, como também consolidou uma visão mais estratégica e diferenciada da personalização terapêutica, ajustando as abordagens às necessidades individuais de cada pessoa, de forma mais precisa e eficaz. Respondendo a uma das atividades que me havia proposto, nomeadamente a realização de um estudo de caso, pude

documentar o estilo de gestão formalmente guiado e, este último, deu corpo ao estudo de caso que consta no Capítulo Três.

Durante o estágio, tive a oportunidade de refletir criticamente com as enfermeiras tutoras sobre a influência dos diferentes estilos de GRT nos comportamentos de autogestão da IC. A IC é uma doença crónica complexa, exigente do ponto de vista do RT, com fortes implicações no autocuidado e na gestão de sinais e sintomas, sendo que a prestação de cuidados e o acompanhamento dos clientes implica especial atenção e competências avançadas. No decurso dessa análise, percebemos que nem todos os doentes beneficiam das mesmas estratégias educativas e de acompanhamento, sendo fundamental adaptar as intervenções aos seus estilos de gestão. Por exemplo, doentes com um estilo de gestão do tipo responsável demonstravam uma capacidade de autogestão e tomada de decisão mais fundamentada, o que os tornava menos dependentes da equipa de saúde. Nestes casos, a abordagem de enfermagem centrava-se no reforço positivo da autonomia, fornecendo estratégias para otimização do autocuidado e monitorização de sinais de alarme.

Por outro lado, os clientes com um estilo de gestão do tipo formalmente guiado seguiam as recomendações de forma rigorosa, mas sem questionar ou refletir criticamente sobre as suas decisões, tornando-se vulneráveis a situações imprevistas. A reflexão levou-nos a concluir que, nestes casos, a prioridade deveria ser incentivar a autonomia progressiva, ajudando o doente a compreender o significado das suas ações e desenvolver um pensamento crítico sobre a sua condição. A capacitação para a identificação precoce de sinais de descompensação e a tomada de decisão proativa foi identificada como uma estratégia essencial para evitar episódios de instabilidade clínica.

Já os clientes com um estilo independente representavam um desafio maior, pois, apesar de demonstrarem algum conhecimento sobre a doença, tendiam a alterar o RT sem orientação adequada. No decorrer da reflexão, identificamos a necessidade de recorrer a abordagens motivacionais e participativas, envolvendo ativamente o doente na construção do seu plano terapêutico, de forma a aumentar a adesão e minimizar os riscos associados à automedicação inadequada.

Por fim, os clientes com um estilo negligente evidenciaram a maior fragilidade, sendo caracterizados pela falta de perceção da gravidade da doença e consequente fraca adesão ao regime terapêutico. A reflexão com as tutoras permitiu perceber que, neste grupo, a intervenção não deveria estar apenas centrada no doente mas também na sua rede de suporte, incluindo familiares e cuidadores. Além disso, reconhecemos que a avaliação de barreiras socioeconómicas e psicossociais era determinante, pois a não adesão muitas vezes não se devia apenas à falta de conhecimento, mas a dificuldades como a falta de acesso a recursos, o isolamento social ou devido a crenças culturais que influenciavam a gestão da doença.

Esta reflexão conjunta reforçou a importância da personalização dos cuidados de enfermagem e

da flexibilidade na implementação de estratégias educativas e motivacionais, sempre considerando a individualidade do doente. Além disso, consolidou a percepção de que o sucesso do autocuidado e da autogestão do RT na IC não depende apenas do conhecimento transmitido mas também da capacidade do enfermeiro em reconhecer padrões de comportamento, prever desafios e adaptar as intervenções para otimizar a adesão e a qualidade de vida da pessoa favorecendo a construção de uma identidade mais fluida e equilibrada, com o objetivo a que alcançassem a mestria.

Destas experiências resultantes da imersão na prática, pude ainda refletir que é na comunidade, no domicílio das pessoas e das suas famílias que se revela, de forma mais autêntica e objetiva o estilo de GRT — muitas vezes, diferentes das narrativas feitas pelas pessoas em contexto de internamento — é no seio da comunidade que se mergulha na verdadeira identidade da pessoa, compreendendo-se, com maior profundidade, os desafios, as barreiras, os significados, as crenças e dinâmicas que influenciam a sua autogestão da doença.

Os enfermeiros, no desempenho do seu exercício profissional, ao terem como objetivo a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procuram proteger a saúde, incitando processos de readaptação, através da sua intervenção educativa e de aprendizagem da pessoa, de forma a satisfazer as necessidades humanas e a promover a independência na realização das atividades da vida (OE, 2001). Os enunciados descritivos da OE (2001) reforçam o mandato social, destacando a ação educativa da enfermagem. Enfatizam o papel do enfermeiro como um agente facilitador na adaptação às condições de saúde, em colaboração com a pessoa, destacando-se como um elemento essencial na partilha de informação e conhecimento. O enfermeiro oferece à pessoa formas de ser, assim como outras perspetivas com o desígnio de maximizar o bem-estar e promover comportamentos de autocuidado saudáveis (Benner, 2001; OE, 2001). Alicerçado na teoria de Meleis, Petronilho (2012) destaca que o autocuidado é reconhecido como um recurso absoluto para a promoção da saúde e gestão dos processos de saúde-doença. Nesse sentido, a enfermagem é uma âncora na promoção do autocuidado, delineando estratégias educativas, cognitivas e comportamentais que potenciam o conhecimento e a capacidade de tomada de decisão da pessoa. Estas intervenções são fundamentais para assegurar a autogestão do regime terapêutico, tanto no período de transição para o domicílio, como na gestão contínua da doença no quotidiano.

O conceito da preparação para o regresso a casa resulta da evolução da terminologia da alta hospitalar, incorporando uma dimensão mais abrangente e integrada. Este novo conceito enfatiza a importância do fortalecimento dos recursos internos e externos da pessoa e/ou do familiar cuidador (Padilha, 2006). Corresponde ao processo necessário para organizar e estruturar a transição da pessoa para outro nível de cuidados ou para o domicílio, envolvendo a identificação e discussão das necessidades para o período posterior à alta. Além disso, inclui a educação tanto da pessoa como dos seus cuidadores, assegurando uma continuidade de cuidados responsável. Este período contribui significativamente para melhorar a experiência da

pessoa e da família, traduzindo-se em maior satisfação, redução do tempo de internamento e diminuição dos custos hospitalares. Concomitantemente, este processo promove uma diminuição da taxa de reinternamentos e um reforço das competências de autocuidado (Petronilho, 2012).

Durante o ENPMI, tive diversas oportunidades, sob a supervisão da enfermeira tutora, para proceder à colheita sistemática de dados, com recurso a entrevista clínicas, observação direta e consulta dos registos no SClínico®, com o objetivo de identificar as necessidades da pessoa perante a sua capacidade para autogestão do RT. A modelação do processo de enfermagem na descrição destas necessidades ajuda no reconhecimento de padrões, propriedades, respostas, contextos, significados e resultados em saúde, com a finalidade de planear e implementar cuidados de enfermagem efetivos. Desta forma, a preparação para o regresso a casa teve sempre presente as propriedades da natureza das transições, orientando as terapêuticas de enfermagem que permitissem fomentar o envolvimento, a consciencialização e as mudanças de comportamentos necessárias às transições, com a intenção de promover a capacitação da pessoa e facilitar a aquisição de conhecimento e habilidades para a autogestão do regime terapêutico. Paralelamente, deve proceder-se à avaliação da necessidade de rede de apoio social e familiar ou mesmo da necessidade de referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Com base na análise dos dados recolhidos, foram identificadas barreiras e aspetos facilitadores da autogestão, permitindo orientar a intencionalidade e intensidade terapêutica colocada na preparação para o regresso a casa.

Os principais défices percecionados durante o ENP e que careceram de intervenção centraram-se essencialmente em três dimensões a *consciencialização*, o *conhecimento* e as *capacidades* necessárias para a adaptação à doença e para o autocontrolo das respostas humanas à mesma.

No que respeita à consciencialização, observou-se a existência de potencial para melhorar a consciencialização, sendo que muitos dos clientes ainda não haviam iniciado um verdadeiro processo de reconhecimento da sua condição crónica, demonstrando dificuldade em compreender o impacto da IC no seu quotidiano, bem como a necessidade de assumir um papel ativo na gestão da mesma. Para que a informação transmitida fosse efetivamente compreendida, valorizada e integrada na prática diária, tornou-se prioritário criar momentos que favorecessem a reflexão para a tomada de consciência sobre a condição de saúde, como etapa inicial e indispensável para a ativação de processos de aprendizagem e de mudança de comportamentos.

Os défices de conhecimentos estavam relacionados sobretudo com a GRT, nomeadamente na prevenção de complicações associadas ao regime medicamentoso, as respostas aos medicamentos, o conhecimento sobre os hábitos alimentares a adotar, mas também conhecimentos sobre a doença e sobre a autovigilância de sinais e sintomas de alarme.

Verificaram-se ainda défices no domínio das capacidades relacionadas com a autogestão do RT,

sobretudo na autoadministração de fármacos; autovigilância de sinais e sintomas, conhecimentos sobre a autogestão do regime dietético e de ingestão de líquidos, bem como na tomada de decisão. Este compromisso reforça a necessidade de uma intervenção direcionada, focada na capacitação das pessoas e dos seus familiares, garantindo não apenas o acesso à informação mas também o desenvolvimento de competências que possibilitassem uma autogestão eficaz da condição de saúde.

A oportunidade de observar de perto as estratégias utilizadas pela tutora na preparação do regresso a casa foi particularmente enriquecedora, ao testemunhar a capacidade de antecipação das necessidades do cliente e dos familiares, permitindo-lhe intervir de forma atempada e assertiva. O processo de preparação do regresso a casa deve ocorrer, idealmente, em articulação com programas de gestão da doença ou gestão de casos, respostas sociais e/ou com os CSP, assegurando a consecução dos cuidados e a adaptação progressiva à nova realidade após o internamento, de forma a promover uma transição situacional e/ou de saúde-doença objetivando sempre a autonomia, a autogestão e a autoeficácia (Bekelman et al., 2015; Chen et al., 2017; Menga et al., 2016; Smith et al., 2015). Estes programas são essenciais para promover e apoiar a gestão do autocuidado após a alta hospitalar, diminuindo o impacto negativo da IC, através de ações de educação para a saúde, promoção da adesão ao plano de tratamento e recomendações de autocuidado (Jiang et al., 2019).

Durante o ENPMI, tive o privilégio de acompanhar a equipa da clínica da IC, um programa de gestão da doença que consiste no acompanhamento das pessoas com IC, respondendo às complexas necessidades destes clientes de forma a assegurar a continuidade dos cuidados entre o ambiente hospitalar e domiciliário. A visita dos enfermeiros deste programa ao internamento, antes da alta, reforça o compromisso enfermeiro-cliente, numa verdadeira parceria de cuidados, sendo um encontro destinado a estabelecer uma relação empática e a partilhar a responsabilidade dos cuidados. A sua abordagem não se limitou a fornecer informação, mas também a promover a consciencialização da pessoa sobre a sua condição, promovendo o seu envolvimento ativo no seio da equipa e explicando os próximos passos da gestão da doença. Assim, no momento da alta, havia a garantia de um pré-compromisso, permitindo que a saída do hospital fosse uma continuidade natural dos cuidados e não um ponto de rutura (Uchmanowicz et al., 2020).

A experiência de estágio, ao decorrer num modelo de ULS, revelou-se um elemento diferenciador na minha aprendizagem, pois ocorreu num contexto no qual a continuidade dos cuidados é uma prioridade real e tangível, facilitada pela articulação e comunicação eficaz entre o hospital e os projetos comunitários. A possibilidade de referenciar os clientes para programas de educação para a autogestão da doença reflete o verdadeiro potencial de um modelo de cuidados integrados, no qual a alta não representa o fim do acompanhamento, mas sim uma passagem para uma nova fase de cuidados, devidamente planeada e suportada pela evidência científica quanto ao seu prognóstico na IC.

A realização da colheita de dados sobre as necessidades sociais e os critérios de referenciação para os apoios sociais, em conjunto com as enfermeiras tutoras, permitiu-me aprofundar a compreensão da dimensão social na prestação de cuidados, sobretudo no contexto de internamento, mas também no âmbito comunitário. Esta atividade revelou-se essencial para a implementação de estratégias que garantam a continuidade dos cuidados e o suporte adequado após a alta hospitalar. Reconhecer essas necessidades vai além do tratamento clínico e exige uma abordagem integrada que considera a pessoa como um todo, incluindo o seu contexto social e familiar. Neste sentido, foi imprescindível fazer uma avaliação dessas necessidades e a identificação dos critérios adequados para a referenciação a apoios sociais e de cuidados de saúde. Esta articulação garante uma resposta abrangente e integrada às necessidades da pessoa/família, proporcionando suporte na reconstrução da autonomia, capacitação para a autogestão do RT, autogestão de sinais e sintomas e autovigilância — estratégias essenciais para superar os desafios que a IC impõe ao autocuidado.

O EE é dotado de saberes sensíveis às dimensões sociais da pessoa com doença crónica e, nesta perspetiva, para objetivar uma resposta adequada, precisa de compreender os mecanismos que suportam a referenciação para esses apoios. O acesso à RNCCI está sujeito a um processo de referenciação estruturado, que pode ser desencadeado a partir de dois locais — a referenciação a partir do hospital — os clientes internados no hospital podem ser referenciados para a RNCCI pelo serviço onde se encontram. O processo de referenciação inicia-se com a avaliação realizada pelos profissionais de saúde do serviço, que identificam a necessidade de continuidade de cuidados, que neste serviço específico é realizado pela enfermeira de referência. A proposta de referenciação é então enviada à EGA do hospital, que tem a responsabilidade de validar e consolidar toda a informação clínica e social do utente antes da alta. Após esta confirmação, a EGA encaminha a proposta para a ECL, que assegura a integração do utente na resposta mais adequada dentro da RNCCI (ACSS, 2025; OAS, 2024).

A referenciação a partir da comunidade, quer seja no domicílio, em hospitais privados, ou noutras instituições ou estabelecimentos de saúde, pode ser desencadeada pelos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertencentes aos ACES. Nestes casos, a proposta de referenciação é encaminhada diretamente para a ECL, que avalia a necessidade e elegibilidade do cliente para a RNCCI. Além disso, qualquer cliente ou cuidador que reconheça uma situação de dependência com necessidade de CCS e/ou apoio social pode procurar os profissionais das Unidades de Cuidados na Comunidade, que têm o papel de sinalizar os casos às USF e UCSP, promovendo a referenciação para a RNCCI (ACSS, 2025). Este processo assegura que as necessidades dos clientes sejam identificadas atempadamente, permitindo uma transição organizada e segura para os CC, garantindo a continuidade da assistência de acordo com a complexidade da sua condição clínica e social.

Num contexto onde a complexidade e a variabilidade das respostas humanas aos processos de

transição são cada vez mais evidentes e desafiadoras, postula-se que o enfermeiro aperfeiçoe e amplie as suas competências, sustentando a sua prática num *corpus* de conhecimento sólido, aprofundado e direcionado. Neste sentido, senti a necessidade de, além da pesquisa e da aprendizagem adquirida junto das enfermeiras tutoras e assistentes sociais, sistematizar a informação sobre as diferentes respostas sociais disponíveis. Para tal, elaborei um mapa conceptual, identificando as diferentes tipologias de resposta, os critérios de inclusão e as premissas associadas a cada uma. Esta sistematização permitiu-me assimilar e integrar este conhecimento de forma mais efetiva, garantindo uma capacidade de atuação mais ágil e ajustada às necessidades específicas das pessoas e das suas famílias (Anexo IV).

A nível operacional, o processo de acesso à RNCCI é formalizado através de uma proposta submetida na plataforma SI RNCCI. No caso das pessoas internadas, a EGA é responsável por realizar esta referenciação. A definição da tipologia de cuidados mais adequada é feita com base nos critérios de admissão da RNCCI, considerando as necessidades clínicas e sociais. Nos casos na comunidade, esta proposta é encaminhada para a ECL correspondente à área de residência do cliente. Esta decisão é tomada em articulação com a família, garantindo que a transição para os CC seja segura e alinhada com o contexto e expectativas do cliente e da sua família.

Foi particularmente enriquecedor observar a forma como a tutora estabelecia uma articulação estratégica e eficaz com os cuidadores, assegurando a continuidade dos cuidados necessários. Em todas as admissões, tive a oportunidade, em colaboração com a tutora, de avaliar precocemente a necessidade de referenciação, um processo que, idealmente, deve ser iniciado nas primeiras 48 horas após a admissão. O treino reiterado desta competência revelou-se uma oportunidade inestimável, permitindo-me assimilar diferentes contextos sociais, compreender os desafios emergentes da prática e, sobretudo, desenvolver uma sensibilidade diferenciada. Através desta aprendizagem, fui progressivamente adquirindo a capacidade de antecipar o prognóstico social, garantindo uma abordagem mais proativa e ajustada à individualidade de cada pessoa e família.

A grande reflexão que pude debater ao longo do ENP e que levo comigo é a de que é preciso convergir os cuidados ainda essencialmente reativos, centrados na doença e na urgência, para uma lógica de cuidados em que se reconheça e se abraça o novo léxico — pessoa em situação crónica — no seu mais profundo sentido semântico. As respostas sociais têm de ser vistas pela lente da expressão dos acontecimentos — em 2024, os hospitais públicos retinham 2164 camas ocupadas com “internamentos sociais”, mais 11 % em relação ao período homólogo, com um custo superior a 68 milhões de euros (APAH, 2024) — é por isso perentório agir.

No âmbito do objetivo de melhorar o conhecimento sobre RT no cliente com IC, realizei entrevistas informais com três profissionais-chave na gestão da pessoa com IC — o enfermeiro de referência, o enfermeiro gestor da doença e o EGC. A finalidade desta atividade foi

compreender, sob diferentes perspetivas profissionais, os fatores que, do ponto de vista destes profissionais, condicionam a autogestão do RT, promovendo uma reflexão crítica sobre as dificuldades identificadas na prática clínica. Para a realização das entrevistas, elaborei um roteiro de questões que abordava diferentes dimensões da adesão e autogestão do RT. As entrevistas foram conduzidas num formato semiestruturado, permitindo que os profissionais partilhassem experiências e perspetivas baseadas na prática clínica, enriquecendo a análise dos fatores que dificultam a autogestão da IC. A análise das entrevistas permitiu identificar aspetos relevantes que influenciam a autogestão do RT na pessoa com IC, sob os diferentes olhares profissionais. A síntese dos conteúdos recolhidos, bem como a sistematização dos principais fatores identificados, encontra-se explanada no Anexo V, permitindo uma leitura complementar desta atividade.

Ao longo do estágio, aprofundi e consolidei competências no reconhecimento das necessidades da pessoa com IC no domínio da GRT e os seus condicionantes, atingindo um nível de proficiência. O percurso desenvolvido permitiu-me integrar julgamento clínico avançado, tomada de decisão e adaptação das intervenções às especificidades individuais da pessoa/família, promovendo a autogestão da doença de forma estruturada, eficaz e orientada para os resultados.

Perante o objetivo de melhorar a capacidade para promover comportamentos de autovigilância de sinais e sintomas no cliente com IC, comecei por pesquisar sobre estratégias para promover a autovigilância de sinais e sintomas na IC. No decurso desta pesquisa, foi possível aprofundar conhecimentos sobre um conjunto de variáveis determinantes, destacando-se, entre elas, as razões que levam as pessoas com IC a terem dificuldades nos comportamentos de autogestão de sinais e sintomas e de autovigilância, reforçando a importância de se adequarem estratégias de acordo com cada pessoa. A autovigilância é afetada pela perceção e atribuição de significados aos sintomas iniciais de descompensação da IC, revelando-se obstáculos na autogestão da doença. Jurgens foi um dos pioneiros na investigação sobre as dificuldades que as pessoas com IC enfrentam na monitorização, reconhecimento e interpretação dos seus sinais e sintomas (Jurgens et al., 2009).

Sobretudo os idosos com IC apresentam limitações significativas na deteção e compreensão precoce dos sinais e sintomas da doença. O comprometimento da *interocepção*, processo no qual os recetores sensoriais nervosos captam e processam estímulos internos do organismo, tem sido apontado como um dos principais fatores para a perceção deficiente dos sintomas nesta população (Jurgens et al., 2009). Além disso, a diversidade de sintomas experienciados pelas pessoas com IC concorre desfavoravelmente para esta problemática. Estudos recentes identificaram padrões consistentes de agrupamento de sintomas, permitindo classificar os sintomas em dois grandes *clusters*. O primeiro, predominantemente físico, abrange manifestações como a dispneia, fadiga e distúrbios do sono, enquanto o segundo, de natureza emocional, inclui estados depressivos, preocupação e défices cognitivos (Riegel et al., 2016).

Estes achados sugerem que mecanismos subjacentes comuns podem estar na base da manifestação destes grupos sintomáticos. A elucidação destes processos ajuda a aprimorar a capacidade dos enfermeiros para readaptarem estratégias para ajudar as pessoas idosas com IC a reconhecer e interpretar os seus sintomas de forma mais eficaz, promovendo intervenções precoces e ajustadas às suas necessidades.

As decisões sobre o autocuidado na IC são tomadas diariamente e a tomada de decisão é utilizada em cada fase do processo de autocuidado. O esquema apresentado mais abaixo ilustra a dinâmica entre as características situacionais, os fatores que moldam o processo de tomada de decisão e as subsequentes ações de autocuidado. Representa um fluxo contínuo que evidencia como uma determinada situação inicial desencadeia um processo cognitivo-reflexivo, culminando em decisões e comportamentos direcionados para a autogestão da doença através da — manutenção, percepção dos sintomas e gestão do autocuidado. Ressalta, assim, a importância de o EE capacitar a pessoa para interpretar sinais e sintomas, reconhecer padrões e agir de forma proativa na sua trajetória de saúde-doença.



Figura 8: Sequência típica do autocuidado: da situação vivida, ao processo de decisão, culminando na ação

Fonte: elaboração própria, adaptado de Riegel et al. (2016).

Os comportamentos de autovigilância de sinais e sintomas na gestão da IC são um componente essencial da autogestão da doença e um fator determinante para a prevenção de descompensações, redução de hospitalizações e melhoria da qualidade de vida. A evidência científica demonstra que a autovigilância eficaz envolve três mecanismos principais: a monitorização, a interpretação e a resposta adequada aos sintomas (Riegel et al., 2016). A monitorização refere-se à observação sistemática dos sinais e sintomas da IC, como dispneia, fadiga, edema e aumento de peso súbito. A interpretação exige que a pessoa consiga reconhecer a relevância dessas alterações e compreenda a sua relação com a progressão da doença. A resposta implica a tomada de decisões adequadas, como ajustar a ingestão hídrica e dietética, modificar o RT medicamentoso conforme orientação prévia ou procurar ajuda profissional precocemente.

A literatura evidencia que a promoção da literacia em saúde e a educação são fatores determinantes para o sucesso da adoção de comportamentos de autovigilância de sinais e

sintomas. As estratégias como o ensino estruturado, o uso da técnica *teach-back*, uso de manuais de educação (Zuraida et al., 2021), aquisição de um *kit* de instrumentos (aparelho de pressão arterial, uma balança, uma fita métrica) (Jiang et al., 2019), recurso a diários para o registo e a monitorização de sinais e sintomas (Abbasi et al., 2018; Dinh et al., 2019; Köberich et al., 2015; Young et al., 2016), a educação multimédia (Boyde et al., 2017), a teleconsulta (Sullivan et al., 2016), demonstram ser eficazes na melhoria do reconhecimento precoce de sintomas e na promoção da autogestão do RT.

Neste contexto, em linha com uma das atividades previamente delineadas, foi proposto a elaboração de um panfleto informativo em colaboração com a tutora. Esta iniciativa surgiu da identificação de uma lacuna no suporte à tomada de decisão informada dos clientes com IC. No entanto, no decurso da pesquisa anteriormente mencionada, no âmbito da promoção de comportamentos de autovigilância, tornou-se evidente que um panfleto seria insuficiente para abranger a complexidade e a profundidade das informações necessárias. Vários estudos sobre programas de educação para a autogestão da IC recomendam o uso de manuais educativos para fortalecer o conhecimento sobre a doença e a sua gestão. Esses materiais educativos apoiam as pessoas com IC e os seus cuidadores numa melhor compreensão da doença, na identificação de sintomas e na adoção de comportamentos que promovam a qualidade de vida e previnam complicações (SEC, 2021; Byrne et al., 2023).

Dessa forma, optou-se por reformular a abordagem e conceber não um panfleto, mas sim um manual educativo, estruturado de acordo com as últimas diretrizes da SEC, integrando todos os conteúdos essenciais a serem abordados no contexto educacional. No seguimento desta reformulação, em resposta a um desafio lançado pela tutora, emergiu a necessidade de considerar as especificidades da população maioritariamente envelhecida que caracteriza este serviço. Assim, determinou-se que o manual deveria contemplar não apenas a pessoa com IC mas também os seus cuidadores familiares, reconhecendo o seu papel fundamental na gestão da doença (Anexo VI). Este manual pretende complementar a intervenção do enfermeiro, através de uma abordagem educativa sistematizada e contínua, garantindo que o conhecimento e as práticas essenciais de autocuidado e autogestão da doença sejam adquiridos e consolidados ao longo do tempo.

O enfermeiro tem um contributo importante através da informação que fornece à pessoa e cuidadores, com a premissa de que estes atinjam o seu máximo potencial para o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos de autovigilância, que objetivem a sua capacitação plena para a autogestão da doença no seu dia a dia. Foi com grande satisfação que constatei a aprovação desta ferramenta pedagógica pelo serviço, sendo prevista a sua implementação futura como recurso aquando da integração dos doentes crónicos complexos.

Durante o ENP, tive inúmeras oportunidades para acompanhar as tutoras na implementação de

intervenções no domínio do informar, com o objetivo de capacitar as pessoas com IC e os seus cuidadores. Esta experiência foi significativa, reforçando a importância de uma comunicação adequada à pessoa. Durante o ENPMII, tive a oportunidade de observar atentamente as enfermeiras tutoras na implementação de intervenções do domínio do informar, para capacitar a pessoa com doenças crónicas complexas para a adoção de comportamentos de autovigilância de sinais e sintomas. Um dos casos mais impactantes envolveu um doente idoso com IC avançada e múltiplas comorbilidades, cuja recorrência de descompensações resultava, em grande parte, da dificuldade em reconhecer precocemente sinais de retenção de líquidos. A enfermeira tutora utilizou estratégias visuais e exemplos práticos, como o uso de uma fita métrica para a monitorização do perímetro abdominal e membros inferiores e a explicação sobre a implicação do aumento súbito de peso, reforçando a necessidade de intervenção precoce. A abordagem personalizada e adaptada ao nível de literacia do doente foi essencial para que este assimilasse a importância da autovigilância, reduzindo a necessidade de reinternamentos evitáveis e melhorar a sua qualidade de vida.

Outro exemplo significativo em contexto de Hospital de Dia, na consulta da IC, foi durante o acompanhamento a um cliente com IC avançada, que iria fazer levosimendan EV, devido à deterioração progressiva da função cardíaca e frequentes episódios de descompensação. O protocolo de administração ocorre durante seis horas, com monitorização contínua de sinais vitais, devido ao risco de complicações, sobretudo hipotensão e taquicardia. O doente apresentava IC-FEr e sintomatologia severa, incluindo fadiga extrema, dispneia para pequenos esforços e edemas persistentes, sendo a terapêutica com levosimendan uma estratégia para otimizar a função miocárdica e melhorar a tolerância ao esforço.

Durante a sessão, a enfermeira tutora implementou intervenções do domínio do informar, aproveitando o momento da administração para reforçar a importância da autovigilância de sinais e sintomas da IC. Explicou ao doente que, apesar da melhoria sintomática esperada após a administração do medicamento, este efeito poderia ser temporário, sendo a monitorização dos sinais precoces de descompensação essencial para evitar futuras hospitalizações. A sessão foi conduzida com foco em três aspetos essenciais, nomeadamente o reforço do reconhecimento de sinais de alarme. A enfermeira detalhou a necessidade de monitorizar o peso corporal diariamente, reforçando que um aumento superior a 2 kg, em três dias, poderia indicar retenção hídrica e a necessidade de ajuste terapêutico. Além disso, abordou a perceção de fadiga, ortopneia e intolerância à atividade, orientando o cliente sobre quando contactar a enfermeira. A orientação para o comportamento de autovigilância da resposta ao tratamento instruindo-o a anotar a sua sintomatologia nos dias seguintes à perfusão de levosimendan, registando eventuais melhorias ou agravamento dos sintomas, permitindo que a equipa avaliasse a efetividade da terapêutica na consulta de seguimento. Reforçou, ainda, a importância da autogestão do RT e otimização da gestão da doença, reforçando a importância da restrição hídrica a 1L/dia, da redução do consumo de sal, da toma rigorosa da medicação prescrita e da

relevância da continuidade do acompanhamento pela equipa de IC, garantindo ajustes terapêuticos atempados. Para validar a compreensão do doente, a técnica *teach-back* foi utilizada, pedindo-lhe que explicasse, com as suas palavras, os sinais que deveria monitorizar e as ações a tomar em caso de agravamento. Esta estratégia permitiu identificar algumas lacunas na sua perceção, o que possibilitou um reforço direcionado da informação. Este caso foi particularmente enriquecedor, pois demonstrou como a educação em saúde pode ser integrada nos momentos de tratamento, maximizando o impacto das intervenções de enfermagem na capacitação para a autogestão da doença. Permitiu-me compreender a importância da adaptação da comunicação à realidade de cada pessoa, garantindo que a informação transmitida seja assimilada e aplicada na prática.

Foi alvo de reflexão com a tutora, a questão de serem apenas os médicos a desenhar o PIC, embora confirme que qualquer profissional o possa ajustar, em qualquer momento. No entanto, na realidade essa intervenção está atribuída exclusivamente aos médicos. Os enfermeiros ao focarem as suas intervenções nas respostas humanas aos processos de vida, sobretudo na saúde e na doença, ampliam a sua perceção sobre as reais necessidades que as pessoas experienciam, sendo no meu entender agentes fundamentais para a reestruturação desses PIC. O pensamento profissional fundamentado numa lógica conceptual de enfermagem avançada pode constituir-se indispensável para a obtenção de resultados significativos nestes projetos e, sendo a enfermagem uma profissão autónoma, com prescrições próprias, impõe-se a afirmação da nossa atuação independente, orientada para a obtenção de ganhos em saúde partilhados e centrados na pessoa. Esta reflexão foi partilhada pela tutora, que demonstrou concordância com a necessidade de reposicionar o papel do enfermeiro nestes contextos, valorizando uma atuação colaborativa, mas também mais participativa e reconhecida nos processos de tomada de decisão.

Estas experiências foram determinantes para a minha aprendizagem, pois evidenciaram que um enfermeiro, dotado de competências educacionais, coloca os clientes no centro dos cuidados, sendo a responsabilidade partilhada com o objetivo, numa primeira fase, da transmissão de conhecimentos, para promover a consciencialização e o envolvimento, avaliando crenças e significados dificultadores e desconstruindo essas barreiras. Numa segunda etapa, trabalha-se a capacidade para que o cliente faça uma autogestão eficiente da sua doença. A relação empática estabelece-se com base num diálogo claro e direcionado às especificidades do cliente. Desta forma, a observação da prática clínica das enfermeiras tutoras permitiu-me consolidar competências no âmbito da educação, reconhecendo o impacto direto destas intervenções na capacitação das pessoas e na redução de complicações evitáveis. Segundo Benner (2001), evolui do nível Competente para Proficiente na capacitação da pessoa para a autogestão do RT, desenvolvendo uma abordagem mais integrada e ajustada às suas necessidades individuais. No entanto, reconheço que a perícia exige uma expertise mais aprofundada, sustentada pela experiência contínua. Certamente, este é um objetivo que levo para a minha prática

profissional, consciente de que a especialização em enfermagem requer aprendizagem contínua, reflexão crítica e aperfeiçoamento constante.

O progresso nos cuidados de saúde proporcionou avanços significativos, permitindo às populações uma longevidade acrescida e uma qualidade de vida superior. No entanto, como resultado desta evolução, persistem desafios, como as IACS e o aumento da RAM, que comprometem a eficácia terapêutica e representam uma ameaça crescente à saúde pública mundial, sendo um flagelo transversal a todos os sistemas de saúde, exigindo estratégias integradas e eficazes para a sua mitigação (OPSS, 2018).

O conceito foi introduzido por Friedman et al. (2002) e, segundo estes, as IACS são consideradas uma epidemia silenciosa, de causa multifatorial, constituindo a principal ameaça nos hospitais. São responsáveis pelo aumento da morbilidade, repercutindo-se no aumento do número de dias de internamento, absorvendo recursos materiais e humanos, com um ónus incalculável nos custos de saúde. Além disso, o sofrimento, a ansiedade e dor causados à pessoa e à sua família denunciam a brutalidade desta problemática (Pina et al., 2019). De acordo com estimativas da OMS, nos países desenvolvidos, a cada 100 pessoas hospitalizadas, dez adquirem pelo menos uma infeção durante o período de internamento, sendo que um em cada dez destes doentes acaba por morrer (OMS, 2024).

As IACS são definidas como infeções adquiridas pelas pessoas no decorrer dos cuidados de saúde recebidos, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício das suas atividades (DGS, 2017a). Num estudo europeu, Portugal apresentava uma taxa de prevalência de 10,5 %, colocando-o no topo da Europa. Nesse estudo, as infeções que se destacaram como as mais frequentes foram as respiratórias — 29,3 %, as infeções do trato urinário (ITU) — 21,1 % e as infeções do local cirúrgico — 18 % (ECDC, 2013).

O segundo maior marco importante no âmbito do controlo de infeção em Portugal, após a criação das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em 1996 (Despacho n.º 246, 1996), decorreu em 2013 com a fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) e do Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana (PNPRA), originando o PPCIRA (Despacho n.º 2902, 2013). Esta integração foi concebida para abordar de maneira inovadora ambos os desafios, é uma prioridade da DGS, aproveitando as oportunidades decorrentes da sua interconexão (DGS, 2017a).

A crescente complexidade dos cuidados de saúde e a emergência de microrganismos resistentes tornam imperativa a presença de PPCIRA, que têm como objetivos principais a redução da incidência das IACS, através de medidas de prevenção e controlo da sua cadeia epidemiológica de infeção; promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (DGS, 2017a).

A segurança do cliente está intrinsecamente ligada à identificação e mitigação dos riscos das IACS. Ao reconhecer esta necessidade, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 estabelece, no seu Pilar 5, "*Práticas seguras em ambientes seguros*", com o objetivo estratégico 5.3 — "*Reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos*". As pessoas submetidas a procedimentos invasivos, terapias antibióticas ou imunossupressoras, bem como internamentos prolongados, encontram-se particularmente vulneráveis a infeções nosocomiais. Portanto, é imperativo adotar abordagens proativas e integradas para prevenir e controlar as IACS, assegurando ambientes mais seguros e promovendo a qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2022).

Em consequência destes esforços, as diversas intervenções implementadas têm demonstrado resultados positivos. Dados dum estudo mais recente indicam uma melhoria significativa, com a taxa de prevalência de IACS em Portugal reduzida para 7,8 %, avizinhandose da média europeia, que se mantém em torno de 6 % (ECDC, 2023a).

O PPCIRA impulsionou a adoção das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e precauções com base na via de transmissão (PBVT). Estas diretrizes de boas práticas são essenciais no exercício profissional, visando minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada durante a prestação de cuidados. As PBCI abrangem dez padrões de qualidade e devem ser aplicadas a todos os clientes, mesmo sem conhecer o seu diagnóstico. Destas, destaca-se a avaliação individual do risco de infeção na admissão da pessoa e a necessidade de isolamento — Identificar precocemente clientes com potencial risco de infeção para implementar medidas de isolamento adequadas; a Higiene das mãos — pelo seu caráter vital; a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI); e a descontaminação do equipamento clínico (DGS, 2013; DGS, 2017a).

No decorrer do processo de diagnóstico das necessidades nos contextos de ENP, sobretudo no que se refere à prevenção, intervenção e controlo de infeções, pude analisar as diferentes estratégias, procedimentos e fluxos implementados, para controlar infeções, incluindo precauções básicas e normas, vigilância epidemiológica e auditorias, observando-se a relevância central que o EE desempenha neste âmbito.

A participação no curso da plataforma Nau sobre "Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento" reforçou o conhecimento obtido previamente e facilitou o diálogo com o elo de ligação do Gestor Coordenação Local (GCL) e PPCIRA, ampliando a compreensão sobre os desafios e progressos na prevenção de infeções e resistência antimicrobiana, bem como a sua dinâmica orgânica. A leitura de documentos internos, como o "Manual de controlo de infeção", permitiu compreender as políticas específicas da instituição e como aplicá-las na prática. Além disso, colaborei com a enfermeira tutora em ações de sensibilização para a prevenção da RAM, o que me permitiu aplicar os conhecimentos teóricos em contextos práticos, promovendo a consciencialização dos profissionais de saúde.

Para a perícia na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de IACS e de RAM no doente com IC, o enfermeiro deve ter noção de que este é um cliente particularmente vulnerável, não só devido à própria fisiopatologia da IC, que compromete a resposta imune e favorece estados inflamatórios crónicos, mas também pelas múltiplas comorbilidades, hospitalizações frequentes e exposição contínua a dispositivos invasivos. Assim, o enfermeiro deve adotar estratégias proativas na identificação precoce de riscos, implementação rigorosa de medidas de prevenção de infeções e educação da pessoa e familiares/cuidadores, promovendo um ambiente seguro.

No decorrer do ENPMI, tive a oportunidade de constatar novos conceitos teóricos na prática dos contextos, refletir sobre a diversidade de comportamentos entre o meu contexto profissional e o contexto do local de estágio. Pude ver cumpridos todos os requisitos, no que tange a recursos materiais e protocolos de atuação, a serem disponibilizados e seguidos conforme o padronizado pelas diretivas da DGS. Cada unidade do cliente dispõe de uma solução de base alcoólica, para higienização das mãos, de EPI (luvas e batas), e contentor para resíduos de risco biológico. Este último não constava dentro das unidades, apenas o contentor para resíduos do grupo I e II, constituindo um risco acrescido para a transmissão accidental, pelo que pude refletir com a enfermeira tutora sobre a razão de este não estar dentro das unidades. É certo que a gestão de recursos muitas vezes é uma necessidade imprescindível nos hospitais e, muitas vezes, tem de se encontrar um meio-termo, sem que isso constitua risco na prática dos cuidados. No entanto, foi identificado como uma oportunidade de melhoria.

Pude observar a descontaminação e desinfeção dos equipamentos e a limpeza da respetiva unidade do cliente após a alta, sendo um procedimento protocolado. Cada unidade detinha um manguito de pressão arterial individual, evitando a transmissão cruzada de infeções, uma realidade que atualmente não é observada em todos os hospitais, onde os profissionais se vêm obrigados a desinfetar após a sua utilização, o que implica despende de tempo adequado para o fazer entre clientes.

As infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) podem ter na sua origem o uso de dispositivos invasivos, tais como o cateter venoso central (CVC) e o cateter venoso periférico (CVP), podendo ter como ponto de partida outras infeções, nomeadamente a infeção urinária relacionada com o uso de cateter urinário e a infeção respiratória associada à ventilação mecânica invasiva (ECDC, 2023b). No que diz respeito às INCS, pude, dentro das equipas, sensibilizar para práticas assentes na melhor evidência, partilhando a minha visão de futura EE quanto à preparação de medicação EV. A preparação e administração de medicação injetável pode concorrer para transmissão de agentes infecciosos, que podem resultar em eventos adversos tanto para os clientes quanto para os profissionais de saúde (Barroso & Florêncio, 2021). Conforme destacado por Camerini e Silva (2011), a segurança microbiológica pode ser comprometida quando não se realizam práticas adequadas durante a preparação de medicamentos intravenosos, como a limpeza da bancada de preparação da medicação,

higienização das mãos, desinfecção do gargalo das ampolas, o uso de máscara, solventes unidose, a troca de agulhas entre a preparação e administração, abertura das embalagens das seringas, compressas e agulhas pelo local destinado.

Neste sentido, pude constatar a recorrência da utilização de frascos de soro fisiológico e água bidestilada multidose para a preparação de injetáveis, colocando uma agulha única para a sua aspiração ao longo do turno. Recentemente, foi realizado um estudo piloto que investigou o nível de conhecimento dos enfermeiros relativamente à preparação de medicamentos injetáveis e a sua taxa de contaminação. Os resultados apontaram que os enfermeiros detinham conhecimentos satisfatórios para a preparação de medicamentos injetáveis com frascos unidose e multidoses. No entanto, os autores concluíram que o risco de contaminação e a INCS estão associadas à não adesão às boas práticas na utilização dos frascos multidose (Bhatia et al., 2018). Quando não é possível utilizar frascos de dose única, poderá optar-se por frascos de doses múltiplas, no entanto, se os princípios de assepsia não forem cumpridos, existe alta probabilidade de contaminação (OMS, 2011). Tive o cuidado de promover reflexões conjuntas que objetivassem práticas mais seguras, explicando que, muitas vezes, ainda de que de forma involuntária, são os enfermeiros na intenção de cuidar que muitas vezes prejudicam a saúde das pessoas. Pude explicar, individualmente, a importância de abandonarmos determinadas práticas e adquirir novos comportamentos como o uso de frascos unidoses de forma a manter a técnica asséptica, visto estes estarem disponíveis na instituição.

Outro ponto que foi alvo de discussão e reflexão entre os pares consiste na manipulação do CVP, sendo verificada a administração da medicação sem previamente se desinfetar o conector de membrana, constituindo num risco acrescido de INCS. No seguimento desta observação e da casuística de flebites no serviço, determinou-se a importância de sensibilizar os profissionais para esta problemática. No entanto, após alguma reflexão, sabendo que há terapêuticas farmacológicas mais suscetíveis do que outras na origem das flebites e estando num serviço de Medicina Interna, orientado para doentes do foro da cardiologia, a maior expressão de flebites poderia estar relacionada com as terapêuticas farmacológicas instituídas (Tendeiro et al., 2023). Contudo, após uma análise mais aprofundada dos componentes que pudessem estar na origem desta expressão, em discussão com a enfermeira gestora e a tutora, concluímos que poderia haver um outro fator causal. Neste serviço, os enfermeiros dispõem de compressas impregnadas de álcool 70 %, individuais. São uma espécie de toalhete fino 5 cm x 5 cm. Apesar de estarem indicadas para a preparação da assepsia da pele, empiricamente ao toque podemos perceber que a sua humidade é relativa de compressa para compressa, o que pode comprometer a assepsia da pele. A escolha deste recurso em oposição à eficácia do uso de uma solução alcoólica ou com clorexidina a 2 % aplicada no momento pode estar na origem destes resultados. Após esta reflexão, a enfermeira gestora decidiu reportar o possível nexo causal identificado à PPCIRA, visando a obtenção de conclusões através dum estudo epidemiológico deste risco específico. De acordo com a visão de Queirós (2016), a enfermagem deve ser

entendida como uma ecologia de saberes, na qual o conhecimento científico se articula com saberes práticos, contribuindo para uma prática reflexiva e para um cuidar mais seguro.

A RAM constitui um desafio premente para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral. A presença de estirpes microbianas resistentes está correlacionada com altos índices de morbidade e mortalidade, além de prolongar significativamente os períodos de internamento hospitalar. Apesar das estratégias implementadas para a prevenção, controlo de infeções e políticas de uso racional de antimicrobianos, esta questão permanece uma preocupação constante (DGS, 2023).

Dada a importância de prevenir complicações e assegurar a qualidade dos cuidados, o controlo da RAM torna-se uma prioridade no desempenho da nossa atividade profissional. Nesse sentido, considerei essencial reforçar, junto da equipa, o que foi alvo de reflexão aquando da reunião com o elo de ligação do GCL-PPCIRAL. Ao identificar comportamentos que podem concorrer para o aumento da RAM, mais especificamente na administração de antibióticos que requerem a diluição em volumes iguais ou superiores a 100 ml, pude debater com os enfermeiros a importância de assegurar a administração integral da dose prescrita do antibiótico. Por exemplo, no caso do antibiótico piperacilina/tazobactam, cuja dose é de 4,5 g, observou-se que aproximadamente 0,9 g podem permanecer no sistema de infusão, que ocupa cerca de 20 ml, resultando na administração efetiva de apenas 3,6 g. Para mitigar este problema, recomenda-se a lavagem com soro fisiológico após a administração do antibiótico. Isto pode ser feito conectando um frasco desse soro e perfundindo pelo menos 20-30 ml para garantir que seja administrada a dose completa do antibiótico. Esta prática assegura que todo o medicamento seja administrado, evitando subdosagens que podem contribuir para o desenvolvimento da RAM. Esta constatação destaca a importância do EE na promoção de mudanças de comportamentos entre os profissionais de saúde. A reflexão crítica sobre as práticas diárias permite identificar áreas de melhoria e implementar estratégias eficazes para aprimorar a qualidade do atendimento prestado aos clientes.

No que diz respeito aos rastreios de enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC), conforme estabelecido na norma n.º 004/2023 da DGS, bem como nas diretrizes institucionais, o rastreio de EPC é efetuado aquando da avaliação inicial para identificar possíveis colonizações ou infeções (DGS, 2023). Após o internamento, a cada dez dias é repetido o rastreio, exceto quando existe contacto com clientes infetados, estando padronizado, nestas circunstâncias, a sua realização com dois testes a comprovar o resultado (no momento e após 48 horas), ficando nestas circunstâncias em isolamento profilático em coortes ou quartos individuais. Estas medidas visam a deteção precoce e a implementação de estratégias adequadas de controlo de infeções.

Na impossibilidade de acompanhar diretamente a auditoria ao cumprimento das precauções de controlo e prevenção da infeção para o combate às EPC, tive a oportunidade de discutir e refletir

com o Gestor de Risco Local (GRL) do PPCIRA sobre os itens avaliados durante este processo. A auditoria tem como principal objetivo avaliar a conformidade dos profissionais de saúde com as diretrizes estabelecidas, identificando áreas de melhoria e reforçando boas práticas para minimizar a transmissão destas bactérias multirresistentes. A metodologia adotada incluiu a observação direta e a análise documental, contemplando aspetos fundamentais como o seguimento das precauções padrão e de contacto, a análise de registos de isolamento e vigilância microbiológica, bem como entrevistas breves com profissionais de saúde para aferir o seu nível de conhecimento sobre a infeção por EPC, os riscos de transmissão e as medidas preventivas.

Entre os principais parâmetros auditados, destacou-se a adesão à higienização das mãos, avaliando-se a conformidade com os cinco momentos da OMS, e o uso adequado de solução alcoólica ou lavagem com água e sabão antes e após o contacto com doentes ou superfícies contaminadas. No que diz respeito ao uso de EPI, são analisadas a correta utilização de luvas e aventais descartáveis na prestação de cuidados a doentes com EPC, a remoção e o descarte adequado dos EPI, bem como o registo no SClínico®, no plano de cuidados do cliente, sinalizando a tipologia de isolamento.

No âmbito das medidas de isolamento, verificou-se sempre a identificação e correta sinalização dos doentes portadores de EPC, a aplicação rigorosa das precauções de contacto, alocando-os em quarto individual ou coorte com outros doentes positivos para EPC, a disponibilização de *kits* de precaução de contacto na entrada dos quartos e a restrição de movimentação desnecessária dos doentes pelo hospital, havendo um forte envolvimento dos familiares no cumprimento rigoroso destas medidas. Destaque-se também a desinfeção e gestão de superfícies e equipamentos, nomeadamente a utilização de desinfetantes apropriados para a limpeza de superfícies e dispositivos médicos, a higienização rigorosa de equipamentos partilhados e a adequada gestão de resíduos biológicos, garantindo um ambiente seguro. Por último, o cumprimento dos protocolos de rastreamento e notificação de casos, avaliando-se a adesão ao protocolo de rastreio microbiológico em doentes de risco, a comunicação atempada dos resultados laboratoriais às equipas, bem como o registo e notificação interna e externa dos casos identificados fomentando a segurança e um ambiente controlado. A formação contínua das equipas de saúde e a sensibilização para o cumprimento rigoroso das medidas preventivas revelam-se estratégias fundamentais para garantir a eficácia e a segurança dos doentes.

Contudo, a implementação de estratégias de prevenção e controlo de infeções nos cuidados na comunidade, em particular no contexto domiciliário, constitui uma questão emergente, que abrange fatores específicos deste ambiente, sendo até agora pouco debatidos. Em Portugal, tais medidas têm-se concentrado predominantemente nos serviços da saúde, resultando numa lacuna no enquadramento normativo e na alocação de recursos para as diversas respostas comunitárias.

Durante o decorrer do ENPMII, pude compreender que o ambiente de cuidados domiciliários apresenta desafios únicos que podem dificultar a implementação de práticas de controlo de infeções. Fatores como as condições habitacionais —incluindo a higiene, o saneamento básico e a ventilação —, bem como a presença de animais domésticos, crianças, acessos limitados e dinâmicas familiares complexas, podem interferir na capacidade dos profissionais de saúde otimizarem as medidas de Prevenção de Controlo de Infeção (PCI). Estas variáveis, muitas vezes imprevisíveis e fora do controlo direto dos enfermeiros, exigem adaptações específicas das estratégias de PCI para garantir a segurança tanto dos clientes quanto dos profissionais no contexto domiciliar. Contudo, independentemente do local da prestação dos cuidados, é imperativo que as PBCI sejam rigorosamente aplicadas, conforme estabelecido na norma n.º 029/2012 (DGS, 2013). Pude observar a enfermeira tutora a mobilizar estratégias altamente adaptativas e centradas na realidade específica de cada cliente e família, mitigando riscos mesmo em cenários adversos.

No âmbito da prevenção e controlo de infeções, tanto no contexto de internamento como nos cuidados domiciliários, considero ter alcançado o nível de Perito. A conjugação da minha experiência profissional com o gosto pessoal e o aprofundamento teórico proporcionado pelo curso de mestrado e pelo ENP capacitou-me para oferecer cuidados especializados de um nível avançado.

A expressão "*primum non nocere*", atribuída a Hipócrates, pai da medicina, significa — primeiro, não causar dano. Este princípio permaneceu presente até aos dias de hoje, orientando a conduta dos profissionais de saúde para evitar qualquer ação que possa prejudicar a pessoa. Florence Nightingale, reconhecida como a pioneira da enfermagem enquanto ciência, também preocupada com as questões de segurança, referiu “...o primeiro requisito de um hospital devia ser não causar dano aos seus doentes” (Ilán & Fowler, 2005, p. 2).

No entanto, o grande impulso, que colocou a segurança do doente na agenda internacional, acontece após a publicação do relatório "*To Err Is Human: Building a Safer Health System*", que ao revelar o número de mortes associadas a erros médicos colocou sobre holofotes a necessidade de se investir em sistemas de qualidade e gestão de riscos nas organizações de saúde. Apresentou recomendações abrangentes, exigindo legislação específica, a necessidade da implementação de relatórios de eventos adversos, a proteção da confidencialidade dos profissionais envolvidos, o respeito pelos direitos dos doentes e o cumprimento de deveres por parte dos gestores e profissionais de saúde (Kohn et al., 2000). É nessa altura que se verifica uma mudança de paradigma, passando o conceito de gestão do risco a estar aliado ao conceito da gestão da qualidade. Essa nova abordagem da gestão de risco nas organizações de saúde é um importante instrumento de gestão estratégica, com o objetivo a segurança do cliente e a prevenção de eventos clínicos adversos.

Todas estas figuras, ao longo da história, remontam para a importância do desenvolvimento de

políticas que mitiguem os eventos adversos e danos na saúde das pessoas. Mais tarde, a OMS criou a aliança mundial para a segurança do doente, *World Alliance for Patient Safety*, promovendo políticas a serem implementadas pelos países-membros, para a promoção de programas que mitiguem eventos adversos (OMS, 2009). No seguimento destas diretrizes, a DGS publicou orientações e normas nas principais áreas da segurança do doente, através do PNSD 2021-2026.

Na intenção do desenvolvimento de competências específicas no âmbito do risco, deu-se particular enfoque ao conhecimento sobre estratégias de prevenção de risco clínico e não clínico, assim como aperfeiçoar a habilidade para o seu diagnóstico. Neste sentido, inteirei-me do modelo de governação clínica adotada, através da consulta de manuais com informação institucional e o plano de gestão de risco local, bem como entrevistas com a enfermeira gestora e o elo de ligação com o GRL.

Pude compreender o organograma e o fluxo de trabalho do Serviço de Gestão de Risco, que é presidido por um profissional nomeado pelo conselho de administração, selecionado com base no seu perfil e competências técnicas. Este trabalha em estreita colaboração com a Unidade de Gestão de Risco Geral e a Unidade de Gestão de Risco Clínico, sendo responsável por: garantir a gestão global, integrada e coordenada dos riscos gerais e dos riscos clínicos, através de um processo sistemático de identificação, avaliação e controlo; desenvolver uma política de Gestão de Risco; propor medidas para minimizar e controlar os riscos para os clientes, colaboradores, património e todas as partes interessadas, em conjunto com o serviço de instalações e equipamentos, serviços hoteleiros, serviço de saúde ocupacional, entre outros; desenvolver uma cultura de prevenção de risco; promover uma política de sustentabilidade ambiental, com estreita articulação com a comissão de sustentabilidade ambiental; propor ao conselho de administração os objetivos anuais de gestão de risco; e relatar ao conselho de administração o desempenho da Gestão de Risco tendo como base a análise do cumprimento dos objetivos definidos.

A Unidade de Gestão de Risco Clínico, por sua vez, é responsável por desenvolver e implementar um programa de gestão de risco clínico abrangente que identifique e priorize medidas para prevenir riscos clínicos, mitigando potenciais danos associados à prestação de cuidados de saúde. Esse processo baseia-se na adoção de boas práticas e diretrizes recomendadas. Além disso, em colaboração com a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD), deve garantir a execução e monitorização das ações delineadas no PNSD vigente. Outra vertente essencial da sua atuação é a promoção de uma cultura de segurança, incentivando a partilha de conhecimento e a disseminação de informações estratégicas, através de ações de formação e ações dirigidas a problemas específicos. Com estas iniciativas, procura-se reforçar a segurança em todos os níveis de cuidados, num ciclo contínuo de melhoria.

A Unidade de Gestão de Risco Geral é responsável por garantir a segurança e a conformidade

legal em três grandes áreas — a segurança contra incêndios e planeamento de emergência, a segurança de pessoas e bens e a gestão ambiental.

O EE no contexto da pessoa em situação crónica deve participar ativamente em grupos de gestão de riscos, abordando tanto o risco clínico — que inclui aspetos como a identificação inequívoca do doente, o controlo na cadeia epidemiológica de transmissão de infeções, a administração segura de medicamentos, o consentimento informado, eventos adversos derivados de procedimentos invasivos, medicamentos e transfusões sanguíneas, úlceras por pressão, quedas, desnutrição, comunicação entre profissionais de saúde, interrupções na continuidade dos cuidados, fadiga e *burnout* dos profissionais de saúde — quanto o risco não clínico, que contempla a segurança das infraestruturas, proteção contra incêndios, a higiene e limpeza, a gestão adequada de resíduos, a qualidade da água e do ar e a segurança na utilização de gases medicinais de risco (Rocha & Ramos, 2021).

Neste contexto, o enfermeiro que integra a equipa de Gestão do Risco desempenha um papel multifacetado, assumindo diversas funções e responsabilidades que, não estando definidas por um regimento específico, são mutáveis de acordo com as diferentes necessidades, adaptando-se às exigências da segurança do doente estipuladas para o período anual. Dentro das especificidades, é da sua responsabilidade a gestão das notificações de risco clínico, nomeadamente ao nível da análise das notificações de quedas, úlceras por pressão e maceração, entre outros.

O departamento da qualidade da DGS lançou, em 2013, o Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), concebido para fortalecer a segurança do doente através da identificação e gestão estruturada de incidentes ocorridos nas unidades de saúde. Em 2014, o sistema foi reformulado, dando origem ao Notific@, a plataforma atualmente em vigor. O Notific@ é um sistema de notificação voluntário, anónimo, confidencial e não punitivo, permitindo aos profissionais de saúde reportar eventos adversos de forma segura, sem o receio de represálias. A sua implementação reforça a necessidade de uma cultura de segurança, na qual a partilha de incidentes é vista como uma oportunidade para prevenir erros futuros e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, apesar das suas vantagens, este tipo de sistema enfrenta desafios significativos, especialmente no que concerne à adesão por parte dos profissionais. A falta de tempo disponível, o medo de eventuais represálias informais ou a ausência de incentivos institucionais estão na origem da subnotificação.

Durante o ENP, adotei uma abordagem proativa na identificação e antecipação de riscos e potenciais problemas, direcionando a minha intervenção para a prevenção de eventos adversos e promoção da segurança do doente. A implementação de estratégias eficazes por parte do EE constitui um elemento essencial para a redução de incidentes de segurança, muitos dos quais são evitáveis. Este compromisso representa um investimento inequívoco na qualidade dos cuidados de saúde, reforçando a necessidade de práticas baseadas na prevenção,

monitorização e intervenção precoce para minimizar riscos e otimizar os resultados em saúde. Nesta linha de raciocínio, numa primeira análise, dá-se especial destaque à importância das dotações seguras. Não podemos falar de segurança e qualidade, sem abordarmos esta questão que está contemplada no artigo 96 do n.º 2, alínea c), do Estatuto da OE, que diz que os enfermeiros têm o direito a *“usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”* (OE, 2015c, p. 74). A realidade sobre a dualidade entre a exigência de qualidade e a ausência de garantias contribui para o aumento de riscos clínicos e, muitas vezes, é debatida pelos gestores com um certo conformismo, fundamentado pelos défices orçamentais. Os programas de melhoria contínua devem incluir este debate nas agendas no âmbito da mitigação dos riscos clínicos e da prevenção de riscos psicossociais, como uma condição *sine qua non*, compreendendo o seu real impacto.

Diversos estudos atestam que para asseverar a qualidade, a segurança dos cuidados, dos clientes e dos profissionais, é indispensável dotar os serviços com o número de enfermeiros suficientes. Sendo fundamental para salvaguardar riscos inerentes à natureza das funções de enfermagem, e melhores rácios, enfermeiro/cliente estão associados a melhores resultados (Aiken et al., 2014; Jones et al., 2018). Neste seguimento, um dos temas debatidos com as tutoras foi o facto do serviço de medicina ter a mesma dotação prevista que um serviço de internamento de medicina convencional. Considerando que a equipa é constituída por 37 enfermeiros nos cuidados gerais e tendo em conta as especificidades do serviço de medicina - nomeadamente o facto de ser orientado para doentes do foro cardíaco, com patologias cardiovasculares complexas, como IC, síndromes coronárias agudas, fibrilações auriculares, pós-operatório de procedimentos cardíacos, necessidade de monitorização contínua e ajustes frequentes na terapêutica -, torna-se evidente a necessidade de uma dotação ajustada às exigências do serviço. Além disso, conta com uma unidade de cuidados intermédios, nomeadamente uma unidade de AVC com 6 camas e ainda com dois quartos de isolamento. Na verdade, considerando todas estas particularidades, o número de enfermeiros necessários deveria ser superior (OE, 2019). Esta reflexão, situou-me para os desafios emergentes dos gestores, muitas vezes impotentes perante os seus poderes limitados, no âmbito das dotações seguras.

Além das dotações seguras, outro risco clínico bastante discutido com o GRL e a enfermeira tutora e gestora prendeu-se com as interrupções também chamada de *break-in-task* e o ruído existente durante a preparação da medicação. Os principais fatores que concorrem para a interrupção do trabalho dos enfermeiros incluem outros membros da equipa de enfermagem, profissionais de saúde, chamadas telefónicas, utentes, visitas e até mesmo interrupções autoinduzidas. No que diz respeito ao impacto das interrupções na segurança do doente, Monteiro et al. (2015) indicam que cerca de 90 % dessas ocorrências resultam em eventos adversos, tais como atraso na administração de medicamentos, perda de concentração dos

profissionais e o aumento do risco de ocorrência de erros na preparação e administração de medicamentos. Após a realização de pesquisa sobre estratégias adotadas para mitigar as interrupções dos enfermeiros durante a preparação e administração de medicação, os resultados que mais consenso tiveram, nos diferentes estudos, foi a criação de um espaço exclusivo para a preparação dos fármacos e a adoção de um colete sinalizador por parte dos enfermeiros responsáveis pela administração, com a mensagem "Por favor, não interrompa, estou a administrar medicamentos". Além disso, foram aplicadas estratégias educacionais para sensibilizar os profissionais sobre a importância de se minimizarem distrações durante este procedimento complexo e exigente (ISMP, 2012; Tomietto et al., 2012; Camerini et al., 2022). Reconhecendo o impacto significativo das interrupções na segurança do doente e a evidência científica que sustenta a eficácia destas medidas mitigadoras, a enfermeira gestora manifestou o interesse na implementação desta estratégia na sua equipa. A adoção de um espaço exclusivo para a preparação de fármacos, aliada ao uso de um colete sinalizador com a mensagem de alerta, foi considerada uma abordagem viável para minimizar as distrações e promover um ambiente mais seguro e controlado durante o processo de preparação de medicação. Esta ponderação enfatiza a importância da reflexão baseada em evidência científica.

No que diz respeito à identificação inequívoca do doente, a ULS adota pulseiras individuais para a identificação dos clientes, sendo uma estratégia recentemente adotada e que cumpre com os requisitos de qualidade e segurança, conforme as orientações emanadas pela DGS (2011a). Pese embora, particularmente no contexto do erro de medicação, foi possível identificar práticas que podem potencialmente contribuir para a ocorrência de eventos adversos, constituindo espaço para a melhoria contínua. Durante a preparação de medicamentos, verificou-se que os enfermeiros recorrem ao uso de copos de papel reutilizáveis para acondicionar os medicamentos, identificando-os apenas com o número da cama do doente. Paralelamente, outros profissionais adotam o uso de etiquetas autocolantes, com o número da cama, invertendo a etiqueta onde colam os medicamentos correspondentes. Contudo, ambas as abordagens representam riscos significativos para a segurança do doente, nomeadamente pela possibilidade da identificação incorreta do doente, uma vez que não cumprem as diretrizes da OMS (2007a), que recomenda a utilização de dois identificadores distintos – como nome completo e a data de nascimento – para a correta identificação do doente antes de qualquer procedimento ou administração de medicação. O risco de IACS é também acrescido, considerando que os copos são reutilizáveis, aumentando a possibilidade de contaminação cruzada. Contribui ainda para potenciais erros de administração, dado que os copos podem conter números anteriormente utilizados para outros doentes, aumentando o risco de confusão e de administração indevida da medicação. A possibilidade de omissão de medicamentos também pode ocorrer, caso um dos comprimidos se descole da etiqueta. Dado o impacto direto na segurança do doente, estas práticas foram alvo de reflexão no momento da entrevista com o GRL, devendo ser revistas e ajustadas, garantindo a implementação dos protocolos

padronizados que minimizem o risco de erros de identificação e administração de medicamentos.

Pude familiarizar-me e acompanhar a fase inicial do projeto do sistema PharmaTRAC®, uma solução que possibilitará a rastreabilidade completa da administração de fármacos, promovendo um *closed loop* entre medicamentos e clientes. Através da leitura dos códigos de barras presentes nas pulseiras dos doentes e nos fármacos a administrar, este sistema visa eliminar erros de medicação, garantindo maior precisão e segurança no circuito do medicamento. Este sistema promoverá uma redução significativa dos erros de medicação, implementando um circuito fechado, no qual cada etapa do processo medicamentoso é verificada através da leitura de códigos de barras, garantindo que o medicamento certo, na dose, via e horário corretos, seja administrado à pessoa certa. Além disso, contribuirá para o aumento da segurança, prevenindo trocas acidentais, duplicação de doses e falhas na administração, integrando-se com os sistemas de prescrição eletrónica para minimizar discrepâncias na medicação. A rastreabilidade e a monitorização são igualmente reforçadas, assegurando o registo automático da administração no prontuário eletrónico, possibilitando auditorias e análises de segurança, promovendo maior transparência e qualidade nos processos. Assim sendo, a implementação deste sistema melhorará a eficiência operacional, reduzindo erros administrativos e desperdício de recursos, permitindo que os profissionais dediquem mais tempo aos cuidados diretos ao cliente, além de otimizar a gestão de *stocks* de medicamentos, aprimorando a logística hospitalar (Williams et al., 2025).

Pude inteirar-me das estratégias adotadas pela ULS, tanto no ENPMI como II, no que diz respeito aos medicamentos de alerta máximo (MAM). Estes são definidos como fármacos que apresentam um elevado risco por poderem causar danos significativos aos clientes, caso ocorra alguma falha no processo de utilização (DGS, 2015a; ISMP, 2022). Estes medicamentos exigem protocolos rigorosos de segurança, incluindo a sua identificação clara, o armazenamento diferenciado com uso de rótulos de perigo, visando a redução do risco de erros e a segurança do doente. Desta forma, a implementação de estratégias para a prevenção do erro na utilização dos MAM deve abranger todas as etapas do processo de utilização do medicamento, implicando todos os profissionais envolvidos e o próprio doente, conforme padronizado pela norma n.º 014/2015, da DGS.

De igual forma, foi possível refletir e discutir sobre a importância do uso de estratégias em vigor relativamente aos medicamentos cuja ortografia, fonética, e/ou aspeto, são semelhantes. Os fármacos que apresentem ortografia ou aspeto idêntico, quer seja pela forma, rótulo e/ou cor, integram-se na natureza de medicamentos *look-alike*. Da mesma forma que aqueles cujo nome é foneticamente similar vinculam a categoria dos medicamentos *sound-alike* (DGS, 2015b). Os medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* - LASA, constituem, à escala global, a principal causa de erros de medicação (Lage et al., 2023), sendo fundamental que os serviços implementem estratégias que mitiguem estes erros.

Em conformidade com as diretrizes da OMS (2007b), e regulamentada pela norma n.º 020/2015 da DGS, a ULS adota diversas estratégias para minimizar os riscos associados aos medicamentos LASA. Entre as principais medidas, destaca-se a garantia de prescrições legíveis, incluindo a denominação genérica, a dose, a concentração, instruções de administração e indicação terapêutica, facilitando a distinção entre fármacos com nomes fonética ou graficamente semelhantes. Além disso, é realizada uma revisão anual dos medicamentos LASA em uso na organização, bem como a sinalização desses fármacos em todas as áreas de armazenamento, através adoção de técnicas visuais, como autocolantes gráficos nos rótulos e embalagens, reduzindo o risco de trocas acidentais. Para reforçar a diferenciação, são implementadas estratégias como o uso de *Tall Man Lettering*, destacando em maiúsculas as sílabas distintas de nomes semelhantes. Complementarmente, recorrem à formação contínua dos profissionais de saúde sobre medicamentos LASA, promovendo maior consciencialização e segurança no uso desses fármacos.

A RM foi algo que pude aprofundar e implementar, por diversas vezes, tanto no ENPMI no momento da alta hospitalar, como no ENPMII, no regresso ao domicílio. Esta estratégia é essencial para prevenir erros de medicação, prevenir eventos adversos, bem como, garantir a continuidade do RT medicamentoso de forma segura. É um processo estruturado que visa assegurar a precisão da terapêutica, através da comparação entre os medicamentos em uso e a lista atual de prescrições. A RM é regulamentada pela norma n.º 018/2016 da DGS, tem o objetivo de reduzir erros de medicação, sendo realizada em diferentes contextos, como visitas domiciliárias ou mesmo por contacto telefónico (DGS, 2016).

Diversas organizações internacionais de referência, incluindo o Institute for Healthcare Improvement (IHI), a OMS, a JCI e o Institute for Safe Medication Practices (ISMP), têm enfatizado a importância da implementação de estratégias eficazes para assegurar a transferência precisa e segura de informações em todas as fases de transição de cuidados. Estes apelos refletem a necessidade de minimizar erros de medicação e eventos adversos, reforçando a segurança e a continuidade de cuidados. De acordo com um estudo recente, que avaliou a eficácia da implementação de processos de RM em 18 hospitais, constataram melhorias significativas na segurança dos clientes. Nomeadamente, a redução de discrepâncias não intencionais na admissão de 20 % e na alta hospitalar de 12 %, além do aumento da conformidade na documentação da RM dentro de 24 horas após a admissão e alta (Alghamdi et al., 2023). A implementação de sistemas estruturados de RM tem-se revelado uma estratégia eficaz para mitigar as discrepâncias da prescrição e administração de fármacos, desempenhando um papel fundamental na redução de eventos adversos e na melhoria da segurança do doente. Ao garantir uma continuidade terapêutica precisa e padronizada, esta abordagem minimiza riscos associados a omissões, duplicações, interações e erros na dosagem, promovendo uma prática de prestação de cuidados mais segura e efetiva.

No que tange à prevenção de quedas, pude participar nas diversas medidas e estratégias que a

ULS adota para mitigação deste flagelo. A OMS sublinha a gravidade das quedas como um fator crítico de morbimortalidade, alertando para o facto de estas constituírem a segunda principal causa de morte por lesão accidental ou não intencional a nível mundial (OMS, 2010). As quedas representam um grave problema de saúde pública, sendo uma preocupação crescente, tanto a nível nacional, como internacional. Em resposta a esta problemática, foram desenvolvidos programas nacionais de prevenção (DGS, 2019). A prevenção de quedas em clientes hospitalizados deve envolver profissionais de saúde, familiares e o próprio cliente com um plano individualizado que equilibre a segurança, a independência, a privacidade e a reabilitação (Ganz et al., 2013). O primeiro passo para a prevenção é a avaliação dos fatores de risco, para a qual existem diferentes escalas, sendo a Escala de Morse a adotada na ULS, aplicada no momento da admissão, transferência, alteração do estado clínico ou após uma queda. O sistema de pontuação desta escala classifica os utentes em baixo risco < 25 pontos, risco moderado 25-45 pontos e alto risco > 45 pontos, sendo que, para este último, se aplica um plano preventivo personalizado.

As intervenções preventivas devem abranger fatores intrínsecos e ambientais. Devem contemplar a educação do cliente e da família, o tratamento de doenças cardiovasculares, distúrbios no equilíbrio, incluindo o tratamento da hipotensão ortostática, revisão da medicação associada ao risco de queda, gestão adequada da incontinência urinária, acompanhamento do cliente à casa de banho, exercícios de equilíbrio e marcha, além das medidas ambientais como iluminação adequada, grades elevadas na cama, calçado adequado ou uso de meias antiderrapantes, remoção de obstáculos no pavimento e fornecimento de dispositivos de apoio à marcha. Outras estratégias incluem a colocação dos clientes com alto risco o mais próximo possível da sala de enfermagem e a instalação de corrimões em locais estratégicos (Luzia et al., 2018), bem como promover auditorias regulares para avaliar e aperfeiçoar as práticas adotadas na minimização do risco de quedas. Estas ações visam minimizar o risco de queda e melhorar a segurança dos clientes, promovendo um ambiente mais seguro. A acrescentar às estratégias de prevenção, quando ocorre uma queda, está preconizado o registo do evento e as circunstâncias em que decorreu, com o intuito de promover uma cultura de segurança e de identificação de erro, análise e prevenção do mesmo.

Durante os ENPMI e II, tive a oportunidade de participar ativamente na promoção da segurança do doente, com foco na identificação, prevenção e tratamento das Úlceras por Pressão (UP). Através da minha iniciativa e envolvimento direto com a equipa de enfermagem, aprofundei o meu conhecimento sobre avaliação do risco, planeamento de cuidados e implementação de estratégias preventivas, consolidando competências fundamentais para a gestão da integridade cutânea dos doentes. A minha intervenção centrou-se, primeiramente, na aplicação da Escala de Braden, que é a escala utilizada na ULS como ferramenta essencial para avaliar o risco de desenvolvimento de UP. Este instrumento permite identificar fatores de risco relacionados com a perceção sensorial, humidade, mobilidade, nutrição, atividade e fricção, possibilitando uma

abordagem preventiva e personalizada para cada cliente. Consciente da importância da avaliação sistemática, colaborei ativamente na reavaliação periódica do risco, sendo a sua monitorização realizada, em serviços de internamento, a cada 48 horas e, no serviço domiciliário, semanalmente, em conformidade com as diretrizes da DGS (2011b), garantindo assim que a monitorização fosse realizada com a regularidade recomendada para cada contexto.

O envolvimento no decorrer deste estágio permitiu-me compreender a dinâmica do serviço no que diz respeito à prevenção e gestão de UP, reforçando a importância da implementação de medidas preventivas como a mobilização com a frequência esperada dos clientes, a utilização de superfícies de redistribuição de pressão, a monitorização da hidratação e do estado nutricional, a proteção cutânea, bem como a participação na educação dos cuidadores, com vista ao regresso a casa. Além disso, tive a oportunidade de participar na elaboração e atualização de planos de cuidados, ajustando as intervenções consoante a evolução clínica de cada cliente. Por último, tive contacto com a importância da monitorização da incidência e prevalência das UP, percebendo que, embora as ferramentas de avaliação como a Escala de Braden sejam essenciais na previsão do risco, a sua eficácia na redução da incidência das UP depende da correta implementação das intervenções preventivas e da adesão dos profissionais às melhores práticas. Esta experiência consolidou a minha capacidade de análise crítica e tomada de decisão baseada em evidência, permitindo-me contribuir ativamente para a segurança do doente e para a melhoria da qualidade.

Durante o meu ENPMI, tive a oportunidade de observar e executar a administração de hemoderivados utilizando o sistema BTRAC®, uma tecnologia concebida para assegurar a rastreabilidade, permitindo o registo detalhado de todas as etapas da transfusão, desde a compatibilização até à administração, promovendo assim um aumento da segurança transfusional, através da redução de erros de administração e eliminando as incompatibilidades ABO e outras reações adversas, sendo que a confirmação positiva através de código de barras minimiza o risco de trocas acidentais. Este cumpre os requisitos legais e boas práticas, alinhando-se com as normas nacionais e internacionais, garantindo que todos os registos são armazenados de forma segura e acessível para auditorias. Além disso, permite uma monitorização em tempo real, possibilitando a deteção precoce de reações adversas, melhora a resposta clínica e assegura o registo automático de dados essenciais, prevenindo falhas na documentação, reforçando, assim, a segurança do doente (Ashford et al., 2023).

A título de reflexão, sobre o papel do EE no campo de ação da Gestão do Risco Clínico, a sua importância transcende a esfera da melhoria contínua da qualidade, um dos domínios fundamentais das competências comuns do EE, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019). A sua intervenção é legitimada não apenas pelo cumprimento normativo mas sobretudo pela *expertise*, visão holística e capacidade de atuação estratégica, o que confere ao EE um papel central na implementação de práticas seguras e na mitigação de riscos de saúde.

A reunião com o GRL permitiu uma discussão reflexiva que possibilitou consolidar a base teórica sobre as melhores práticas de gestão de risco e oportunidades de melhoria. Tanto a reflexão sobre a matriz de risco como as discussões com a enfermeira gestora sobre os aspetos essenciais relativos à gestão de risco clínico e não clínico proporcionaram uma compreensão detalhada dos procedimentos e sistemas de segurança, assim como a sua hierarquia organizacional no contexto hospitalar e comunitário. Este percurso revelou-se muito importante na consolidação das competências de enfermagem especializada, necessárias para identificar, prevenir e intervir em potenciais riscos, garantindo uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Estas experiências foram fundamentais para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me evoluir progressivamente na perícia clínica e na tomada de decisão (Benner, 2001).

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Esta trajetória, desenvolvida ao longo de três semestres, atinge o seu pleno significado nesta fase final, marcada pela imersão nos contextos clínicos. Esta experiência permitiu a consolidação do conhecimento teórico na prática dos cuidados, um processo que apenas se tornou possível devido ao compromisso, motivação e dedicação de todos os envolvidos.

A Enfermagem, enquanto profissão alicerçada no estado da arte, exige uma prática sustentada, provida por um corpo de conhecimento próprio. Implica um processo contínuo de aprendizagem exigindo um percurso de aperfeiçoamento constante. A decisão de frequentar o MEMCPSCro representou a evolução natural e estratégica para responder à necessidade de desenvolvimento de competências especializadas. A oportunidade de aprofundar o conhecimento neste domínio específico da enfermagem revelou-se coerente com a minha trajetória profissional, mas também essencial para consolidar e expandir a minha prática futura, alinhando-a com os desafios emergentes da profissão.

Este percurso significativo, no construto de uma enfermagem avançada, com o propósito de evoluir para o exercício de uma “enfermagem com mais enfermagem” não constitui apenas um privilégio, mas uma responsabilidade inalienável. Como afirmou Churchill (1906) — *“With great power, comes great responsibility”* — também na prática do EE, a capacidade de tomada de decisão implica um compromisso ético e profissional inabalável. A complexidade da pessoa em situação crónica exige mais do que cuidar, exige — *“...um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”* (OE, 2017, p. 1). Cada intervenção não é apenas uma resposta à complexidade da condição, mas um reflexo da maturidade profissional que transforma o conhecimento em resultados reais na vida das pessoas.

O estágio de natureza profissional constituiu assim uma oportunidade ímpar para a aquisição e aperfeiçoamento de competências especializadas em EMCPSCro. No decurso desta experiência, a análise e reflexão sobre a prática de enfermagem especializada permitiram a identificação e reconhecimento de situações clínicas singulares, que impulsionaram novos processos de aprendizagem, mas, também, fomentaram uma compreensão mais aprofundada da complexidade dos cuidados em enfermagem.

A conceção padronizada e sistematizada dos cuidados constitui a base metodológica para a prática avançada em enfermagem. A sua aplicação durante o ENP potenciou o desenvolvimento do pensamento crítico, permitindo tomar decisões autónomas e fundamentadas na melhor

evidência científica disponível. Além disso, assegurou a documentação rigorosa e estruturada das intervenções realizadas, promovendo a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados.

A seleção dos modelos teóricos não foi aleatória, mas sim estrategicamente, fundamentada na especificidade das necessidades da pessoa com doença crónica, particularmente no contexto da IC. Cada uma destas teorias ofereceu um enquadramento complementar, permitindo estruturar a prática de enfermagem avançada numa abordagem holística — *individualizada* — e baseada na evidência.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) esteve presente transversalmente ao longo de todo o estágio, sendo a base conceptual predominante no acompanhamento da pessoa com patologia crónica. O seu enquadramento revelou-se essencial, pois permitiu compreender as vivências da transição saúde-doença, ajudando os doentes a reconstruir significados e a ultrapassar crenças dificultadoras. Dada a natureza progressiva da IC, a transição para um estado de maior dependência e a adaptação ao RT complexo exigem uma consciencialização profunda e a redefinição da identidade perante a doença. Assim, a Teoria das Transições possibilitou o desenvolvimento de intervenções direcionadas à experiência única de cada pessoa e às suas reais necessidades, facilitando este processo adaptativo, promovendo uma transição saudável.

A Teoria do Autocuidado de Orem (2001) serviu como suporte estrutural para a identificação dos défices de autocuidado, sendo uma referência, principalmente, em situações de cuidados total ou parcialmente compensatórios. No contexto da IC descompensada, a pessoa, frequentemente, apresenta dificuldades em gerir autonomamente o seu estado de saúde, necessitando da intervenção direta do enfermeiro. Em alguns casos, foi necessário adotar um modelo de cuidados totalmente compensatório, garantindo a prestação dos cuidados essenciais para evitar complicações. Noutros, foi possível atuar de forma parcialmente compensatória, através da capacitação progressiva do doente, promovendo o máximo potencial de autonomia.

Por fim, a Teoria do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca de Riegel (2016) foi fundamental para estruturar as estratégias educativas, dada a sua especificidade na orientação do autocuidado em domínios essenciais para a gestão da IC. A organização do autocuidado em três domínios – manutenção, monitorização e gestão – facilitou a implementação de estratégias educativas direcionadas, adaptadas às reais necessidades de cada cliente. Esta teoria proporcionou um modelo estruturado para a capacitação, facilitando a educação para a autogestão da IC, garantindo que os doentes adquirissem competências práticas para monitorizar sintomas, interpretar sinais de alerta e tomar decisões informadas relacionadas com a sua condição clínica.

Tendo como foco principal a gestão da doença crónica na pessoa com IC, e estando com isso implícito o desenvolvimento da capacidade de identificar as necessidades da pessoa/família e ajudá-las a vivenciar o processo de transição saúde-doença, dediquei-me à promoção do

autocuidado e da autogestão do regime terapêutico, pilares essenciais e cardioprotetores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. A minha atuação foi sempre orientada por práticas baseadas na evidência, fazendo uso de conhecimentos adquiridos no decorrer deste processo formativo.

A escolha do caso clínico, em particular, fundamenta-se não só pela sua relevância nosológica, dado o impacto funcional e o prognóstico da IC de fração de ejeção reduzida — mas também pelo contexto domiciliário, em detrimento do hospitalar, com o propósito de expandir o meu campo de competências para um ambiente distinto da minha prática profissional. Esta escolha fundamentou-se pela necessidade de imergir numa realidade mais próxima do quotidiano das pessoas com doença crónica, onde os desafios à autogestão do RT se manifestam de forma mais autêntica e concreta, muitas vezes, diferentes daquelas narradas pelas pessoas internadas. Esta experiência permitiu-me compreender quais os verdadeiros obstáculos aos comportamentos de autocuidado, expondo-me a realidades sociais complexas, que, até então, não estavam inteiramente visíveis no contexto hospitalar. O contacto direto com estas dificuldades foi transformador, com implicações para a minha prática profissional, proporcionando-me uma nova perspetiva sobre os determinantes do autocuidado. Tal experiência levou-me a refinar a minha abordagem na prestação de cuidados, munindo-me de estratégias mais ajustadas e personalizadas na promoção da autogestão do RT e para capacitar as pessoas para a autogestão da doença consolidando uma atuação mais profícua, contextualizada e centrada na singularidade de cada cliente.

A utilização da plataforma pedagógica *e4Nursing* revelou-se um recurso determinante no meu percurso de desenvolvimento profissional, assumindo um papel fundamental no apoio à conceção dos cuidados de diversos casos clínicos. Através desta ferramenta, foi possível sistematizar e organizar o raciocínio clínico, garantindo que as intervenções de enfermagem fossem alinhadas com as necessidades da pessoa. Considerando o impacto positivo da *e4Nursing* na sistematização e na estruturação do raciocínio clínico, seria altamente pertinente o desenvolvimento de algo próximo nos hospitais e centros de saúde, como ferramenta para padronizar e qualificar a documentação dos cuidados, promovendo um maior suporte à tomada de decisão.

A pesquisa de evidência científica foi uma tônica ao longo deste percurso e encontra-se refletida na conceção do plano de cuidados, no qual o *desenvolvimento competências de EE na área da pessoa em situação crónica na pessoa com IC* cumpre o designo da demonstração da consolidação desta mesma competência. Este percurso foi marcado por momentos de profunda reflexão crítica sobre a prática de enfermagem, permitindo-me absorver conhecimento, questionar práticas estabelecidas e amplamente aceites, impulsionando uma evolução sustentada na evidência. A imersão na dinâmica dos serviços, a colaboração com equipas multidisciplinares e a exposição a desafios concretos consolidaram uma visão mais estratégica da enfermagem na área da pessoa em situação crónica. A aquisição de competências clínicas

especializadas foi um processo contínuo e exigente, no qual a educação, o treino e a atualização constante emergiram como verdadeiros faróis que iluminaram o construto de uma enfermagem avançada.

Além de tudo o que esta UC me possibilitou, permitiu-me também, ao longo do estágio, deixar o meu contributo e cunho pessoal nas equipas, tendo sido possível desenvolver uma ação de sensibilização contra práticas de idadismo institucional, bem como a elaboração de um guia da IC, para as pessoas e os seus familiares e/ou cuidadores, enquanto estratégia paralela e suplementar às já abordadas pelo enfermeiro de referência e pelo EGC, no sentido de contribuir para uma ação mais global e humanizada, bem como perpetuar a capacitação da pessoa para a autogestão da IC.

Um fator facilitador e determinante, neste processo de aquisição de competências, foi a oportunidade de alinhar os objetivos do estágio com os interesses e motivações individuais, num modelo institucional organizado, devidamente articulado com os cuidados primários e respostas sociais, permitindo a construção de um percurso académico singular, enriquecedor e orientado para a excelência profissional. Este desenvolvimento permitiu-me alcançar um nível de proficiência, sustentado na progressão delineada pelo modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001), que serviu de referência orientadora ao longo do meu processo de evolução profissional.

Adicionalmente, importa destacar o papel crucial dos professores orientadores e dos enfermeiros tutores, cuja orientação especializada e o acompanhamento contínuo foram pilares fundamentais para a consolidação das aprendizagens e para a evolução das competências especializadas ao longo do estágio.

Com a conclusão deste percurso, não se chega a um destino final, mas sim a um novo ponto de partida — agora com uma prática mais segura, efetiva e diferenciada, preparada para enfrentar os desafios colocados às pessoas em situação crónica. Assim, este percurso fortaleceu a minha identidade como EE, no futuro, comprometo-me a transpor estas aprendizagens para a minha prática clínica, assumindo essa responsabilidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbasi, A., Ghezeljeh, T., & Farahani, M. (2018). Effect of the self-management education program on the quality of life in people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Electronic physician, 10*, 7028-7037.

ACCF/AHA. (2013). Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation journal of the American Heart Association, 128*, 242-327.

ACSS. (2025). *RNCCI*. Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP. https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/?lang=pt#tab_referenciacao

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, A., & T. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet, 383*, 1824-1830.

Alarcão, I., & Tavares, J. (1985). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Alghamdi, D., Alhrasen, M., Kassem, A., Alwagdani, A., Tourkmani, A., Alnowaiser, N., Barakah, Y., & Alotaibi, Y. (2023). Implementation of medication reconciliation at admission and discharge in Ministry of Defense Health Services hospitals: a multicentre study. *BMJ Open Quality, 12*, 1-9.

Almeida, A., Santos, S., & Santos, M. (2016). Consumo de medicamentos potencialmente inapropriados e reconciliação de medicamentos em pessoas idosas. *Servir, 59*, 93-103.

Almeida, H. (2004). A excelência do exercício: perspetiva do conselho de enfermagem. *Lisboa*.

APAH. (2024). *Internamentos Sociais no SNS sobem 11% no espaço de um ano*. Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares. <https://apah.pt/2024/05/24/internamentos-sociais-no-sns-sobem-11-no-espaco-de-um-ano/>

Ashford, P., Butch, S., Barhoush, O., Bolton, W., Cusmai, M., Espensen, L., Geary, J., & Moniz, K. (2023). International Society for Blood Transfusion Guidelines for Traceability of Medical Products of Human Origin. *Vox Sanguinis, 1-11*.

Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 564-572.

Barros, A., Nóbrega, M., Silva, V., Michel, J., & Ganzarolli, M. (2022). Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. Em A. Barros, *Anamnese e Exame Físico Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto* (pp. 23-31). Artmed 4ª Edição.

Barroso, F., & Florêncio, V. (2021). Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Em F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 217-234). Lidel.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento publicada. Universidade Católica Portuguesa.

Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico*. Novas Edições Académicas.

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5, 81-95.

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Rev. ROL Enfermagem*, 44, 57-61.

Bekelman, D., Plomondon, M., Carey, E., Sullivan, M., Nelson, K., Hattle, B., McBryde, C., Lehmann, K., Gianola, K., Heidenreich, P., & Rumsfeld, J. (2015). Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study A Randomized Clinical Trial. *American Medical Association*, 175, 725-732.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto Editora.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment & Ethics*. New York: Springer, Second Edition.

Bhatia, M., Mishra, B., Loomba, P., & Dogra, V. (2018). A pilot study for evaluation of knowledge and common practises of nursing staff regarding use of multidose injection vials and their microbial contamination rate in a super specialty hospital. *Journal of Education and Health Promotion*, 7 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6149120/pdf/JEHP-7-120.pdf>), 1-7.

Bianco, A., Canepa, M., Catapano, G., Marvisi, M., Oliva, F., Passantino, A., Sarzan, R., Tarsia, P., & Versace, A. (2024). Implementation of the Care Bundle for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with/without Heart Failure. *Journal of Clinical Medicine*, 13, 1-25.

Boman, E., Gaarde, K., Levy-Malmberg, R., Wong, F., & Fagerström, L. (2021). Using the PEPPA framework to develop the nurse practitioner role in emergency care: Critical reflections. *Nordic*

Journal of Nursing Research, 1-6.

Boyde, M., Peters, R., New, N., Hwang, R., Ha, T., & Korczyk, D. (2017). Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0, 1-8.

Braunwald, E. (2015). The Path to an Angiotensin Receptor Antagonist-Neprilysin Inhibitor in the Treatment of Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 65, 1029-1041.

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa*. Tese de douturamento. Universidade Católica Portuguesa.

Brito, M. (2016). Reconstrução da autonomia – Uma teoria explicativa. Em T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Butterworth, J., Hays, R., McDonagh, S., Bower, P., Pitchforth, E., Richards, S., & Campbell, J. (2020). Involving older people with multimorbidity in decision-making about their primary healthcare: A Cochrane systematic review of interventions. *Patient Education and Counseling*, 2078-2094.

Byrne, R., Rossello, X., Coughlan, J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M., Dan, G.-A., Dweck, M., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E., Jüni, P., & Kimura, T. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44, 3720-3826.

Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8.

Camerini, F., & Silva, L. (2011). Patient safety: analysing intravenous medication preparation in a sentinel network hospital in Brazil. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21, 41-49.

Camerini, F., Silva, T., Henrique, D., Gonçalves, C., Costa, B., & Fassarella, C. (2022). Strategies to prevent risk-generating conditions related to drug administration: a scope review. *Rev. Enferm. Contemp*, 11, 1-11.

Caraballo, C., Desai, N., Mulder, H., Alhanti, B., Wilson, P., Fiuzat, M., Felker, M., Piña, I., O'Connor, C., Lindenfeld, J., Januzzi, J., Cohen, L., & Ahmad, T. (2019). Clinical Implications of the New York Heart Association Classification. *Journal of the American Heart Association*, 1-6.

Carskadon, M., & Dement, W. (2017). Normal Human Sleep: An Overview. Em M. Kryger, T. Roth, & W. Dement, *Principles and Practice of Sleep Medicine* (pp. 13-24). Elsevier.

Carvalho, T., Milani, M., Ferraz, A., Silveira, A., Herdy, A., Hossri, C., Silva, C., Araújo, C., Rocco, E., Teixeira, J., Dourado, L., Matos, L., Emed, L., Ritt, L., Silva, M., & Sa. (2020). Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular. *SBC*, 114, 943-987.

Celutkiene, J., Drossart, I., Jaarsma, T., & Mindham, R. (2023). Orientações de Práticas Clínicas da SEC para a Gestão da Insuficiência Cardíaca Crónica e Aguda: O que os Doentes Devem Saber. *European Heart Journal*, 1-14.

Chadwick, M. (2003). *Look-alike Sound-alike health product names*. Health Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/biologics-radiopharmaceuticals-genetic-therapies/look-alike-sound-alike/issue-analysis-summary-look-alike-sound-alike-health-product-names-development-comprehensive-policy-recommendation>

Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J., & Levy, B. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLOS One*, 15.

Chawla, R., Dixit, S., Zirpe, K., Chaudhry, D., Khilnani, G., Mehta, Y., Khatib, K., Jagiasi, B., Chanchalani, G., Mishra, R., Samavedam, S., Govil, D., Gupta, S., Prayag, S., & Ramasubban, S. (2020). ISCCM Guidelines for the Use of Non-invasive Ventilation in Acute Respiratory Failure in Adult ICUs. *Indian J Crit Care Med.*, 24, 61-81.

Chen, Y., Funk, M., Wen, J., Tang, X., He, G., & Liu, H. (2017). Effectiveness of a multidisciplinary disease management program on outcomes in patients with heart failure in China: A randomized controlled single center study. *Elsevier*, 1-8.

Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transitions: a nursing concern*. In: Chinn PL. *Nursing research methodology*. Maryland: Aspen.

Clark, A., McDougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Delville, C., & Davila, A. (2015). Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, 3-13.

Clímaco, D., Lustosa, T., Silva, M., Lins-Filho, O., Rodrigues, V., Oliveira-Neto, L., Feitosa, A., Queiroga, F., Cabral, M., & Pedrosa, R. (2022). Sleep quality in COPD patients: correlation with disease severity and health status. *JB Pneumologia*, 1-7.

CMSA. (2024). *What is a Case Manager?* Case Management Society of America. <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>

Cosentino, N., Marenzi, G., Muratori, M., Magrì, D., Cattadori, G., & Agostoni, P. (2023). Fluid balance in heart failure. *European Journal of Preventive Cardiology*, 30, 9-15.

Cowie, M., Anker, S., Cleland, J., Felker, M., Filippatos, G., Jaarsma, T., Jourdain, P., Knight, E., Massie, B., Ponikowski, P., & López-Sendón, J. (2014). Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Fail*, 110-145.

DGS. (2011a). *Orientação n.º 018/2011*. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_0

18_2011.pdf

DGS. (2011b). *Orientação n.º 017/2011*. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).

https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

DGS. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

DGS. (2015a). *Norma n.º 014/2015*. Medicamentos de alerta máximo. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

DGS. (2015b). *Norma n.º 020/2014*. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

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

DGS. (2017a). *Norma n.º 001/2017*. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

DGS. (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Direção Geral de Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

DGS. (2019). *Norma n.º 008/2019*. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

DGS. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

DGS. (2023). *Norma n.º 004/202*. Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. Direção Geral de Saúde.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>

Dinh, H., Bonner, A., Ramsbotham, J., & Clark, R. (2019). Cluster randomized controlled trial testing the effectiveness of a self-management intervention using the teach-back method for people with heart failure. *Nurs Health Sci*, 1-9.

Driggin, E., Cohen, L., Gallagher, D., Karmally, W., Maddox, T., Hummel, S., Carbone, S., & Maurer, M. (2022). Nutrition Assessment and Dietary Interventions in Heart Failure: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology*, 79, 1623-1635.

ECDC. (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012*. European Centre for Disease Prevention and Control.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

ECDC. (2023a). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2016-2017*. European Centre for Disease Prevention and Control.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated--infections-antimicrobial-use-point-prevalence-survey-2016-2017.pdf>

ECDC. (2023b). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units Annual Epidemiological Report for 2019*. European Centre for Disease Prevention and Control.

ESC. (2020). *Fibrilhação Auricular: Recomendações para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-Fibrilhacao-Auricular_compressed.pdf

Escola Nacional de Administração Pública. (2019). *Gestão por Competências*. Repositório Institucional da ENAP. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6493>

European Society of Cardiology & Heart Failure Association. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European journal of heart failure*, pp. 2129-2200.

European Society of Cardiology & Heart Failure Association. (2022). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 1-131.

Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Casado, J., & Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Frontiers in Psychology*, 10, 1-4.

Fernandes, A., & Branco, M. (2023). Interdependent Nursing Interventions As Sensitive Indicators Of Quality - Care In Noninvasive Mechanical Ventilation. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2, 1-9.

Fernandes, S., Carvalho, R., Santos, L., Sá, F., Ruivo, C., Mendes, S., Martins, H., & Morais, J. (2020). Pathophysiology and Treatment of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: State of the Art and Prospects for the Future. *Arq Bras Cardiol* (Heart Failure with Preserved Ejection Fraction), 120-129.

Ferreiral, J., Nascimento, J., & Sá, F. (2018). Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Revista Brasileira de Ação Médica*, 42, 87-96.

Ferrier, G., & Howlett, S. (2001). Cardiac excitation-contraction coupling: role of membrane potential in regulation of contraction. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.*, 1928-1948.

Fisher, K., Griffith, L., Gruneir, A., Upshur, R., Perez, R., Favotto, L., Nguyen, F., Markle-Reid, M., & Ploeg, J. (2021). Effect of socio-demographic and health factors on the association between multimorbidity and acute care service use: population-based survey linked to health administrative data. *BMC Health Services Research*, 1-17.

Flagg, A. (2015). The Role of Patient-Centered Care in Nursing. *Elsevier*, 50, 75-86.

Floegel, T., Dickinson, J., DerAnanian, C., McCarthy, M., Hooker, S., & Buman, M. (2018). Association of Posture and Ambulation with Function at 30 Days Post-Hospital Discharge in Older Adults with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 1-14.

Fonarow, G., Stough, W., Abraham, W., Albert, N., Gheorghiade, M., Greenberg, B., O'Connor, C., Sun, J., Yancy, C., & Young, J. (2007). Characteristics, Treatments, and Outcomes of Patients With Preserved Systolic Function Hospitalized for Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 50, 768-777.

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 97-104.

Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., Morais, J., & Cardoso, J. (2017). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal - documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36, 1-8.

Foster, P., Bennett, A., & Orem, D. (2000). Em J. George, *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (p. 88). 4.ed. Porto Alegre: Artmed.

Freeman, R., Abuzinada, A., Gibbons, C., Jones, P., Miglis, M., & Sinn, D. (2018). Orthostatic Hypotension. *JACC State-of-the-Art Review*, 11, 1294-1309.

Friedman, D., Kaye, K., Stout, J., McGarry, S., Trivette, S., Briggs, J., Lamm, W., Clark, C., MacFarquhar, J., Walton, A., Reller, B., & Sexton, D. (2002). Health Care-Associated Bloodstream

Infections in Adults: A Reason To Change the Accepted Definition of Community-Acquired Infections. *Annals of Internal Medicine*, 37 (Health Care-Associated Bloodstream Infections in Adults), 791-798.

Gagne, M., & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362.

Glikson, M., Nielsen, J., Kronborg, M., Michowitz, Y., Auricchio, A., Barbash, I., Barrabé's, J., Boriani, G., Braunschweig, F., Brignole, M., Burri, H., Coats, A., Deharo, J.-C., & Delgado, V. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal*, 00, 1-94.

GOLD. (2023). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

GOLD. (2024). *Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

Gonçalves, F., & Albuquerque, D. (2014). Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev enferm UERJ*, 422-428.

Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Costa, J., Broeiro-Gonçalves, P., & Borges, M. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível como envelhecimento da população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39, 3-11.

Gusdal, A., Josefsson, K., Adolfsson, E., & Martin, L. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16, 256-266.

Heart Failure Policy Network (HFPN) . (2020). *Heart failure policy and practice in Europe: Portugal*. The Heart Failure Policy Network. <https://www.hfpolicynetwork.org/wp-content/uploads/Heart-failure-policy-and-practice-in-Europe-Portugal.pdf>

Heidenreich, P., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L., Byun, J., Colvin, M., Deswal, A., Drazner, M., Dunlay, S., Evers, L., Fang, J., Fedson, S., Fonarow, G., Hayek, S., Hernandez, A., & Khazan. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145, 895-1032.

Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., & Azevedo, T. (2021). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com patologia Cardiovascular*. OE; SPC; NEC. AstraZeneca.

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

Ilan, R., & Fowler, R. (2005). Brief history of patient safety culture and science. *Journal of Critical Care*, 20, 2-5.

International Council of Nurses. (2020). CIPE. ICN. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>

ISMP. (2012). Prevenção de erros relacionados às interrupções dos profissionais durante o processo de medicação. *Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos*, 8, 2317-2312.

ISMP. (2022). *Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso Ambulatorial e para Instituições de Longa Permanência - Listas Atualizadas 2022*. Instituto para Práticas Segura no Uso de Medicamentos.

<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2022/09/MEDICAMENTOS-POTENCIALMENTE-PERIGOSOS-LISTAS-ATUALIZADAS-2022.pdf>

Iversen, T., Larsen, L., & Solem, P. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61, 4-22.

Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Stromberg, 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. *Sprienger*, 14, 71-77.

Jaarsma, T., Stromberg, A., Martensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Elsevier - The European Journal of Heart Failure*, 5, 363-370.

JCI. (2014). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. Joint Commission International.

Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H., Wu, V., Lee, C., Yang, L., Koh, K., & Wang, W. (2019). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0, 1-11.

Jones, A., Whyley, H., Doyle, J., & Bevan, L. (2018). Development of approaches and legislation to optimise nurse staffing levels. *Nursing Standard*, 33, 27-31.

Jorge, M., Zanin, C., Knob, B., & Wibeling, L. (2017). Effects of deep heating to treat osteoarthritis pain: systematic review. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 18, 79-84.

Jurgens, C., Hoke, L., Byrnes, J., & Riegel, B. (2009). Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nursing Research*, 274-282.

Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag 3, O., & Dassen, T. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure - a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, 24, 1643-1655.

- Klompstra, L., Jaarsma, T., Piepoli, M., Gal, T., Evangelista, L., Stromberg, A., & Back, M. (2022). Objectively measured physical activity in patients with heart failure: a sub-analysis from the HF-Wii study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 499-508.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America*. National Academy Press.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development*. Prentice Hall, 20-38.
- Kusk, K., & Groenkjaer, M. (2016). Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14, 14-22.
- Lage, J., Camerini, F., Fortunato, J., Fassarella, C., Silva, R., Moreira, A., & Siqueira, M. (2023). Condições geradoras de risco para administração segura de medicamentos: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme*, 97, 1-15.
- Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., McKee, M., & Prince, M. (2016). Institutional ageism in global health policy. *The BMJ*.
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros - INESC-TEC, Produtor.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1-7.
- Lorig, K., Laurent, D., González, V., Sobel, D., Minor, M., & Gecht-Silver, M. (2020). *Living a Healthy Life with Chronic Conditions (5th Edition)*. Bull Publishing Company.
- Luzia, M., Cassola, T., Suzuki, L., Dias, V., Pinho, L., & Lucena, A. (2018). Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. *Journal of School of Nursing*, 52, 1-7.
- Magalhães, J., & Silva, A. (2021). Nursing performance facing the risk factors and prevention of falls in the elderly population. *Research, Society and Development*, 10, 1-8.
- Maher, R., Hanlon, J., & Hajjar, E. (2013). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 1-10.
- Marin, J., Carrizo, S., Vicente, E., & Agusti, A. (2005). Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *The Lancet*, 365, 1046-1053.

- Marques, M., & Valentim, P. (2024). O papel do enfermeiro na reconciliação terapêutica em contexto hospitalar: uma revisão de scoping. *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5, 17-18.
- Marques, M., Lopes, M., Rebola, E., & Pequito, T. (2016). Self-care in Patients with Heart Failure. *Riase*, 2, 408-2020.
- Martins, T., & Rocha, M. (2016). Autocuidado – Foco central para a prática de enfermagem. Em A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araujo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares, & M, *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 13-28). Enfermagem.Porto.
- Mathew, S., & Thukha, H. (2017). Pilot testing of the effectiveness of nurse-guided, patient-centered heart failure education for older adults. *Geriatr Nurs*, 1-6.
- Matos, L., Guimarães, T., Brandão, M., & Santoro, D. (2012). Prevalência do diagnóstico de enfermagem de débito cardíaco diminuído e valor preditivo das características definidoras em pacientes em avaliação para transplante cardíaco. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1-9.
- McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R., Baumbach, A., Bohm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkiene, J., Chioncel, O., Cleland, J., Coats, A., Crespo-Leiro, M., Farmakis, D., & Gilard, M. (2022). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 00, pp. 4-131.
- Meleis, A. (2007). Chapter 13: On Interactions. Em M. Zuccarini , & H. Kogult , *Theoretical Nursing. Development and Progress* (pp. 330-389). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Menga, K., Musekampa, G., Schulera, M., Seekatza, B., Glatzb, J., Kargerc, G., Kiwusd, U., Knoglingere, E., Schubmannf, R., Westphal, R., & Fallera, H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Elsevier*, 1-8.
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Ventilação Mecânica* (pp. 138-150). Lidel.
- Monteiro, C., Avelar, A., & Pedreira, M. (2015). Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23,

169-179.

Moser, D., Dickson, V., Jaarsma, T., Lee, C., Stromberg, A., & Riegel, B. (2012). Role of Self-Care in the Patient with Heart Failure. *Springer Science + Business Media*, 14, 265-275.

Mota, L., Bastos, F., & Brito, M. (2017). The liver transplant patient: characterization of the therapeutic regimen management style. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 19-30.

NCMN. (2009). *National Case Management Network. Canadian Standards of Practice for Case Management: Connect, Collaborate, Communicate the Power of Case Management*. Copyright.

Neumannova, K., Hobzova, M., Sova, M., & Prasko, J. (2018). Pulmonary rehabilitation and oropharyngeal exercises as an adjunct therapy in obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *Sleep Medicine*, 1-22.

Nicolini, A., Banfi, P., Grecchi, B., Lax, A., Walterspacher, S., Barlascini, C., & Robert, D. (2014). Non-invasive ventilation in the treatment of sleep-related breathing disorders: A review and update. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20, 324-335.

North American Nursing Diagnosis Association . (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020. *Artmed*, 1-1187.

OAS. (2024). *Orientações para a Organização do Serviço Social nas Unidades Locais de Saúde (ULS)*. SNS.
https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/SERVICOSOCIAL_DIRETRIZES_ULS_2023_SNS_-FINAL_signed.pdf

OECD. (2021). *Perfil de saúde do país 2021, estado de saúde na UE*. European Union.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

Oliveira, A., Santos, S., Morna, H., & Casimiro, C. (2020). Chronic constipation: Approach for medical and surgical treatment. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 1-9.

Oliveira, S., Lima, F., Pessoa, V., Caetano, J., Meneses, L., & Mendonça, L. (2013). Self-care practices of patients with heart failure. *Revista Ciências Médicas*, 22, 23-30.

OMS. (2007a). *Patient Identification. Solution 2*. Joint Commission International.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution-2-patient-identification.pdf?sfvrsn=ff81d7f9_6

OMS. (2007b). Look-Alike, Sound-Alike Medication Names. *Patient Safety Solutions*. Solution 1: Joint Commission International.

OMS. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. OMS.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1

OMS. (2016). *Integrated care models: an overview*. Organização Mundial de Saúde.

https://www.researchgate.net/publication/315493946_Integrated_care_models_an_overview_Copenhagen_WHO_Regional_Office_for_Europe_2016#pf25

OMS. (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. World Health Organization . <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>

OMS. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2021). *Relatório mundial sobre o idadismo: resumo executivo*. Organização Pan-Americana da Saúde.

OMS. (2024). *Global report on infection prevention and control 2024*. Organização mundial de saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986>

ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Assembleia Geral das Nações Unidas.

Oosterom-Calo, R., Ballegooijen, A., Terwee, C., Velde, S., Brouwer, I., Jaarsma , T., & Brug , J. (2011). Determinants of heart failure self-care: a systematic literature review. *Springer*, 367-385.

OPSS. (2018). *Meio caminho andado - Relatório primavera 2018*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual enunciados Descritivos*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos*. Ordem do Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 10 / 2017*. Mesa do Colégio da Especialidade em

Enfermagem

Médico-Cirúrgica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Ontologia de enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby.

Padilha, J. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa. *Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Tese de mestrado: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Pazan, F., & Wehling, M. (2021). Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European Geriatric Medicine*, 12, 443-452.

Pellicori, P., Clark, K., & Clark, A. (2015). Fluid Management in Patients with Chronic Heart Failure. *Department of Cardiology, UK*, 90-95.

Pereira, F. (2013). Dissertação de mestrado. *O autocuidado na Insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure self-care behaviour Scale para o contexto Português*. Instituto de ciências biomédicas abel salazar da universidade do porto em Ciências de enfermagem.

Perry, J., & Burnfield, J. (2010). *Gait Analysis: Normal and Pathological Function*. Slack Incorporated.

Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, 35-43.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. *Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

Pham, T., Yunibhand, J., & Jitpanya, C. (2018). Self-care behaviors in Vietnamese adults with heart failure. *J. Sci. Technol*, 860-866.

Pina, E., Sousa-Uva, M., & Ferreira, E. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde. Em P. Sousa, & W. Mendes, *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (pp. 137-159). Fiocruz 2nd ed.

Polónia, J., & Gonçalves, F. (2019). A evolução histórica do envolvimento dos sistemas neuro-humorais no conhecimento da fisiopatologia e do tratamento da insuficiência cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 883-895.

Ponikowski, P., Voors, A., Anker, S., Bueno, H., Cleland, J., Coats, A., Falk, V., Gonzalez-Juanatey, J., Harjola, V.-P., Jankowska, E., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., & Parissis, J. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37, 2129-2200.

Potter, P., Stockert, P., Perry, A., & Hall, A. (2017). *Fundamentos de Enfermagem*. Elsevier.

Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*, 137-146.

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164.

Rabelo, E., Aliti, G., Domingues, F., Ruschel, K., & Brun, A. (2007). O que ensinar aos pacientes com Insuficiência Cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de Insuficiência Cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 1-6.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019 - Série II. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 743/2019. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República n.º 184/2019 - Série II. Ordem dos Enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Paliativa, Perioperatória e Crónica*. Diário da República n.º 135/2018 - Série II. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Riegel, B., & Dickson, V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23, 190-196.

Riegel, B., Dickson, V., & Faulkner, K. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 226-235.

Riegel, B., Dickson, V., & Topaz, M. (2013). Qualitative Analysis of Naturalistic Decision Making in Adults With Chronic Heart Failure. *Copyright*, 62 (Decision Making of Heart Failure Patients), 91-98.

Riegel, B., Dickson, V., & Vellone, E. (2022). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37, 515-529.

- Riegel, B., Dickson, V., Lee, C., Daus, M., Hill, J., Irani, E., Lee, S., Wald, J., Moelter, S., Rathman, L., Streur, M., Baah, F., Ruppert, L., Schwartz, D., & Bove, A. (2018). A mixed methods study of symptom perception in patients with chronic heart failure. *Elsevier*, 47, 107-114.
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Copyright*, 35 (Advances in Nursing Science), 194-204.
- Riegel, B., Lee, C., & Dickson, V. (2011). Self care in patients with chronic heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 644-654 .
- Riegel, B., Lee, C., & Tkacs, N. (2009). The Influence of Heart Failure Self-care on Health Outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 179-187.
- Riet, E., Hoes, A., Wagenaar, K., Limburg, A., Landman, M., & Rutten, F. (2017). Epidemiologia da insuficiência cardíaca: prevalência da insuficiência cardíaca e da disfunção ventricular nos idosos ao longo do tempo. Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 18, 405-407.
- Riley, J., Astin, F., Crespo-Leiro, M., Deaton, C., Kienhorst, J., Lambrinou, E., McDonagh, T., Rushton, C., Stromberg, A., Filippatos, G., & Anker, S. (2016). Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum. *European Journal of Heart Failure*, 736-743.
- Rocha, N., & Ramos, S. (2021). Segurança na gestão ambiental e das instalações nas unidades de saúde. Em F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 329-342). Lidel.
- Romeiro, F. G., Okoshi, K., Zornoff, L., & Okoshi, M. (2011). Gastrointestinal Changes associated to Heart Failure. *SBC*, 273-277.
- Runzer-Colmenares, F., Pérez-Agüero, C., Parodi, J., & Fonseca, J. (2024). Orthothanasia: science's contribution to a dignified death. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 41, 445-447.
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa De Educação*, 87-114.
- Sandek, A., Bauditz, J., Swidsinski, A., Buhner, S., Weber-Eibel, J., Haehling, S., Schroedl, W., Karhausen, T., Doehner, W., Rauchhaus, M., Poole-Wilson, P., Volk, H.-D., Lochs, H., & A. (2007). Altered intestinal function in patients with chronic heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 1561-1569.
- Sateia, M., Buysse, D., Krystal, A., Neubauer, D., & Heald, J. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13, 307-349.
- Schimmel, E. (2003). The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care*, 12, 58-64.

Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 19, 119-127.

SEC. (2021). *Insuficiência Cardíaca Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. Recomendações de Bolso de 2021 da ESC. https://spc.pt/wp-content/uploads/2025/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6_compressed.pdf

Selim, B., Wolfe, L., Coleman, J., & Dewan, N. (2018). Initiation of Noninvasive Ventilation for Sleep Related Hypoventilation Disorders. *CHEST Journal*, 153, 251-265.

Shaw, C., & Gordon, J. (2021). Understanding Elderspeak: An Evolutionary Concept Analysis. *Innovation in Aging*, 1-18.

Smith, C., Piamjariyakul, U., Dalton, K., Russell, C., & Ellerbeck, E. (2015). Nurse-Led Multidisciplinary Heart Failure Group Clinic Appointments Methods, Materials, and Outcomes Used in the Clinical Trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, 25-34.

Sochalski, J., Jaarsma, T., Krumholz, H., Laramée, A., McMurray, J., Naylor, M., Rich, M., Riegel, B., & Stewart, S. (2009). What Works In Chronic Care Management: The Case Of Heart Failure. *Health Affairs*, 28, 179-189.

Sousa, J., Neves, H., & Pais-Vieira, M. (2021). Does Symptom Recognition Improve Self-Care in Patients with Heart Failure? A Pilot Study Randomised Controlled Trial. *Nursing Reports*, 11, 418-429.

Sousa, V., Montoril, M., Pascoal, L., & Lopes, M. (2010). Avaliação da troca gasosa de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *Cogitare Enfermagem*, 681-687.

Stewart, S., Wiley, J., Ball, J., Chan, Y.-K., Ahamed, Y., Thompson, D., & Carrington, M. (2016). Impact of Nurse-Led, Multidisciplinary Home-Based Intervention on Event-Free Survival Across the Spectrum of Chronic Heart Disease. *Circulation*, 1867-1877.

Sullivan, B.-J., Marcuccilli, L., Sloan, R., Gradus-Pizlo, I., Bakas, T., Jung, M., & Pressler, S. (2016). Competence, Compassion, and Care of the Self Family Caregiving Needs and Concerns in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31, 209-214.

Tendeiro, P., Diniz, A., Mendes, C., Bordalo, I., Chainho, M., Ramos, S., & Sousa, P. (2023). Flebite associada a cateter venoso periférico e a administração de medicamentos: Análise retrospectiva de incidentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 1-8.

The American College of Cardiology . (2021). 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *Elsevier by the American College of Cardiology*, 77, 772-810.

- Tomietto, M., Sartor, A., Mazzocoli, E., & Palese, A. (2012). Paradoxical effects of a hospital-based, multi-intervention programme aimed at reducing medication round interruptions. *Journal of Nursing Management*, 335-343.
- Tran, K., & Butcher, R. (2021). *Heart Function Clinics for Patients With Heart Failure*. Canadian Journal of Health Technologies. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586485/pdf/Bookshelf_NBK586485.pdf
- Trigueiro, T., Labronici, L., Raimondo, M., & Paganini, M. (2010). Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. *Cienc Cuid Saude*, 9, 721-727.
- Tsukada, Y., Kodani, E., Asai, K., Yasutake, M., Seino, Y., & Shimizu, W. (2021). Status of Medical Care and Management Requirements of Elderly Patients With Heart Failure in a Comprehensive Community Health System. *Circulation Reports*, 3, 77-85.
- Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Lelonek, M., Jankowska, E., Pawlak, A., Jaroch, J., Kolasa, J., Hetman, P., Straburzyńska Migaj, E., Czapla, K., & Nessler, J. (2020). A curriculum for heart failure nurses: an expert opinion of the Section of Nursing and Medical Technicians and the Heart Failure Working Group of the Polish Cardiac Society. *Polish Heart Journal / Kardiologia Polska*, 78, 647-652.
- Vasconcelos, E. (1992). Receba bem o estagiário. *Formar*, 28-31.
- Vellone, E., Jaarsma, T., Stromberg, A., Fida, R., Arestedt, K., Rocco, G., Cocchieri, A., & Alvaro, R. (2014). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Elsevier*, 94, 97-102.
- Wiecek, E., Tonin, F., Torres-Robles, A., Benrimoj, S., Fernandez-Llimos, F., & Garcia-Cardenas, V. (2019). Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis. *Plos One*, 14, 1-16.
- Wilde, M., & Garvin, S. (2007). A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 104-115.
- Williams, R., Kantilal, K., Man, K., Blandford, A., & Jani, Y. (2025). Barcode medication administration system use and safety implications: a data-driven longitudinal study supported by clinical observation. *BMJ Health Care Inform*, 32, 1-9.
- Williams, J., Myléus, A., Chatterji, S., & Valentine, N. (2020). Health systems responsiveness among older adults: Findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Global Public Health*, 15, 999-1015.
- Young, L., Hertzog, M., & Barnason, S. (2016). Effects of a home-based activation intervention on self-management adherence and readmission in rural heart failure patients: the PATCH randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16, 1-11.

Yu, D., Lee, D., Stewart, S., Thompson, D., Choi, K.-C., & Yu, C.-M. (2015). Effect of Nurse-Implemented Transitional Care for Chinese Individuals with Chronic Heart Failure in Hong Kong: A Randomized Controlled Trial. *Journal compilation The American Geriatrics Society*, 63, 1583-1593.

Železnik, D. (2007). *Self-care of the homedwelling*. Faculty of Medicine. University of Oulu.

Zuraida, E., Irwan, M., & Sjattar, L. (2021). Self-Management Education Programs For Patients With Heart Failure: A Literature Review. *Central European Journal of Nuring and Midwifery*, 12, 279-294.

7. ANEXOS

Anexo I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crónica

**O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
EDUCAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA PESSOA COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Professora Orientadora: Alice Brito

Professora Orientadora: Inês Cruz

Autor:
Ana Vieira, ep11383

Porto, 2025

O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA EDUCAÇÃO PARA A AUTOGESTÃO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Os enfermeiros têm desempenhado um papel fundamental na promoção da saúde, assumindo a responsabilidade social de educar e orientar a população sobre práticas saudáveis, prevenção para a saúde e gestão das doenças. Este papel reflete o mandato social da profissão, que vai além das intervenções clínicas, compreendendo a educação contínua e a capacitação dos indivíduos para a gestão da doença e do regime terapêutico.

Os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros destacam claramente o mandato social da profissão, particularmente no que diz respeito à ação educativa voltada para a promoção da saúde e para a adaptação aos desafios relacionados com os problemas de saúde. Neste contexto, é enfatizado que, na procura contínua pela excelência dos cuidados prestados, o enfermeiro desempenha um papel basilar ao apoiar os clientes, as suas famílias e a comunidade, dando suporte para alcançar o máximo potencial de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e o *empowerment* na gestão da saúde.

O enfermeiro especialista, ao fornecer informações, proporciona à pessoa novos saberes, novas maneiras de ser e diferentes perspetivas, com base no conhecimento mais atual das melhores práticas de enfermagem (Benner, 2001). O objetivo é promover e maximizar o bem-estar incentivando o autocuidado de forma eficaz (OE, 2002).

É de grande relevância a conexão que se estabelece entre o autocuidado e a intervenção de enfermagem, evidenciando os enfermeiros como agentes-chave na “promoção do máximo potencial de autonomia das pessoas com dependência no autocuidado” (Brito, 2012, p. 61). A autora destaca que os profissionais de enfermagem emergem como recursos indispensáveis para capacitar indivíduos, transformando limitações em oportunidades para a construção de um autocuidado mais eficaz e efetivo (Brito, 2016).

Como citado por Riegel e Dickson (2008), “para os enfermeiros, o autocuidado é um construto particularmente importante porque capta a essência da nossa filosofia e uma dimensão fundamental da nossa prática” (Riegel & Dickson, 2008, p. 196).

Contudo, as hospitalizações recorrentes destes clientes são frequentemente o resultado das lacunas no autocuidado. Por isso, os esforços dos profissionais de saúde devem ser intensamente direcionados para fortalecer o autocuidado, reconhecendo-o como uma estratégia central para reduzir significativamente as taxas de readmissão hospitalar e melhorar os resultados de saúde (OCDE, 2015).

As atividades educativas desenvolvidas pelos enfermeiros para a capacitação do autocuidado devem iniciar-se durante o internamento, pois este momento é o ideal para ajudar as pessoas com Insuficiência Cardíaca (IC) a identificar e a adaptar-se aos sintomas, a gerir a terapêutica prescrita, a esclarecer dúvidas e a resolver problemas perante os obstáculos encontrados. O período de internamento revela-se fundamental para instruir e capacitar as pessoas e os seus familiares/cuidadores, aproveitando o impacto desse evento crítico para desmistificar crenças, identificar significados e, acima de tudo, transmitir conhecimentos com base nas experiências que são indutoras da consciencialização. O planeamento precoce da alta hospitalar inclui um acompanhamento estreito para avaliar e reforçar a adesão e dar apoio às pessoas e familiares/cuidadores, além de ajudar na identificação e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação (Gonçalves & Albuquerque, 2014).

O planeamento da alta postula, entre outros tópicos, a educação com o intuito de preparar a pessoa para o regresso a casa, de forma que esta compreenda a doença, o seu prognóstico, a importância da terapêutica farmacológica, quais as restrições alimentares e a sua razão conexa, quais os sinais e sintomas de alarme da doença e a importância do regime de exercício físico (Homem et al., 2021; Byrne et al., 2023). Segundo as *guidelines* da Sociedade Europeia de

Cardiologia, os tópicos de educação para a aquisição de competências de autocuidado, na pessoa com IC integrada numa equipa multidisciplinar, devem compreender definição, etiologia e a trajetória da doença; monitorização de sintomas e autocuidado; regime terapêutico; Viagens, lazer e imunização; sono e problemas respiratórios; aparelhos implantáveis e/ou intervenções cirúrgicas; atividade sexual e uso de tabaco e substâncias ilícitas (Byrne et al., 2023).



Figura 1: Critérios de inclusão educacional

Fonte: elaboração própria, adaptado de Byrne et al. (2023).

A transição de cuidados da fase hospitalar para o ambiente comunitário é preponderante para a gestão eficaz da IC. Capacitar adequadamente os clientes com IC sobre a sua condição, estratégias de autocuidado e sinais de alerta pode reduzir significativamente o risco de readmissões hospitalares devido à descompensação da doença. Esta abordagem educativa fortalece a autonomia dos clientes e melhora os resultados clínicos, promovendo uma maior eficácia na gestão da IC (Uchmanowicz, et al., 2020).

Apesar do internamento demonstrar ser um momento importante para intervir na capacitação da gestão do regime terapêutico e na orientação para a vigilância de sinais e sintomas da doença, muitas vezes, os internamentos são de curta duração, revelando-se ineficazes para o desenvolvimento da

autoeficácia dos clientes, sobretudo no domínio do autocuidado, quando estes ficam dependentes (Brito, 2012).

Floegel et al. (2018) observaram no seu artigo que a população idosa apresenta uma baixa capacidade de reconhecer os sintomas, o que frequentemente leva à necessidade de hospitalização. Fatores como a idade avançada, a própria doença e as multimorbilidades associadas contribuem significativamente para o declínio funcional destes clientes. De acordo com os autores, cerca de 50 % dos idosos internados pela descompensação da IC já apresentam algum grau de dependência funcional e quase metade recebeu alta com um nível ainda maior de dependência ou com dificuldades de mobilidade em comparação à condição prévia do internamento (Floegel, et al., 2018).

A reconstrução da autonomia deve iniciar-se o mais precocemente possível. Por outro lado, é no contexto comunitário que estas lacunas podem ser efetivamente colmatadas. As intervenções realizadas pelos enfermeiros na comunidade permitem consolidar e expandir o conhecimento sobre a gestão da doença, promovendo uma abordagem mais contínua e personalizada, com grande enfoque na reconstrução da autonomia nas pessoas dependentes no autocuidado. Neste sentido, os programas de autogestão, como os da *gestão de doença* e da *gestão de casos*, tornam-se estratégias essenciais para fortalecer a autoeficácia e a autogestão. Estes programas empoderam, capacitam e melhoram os resultados em saúde ao minimizar as taxas de descompensação e de readmissão hospitalar.

A educação e o *empowerment* são intervenções fundamentais, permitindo ao enfermeiro especialista a avaliação do nível de conhecimento do cliente e da sua família sobre a IC, e a criação de um plano educativo direcionado para o fortalecimento desse conhecimento. Entre os tópicos essenciais estão a fisiopatologia da doença, o equilíbrio hídrico, a importância de uma dieta com baixo teor de sal, a monitorização da ingestão e eliminação de líquidos e a identificação de sinais de sobrecarga hídrica. É igualmente importante que o cliente compreenda a relevância de ações como a monitorização do peso diário, o reconhecimento precoce da dispneia, a prática de atividade física segura e a

adesão ao regime medicamentoso. Estas competências imprimem confiança e permitem ao cliente detetar mudanças precocemente e comunicar de forma eficaz com os profissionais de saúde, promovendo uma melhor gestão da sua condição.

Dada a dimensão desta patologia e os elevados custos associados, a Organização Mundial de Saúde, aponta como pilares fundamentais no combate às doenças crónicas complexas a prevenção e deteção precoce, orientando a importância da implementação de programas de gestão da doença e de gestão de casos (OMS, 2018). O objetivo central das diferentes abordagens é reduzir os impactos adversos da doença e evitar o aparecimento de complicações, promovendo intervenções direcionadas e eficazes para melhorar a qualidade de vida e os resultados em saúde.

O encaminhamento dos clientes com IC para unidades especializadas, munidas de equipas multidisciplinares altamente qualificadas, incluindo enfermeiros especialistas na área, contribui significativamente para a eficácia da gestão da IC e já é uma realidade em Portugal. Este tipo de abordagem melhora o acesso dos clientes a cuidados especializados e integrados, assegurando intervenções mais personalizadas e uma gestão mais eficaz da doença (Uchmanowicz et al., 2020).

As clínicas da IC são programas específicos, orientados para a autogestão da doença, e têm a missão de acompanhar intensivamente estes clientes em contexto de ambulatório. Diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de compreender as diferentes abordagens e os benefícios deste tipo de programas de educação para a autogestão da IC (Bekelman et al., 2015; Chen et al., 2017; Menga et al., 2016; Smith et al., 2015). A abordagem pode ser presencial e de *follow-up* telefónico e permite uma melhor capacitação do cliente de acordo com a sua condição complexa (Abbasi et al., 2018; Dinh et al., 2019; Köberich et al., 2015; Young et al., 2016).

Os programas de gestão de casos são centrados nas pessoas com doenças crônicas, utilizando uma abordagem holística, e consistem no acompanhamento domiciliar com o objetivo de promover a capacitação para a autogestão do regime terapêutico e aumentar o conhecimento para a vigilância de sinais e sintomas preditores do agravamento da IC (Clark et al., 2015; Yu et al., 2015).

A reconciliação medicamentosa (RM) é uma intervenção poderosa nos programas de gestão de casos e gestão de doença, particularmente em clientes com regimes medicamentosos complexos. Esta intervenção estratégica tem-se revelado indispensável especialmente após a alta hospitalar. Estes momentos são oportunidades-chave para apoiar a adaptação às mudanças no regime medicamentoso e capacitar os indivíduos com competências necessárias para integrar essas alterações no autocuidado, ajudando-os a enfrentar os desafios com maior autonomia e confiança (Meleis, 2010). Este processo garante que os medicamentos sejam corretamente revistos, atualizados e compreendidos pelos clientes, reduzindo os riscos associados a eventos adversos e hospitalizações evitáveis. A RM ajuda a identificar discrepâncias, como medicamentos omitidos, duplicados ou incorretamente ajustados, que poderiam levar a complicações severas. Além disso, envolver ativamente os clientes e os seus familiares ou cuidadores no processo de RM é indispensável. Esse envolvimento ajuda a prevenir a omissão de informações importantes e a superar possíveis resistências a ajustes nos regimes terapêuticos, promovendo uma transição mais eficaz para alternativas mais seguras e apropriadas (Almeida, Santos, & Santos, 2016).

Constitui uma oportunidade para reforçar a indicação para cada um deles e direcionar ensinamentos orientados para a monitorização de sinais e sintomas de alerta, promovendo a adesão ao tratamento e melhores resultados a longo prazo. Ao garantir que o regime medicamentoso seja compreendido e seguido corretamente, a reconciliação fortalece a transição do cuidado hospitalar para o ambiente domiciliar. Estudos evidenciam a importância da atuação dos enfermeiros no processo de reconciliação terapêutica, uma vez que são profissionais privilegiados na recolha sistemática da história medicamentosa e

na monitorização contínua do regime prescrito. A sua intervenção é essencial para identificar inconsistências, prevenir erros de medicação e assegurar a continuidade terapêutica, contribuindo de forma decisiva para a redução de eventos adversos evitáveis e para a promoção de cuidados seguros e centrados na pessoa (Marques & Valentim, 2024).

De acordo com Sousa et al. (2021), o ambiente domiciliário é considerado o contexto ideal para intervenções promotoras do autocuidado. É em casa que as pessoas precisam de aplicar estratégias eficazes de autocuidado nas suas rotinas diárias, enfrentando os desafios associados à manutenção do equilíbrio sem o suporte direto de profissionais de saúde. Parte do sucesso destes programas resulta desta condição particular, pois o ambiente domiciliário é propício à identificação de contribuintes negativos para o desempenho do autocuidado, permitindo ao enfermeiro gestor de caso observar e ajustar situações que, noutros ambientes, poderiam ficar omitidas. Um exemplo prático seria apoiar os clientes na identificação de alimentos que não devem estar disponíveis em casa, através da análise direta do conteúdo da despensa e do frigorífico, promovendo escolhas mais saudáveis e alinhadas com as suas necessidades. Há um universo de oportunidades de melhoria quando um enfermeiro adequa as suas intervenções com base na fragilidade individual de cada cliente/família, ajudando estas pessoas a integrar novos comportamentos e novos conhecimentos de forma mais confiante e efetiva.

Apesar do crescimento destes programas, muitas pessoas com IC ainda não têm acesso aos mesmos. O pouco conhecimento sobre a doença e os respetivos cuidados traduzem-se insuficientes e são o resultado das respostas fragmentadas dos serviços de saúde. Estes programas visam a aplicação de estratégias educacionais eficazes que são adaptadas à capacidade e necessidade de aprendizagem de cada cliente, em resposta integrada à planificação iniciada no momento da alta.

Os programas orientados para a promoção da gestão regime terapêutico na IC destacam o fortalecimento das competências de autocuidado como elemento

central para transformar o prognóstico clínico destes clientes, promovendo melhorias substanciais na sua qualidade de vida e nos indicadores de saúde (Oliveira et al., 2013; Zuraída et al., 2021).

Desta forma, o desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC é determinante para alcançar o controlo, assegurar a adesão ao tratamento e facilitar a autogestão do regime terapêutico. Para a concretização destes indicadores, os enfermeiros especialistas devem investir em estratégias como a educação, o reforço, a constante monitorização das competências de autocuidado, identificando as barreiras e obstáculos enfrentados por estes clientes. Estas estratégias, orientadas para o desenvolvimento do conhecimento, da capacidade de gestão e das habilidades práticas, não apenas aumentam a eficácia do regime terapêutico, mas também promovem uma maior adesão ao tratamento, garantindo um melhor controlo da condição clínica e contribuindo para a redução de descompensações e hospitalizações (Riegel et al., 2016; Pham et al., 2018).

Os enfermeiros especialistas devem reconhecer a importância dos diferentes métodos para apoiar a pessoa no processo de capacitação para a autogestão do RT (Jiang, et al., 2019). Nos últimos anos, muitos estudos têm sido realizados no âmbito de aprimorarem intervenções avançadas para a autoeficácia da gestão da doença.

Para que a abordagem seja orientada para as necessidades individuais do cliente, pode-se recorrer de instrumentos que viabilizem a recolha de dados relevantes para suportar o processo de decisão clínica e a sua adequação. Estas ferramentas permitem medir o nível de conhecimento e de autocuidado que os clientes apresentam, de forma a poder-se fazer um escalonamento das necessidades específicas, e a partir deles desenvolver um conjunto de ações para exponenciar esse autoconhecimento. Dos múltiplos instrumentos difundidos pela comunidade científica, destaca-se a escala *Self-Care of Heart*

Failure Index v6.2 (SCHFI V6.2) (Riegel et al., 2009; Riegel et al., 2018¹), traduzida e testada para a população portuguesa, adotando o nome de Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EACPIC) (Marques, Lopes, Rebola, & Pequito, 2016) e a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS-9)* (Vellone, et al., 2014), traduzida e testada para a população portuguesa, adotando o nome de Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Pereira, 2013).

Vários estudos sobre programas de educação de autogestão para doentes com IC recomendam o uso de manuais de educação para aumentar o conhecimento sobre a IC e a gestão da doença. A sua importância reside em fornecer informações estruturadas e acessíveis, ajudando os clientes e cuidadores a compreender melhor a sua condição, a reconhecer sinais e sintomas e a adotar comportamentos que melhorem a qualidade de vida e reduzam as complicações.

A aquisição de recursos de suporte à autogestão é fundamental para estimular a automonitorização de sinais, através do uso de um aparelho de pressão arterial, uma balança, uma fita métrica e a sua reflexão sobre alterações que imprimam a necessidade de mudança de comportamentos, como a administração de um comprimido extra de diurético, pela perceção do aumento repentino de peso, bem como a moderação da ingestão de sal (Jiang, et al., 2019).

Wilde & Garvin (2007) definem a automonitorização como composta por dois componentes complementares: a consciência dos sinais corporais, as sensações, as atividades diárias e os processos cognitivos; e a realização das medições, dos registos e observações que sustentam a cognição e fornecem dados para uma ação independente ou para a procura de apoio com os profissionais de saúde. Os autores caracterizam o autocuidado como uma estratégia essencial para alcançar um nível elevado de autogestão.

¹ Revisão da EACPIC de Riegel et al. (2009), após a revisão da teoria específica do autocuidado na IC de Riegel et al. (2016), mas sem tradução para o contexto português, até ao momento.

Outra estratégia usada pelos enfermeiros gestores de caso é o incentivo do recurso a diários para o registo e a monitorização de sinais e sintomas ajudando a integrar que comportamentos adequados tem um impacto direto nos resultados e, desta forma, as experiências contribuirão para uma melhor consciencialização da sua condição (Abbasi et al., 2018; Dinh et al., 2019; Köberich et al., 2015; Young et al., 2016).

A educação multimédia é também uma abordagem inovadora e eficaz para promover o conhecimento e a autogestão da doença, particularmente para as pessoas com condições crónicas como é o caso da IC. O estudo de Boyde et al. (2017), que utilizou *Digital Versatile Disc* (DVD) para educação em saúde, destaca vários benefícios dessa metodologia. Este ensaio clínico randomizado evidenciou que uma intervenção educativa personalizada e com recurso a ferramentas multimédia é capaz de reduzir de forma significativa as readmissões hospitalares nestes clientes com IC durante um período de 12 meses.

As intervenções de *coaching* por telefone para clientes com IC também é uma das estratégias apontadas por alguns estudos para promover a autoeficácia da gestão da doença. Consiste num acompanhamento regular, estruturado e personalizado, realizado remotamente, com o objetivo de promover a autogestão da doença, melhorar a adesão ao RT e prevenir complicações, como readmissões hospitalares (Sullivan, et al., 2016).

Todas estas estratégias de intervenção de enfermagem avançada postulam a autoeficácia para a autogestão da doença. Estes programas de educação promovem o *empowerment* dos clientes para a capacidade de resposta consciente e intencional aos sintomas, quando estes surgem. Este processo envolve decisões deliberadas e ações estratégicas, sendo essencial para que clientes com IC consigam equilibrar o limiar ténue entre os períodos de estabilidade relativa e os episódios sintomáticos. Trata-se de uma abordagem dinâmica e proativa que permite ao indivíduo assumir um papel central no

controle da sua condição, reduzindo complicações e melhorando os resultados da sua saúde.

Para finalizar, não poderia deixar de realçar a importância dos cuidadores e/ou familiares no suporte às pessoas com IC. Estes desempenham um papel indispensável no apoio à gestão da doença. A participação ativa da família é essencial, particularmente na promoção e supervisão dos comportamentos de autocuidado, destacando-se a sua relevância na identificação precoce de sinais e sintomas de descompensação, contribuindo assim para uma gestão mais eficaz da condição clínica (McDonagh et al., 2022).

Vários estudos evidenciam que o envolvimento da família exerce uma influência positiva na autogestão da IC, melhorando os resultados das intervenções educacionais e promovendo uma maior qualidade de vida, tanto para as pessoas com IC quanto para os seus familiares. Adicionalmente, esta participação tem sido associada à redução das taxas de hospitalização das pessoas com IC (Gusdal et al., 2017).

As famílias desempenham um papel muito importante no processo de autocuidado, contribuindo significativamente para a manutenção e gestão da doença, bem como para a vigilância e perceção de sinais e sintomas. Nesse sentido, a participação familiar é indispensável para o bem-estar da pessoa com IC, uma vez que fornece suporte em áreas tão decisivas como a gestão do regime medicamentoso, a adesão a restrições dietéticas de sódio, líquidos e à vigilância de sintomas como dispneia e fadiga, promovendo uma abordagem mais eficaz e adaptada às necessidades. Por todos os aspetos destacados anteriormente, a inclusão das famílias e/ou cuidadores nos programas de educação revela-se absolutamente imprescindível e deve estar sob o olhar atento dos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Abbasi, A., Ghezeljeh, T., & Farahani, M. (2018). Effect of the self-management education program on the quality of life in people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Electronic physician*, 10, 7028-7037.
- Almeida, A., Santos, S., & Santos, M. (2016). Consumo de medicamentos potencialmente inapropriados e reconciliação de medicamentos em pessoas idosas. *Servir*, 59, 93-103.
- Bekelman, D., Plomondon, M., Carey, E., Sullivan, M., Nelson, K., Hattle, B., . . . Rumsfeld, J. (2015). Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study A Randomized Clinical Trial. *American Medical Association*, 175, 725-732.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Boyde, M., Peters, R., New, N., Hwang, R., Ha, T., & Korczyk, D. (2017). Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0, 1-8.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Brito, M. (2016). Reconstrução da autonomia – Uma teoria explicativa. Em T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado, *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Byrne, R., Rossello, X., Coughlan, J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., . . . Kimura, T. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44, 3720–3826.
- Chen, Y., Funk, M., Wen, J., Tang, X., He, G., & Liu, H. (2017). Effectiveness of a multidisciplinary disease management program on outcomes in patients with heart failure in China: A randomized controlled single center study. *Elsevier*, 1-8.
- Dinh, H., Bonner, A., Ramsbotham, J., & Clark, R. (2019). Cluster randomized controlled trial testing the effectiveness of a self-management intervention using the teach-back method for people with heart failure. *Nurs Health Sci*, 1-9.
- Floegel, T., Dickinson, J., DerAnanian, C., McCarthy, M., Hooker, S., & Buman, M. (2018). Association of Posture and Ambulation with Function at 30 Days Post-Hospital Discharge in Older Adults with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 1-14.
- Gonçalves, F., & Albuquerque, D. (2014). Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev enferm UERJ*, 422-428.
- Gusdal, A., Josefsson, K., Adolfsson, E., & Martin, L. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16, 256-266.
- Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., & Azevedo, T. (2021). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com patologia Cardiovascular*. OE; SPC; NEC. AstraZeneca.
- Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H., Wu, V., Lee, C., Yang, L., . . . Wang, W. (2019). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEArt failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0, 1-11.

- Köberich, S., Lohrmann, C., Mittag, O., & Dassen, T. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure--a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, 24, 1643-1655.
- Marques, M., & Valentim, P. (2024). O papel do enfermeiro na reconciliação terapêutica em contexto hospitalar: uma revisão de scoping. *Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5, 17-18.
- Marques, M., Lopes, M., Rebola, E., & Pequito, T. (2016). Self-care in Patients with Heart Failure. *RIASE*, 2, 408-2020.
- McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R., Baumach, A., Bohm, M., . . . Gilard, M. (2022). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* (2021) 00, pp. 4-131.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Menga, K., Musekampa, G., Schulera, M., Seekatza, B., Glatzb, J., Kargerc, G., . . . Fallera, H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Elsevier*, 1-8.
- Oliveira, S., Lima, F., Pessoa, V., Caetano, J., Meneses, L., & Mendonça, L. (2013). Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Ciências Médicas*(22), 23-30.
- OMS. (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Obtido de World Health Organization : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- Pereira, F. (2013). Dissertação de mestrado. *O autocuidado na Insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure self-care behaviour Scale para o contexto Português*. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da universidade do porto em Ciências de enfermagem.
- Pham, T., Yunibhand, J., & Jitpanya, C. (2018). Self-care behaviors in Vietnamese adults with heart failure. *J. Sci. Technol*, 860-866.
- Riegel, B., & Dickson, V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23, 190-196.
- Riegel, B., Dickson, V., & Faulkner, K. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 226-235.
- Riegel, B., Dickson, V., Lee, C., Daus, M., Hill, J., Irani, E., . . . Bove, A. (2018). A mixed methods study of symptom perception in patients with chronic heart failure. *Elsevier*, 47, 107-114.
- Riegel, B., Lee, C., Dickson, V., & Carlson, B. (2009). An Update on the Self-care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 485-497.
- Smith, C., Piamjariyakul, U., Dalton, K., Russell, C., & Ellerbeck, E. (2015). Nurse-Led Multidisciplinary Heart Failure Group Clinic Appointments Methods, Materials, and Outcomes Used in the Clinical Trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, 25-34.

- Sousa, J., Neves, H., & Pais-Vieira, M. (2021). Does Symptom Recognition Improve Self-Care in Patients with Heart Failure? A Pilot Study Randomised Controlled Trial. *Nursing Reports*, *11*, 418-429.
- Sullivan, B.-J., Marcuccilli, L., Sloan, R., Gradus-Pizlo, I., Bakas, T., Jung, M., & Pressler, S. (2016). Competence, Compassion, and Care of the Self Family Caregiving Needs and Concerns in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *31*, 209-214.
- Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Lelonek, M., Jankowska, E., Pawlak, A., Jaroch, J., . . . Nessler, J. (2020). A curriculum for heart failure nurses: an expert opinion of the Section of Nursing and Medical Technicians and the Heart Failure Working Group of the Polish Cardiac Society. *Polish Heart Journal / Kardiologia Polska*, *78*, 647-652.
- Vellone, E., Jaarsma, T., Stromberg, A., Fida, R., Arestedt, K., Rocco, G., . . . Alvaro, R. (2014). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Elsevier*, *94*, 97-102.
- Wilde, M., & Garvin, S. (2007). A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, *57*, 104-115.
- Young, L., Hertzog, M., & Barnason, S. (2016). Effects of a home-based activation intervention on self-management adherence and readmission in rural heart failure patients: the PATCH randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, *16*, 1-11.
- Yu, D., Lee, D., Stewart, S., Thompson, D., Choi, K.-C., & Yu, C.-M. (2015). Effect of Nurse-Implemented Transitional Care for Chinese Individuals with Chronic Heart Failure in Hong Kong: A Randomized Controlled Trial. *Journal compilation The American Geriatrics Society*, *63*, 1583–1593.
- Zuraida, E., Irwan, M., & Sjattar, L. (2021). Self-Management Education Programs For Patients With Heart Failure: A Literature Review . *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, *12*, 279-294.

Anexo II

BE THE CHANGE

STOP

IDADISMO



Juntos podemos criar um mundo para todas as idades

“

Por uma
sociedade que
possa **envelhecer**
com **dignidade** e
sem preconceitos!

”

1 de Outubro

Dia internacional do idoso



IDADISMO

UMA REALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE?



OUT, 7

TODOS
JUNTOS
POR UM

HOSPITAL
AMIGO
DOS +
VELHOS



1

USO DE LINGUAGEM INADEQUADA

Quantas vezes não ouvimos profissionais de saúde a utilizarem uma comunicação infantilizada e condescendente?

2

PRIVAÇÃO PELA SUA IDENTIDADE

Quantas vezes não observamos profissionais de saúde a desprover idosos dos seus bens pessoais, como próteses dentárias, auditivas, jóias, baseado em suposições sobre a incapacidade dos idosos de tomarem decisões por si mesmos ou sobre a irrelevância de suas preferências pessoais?

3

USO INADEQUADO DE RESTRIÇÕES FÍSICAS

Imposição de restrições físicas ou imobilização sem necessidade clínica clara, muitas vezes justificadas por uma visão estereotipada da fragilidade ou risco de queda, sem considerar alternativas menos invasivas.

4

NEGLIGÊNCIA NA REABILITAÇÃO E CURA

Suposição de que os idosos têm menos potencial para recuperação ou reabilitação, levando a uma abordagem menos agressiva ou proativa no tratamento.

5

PRIORIDADE REDUZIDA NO ATENDIMENTO

Dar menor prioridade ao tratamento dos idosos, especialmente em situações de recursos limitados, como o acesso às UCI ou tratamentos dispendiosos.



01 OUT

DIA INTERNACIONAL DO IDOSO



**TODAS AS VIDAS
IMPORTAM**



01 DE OUTUBRO
DIA INTERNACIONAL
DO IDOSO

CUIDAR

*não precisa de
prescrição*

JUNTOS A CUIDAR DOS NOSSOS
IDOSOS

IDADISMO

07/10

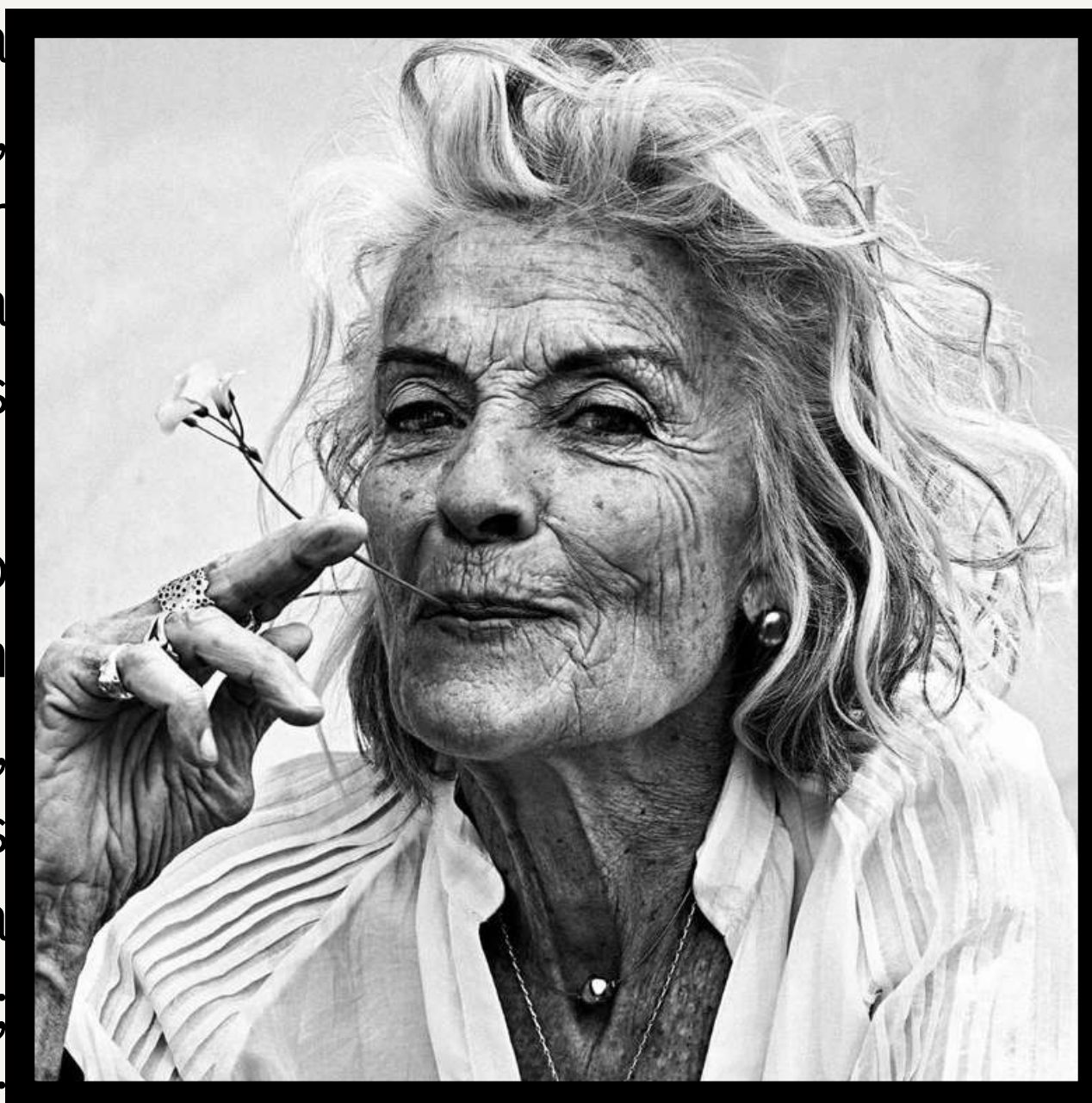
DIA DA CONSCIENCIALIZAÇÃO
CONTRA O IDADISMO



O Idadismo é o preconceito baseado na idade das pessoas. Pode manifestar-se por meio de violência psicológica, verbal ou física e está presente em diversos setores da sociedade. O idadismo, também designado por etarismo ou ageísmo afeta sobretudo as pessoas idosas.

A literatura retrata o idadismo como um conceito multifacetado, que envolve três dimensões distintas: uma cognitiva (estereótipos); uma afetiva (preconceito); e uma dimensão comportamental (discriminação). É preciso reconhecer a presença de comportamentos de idadismo, também, nos serviços de saúde para que se possa combater e lutar pelos direitos dos idosos.

UM CAMINHO A SER FEITO



RESPEITAR AS PESSOAS IDOSAS É
TRATAR O PRÓPRIO FUTURO COM
RESPEITO



O idadismo nos serviços de saúde manifesta-se através de discriminação, preconceito e estereótipos negativos, que limitam o acesso dessas pessoas e das suas famílias a recursos e serviços de saúde, reduzindo as suas oportunidades de tratamento, reabilitação e cura, com forte impacto para a vida destes idosos. O idadismo pode ser imperceptível, moldando a percepção das pessoas idosas sobre as suas habilidades e necessidades. É essencial protegermos os nossos idosos, e os Enfermeiros desempenham um papel crucial na defesa de seus direitos, promovendo a igualdade no acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

#STOPIDADISMO

Anexo III



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA COM
IC – UM PERCURSO PARA O CONSTRUCTO DE
UMA ENFERMAGEM AVANÇADA**

**Projeto de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas na área de Enfermagem
Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crónica**

Ana Sofia Mendes Vieira, ep11383

Porto 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica

**GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA
COM IC – UM PERCURSO PARA O
CONSTRUCTO DE UMA ENFERMAGEM
AVANÇADA**

**Projeto de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica**

Projeto de Estágio orientado pela Professora
Doutora Alice Brito e coorientado pela Professora
Doutora Inês Cruz.

OBJETIVOS GERAIS, ESPECÍFICOS E ATIVIDADES QUE OS CONCRETIZAM

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica com Insuficiência Cardíaca;	
1.1. Melhorar a capacidade para Identificar as necessidades do cliente com IC, enfatizando a prevenção, a identificação precoce de complicações e a sua estabilização;	
<i>Objetivo Específico</i>	<i>Atividades planeadas</i>
1.1.1. Aprofundar o conhecimento sobre a gestão da IC, compreendendo as implicações e complicações associadas;	1. Rever a documentação estudada nas aulas das unidades curriculares “Gestão da doença crónica” e “Doenças crónicas: fundamentos fisiopatológicos”; 2. Realização de pesquisas de evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect e pubMed) sobre conceitos centrais à IC (Sinais e sintomas; Modelos teóricos gestão da doença vs gestão de casos complexos; Exames complementares de diagnóstico; Valores dos exames laboratoriais; Medicamentos prescritos e vigilância dos principais efeitos laterais; Identificação de escalas que avaliem o impacto da IC na vida dos clientes; <i>Checklist</i> dos conteúdos passíveis de abordagem na preparação para a alta); 3. Consultar protocolos existentes no serviço sobre a gestão da IC; 4. Elaboração de uma síntese sobre os conceitos centrais da IC; 5. Discussão e reflexão com as minhas tutoras sobre a síntese elaborada;
1.1.2. Melhorar a habilidade para recolher	6. Observação das enfermeiras tutoras na colheita de dados para a identificação

dados relacionados com as complicações inerentes à Insuficiência Cardíaca;	precoce das complicações associadas à Insuficiência Cardíaca - Sinais e sintomas; 7. Treino, com a supervisão da enfermeira tutora, da colheita de dados para a identificação precoce de complicações inerentes à IC - Sinais e sintomas; 8. Discussão, com as enfermeiras tutoras, sobre as eventuais causas das complicações associadas à IC; 9. Reflexão, com as Enfermeiras Tutoras, da minha aptidão para a identificação precoce de complicações associadas à IC e aspetos que possam carecer de aperfeiçoamento; 10. Elaboração dum plano de cuidados em cada contexto (internamento e comunidade), orientados à pessoa com IC na plataforma e4Nursing; 11. Discussão e reflexão com a professora orientadora sobre os planos de cuidados desenvolvidos;
1.2. Melhorar a capacidade de reconhecer as necessidades da pessoa com IC no domínio da gestão do regime terapêutico;	
1.2.1. Aprimorar a habilidade para identificar os diferentes estilos de gestão do regime terapêutico;	12. Realização de pesquisas de evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect e pubMed) sobre os diferentes estilos de gestão do regime terapêutico; 13. Elaboração de uma síntese sobre os diferentes estilos de gestão do regime terapêutico pesquisados; 14. Discussão da síntese realizada com as enfermeiras tutoras; 15. Observação das enfermeiras tutoras na colheita de dados para a identificação dos estilos de gestão do regime terapêutico adotados pelos diferentes clientes;

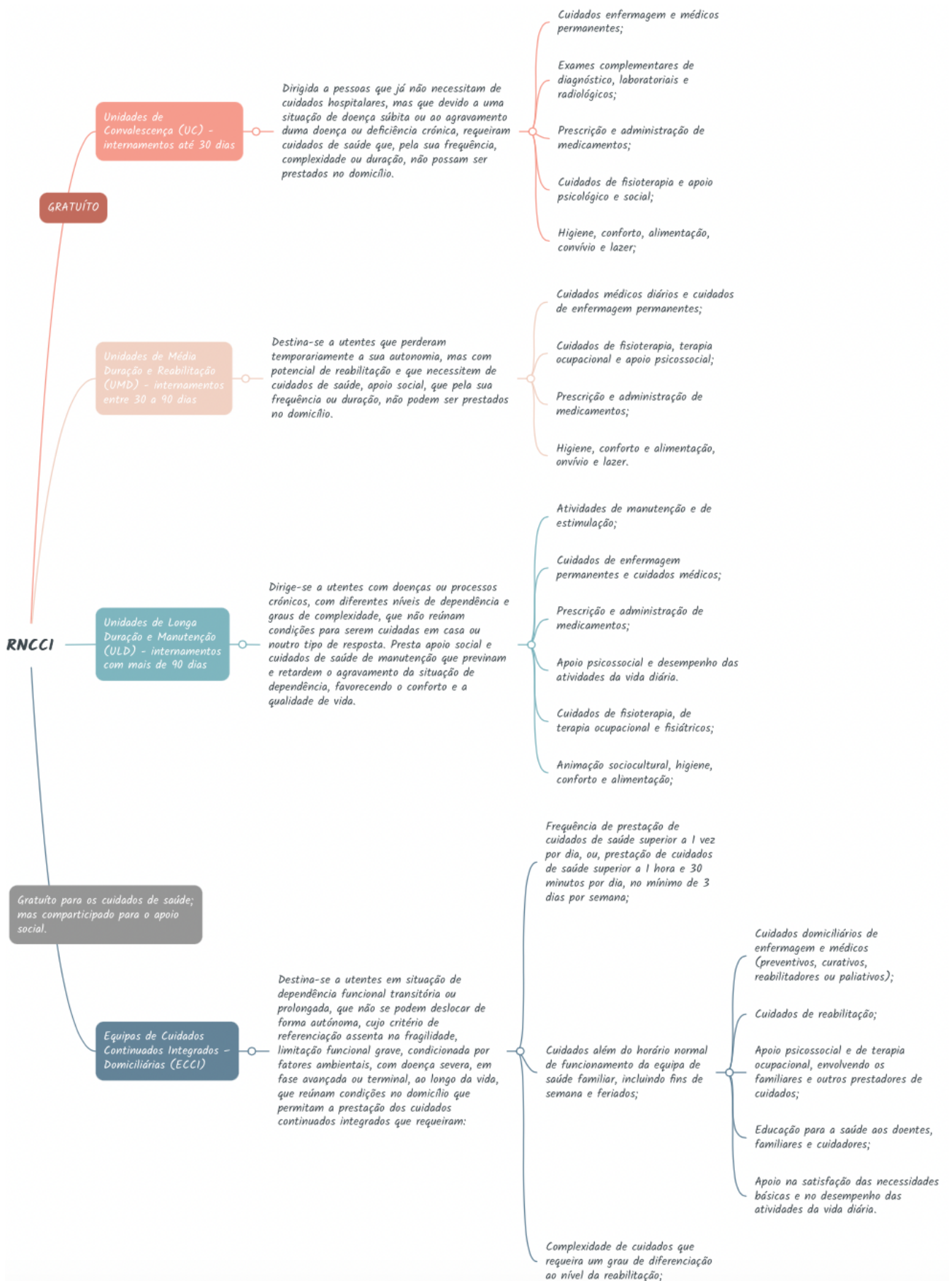
	16. Reflexão, com as tutoras, sobre os estilos de gestão do regime terapêutico facilitadores dos comportamentos de autogestão da IC; 17. Treino, com a supervisão da enfermeira tutora, na colheita de dados para a identificação dos estilos de gestão terapêuticos de cada cliente;
1.2.2. Melhorar o desempenho para identificar as necessidades da pessoa com IC, na preparação para a alta hospitalar;	18. Realização de colheita de dados, com supervisão da enfermeira tutora, na avaliação da capacidade para autogestão do regime medicamentoso; 19. Realização de colheita de dados, com supervisão da enfermeira tutora, na avaliação da capacidade para autogestão do regime dietético; 20. Realização de colheita de dados, com supervisão da enfermeira tutora, na avaliação da capacidade para autogestão do regime de exercício físico; 21. Realização de colheita de dados, com supervisão da enfermeira tutora, nas necessidades sociais e os critérios para a referência de apoios sociais; 22. Reflexão com a enfermeira tutora sobre as dificuldades sentidas e encontrar estratégias de melhoria;
1.3. Desenvolver a capacidade de executar intervenções especializadas que capacitem a pessoa com IC para a autogestão do regime terapêutico;	
1.3.1. Melhorar o conhecimento sobre regime terapêutico no cliente com IC;	23. Realização de pesquisas de evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect e PubMed) sobre regime terapêutico; 24. Elaboração de uma síntese da pesquisa efetuada sobre o regime terapêutico; 25. Discussão da síntese realizada com as enfermeiras tutoras; 26. Realização de entrevistas ao <i>enfermeiro de referência</i>, ao <i>enfermeiro gestor da doença</i> e ao <i>enfermeiro gestor de caso</i>, sobre os fatores que influenciam a

	autogestão do regime terapêutico e uma reflexão crítica sobre os pontos de vista destes três profissionais;
1.3.2. Melhorar a habilidade para a capacitação da autogestão do regime terapêutico no cliente com IC;	27. Observação, das enfermeiras tutoras, na adaptação das intervenções com base no estilo de gestão do cliente; 28. Execução, com a supervisão da enfermeira tutora, de intervenções adequadas ao estilo de gestão de cada cliente; 29. Observação, das enfermeiras tutoras, na implementação das intervenções no âmbito do informar com vista à capacitação da pessoa para a autogestão do regime terapêutico; 30. Colaboração na otimização do Plano Individual de Cuidados (PIC) nas intervenções farmacológicas e não farmacológicas;
1.3.3. Melhorar a capacidade para promover comportamentos de autovigilância de sinais e sintomas no cliente com IC;	31. Realização de pesquisas de evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect e pubMed) sobre comportamentos de autovigilância de sinais e sintomas na gestão da IC; 32. Colaboração, com a minha tutora, no desenvolvimento de um panfleto informativo que indique os comportamentos de autovigilância de sinais e sintomas da IC e as ações a serem tomadas; 33. Observação, das enfermeiras tutoras, na implementação das intervenções do domínio do informar, para a capacitação da pessoa para a autovigilância de sinais e sintomas;
1.4. Melhorar a capacidade de intervenção na área da prevenção e controlo de IACS e de resistência a antimicrobianos;	

1.4.1. Aprofundar conhecimento sobre prevenção e controlo de infeção e Resistência a Antimicrobianos;	34. Revisão da documentação estudada nas aulas da unidade curricular: Planos de Prevenção e de Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde; 35. Realização de pesquisas de evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect e pubMed) sobre conceitos centrais ao controlo de infeção resistência a antimicrobianos; 36. Leitura de documentos internos, como protocolos hospitalares “manual de controlo de infeção” e normas; 37. Participação em palestras, seminários ou conferências relacionadas à prevenção de infeções e resistência a antimicrobianos;
1.4.2. Melhorar o desempenho na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de IACS e de resistência a antimicrobianos;	38. Observação do elo de ligação do PPCIRA nas auditorias ao cumprimento das precauções de controlo e prevenção da infeção para o combate às Enterobactérias Produtoras de Carbapenemases (EPC); 39. Esclarecimento de dúvidas com o elo de ligação do PPCIRA; 40. Discussão com a enfermeira tutora sobre estratégias que possam ser implementadas para uma maior adesão à prevenção da infeção EPC; 41. Colaboração com enfermeira tutora em ações de sensibilização na prevenção de resistência a antimicrobianos;
1.5. Desenvolver capacidades para a prevenção de riscos clínicos e não clínicos, fomentando uma cultura de segurança;	
1.5.1. Desenvolver o conhecimento, com base numa cultura de segurança, sobre estratégias de prevenção de risco clínico e não clínico;	42. Realização de pesquisas de evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, ScienceDirect e pubMed) sobre gestão de risco hospitalar; 43. Elaboração de uma síntese das referências encontradas sobre gestão de risco;

	44. Discussão da síntese realizada com a enfermeira tutora;
1.5.2. Desenvolver a habilidade na identificação de situações que possam desencadear a ocorrência de um resultado indesejável;	45. Consulta dos programas de gestão de risco em vigor a decorrer no serviço de medicina E: Sistema B Tract para a segurança das transfusões sanguíneas; Procedimento da prevenção de quedas através das estratégias de meias antiderrapantes; Sinalização dos medicamentos Look-Alike, Sound-Alike (LASA); identificação inequívoca dos clientes com pulseira; Projeto piloto SAPE; 46. Análise da matriz de risco do serviço de medicina e reflexão com a minha tutora sobre aspetos essenciais à gestão de risco clínico e não clínico;

Anexo IV



Anexo V



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica

SÍNTESE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Documento elaborado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, na unidade curricular Estágio de Natureza profissional com relatório - Módulo II, com a finalidade de analisar e refletir sobre a visão dos enfermeiros especialistas sobre quais os fatores que influenciam o regime terapêutico na pessoa com Insuficiência Cardíaca.

Professora Orientadora: Alice Brito

Professora Coorientadora: Inês Cruz

Ana Vieira, ep11383

Porto, 2025

O guião da entrevista foi direcionado ao Enfermeiro de Referência, ao Enfermeiro Gestor de Doença e ao Enfermeiro Gestor de Caso, com o objetivo de analisar e refletir sobre os fatores que influenciam o regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca (IC), na perspetiva destes três profissionais. As entrevistas foram conduzidas em diferentes contextos: ao Enfermeiro de Referência no âmbito do internamento hospitalar, ao Enfermeiro Gestor da Doença no contexto da Consulta de Insuficiência Cardíaca, e ao Enfermeiro Gestor de Caso no âmbito da Equipa de Doentes Crónicos Complexos.

A IC é uma doença crónica complexa, exigente do ponto de vista do regime terapêutico com fortes implicações para o autocuidado e gestão de sinais e sintomas, sendo que a prestação de cuidados e o acompanhamento das pessoas com esta patologia, requer especial atenção e competências avançadas no âmbito da enfermagem especializada.

O uso de diferentes armas e estratégias terapêuticas reforçam a ideia de que a enfermagem especializada pode e deve ter um papel mais significativo na prestação de cuidados diferenciados, visão que se coaduna com a estratificação de Kaiser.

O Modelo de Kaiser é uma estrutura utilizada para estratificar e gerir populações com doenças crónicas de forma eficiente. A sua abordagem estratificada permite que os recursos sejam alocados de acordo com as necessidades de cada grupo de utentes, melhorando a qualidade de vida, prevenindo complicações e reduzindo os custos de saúde associados às doenças crónicas.

Esta metodologia tem na sua génese, sobretudo nas ULS pela sua arquitetura, a diminuição da sobrecarga dos cuidados de saúde, dividindo os clientes em diferentes níveis de acordo com a gravidade da doença e a necessidade de cuidados, permitindo alocar recursos de saúde de maneira mais eficaz.

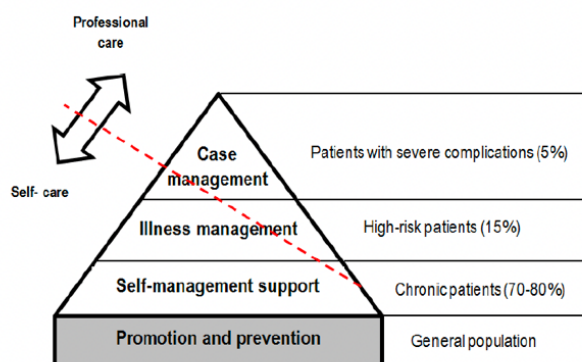


Figura 1: Pirâmide de Kaiser - estratificação do risco (WHO, 2017)

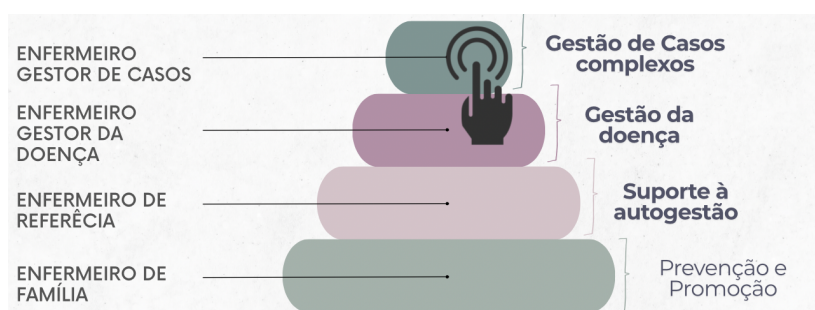


Figura 2: Estratificação dos Cuidados de Enfermagem segundo o Modelo de Kaiser

Tendo por base o modelo de estratificação de Kaiser, que organiza os níveis de intervenção em função da complexidade das necessidades em saúde, foi possível associar cada nível ao papel específico de um perfil de enfermeiro: o enfermeiro de referência ao nível do apoio à autogestão, o enfermeiro gestor da doença à gestão da doença, e o enfermeiro gestor de casos à gestão das doenças complexas. Esta correspondência fundamentou a intenção de entrevistar estes três profissionais, de forma a obter uma perspectiva alargada e integrada sobre os fatores que influenciam a autogestão do regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca, sob as diferentes realidades.

Durante as entrevistas, foi possível discutir e refletir sobre os principais fatores que condicionam a autogestão do regime terapêutico, identificando barreiras que influenciam a adesão e comprometem os resultados da autogestão do regime terapêutico. Foram identificadas dificuldades relacionadas com défices de literacia em saúde, dificultando a compreensão da doença e do regime terapêutico, a complexidade do regime terapêutico, levando a erros na autoadministração dos medicamentos, a

influência de crenças e percepções individuais, como a ausência de sintomas ou medo dos efeitos adversos, fatores socioeconómicos, como dificuldades de acesso à medicação ou apoio insuficiente da rede social e, ainda, a falta de acompanhamento estruturado na transição hospital-domicílio. A síntese apresentada na Figura 3, resulta da agregação da informação obtida através das entrevistas realizadas, permitindo estruturar e categorizar os principais fatores que concorrem para a não adesão ao regime terapêutico, sendo a adesão um indicador de resultado da autogestão do regime terapêutico.

A não adesão ao regime terapêutico não deve ser interpretada exclusivamente como uma atitude negativa do utente, mas sim como um fenómeno multifatorial que pode manifestar-se em três dimensões interdependentes: *medicação*, *tratamento* e *comportamento*, visão que também se coaduna com Camarneiro (2021).

A ***não adesão total*** corresponde à recusa completa ou ao abandono do tratamento, enquanto a ***não adesão parcial*** pode ser *intencional* ou *não intencional*. A ***não adesão parcial intencional*** resulta de escolhas deliberadas da pessoa, como a interrupção da terapêutica para consumir álcool, a modificação da prescrição sem orientação médica ou a gestão individual dos efeitos adversos. Já a ***não adesão parcial não intencional*** decorre de dificuldades externas ao controlo da pessoa, como a falta de compreensão sobre as instruções terapêuticas, a confusão com os esquemas de tratamento, esquecimentos, idade, barreiras económicas ou ausência de reconciliação medicamentosa.

Nos três níveis de não adesão — *medicação*, *tratamento* e *comportamento* — podem identificar-se fatores específicos que contribuem para este fenómeno. A ***não adesão ao tratamento*** pode ser influenciada pela complexidade e duração da terapêutica, pelo estilo de gestão do regime terapêutico do cliente, pela ausência de resultados perceptíveis a curto prazo ou pelos efeitos adversos. A ***não adesão à medicação*** manifesta-se pelo incumprimento total ou parcial da prescrição, seja pela omissão de doses ou pela toma inadequada de medicamentos não prescritos. No domínio ***comportamental***, destacam-se fatores como crenças e significados atribuídos à doença, rejeição de medidas preventivas, perfil psicológico e estratégias de *coping*, bem como a sabotagem do regime terapêutico (que consiste na não adesão intencional, manifestando-se quando o utente rejeita deliberadamente as recomendações dos profissionais de saúde) e a criação de esquemas alternativos de tratamento.

A partir deste *brainstorming*, foi possível concluir que a não adesão ao regime terapêutico se configura como um fenómeno intrinsecamente complexo e dinâmico, influenciado predominantemente por fatores individuais, sociais e estruturais. Embora outras dimensões tenham sido identificadas, a sua exploração aprofundada ultrapassou os limites estabelecidos pelo formato da entrevista. A implicação prática, resultante desta reflexão conjunta, evidencia a necessidade de uma abordagem diferenciada e personalizada por parte dos EE, enfatizando a importância da implementação de estratégias educacionais adaptadas. Estas estratégias devem facilitar a autogestão e mitigar os obstáculos identificados à adesão terapêutica, conforme sistematizado na Figura 3.

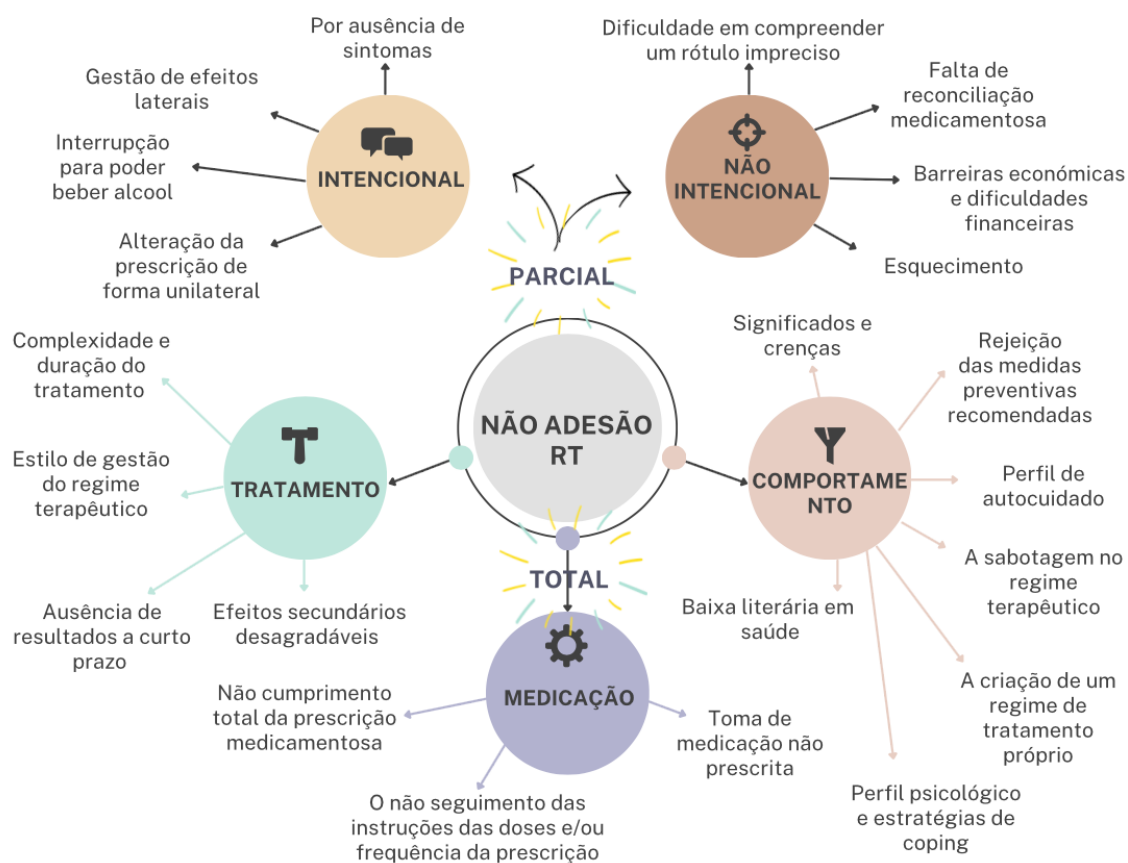


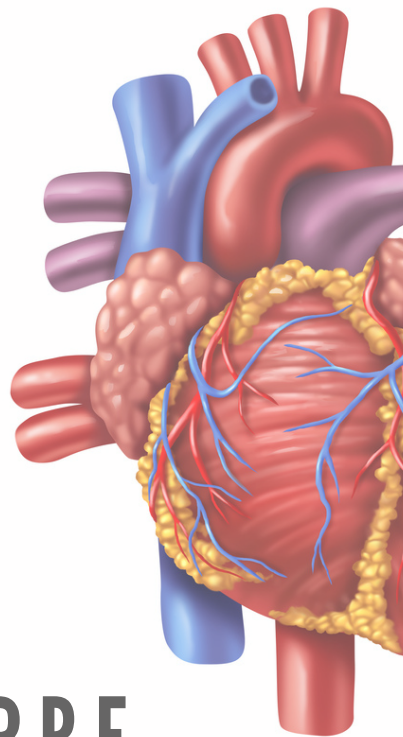
Figura 3: Fatores que condicionam a adesão do RT, pelos olhos dos diferentes peritos

Anexo VI

GUIA DA INSUFICIENCIA CARDIACA

CADA BATIDA CONTA, FAÇA
DO SEU CORAÇÃO UMA
PRIORIDADE





EQUIPA DE
DOENTES
CRÓNICOS
COMPLEXOS

SEMPRE QUE O SEU CORAÇÃO CHAMAR LIGUE-NOS

A Equipa de Doentes Crónicos Complexos existe para
oferecer-lhe todo o suporte que necessita.

EDCC

CLICK HERE

