

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA
CARDIOVASCULAR

PROMOTING THE ADAPTATION OF PEOPLE WITH
CARDIOVASCULAR DISEASE

Autor

Joana Isabel Bessa Alves

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA PESSOA COM
DOENÇA CARDIOVASCULAR

PROMOTING THE ADAPTATION OF PEOPLE WITH
CARDIOVASCULAR DISEASE

Orientador(es)

Igor Emanuel Soares Pinto

Autor

Joana Isabel Bessa Alves

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Que nunca nos consideremos enfermeiros acabados;
devemos aprender ao longo de toda a vida."

Florence Nightingale

AGRADECIMENTO

Ao Professor Igor Pinto, pela excelente orientação, apoio, paciência e motivação, pelo saber, pela contínua disponibilidade, pela discussão de ideias e conselhos, fundamentais para a elaboração deste trabalho.

Aos meus tutores, pela paciência, pela partilha de conhecimento, pela discussão de ideias e conselhos.

A toda a equipa de profissionais do campo de estágio, pela receptividade com que me receberam e pelas experiências de aprendizagem que me proporcionaram.

À Sara, à Leonor e à Mariana, pela amizade e preciosa ajuda ao longo deste percurso.

Ao Enf. Paulo Valente, pela disponibilidade, organização do tempo de trabalho e estímulo à formação.

À Alzira e à Gracinda, pela compreensão, incentivo constante e por acreditarem em mim e neste trabalho.

Aos meus amigos, por compreenderem as minhas ausências.

Ao Eduardo, pelo carinho, pelo apoio, pela eterna paciência, pela permanente motivação, pela tranquilidade, por nunca me deixar desistir.

À minha família, em especial aos meus pais, por estarem sempre presentes no meu percurso.

RESUMO

As doenças crónicas são a principal causa de morbilidade e mortalidade na Europa, apresentando um elevado grau de complexidade e imprevisibilidade, uma vez que se trata de patologias de curso prolongado, com evolução gradual de sintomas e potencialmente incapacitantes, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo.

Em Portugal, há um predomínio do grupo das doenças crónicas não transmissíveis, sendo as doenças cardiovasculares e oncológicas as que mais contribuem para a mortalidade. Estima-se ainda que entre 600.000 e 800.000 pessoas vivam com doenças raras no nosso país.

A gestão da doença crónica é um fenómeno complexo e dinâmico, em que muitos dos doentes apresentam diversas comorbilidades, o que exige um esforço acrescido por parte do indivíduo e família/cuidador na incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Neste contexto o enfermeiro especialista melhora significativamente a prestação de cuidados de saúde, através de um atendimento direto mais adequado, personalizado e abrangente, e indiretamente mediante a educação, aconselhamento e apoio à autogestão da doença.

Neste relatório é descrito o percurso realizado no estágio de natureza profissional no desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, assim como a apresentação de dois casos clínicos que ilustram o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem.

Através da reflexão crítica e experiências em contexto clínico, desenvolveram-se competências na identificação das necessidades do doente e da família/cuidador na gestão da doença cardiovascular, nomeadamente na Hipertensão Arterial Pulmonar, promovendo intervenções especializadas e individualizadas que facilitam o processo de transição saúde/doença, fornecendo suporte e minimizando as dificuldades.

Palavras-chave: Doença Cardiovascular, Hipertensão Arterial Pulmonar; Enfermeiro Especialista; Competências; Adaptação.

ABSTRACT

Chronic diseases are the leading cause of morbidity and mortality in Europe. They are highly complex and unpredictable, as they are long-term conditions with a gradual evolution of symptoms, potentially disabling, with marked limitations in the possibilities of responding to curative treatment.

In Portugal, chronic non-communicable diseases predominate, with cardiovascular and oncological diseases contributing most to mortality. It is also estimated that between 600,000 and 800,000 people in our country live with rare diseases.

The management of chronic diseases is a complex and dynamic phenomenon in which many patients have various co-morbidities, requiring a greater effort on the part of the individual and the family/caregiver to incorporate knowledge, skills and attitudes.

In this context, the nurse specialist significantly improves healthcare delivery through more appropriate, personalised and comprehensive direct care and indirectly through education, counselling and support for self-management of the disease.

This report describes the process of developing the general and specific competences of the specialist nurse in the field of care of the chronically ill during the professional internship and presents two clinical cases that illustrate the process of clinical decision making in nursing.

Through critical reflection and experience in a clinical context, skills were developed in identifying the needs of the patient and family/carer in the management of cardiovascular disease, namely pulmonary arterial hypertension, promoting specialised and individualised interventions that facilitate the health/disease transition process, providing support and minimising difficulties.

Keywords: Cardiovascular disease, pulmonary arterial hypertension; specialist nurse; competencies; adaptation.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BNP - Peptídeo Natriurético tipo B

CCD – Cateterismo Cardíaco Direito

CCIRA – Comissão de Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos

CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável

CF – Classe Funcional

CRT- Cardiac Resynchronization Therapy

DGS – Direção Geral da Saúde

DLCO - Capacidade de Difusão do Monóxido de Carbono

ERS – European Respiratory Society

ESC – European Society of Cardiology

EV – Endovenoso

HAP – Hipertensão Arterial Pulmonar

HP – Hipertensão Pulmonar

IC – Insuficiência Cardíaca

Kg - Kilograma

Mg – Miligrama

Min – Minuto

mmHg – Milímetros de Mercúrio

ng - Nanograma

NT-proBNP – N-terminal proBNP

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigénio Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPm – Pressão Média Artéria Pulmonar

PAWP – Pressão de Encravamento Arterial Pulmonar

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PO – Per Os

RVP – Resistência Vascular Pulmonar

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

WU – Unidades Wood

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	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CASO 1: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO NA PESSOA COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	34
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	35
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	38
3.5. Domínios	39
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	41
3.7. Especificação das intervenções	45
3.8. Síntese relativa ao caso	48
4. CASO 2: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO NA PESSOA COM DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	49
4.1. Enquadramento teórico	49
4.2. Clientes	52
4.3. Medicação	53
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	53
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	57
4.5. Domínios	58
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	58
4.6. Conceção de Cuidados	60
4.7. Especificação das intervenções	64
4.8. Síntese relativa ao caso	65
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	67
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	91
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	107

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 – Classificação Clínica da Hipertensão Pulmonar

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

As doenças crónicas são a principal causa de morbilidade e mortalidade na Europa, apresentando um elevado grau de complexidade e imprevisibilidade, uma vez que se trata de patologias de curso prolongado, com evolução gradual de sintomas e potencialmente incapacitantes, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2024).

Tendo em conta estas características, o impacto é significativo a nível individual, familiar e social. Tal também se traduz em elevados custos sociais e económicos, com perda de anos de vida saudável, redução da produtividade, aumento das taxas de absentismo e reformas prematuras, apresentando-se assim como um importante desafio de saúde pública. (Busse et al., 2010; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022; OMS, 2024).

Anualmente, as mesmas são responsáveis por 43 milhões de mortes, representando 75% de todas as mortes a nível mundial (OMS, 2024). Em Portugal, há um predomínio do grupo das doenças crónicas não transmissíveis como principal causa dos anos de vida saudável perdidos, sendo as doenças cardiovasculares e oncológicas as que mais contribuem para a mortalidade. Estima-se ainda que entre 600.000 e 800.000 pessoas vivam com doenças raras no nosso país (DGS, 2022; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2024).

Um número significativo de doenças crónicas apresenta uma relação com o envelhecimento populacional. No entanto, é importante salientar que este fenómeno está igualmente associado a comportamentos individuais, tais como o consumo de tabaco e álcool, os hábitos alimentares e a atividade física, bem como a fatores genéticos e ambientais (Busse et al., 2010; OMS, 2024; OCDE, 2024).

Todas estas patologias apresentam uma característica comum: a necessidade de uma resposta multidisciplinar e de longo prazo, englobando os cuidados clínicos e estendendo-se aos cuidados sociais.

Progressivamente a gestão das doenças crónicas tem sido reconhecida como uma preocupação significativa quer por parte dos decisores políticos quer por parte das equipas de saúde e investigadores (Busse et al., 2010; Sousa et al., 2021; DGS, 2022), tendo a OMS proposto a prevenção e deteção precoce, a qualificação dos profissionais de saúde, a implementação de programas de gestão de doenças e a adoção de modelos de cuidados integrados como principais estratégias de atuação.

A gestão da doença crónica é um fenómeno complexo e dinâmico, em que muitos dos doentes

apresentam diversas comorbilidades, o que exige um esforço acrescido por parte do indivíduo e família/cuidador na incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes, de forma a integrá-los diariamente, adaptando-se e reinventando-se tendo em conta os seus recursos internos, redes de apoio e contexto pessoal (Sousa et al., 2021).

Tendo isto em conta, os cuidados de enfermagem apresentam não só uma maior importância, como uma maior exigência técnica e científica, o que potencia uma maior diferenciação e especialização, sempre baseada nas mais recentes evidências e respeitando os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estes cuidados “podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (Regulamento 429/2018, 2018).

A enfermagem, enquanto profissão e disciplina científica, é caracterizada por ser autónoma, com um campo de atuação e de investigação específicos. Diante da necessidade de cuidados especializados, emergem as especializações e os mestrados em enfermagem médico-cirúrgica, que incluem um estágio de natureza profissional como ponto culminante da transição para enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021b).

Este trabalho de campo é crucial para a aprendizagem, troca de experiências e consolidação de conhecimentos, além de fomentar a reflexão crítica sobre as implicações do cuidado e suas responsabilidades, assim como o desenvolvimento de uma comunicação clara e objetiva (OE, 2021b). Além disso proporcionam a aplicação destes conhecimentos no processo de tomada de decisão e na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área de enfermagem.

Como Patricia Benner (2001) defendeu, o conhecimento clínico do enfermeiro não passa somente pela formação académica, mas também pelo conhecimento adquirido através da experiência e reflexão sistemática das suas práticas. O avanço do conhecimento numa disciplina aplicada envolve a ampliação do saber prático (saber fazer), sustentado por estudos científicos e investigações baseadas na teoria, bem como pelo registo e sistematização das competências adquiridas ao longo da experiência clínica na prática dessa disciplina (Benner, 2001).

Segundo este modelo de aquisição de competências existem cinco níveis de proficiência: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Os enfermeiros peritos são aqueles que conseguem identificar respostas clínicas inesperadas e potenciais problemas com precisão, utilizando uma compreensão intuitiva e flexível para avaliar a situação como um todo. Apesar de muitos enfermeiros progredirem em competência, poucos se tornam peritos. Para atingir este nível, é necessário envolvimento em situações clínicas e reflexão sobre o

desempenho. A diferenciação dos enfermeiros peritos reside na experiência e na capacidade de raciocínio crítico, com tomadas de decisão seguras, permitindo-lhes responder eficazmente em cada situação, tornando esta resposta uma fonte importante de conhecimento e transformando a prática de enfermagem avançada cada vez mais uma realidade (Benner, 2001; Benner & Tanner, 2009).

Desta forma, o estágio em contexto profissional, em conjunto com a elaboração do relatório final, constitui a modalidade mais eficaz para atingir os objetivos de aprendizagem e desenvolver as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista, tal como preconiza a OE (OE, 2021b).

Sendo assim, este relatório é elaborado ao abrigo da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final” que se insere no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (Despacho n.º 9276/2022, 2022), com o objetivo de obter o grau de mestre na área em questão. O mesmo descreve o percurso realizado no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, que envolvem as dimensões da educação dos doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, assim como "cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica" e "maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica" (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para dar cumprimento ao exposto, desenvolveu-se o tempo de estágio num Serviço de Cardiologia de uma Unidade Local de Saúde de Portugal.

Como foi descrito anteriormente, as doenças cardiovasculares assumem um importante destaque, correspondendo a cerca de um terço de todas as mortes nos países desenvolvidos (de Brito Homem et al., 2022; OCDE, 2024).

A doença cardiovascular aterosclerótica é uma patologia crónica que se desenvolve de forma silenciosa ao longo da vida, manifestando-se apenas em estadios avançados. Caracteriza-se pela formação de placas de ateroma nas artérias, resultando na redução progressiva do lúmen arterial e podendo conduzir à formação de trombos. Estes, por sua vez, podem desencadear eventos graves, tais como acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (de Brito Homem et al., 2022).

Diretamente relacionados com a doença cardiovascular aterosclerótica estão fatores de risco metabólicos (como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade) e fatores de risco comportamentais (tabagismo, hábitos alimentares, sedentarismo e stress). Por se tratar de uma doença intimamente ligada aos hábitos de vida, a prevenção primária, fundamentada na

adoção de hábitos saudáveis, é crucial para minimizar o risco de doença cardiovascular, enquanto a prevenção secundária, através do controlo rigoroso dos fatores de risco e adesão à terapêutica, é fundamental para evitar recorrências e complicações. Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel fundamental, sendo da sua responsabilidade capacitar o doente para aceitar sua condição de saúde e consciencializá-lo sobre a relação entre o estilo de vida e a progressão da doença cardiovascular (Loscalzo et al., 2022; de Brito Homem et al., 2022). Dessa forma, assegura-se um processo de transição adequado entre saúde e doença, tanto para o doente quanto para sua família (de Brito Homem et al., 2022).

Por outro lado, existe um conjunto de doenças cardiovasculares de frequência rara, como é o caso da hipertensão arterial pulmonar, que apresentam desafios igualmente importantes na sua gestão. Tal como as doenças crónicas de maior prevalência, a complexidade e impacto significativo na vida dos doentes e das suas famílias estão igualmente presentes, acrescentando-se o facto de muitas vezes o diagnóstico ser moroso e o acesso aos cuidados de saúde ser assimétrico e não equitativo (Grupo de Trabalho Intersectorial para as Doenças Raras, 2025).

Neste percurso da pessoa com doença crónica, a capacidade de autocuidado varia em conformidade com a adaptação do indivíduo, sendo que esta é essencial para a manutenção ou melhoria da sua saúde. Contudo, estas mudanças no estado de saúde podem representar tanto oportunidades de melhoria como vulnerabilidades, desencadeando processos de transição (Queirós et al., 2014).

Meleis (1994; 2000) definiu a transição como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. O conceito de transição constitui um dos principais focos da enfermagem, uma vez que inúmeros contactos entre enfermeiros e doentes ocorrem em momentos de instabilidade, resultantes de mudanças em diferentes níveis. Nestes períodos, os enfermeiros assumem um papel fundamental na prestação de cuidados, não só apoiando os doentes e as suas famílias, mas também ajudando-os a lidar com as exigências impostas pelas transições. Além disso, desempenham um papel crucial na preparação para transições iminentes, facilitando a aquisição de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 2007). Tendo por base os pressupostos enunciados, a Teoria das Transições foi, não só o modelo conceptual de suporte a este relatório, como o modelo que esteve na base do planeamento dos cuidados em contexto de estágio.

De forma a dar resposta às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crónica, foram definidos objetivos específicos adequados ao contexto clínico descrito: desenvolver competências de diagnóstico da consciencialização da pessoa e família/cuidadores sobre a relação entre a doença cardiovascular e o regime terapêutico recomendado, assim como competências de diagnóstico e intervenção nos fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico e melhorar competências de

intervenção no âmbito das estratégias de conservação de energia após um evento agudo da pessoa com patologia cardiovascular.

Este relatório encontra-se organizado em diferentes áreas, num total de cinco capítulos. Inicia-se com a presente introdução, seguido da caracterização do contexto clínico em que se desenvolveu o estágio de natureza profissional. A terceira parte corresponde à apresentação de dois estudos de caso que ilustram o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, recorrendo à plataforma educacional E4nursing, a qual recorre à Ontologia em Enfermagem. Tendo por base as competências especializadas e os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE, fundamenta-se a conceção de cuidados nas Teorias das Transições e do Autocuidado. A quarta parte deste relatório aborda o processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Por último, apresenta-se uma síntese reflexiva, destacando os contributos pessoais e profissionais para a construção da futura identidade enquanto Enfermeira Especialista.

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

Conforme já mencionado, o estágio de natureza profissional foi realizado num Serviço de Cardiologia, composto por diversas valências, entre as quais Internamento, Unidade de Cuidados Intensivos Coronária (UCIC), Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, Laboratório de Estudos Eletrofisiológicos, Laboratório de Ecocardiografia, Unidade de Prevenção e Reabilitação Cardíaca e Consulta Externa. Um local de estágio abrangente como o identificado permitiu a observação da articulação e continuidade de cuidados à pessoa com doença cardiovascular, possibilitando uma reflexão acerca eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Sendo uma unidade com alta diferenciação técnica, presta cuidados não só aos utentes da sua área geográfica de influência, assim como apoia outras unidades de saúde quando solicitado.

Com capacidade total para vinte e seis doentes internados, o espaço físico do internamento encontra-se dividido entre enfermarias, que variam entre três e seis camas, e quartos individuais, que funcionam como quartos de isolamento quando necessário. Uma das enfermarias de seis camas apresenta uma ocupação mista, que pode incluir tanto internamentos mais prolongados, como doentes em regime de hospital de dia. Deste total, a UCIC pode ter até oito doentes internados. A gestão de todas estas vagas disponíveis está em constante ajuste, havendo transferências sistemáticas entre as diferentes valências durante as 24 horas. Todo este dinamismo, no sentido de uma gestão mais eficiente das camas disponíveis, potencia riscos acrescidos na segurança da prestação de cuidados, assim como na comunicação eficaz entre as diferentes equipas.

Entre internamentos eletivos ou oriundos do serviço de urgência, podem nomear-se como causas mais prevalentes de internamento síndromes coronárias agudas, insuficiência cardíaca (IC) (inaugural ou agudizada), arritmias e também vigilância após intervenções programadas de maior risco.

Uma área com bastante relevância nesta unidade é o Laboratório de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, que além de toda a atividade programada, assegura a Via Verde Coronária durante 24 horas, 7 dias por semana. Entre os procedimentos executados destacam-se os cateterismos direitos e esquerdos, as angioplastias coronárias, as angioplastias primárias no enfarte agudo do miocárdio, assim como a intervenção estrutural cardíaca e vascular pulmonar.

Já o Laboratório de Estudos Eletrofisiológicos, na área da Arritmologia e Pacing, destaca-se pela sua intervenção a nível da implantação de todo o tipo de pacemakers e de cardioversores-

desfibriladores (CDI's), terapêutica de ressincronização cardíaca (CRT-P e CRT-D) e também pelo estudo e ablação de arritmias.

Acreditado pela Sociedade Europeia Cardiologia (ESC), o Laboratório de Ecocardiografia realiza ecocardiografia transtorácica, transesofágica, tridimensional, de sobrecarga (farmacológica e de exercício) e ainda técnicas de contraste e deformação miocárdica.

A Unidade de Prevenção e Reabilitação Cardíaca, com um programa instituído a funcionar diariamente, é apoiado numa equipa multidisciplinar e tem o propósito de restaurar a condição física, psicológica, social e laboral após um evento cardíaco, através da prática de exercício físico adaptado e da promoção de mudanças comportamentais. Pretende-se desencadear alterações benéficas no estilo de vida, reduzir e controlar os fatores de risco cardiovasculares e intervir nos aspetos psicológicos, de forma a reverter ou retardar a progressão da doença cardiovascular subjacente.

Por último, o seguimento regular da pessoa com doença cardiovascular é realizado nas diversas consultas diferenciadas, como miocardiopatias e paramiloidose, com especial destaque para o acompanhamento dos doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, em que dispõe além da consulta médica, da Consulta de Enfermagem para a Promoção da Autogestão da IC, Hospital de Dia da IC e monitorização remota com dispositivos cardíacos implantáveis.

Todas as atividades descritas são asseguradas por uma equipa extensa e plural, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeutas, nutricionista, assistente social e secretariado clínico.

A equipa de enfermagem é composta por 49 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor, destacando-se treze enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sete em Enfermagem de Reabilitação e dois em Enfermagem Comunitária. Diariamente estão alocados doze enfermeiros no internamento, oito na UCIC, nove no Laboratório de Hemodinâmica (incluindo prevenção noturna), quatro no Laboratório de Estudos Eletrofisiológicos, um no Laboratório de Ecocardiografia, um na Unidade de Prevenção e Reabilitação Cardíaca e um na Consulta de Enfermagem para a Promoção da Autogestão da IC e Hospital de Dia da IC (três dias por semana). Durante o fim de semana, todas as valências de ambulatório encontram-se encerradas, mantendo-se apenas internamento, UCIC e Laboratório de Hemodinâmica com as mesmas dotações.

A gestão e adequação da distribuição dos enfermeiros perante todas estas necessidades é um desafio organizativo, dado que é necessário ter em conta o nível de qualificação e grau de competências de cada profissional, assim como assegurar elevados padrões de segurança e qualidade na prestação dos cuidados de saúde tanto para a população alvo como para as próprias organizações. No sentido de regulamentar e contribuir para o apoio das equipas

gestoras, a OE emitiu uma norma técnica acerca da dotação segura dos enfermeiros nas diferentes áreas de prestação de cuidados (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Esta determinação da dotação de enfermeiros não deve limitar-se à contagem do número de horas de cuidados por doente em cada dia, nem aos tempos médios aplicados em determinados procedimentos. Existe um consenso internacionalmente aceite de que a definição de um rácio adequado deve, além disso, considerar aspetos como as competências profissionais, a estrutura organizacional da instituição, a descentralização dos serviços, bem como a formação e a investigação a desenvolver. Esta norma engloba não só diferentes contextos, assim como as diversas realidades das várias áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

No caso dos serviços de internamento, mantém-se a utilização de um sistema que possibilita quantificar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, expressas em horas de cuidados. Para tal, recorre-se ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), desenvolvido pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), cujas atualizações constituem uma referência fundamental para o cálculo de dotações seguras e adequadas dos cuidados de enfermagem (Reynolds, 2020). No serviço em questão, embora a utilização do SCD/E tenha sido implementada, atualmente por constrangimentos técnicos as horas de cuidados não são corretamente contabilizadas. Contudo, esta premissa encontra-se sempre presente quando o enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável realiza a distribuição dos doentes internados.

No que diz respeito às áreas de especialidade, como exposto na mesma norma, preconiza-se que deva existir, pelo menos, um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em permanência, 24 horas por dia em todos os internamentos de adultos. Na realidade deste serviço esta indicação tende a ser cumprida na prossecução dos melhores cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume a responsabilidade do turno em que se encontrar presente, estando algumas das suas funções formalmente designadas. Entre elas destaca-se a coordenação da equipa de enfermagem (assegurando a distribuição dos enfermeiros nas diferentes valências e suprimindo eventuais ausências), a gestão dos recursos materiais (colmatando imprevistos que possam interferir na prestação de cuidados) e a gestão da ocupação das vagas existentes em articulação com a equipa médica. Por outro lado, informalmente, o enfermeiro especialista é reconhecido como um profissional de referência, sendo interpelado pelos restantes profissionais para esclarecimento de dúvidas e para apoio na gestão de situações complexas. Funciona ainda como elo de ligação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, com os outros serviços da instituição ou externos e com os doentes e famílias/cuidadores. Esta integração de funções assegura que o enfermeiro especialista, enquanto responsável de turno, exerça um papel central na organização, na monitorização e na garantia da qualidade dos cuidados prestados, concorrendo para a promoção de um ambiente seguro e eficiente tanto para os

doentes como para a equipa de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Relativamente à Consulta de Enfermagem e Hospital de Dia, devem ser exclusivamente asseguradas por enfermeiros especialistas da área de especialidade em causa, sendo que no caso do Hospital de Dia recomenda-se preferencialmente a existência de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. A inclusão de enfermeiros especialistas ou com competências acrescidas provenientes de outras especialidades deve ser considerada, de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 743/2019, 2019). No contexto descrito, tanto a Consulta de Enfermagem para a Promoção da Autogestão da IC e Reabilitação Cardíaca, como no Hospital de Dia da IC, é, maioritariamente, assegurada por Enfermeiros de Reabilitação. Tal facto pode dever-se a uma questão meramente organizacional, de interesse individual dos profissionais, mas também porque a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica é bastante recente e ainda se encontra em crescimento. Contudo, pelo observado na dinâmica da equipa, é uma área que inicia o seu desenvolvimento. Tendo em conta as especificidades dos doentes com doença cardiovascular, que frequentemente apresentam múltiplas limitações, e perante a necessidade de estratégias de gestão eficazes, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica sobressai como o profissional mais indicado para mobilizar conhecimentos e competências na identificação, conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção individualizados (Regulamento n.º 429/2018, 2018), que contribuam para uma melhor adaptação à condição de saúde.

No modelo de prestação de cuidados encontra-se estabelecido o método individual, fundamentado numa filosofia que valoriza a partilha de saberes e o espírito de equipa. Este método atribui a responsabilidade integral dos cuidados prestados a um único enfermeiro durante um turno, permitindo a individualização dos cuidados e o fortalecimento da relação enfermeiro-doente (Fairbrother et al., 2010). No entanto, uma das desvantagens refere-se à coordenação dos cuidados que não se estende entre turnos, o que pode conduzir a alterações no plano de cuidados previamente estabelecido. A eficácia deste método depende da perceção que o enfermeiro tem do seu papel, podendo priorizar tanto a satisfação das necessidades do doente quanto a execução de tarefas específicas, sendo a avaliação dos resultados baseada em objetivos circunstanciais (Parreira et al., 2023). Para além de promover a personalização e continuidade dos cuidados, com a consequente diminuição de erros e esquecimentos, esta abordagem tem ainda como vantagem o desenvolvimento de competências, a autonomia e a criatividade dos profissionais, resultando numa melhoria global da qualidade dos cuidados prestados e na satisfação tanto dos doentes como da organização (Parreira et al., 2023).

A documentação do planeamento e realização dos cuidados de enfermagem durante a jornada de trabalho fica registado na plataforma SClínico Hospitalar. O SClínico Hospitalar é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde,

fundamentado na experiência acumulada com aplicações anteriores (Sistema de Apoio ao Médico e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), que integra os registos clínicos de forma unificada e centrada no doente. Alinhado com a estratégia de informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde, promove a normalização e partilha de informação entre profissionais de saúde, contribuindo para a homogeneização das práticas clínicas a nível nacional. Desta forma, o acesso sistematizado a dados clínicos permite uma atuação mais eficaz e eficiente das equipas multidisciplinares, melhorando o apoio, a assistência e o acompanhamento dos doentes (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2019). Contudo, apesar da melhoria na partilha e uniformização da documentação, esta plataforma apresenta ainda algumas lacunas a nível da interligação dos diferentes módulos (internamento, consulta externa e hospital de dia), o que acaba por fragmentar o plano de cuidados individualizado. Também a documentação da intervenção avançada do enfermeiro especialista apresenta algumas limitações, uma vez que não reflete com clareza o pensamento crítico e os processos de tomada de decisão, muito associado à rigidez de formulários de introdução de dados, dando uma menor visibilidade à atuação do enfermeiro especialista.

No que diz respeito aos interlocutores, o serviço conta com um enfermeiro responsável pelos Sistemas de Informação, outro pela Qualidade e Segurança, um terceiro pela Comissão do Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (CCIRA) e, por fim, um interlocutor para a Formação em Serviço. Todos os interlocutores citados são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresentando um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, “gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” em cada uma das áreas (documentação dos cuidados, segurança dos cuidados e prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos) (Regulamento nº 140/2019, 2019). Dando resposta às competências que lhes são inerentes, os enfermeiros interlocutores responsabilizam-se por identificar as necessidades formativas e gerir a incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, fundamentando-o sempre em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Sempre com o foco nesta melhoria dos cuidados de enfermagem, existe um incentivo premente na equipa de enfermagem para o desenvolvimento e implementação de novos projetos, estando em fase de execução o programa de melhoria “Transição de cuidados baseada na técnica ISBAR” e em fase de avaliação o programa “Gestão da Alta Segura”.

3. CASO 1: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO NA PESSOA COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

Homem de 33 anos, solteiro, vive com os pais e é distribuidor de produtos alimentares na empresa da família. Internado por insuficiência respiratória agravada por pneumonia, identificando-se durante o internamento flutter com resposta ventricular rápida (sujeito a cardioversão elétrica) e insuficiência cardíaca descompensada. Com diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger (desde a infância) associado a hipertensão arterial pulmonar (com diagnóstico em 2009). Até à data com gestão eficaz da sua condição. No entanto, com esta intercorrência identificaram-se lacunas na autovigilância, com desvalorização da sintomatologia, assim como na tomada de decisão de utilização dos recursos de saúde.

3.1. Enquadramento teórico

A hipertensão pulmonar (HP) caracteriza-se por um distúrbio hemodinâmico, inserindo-se nesta definição qualquer condição caracterizada pela elevação da pressão média na artéria pulmonar. Trata-se de uma doença complexa e progressiva, estimando-se que afete cerca de 1% da população mundial. (O'Leary, 2021; Humbert et al., 2022).

Esta alteração fisiopatológica pode estar associada a um conjunto de doenças cardiovasculares e respiratórias, levando a que a Organização Mundial de Saúde classificasse a HP de acordo com a sua etiologia, características clínicas e gestão terapêutica (Tabela 1).

Grupo 1: Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP)
1.1 Idiopática
1.1.1 Não respondedores de longa duração aos bloqueadores dos canais de cálcio
1.1.2 Respondedores de longa duração aos bloqueadores dos canais de cálcio
1.2 Hereditária
1.3 Associada a fármacos e toxinas
1.4 Associada a:
1.4.1 Doença do tecido conjuntivo;
1.4.2 Infecção por VIH;
1.4.3 Hipertensão portal;
1.4.4 Doença cardíaca congénita;
1.4.5 Schistosomíase;
1.5 HAP com características de envolvimento venoso/capilar (PVOD/PCH);
1.6 HP persistente do recém-nascido.

Grupo 2: HP associada a doença cardíaca esquerda
2.1 Insuficiência cardíaca: 2.1.1 com fração de ejeção preservada; 2.1.2 com fração de ejeção reduzida ou moderada; 2.1.3 Cardiomiopatias com etiologias específicas; 2.2 Doença cardíaca valvular: 2.2.1 Doença valvular aórtica; 2.2.2 Doença valvular mitral; 2.2.3 Doença valvular mista 2.3 Condições cardiovasculares congénitas/adquiridas que conduzem a HP pós-capilar.
Grupo 3: HP associada a doenças pulmonares e/ou hipóxia
3.1 DPOC e/ou enfisema 3.2 Doença pulmonar intersticial 3.3 Fibrose pulmonar e enfisema combinados 3.4 Outras doenças pulmonares parenquimatosas 3.5 Doenças restritivas não parenquimatosas: 3.5.1 Síndromes de hipoventilação 3.5.2 Pneumectomia 3.6 Hipóxia sem doença pulmonar (por exemplo, em grandes altitudes) 3.7 Doenças pulmonares do desenvolvimento
Grupo 4: HP associada a obstruções da artéria pulmonar
4.1 HP tromboembólica crónica 4.2 Outras obstruções da artéria pulmonar
Grupo 5: HP com mecanismos pouco claros e/ou multifatoriais
5.1 Doenças hematológicas 5.2 Doenças sistémicas: sarcoidose, histiocitose pulmonar das células de Langerhans e neurofibromatose tipo 1 5.3 Doenças metabólicas 5.4 Insuficiência renal crónica com ou sem hemodiálise 5.5 Microangiopatia trombótica de tumor pulmonar 5.6 Mediastinite fibrosante 5.7 Cardiopatia congénita complexa

Tabela 1 – Classificação clínica da Hipertensão Pulmonar (Humbert et al., 2022; Kovacs et al., 2024)

Tendo em conta a variabilidade de apresentações clínicas, associando-se ainda um subdiagnóstico, torna-se difícil ter um valor concreto da incidência e prevalência desta condição. Contudo, estima-se que as apresentações do grupo 2 e 3 sejam as mais prevalentes (90-95%), sendo que o grupo 1 e 4 são formas raras de apresentação (Emmons-Bell et al., 2022).

Com base num elevado número de medições hemodinâmicas invasivas realizadas em indivíduos saudáveis na posição supina, considera-se que o valor máximo normal da pressão arterial pulmonar média (PAPm) é de 20 mmHg. A HP pré-capilar é caracterizada por uma PAPm superior a 20 mmHg, associada a um aumento da resistência vascular pulmonar (RVP) além do limite normal, definido como superior a 2 unidades Wood (WU), além de uma pressão de

encravamento arterial pulmonar (PAWP) no máximo de 15 mmHg. A HP pós-capilar é definida por PAPm >20 mmHg e PAWP >15 mmHg, sendo fortemente sugestiva de doença cardíaca esquerda. Esta diferenciação torna-se importante, pois irá definir toda a estratégia terapêutica posterior (Humbert et al., 2022; Kovacs et al., 2024).

A HAP resulta do aumento da RVP, que leva à hipertrofia do ventrículo direito e, eventualmente, ao aparecimento de insuficiência cardíaca direita. A sua fisiopatologia envolve o espessamento e enrijecimento das artérias pulmonares, com formação de tecido cicatricial e disfunção em três vias chave (endotelina-1, óxido nítrico e prostaciclina), resultando em vasoconstrição, inflamação, trombose e hipertrofia. Além disso, a regurgitação tricúspide pelo aumento da pressão no ventrículo direito prejudica o débito cardíaco, contribuindo para a progressão da insuficiência cardíaca direita, frequentemente presente no diagnóstico (O'Leary, G., 2021).

A sintomatologia mais comum inclui dispneia em exercício, com intolerância ao mesmo, fadiga (dificultando as atividades de rotina), bendopneia, tonturas, palpitações, hemoptises, distensão abdominal, náuseas associadas ao exercício, aumento de peso por retenção de líquidos e síncope (Humbert et al., 2022). Este tipo de apresentação clínica é muitas vezes vago e representativo de outras patologias, o que pode levar a um atraso no diagnóstico.

Perante a suspeita de HP, deve ser realizado o encaminhamento para um centro de referência de tratamento de HP para prosseguir a investigação, a qual envolve múltiplos exames para avaliar a presença, gravidade e possíveis causas da doença. De acordo com as guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia/Pneumologia (ESC/ERS) de 2022, os exames iniciais recomendados são:

- Eletrocardiograma: Pode sugerir HP, mas a sua ausência de alterações não exclui o diagnóstico.
- Ecocardiograma transtorácico: Principal exame não invasivo para avaliar de forma abrangente a anatomia e a função dos ventrículos esquerdo e direito, além de identificar anomalias valvulares e alterações na circulação pulmonar.
- Análises sanguíneas: a avaliação do Peptídeo Natriurético tipo B (BNP)/ N-terminal proBNP (NT-proBNP) são indicadas para avaliar possível insuficiência cardíaca associada.
- Provas de função pulmonar com capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO).

Dependendo da probabilidade ecocardiográfica de HP e dos fatores de risco associados, podem considerar-se também:

- Radiografia torácica e Tomografia Computorizada Torácica.
- Gasimetria arterial.
- Cintigrafia pulmonar para avaliar hipertensão pulmonar tromboembólica crónica.

- Prova de esforço cardiopulmonar.
- Cateterismo cardíaco direito (CCD): Exame fundamental para confirmar o diagnóstico e orientar o tratamento, sendo obrigatório em todos os doentes com suspeita de HP, especialmente HAP.

Perante a confirmação do diagnóstico, existe um conjunto de opções terapêuticas que comprovadamente melhoram a sintomatologia, capacidade ao exercício e valores hemodinâmicos, atrasando a progressão da doença e consequentemente aumentando a sobrevida. Todas as vias de ação disponíveis visam aumentar a vasodilatação da vasculatura pulmonar, com consequente diminuição da pressão arterial pulmonar e aumento do débito cardíaco (Humbert et al., 2022; Stormi Gale, 2021).

As terapêuticas específicas para HAP incluem:

- Bloqueadores dos canais de cálcio: Nifedipina, Diltiazem e Amlodipina (no caso de resposta positiva no teste de vasoreatividade).
- Antagonistas dos recetores da endotelina: Bosentano, Ambrisentano e Macitentan.
- Inibidores da fosfodiesterase-5 e estimuladores da guanilato ciclase: Sildenafil, Tadalafil e Riociguat.
- Análogos da prostaciclina e agonistas dos seus receptores: Epoprostenol, Treprostinil, Iloprost e Selexipag.

As terapêuticas podem ser administradas por via oral, inalatória, subcutânea ou endovenosa (através de acesso venoso central tunelizado ou bomba implantável). Atualmente, o tratamento inicial com uma dupla combinação de fármacos constitui o padrão terapêutico predominante na maioria dos doentes com HAP de risco baixo a moderado, imediatamente após o diagnóstico. (Bradley A. Maron et al., 2021).

Caso não seja atingido um estado de baixo risco ou se assistir a uma estagnação na melhoria na evolução clínica, deve considerar-se progressão no tratamento, principalmente quando se verificam sinais de deterioração, como hospitalizações frequentes, agravamento do estado funcional e aumento dispneia (Bradley A. Maron et al., 2021).

A complexidade da gestão da HAP requer uma abordagem abrangente, multifacetada, holística e multidisciplinar, com a participação ativa dos doentes e dos profissionais de saúde (Humbert et al., 2022). Além dos fármacos específicos enunciados, é necessária a abordagem de medidas gerais tendo em conta as consequências sistémicas da HAP e da IC do lado direito, que contribuem frequentemente para o agravamento da doença (Rosenkranz, et al., 2020) Neste contexto, torna-se fundamental a recomendação de atividade física, se necessário com supervisão, a manutenção da hipocoagulação, a administração de diuréticos e oxigenoterapia, assim como outros fármacos cardíacos, vigilância dos níveis séricos de hemoglobina e ferro,

assim como manter o plano de vacinação atualizado (incluindo gripe sazonal, Covid-19 e pneumonia) (Humbert et al., 2022).

O prognóstico e a evolução da HAP não seguem uma progressão linear, sendo que o estado clínico e a gravidade são estratificados com base na Escala de Classificação Funcional (CF) da OMS. A transição da classe I para a classe IV representa um aumento progressivo da gravidade da doença, em que a classe I caracteriza-se por sintomas que interferem minimamente nas atividades diárias, enquanto a classe IV engloba os doentes com funcionalidade significativamente comprometida, apresentando sintomas até mesmo em repouso. As classes II e III correspondem, respetivamente, a deficiências funcionais ligeiras e marcadamente acentuadas. Dessa forma, o prognóstico torna-se progressivamente pior conforme se avança na escala da OMS, sendo a classe I a associada ao melhor prognóstico e a classe IV ao pior (Humbert et al., 2022).

As guidelines da ESC/ERS recomendam a avaliação do risco de mortalidade do doente no primeiro ano, através da avaliação de uma combinação de preditores de prognóstico, com o intuito de orientar as decisões de tratamento. Foram desenvolvidos vários modelos de estratificação de risco desde a recomendação da ESC/ERS, como o Comparative Prospective Registry of Newly Initiated Therapies for Pulmonary Hypertension (COMPERA) e o Registry to Evaluate Early and Long-term PAH Disease Management (REVEAL). Estes modelos incorporam variáveis relacionadas com a morbilidade, tais como a distância no Teste de 6 Minutos Marcha, a CF e biomarcadores, como componentes-chave das suas avaliações de risco (Reinders et al., 2024). As consultas de seguimento são realizadas a cada 3 a 6 meses aquando de estabilidade clínica, sendo que sempre que se verificar um agravamento clínico esta consulta deverá ser antecipada (Humbert et al., 2022).

Ter um diagnóstico de HAP confirmado acarreta um impacto significativo nas diferentes esferas da vida do doente e da família, implicando um processo de transição e adaptação à nova condição e que exige uma redefinição pessoal. Esta patologia afeta quer o domínio físico (pela presença de dispneia e fadiga, que afetam o desempenho de todas as atividades diárias), como psicológico (pelo isolamento social associado às limitações físicas, com presença frequente de sintomas depressivos e ansiedade) e sócio-económico (pela impossibilidade de exercer atividade profissional, o que se reflete numa diminuição dos rendimentos) (Delcroix & Howard, 2015). O peso deste diagnóstico, não afeta apenas a pessoa em si, como se estende à sua família e cuidadores (Delcroix & Howard, 2015). As opções terapêuticas desenvolvidas, apesar de aliviarem a sintomatologia da HAP e atrasarem a sua progressão, podem apresentar efeitos secundários de difícil gestão, assim como algumas vias de administração (subcutânea e endovenosa) podem influenciar negativamente o quotidiano do doente (Delcroix & Howard, 2015).

Perante o descrito, torna-se necessária uma adaptação a nível físico ao processo de doença

(com controlo de sintomas, mudanças nos estilos de vida e adesão ao regime terapêutico), a nível psicológico (alteração da filosofia de vida, aprendizagem de estratégias de suporte psicológico) e a nível relacional e social (mudança no papel na família, alteração da dinâmica familiar, alteração do paradigma da atividade laboral e de lazer).

Neste processo, o papel do enfermeiro é de especial relevo, uma vez que pode identificar quais as necessidades dos doentes nos diferentes momentos de transição.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis centra-se nas respostas humanas a mudanças significativas ao longo da vida, incluindo processos de saúde e doença (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 2007). A transição envolve alterações na perceção do indivíduo sobre o seu mundo interno e externo, frequentemente associado a perdas, novas relações e estratégias de coping (Schumacher & Meleis, 2007).

Esta teoria identifica cinco propriedades comuns às diferentes experiências de transição, nomeadamente a consciencialização do processo, o envolvimento, a mudança, o tempo de vida e pontos e acontecimentos críticos (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 2007).

A enfermagem deve identificar fatores facilitadores e inibidores desta transição, considerando aspetos individuais, sociais e ambientais para oferecer suporte adequado e promover uma adaptação eficaz (Smith & Parker, 2015).

Desde o diagnóstico, passando pela instituição de tratamento e pelas alterações e complicações a ele inerentes, o papel do enfermeiro está em constante evolução, acompanhando de forma dinâmica o processo experienciado pelos doentes.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-19 15:00:00	Enoxaparina 80 mg (SC) 12/12h	
2024-10-19 15:00:00	Acetilcisteína 600 mg (PO) 12/12h	
2024-10-19 15:00:00	Macitentano 10 mg (PO) 24/24h	
2024-10-19 15:00:00	Tadalafil 40 mg (PO) 24/24h	
2024-10-19 15:00:00	Amiodarona 200 mg (PO) 24/24h	
2024-10-19 15:00:00	Pantoprazol 40 mg (PO) 24/24h	
2024-10-19 15:00:00	Furosemida 40 mg (PO) 9h; 16h	
2024-10-19 15:00:00	Brometo de ipratrópio 40 µg (Inal.) 6/6h	
2024-10-19 15:00:00	Espironolactona 12.5 mg (PO) 24/24h	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Enoxaparina 80 mg (SC) 12/12h

Posologia habitual: 1 mg/Kg (100 UI/Kg) a cada 12 horas

Insere-se no grupo dos anticoagulantes e antitrombóticos. Entre as diferentes utilizações encontra-se indicado na profilaxia da doença tromboembólica venosa em doentes não cirúrgicos com doença aguda (ex. incluindo IC, insuficiência respiratória, infeções graves ou doenças reumáticas) e mobilidade reduzida com risco aumentado de tromboembolismo venoso. O maior risco associado é a hemorragia, com necessidade de vigilância dos níveis plasmáticos de potássio (Infarmed, 2022a).

Indicação em relação ao caso: Profilaxia de doença tromboembólica pela expectativa de diminuição da mobilidade em contexto de pneumonia e IC descompensada.

Acetilcisteína 600 mg (PO) 12/12h

Pertence à família dos antitússicos e expetorantes, sendo um adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infeções respiratórias, em presença de hipersecreção brônquica. Podem observar-se algumas alterações gastrointestinais (como náuseas, vómitos ou diarreia) aquando da sua administração, sendo o uso concomitante com nitroglicerina desaconselhado pelo risco de hipotensão (Infarmed, 2024d).

Indicação em relação ao caso: No contexto de pneumonia, como agente mucolítico para facilitar a eliminação de secreções.

Macitentano 10 mg (PO) 24h/24h

Posologia habitual: 10 mg / dia

Da família dos antagonistas dos recetores da endotelina, está indicado para o tratamento a longo prazo da HAP em doentes adultos com classe funcional II a III da OMS, podendo ser administrado em monoterapia ou em combinação. Os principais efeitos secundários identificados são cefaleias, rubor, edema periférico, sinusite e congestão nasal e anemia, com gravidade variável de ligeira a moderada. A administração pode ser com ou sem alimentos, uma vez que a sua exposição ou do seu metabolito não é alterada pelos alimentos. (Infarmed, 2018; Nahar et al., 2023; Humbert et al., 2022).

Indicação em relação ao caso: Tratamento específico da HAP associada a doença cardíaca congénita.

Tadalafil 40 mg (PO) 24/24h

Posologia habitual: 40 mg / dia

Pertence ao grupo dos inibidores da fosfodiasterase-5, demonstrou eficácia no tratamento da HAP da classe funcional II e III da classificação da OMS, para melhorar a capacidade de exercício. Os efeitos adversos mais comuns são cefaleias, náuseas, dispepsia, rubor, nasofaringite (incluindo congestão nasal, congestão sinusal e rinite), lombalgias, mialgia e dor nas extremidades dos membros. Para uma melhor avaliação da tolerabilidade, inicia-se com uma dose de 20 mg/dia e após 4 semanas, na ausência de sintomatologia incapacitante, aumenta-se para a dose final recomendada. A sua absorção não é influenciada pelos alimentos, pelo que pode ser acompanhado dos mesmo ou não (Fahmy & Hess, 2025; Humbert et al., 2022).

Indicação em relação ao caso: Tratamento específico da HAP associada a doença cardíaca congénita.

Amiodarona 200 mg (PO) 24/24h

Posologia habitual: a dose de manutenção varia entre 100-400 mg diários

Fazem parte do grupo dos antiarrítmicos, classe dos prolongadores da repolarização. Recomendado o uso na presença de fibrilação e flutter auriculares, taquicardia supraventricular, síndrome de Wolff-Parkinson-White e prevenção da recorrência da taquicardia e fibrilação ventriculares. Aquando da sua administração verificou-se frequentemente o aparecimento de infiltrados e fibrose pulmonares, hipotiroidismo ou hipertiroidismo, microdepósitos na córnea, fotossensibilidade, náuseas e anorexia, assim como elevação das transaminases (Infarmed, 2022f; Florek et al., 2025).

Indicação em relação ao caso: Tratamento do flutter auricular com diagnóstico durante o internamento.

Pantoprazol 40 mg (PO) 24/24h

Posologia habitual: 20-40 mg / dia

Integra o grupo dos inibidores da bomba de protões, com diferentes indicações terapêuticas, como o tratamento da esofagite erosiva relacionada com a doença do refluxo gastroesofágico, assim como de condições patológicas caracterizadas pela hipersecreção. Também se encontra recomendado em situações de doença crítica para profilaxia das úlceras de stress. Habitualmente é bem tolerado, no entanto podem ocorrer alterações gástricas, como náuseas e obstipação. O seu uso prolongado pode influenciar a absorção de vitamina B12 (Infarmed, 2023b; Bernshteyn & Masood, 2025).

Indicação em relação ao caso: Prevenção da úlcera se stress associada ao internamento por doença aguda.

Espironolactona 12.5 mg (PO) 24/24h

Posologia habitual: 12.5 a 50 mg / dia

Da classe dos diuréticos, tem como principal característica a prevenção da espoliação de potássio que decorre do uso prolongado de outros diuréticos. Com diferentes utilizações, é particularmente eficaz em caso de edemas refratários em doentes com insuficiência cardíaca, síndrome nefrótica ou cirrose hepática. O seu principal risco relaciona-se com a hipercaliemia, pelo que a sua monitorização sérica é de elevada importância. A sua interação mais relevante é com a família dos digitálicos, uma vez que aumenta a sua semivida e consequentemente o risco de toxicidade (Infarmed, 2022c).

Indicação em relação ao caso: Tratamento adjuvante HAP associada a doença cardíaca congénita, para gestão dos edemas refratários relacionados com a IC.

Furosemida 40 mg (PO) 9h; 16h

Posologia habitual: 20-80 mg / dia (dose inicial); 20-40 mg / dia (dose de manutenção)

Engloba-se no grupo dos diuréticos de ansa com uma ação robusta e com início relativamente rápido (na forma oral, a sua ação deteta-se 1 hora após a toma). Recomenda-se o seu uso no tratamento de edemas e congestão pulmonar associados a patologias cardíacas, hepáticas e renais. Os desequilíbrios eletrolíticos, como a hipocaliemia e o aumento da excreção de cálcio, são os principais efeitos secundários a estar alerta. Podem traduzir-se no aparecimento de cefaleias, hipotensão, sede, fadiga, oligúria, arritmias, perturbações gastrintestinais e câibras (Infarmed, 2024b).

Indicação em relação ao caso: Tratamento adjuvante HAP associada a doença cardíaca congénita, para gestão dos edemas refratários relacionados com a IC.

Brometo de ipratrópio 40 µg (Inal.) 6/6h

Posologia habitual: 1-2 inalações (20-40 µg), 3 a 4 vezes/dia

Inclui-se na família dos antagonistas colinérgicos, indicado para o tratamento sintomático de broncoespasmos reversíveis. Os efeitos secundários mais comuns identificados são cefaleias, irritação da garganta, tosse, boca seca, perturbações de motilidade gastrointestinais (incluindo obstipação, diarreia e vômitos), náuseas e tonturas (Infarmed, 2022g).

Indicação em relação ao caso: Para alívio do broncospasmo associado à pneumonia, reduzindo também o excesso de secreções brônquicas.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00 - Oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - FiO2: 60 %.

19-10-2024 15:00 - Débito de oxigénio: 35.00 L/min.

19-10-2024 15:00 - Assegurar oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - Manter oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - Promover autogestão: oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - Dispositivo: Oxigénio líquido portátil - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre oxigenoterapia

31-10-2025 15:30 - Conhecimento sobre oxigenoterapia

31-10-2025 15:30 - Dispositivo: Oxigénio líquido portátil - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre oxigenoterapia

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da oxigenoterapia

31-10-2025 15:30 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da oxigenoterapia.

31-10-2025 15:30 - Refere insatisfação com a autogestão da oxigenoterapia mas disponibilidade para melhorar.

3.5. Domínios

Início

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00

Domínios

Sistema respiratório

Sistema cardiovascular

Conservação de energia

Atitudes terapêuticas

Autogestão do regime medicamentoso

Fim

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

É importante refletir sobre a relevância dos domínios selecionados em relação ao caso clínico analisado, os quais foram relevantes para a conceção de cuidados e que fundamentaram o processo de decisão em enfermagem.

Sistema Respiratório

A dispneia de esforço é um sintoma comum em pacientes com HAP, com impacto negativo na sua qualidade de vida (Humbert et al., 2022).

O sistema respiratório, especificamente o controlo da respiração durante o exercício, desempenha um papel fundamental na sensação de dispneia.

Tendencialmente a dispneia em doentes com HAP é atribuída a fatores cardiovasculares, negligenciando-se o controlo da respiração. Contudo, à luz de novas abordagens, equaciona-se que o desajuste entre as necessidades ventilatórias (ditadas pela atividade do centro respiratório) e a ventilação real, exacerbado durante o exercício, contribui significativamente para a dispneia de esforço nestes doentes, mesmo com uma reserva ventilatória aparentemente adequada (Durdu et al., 2023; Mitrouska et al., 2022).

Sistema Cardiovascular

A HAP leva à remodelação da vasculatura pulmonar e consequentemente ao aumento da resistência vascular pulmonar, com dilatação da artéria pulmonar. Este aumento de pressões conduz, com o decorrer do tempo, à hipertrofia do ventrículo direito e posteriormente pode desencadear alterações estruturais e funcionais que originam falência cardíaca direita (Beckmann et al., 2022). Esta falência é um fator de risco para o desenvolvimento de arritmias como por exemplo o flutter auricular, situação verificada no caso exposto (Compagnucci et al., 2022; Ko et al., 2025). A abordagem terapêutica destas situações abrange o controlo do ritmo (através utilização de fármacos ou estímulo elétrico), assim como a prevenção de ocorrências embólicas através da hipocoagulação (Ko et al., 2025).

Conservação de energia

Sendo a sintomatologia mais comum a dispneia em exercício, com intolerância ao mesmo, e a fadiga, assim como pelo exposto nos domínios anteriores, percebe-se o impacto na qualidade de vida destes doentes e o quão importante se torna implementar intervenções que visem melhorar a adaptação a esta condição.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), conservação de energia é um processo de gestão ativa de energia no sentido de iniciar e manter a atividade. As técnicas de gestão de energia visam a realização de atividades de vida diárias com o menor dispêndio possível de energia e de consumo de oxigénio por parte da pessoa que as executa (Ferreira et al., 2018). Embora estas estratégias não solucionem a causa da dispneia e da fadiga, tornam estes sintomas menos relevantes no quotidiano. Estas estratégias devem ser individualizadas e ajustadas às necessidades pessoais do doente, havendo a planificação das atividades diárias e de períodos de descanso, assim como a educação para a organização do domicílio e a eliminação de barreiras arquitetónicas.

Autogestão do regime medicamentoso

As particularidades das doenças crónicas e a necessidade de que sua gestão seja incorporada no quotidiano alterou em certa medida o paradigma do cuidado dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, fazendo com que uma parte significativa da responsabilidade do plano terapêutico seja transferida do profissional para o doente e para a sua família/cuidador. Esta mudança visa fomentar a autonomia no autocuidado e na autogestão, baseada no suporte e orientação fornecida pelos profissionais para facilitar a tomada de decisões e as mudanças comportamentais necessárias para a adaptação à vivência com a doença (Sousa et al., 2021).

No contexto da adaptação à doença crónica, o indivíduo desempenha um papel central, assumindo a responsabilidade de preservar o seu estado de saúde e funcionalidade no mais alto nível possível. O papel dos profissionais de saúde é fundamental, garantindo suporte através da disponibilização de informação científica rigorosa e da implementação de estratégias individualizadas e contextualmente adequadas, com o objetivo de capacitar tanto o doente como a sua família para a gestão eficaz da condição clínica. A abordagem centrada na parceria entre o doente e o profissional de saúde é essencial, englobando a identificação de desafios, a definição de metas terapêuticas e a estruturação de um plano de cuidados que antecipe potenciais obstáculos, promovendo o desenvolvimento de competências para a sua superação. Considerando a complexidade do regime terapêutico, torna-se imperativo integrar na intervenção clínica a avaliação dos fatores de vulnerabilidade e de resiliência individuais, de forma a otimizar o processo de transição e a fortalecer a capacidade de autogestão da doença (Bastos, 2013; Sousa et al., 2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

19-10-2024 15:00

- 19-10-2024 15:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 19-10-2024 15:00 - Ritmo respiratório irregular.
- 19-10-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 19-10-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.
- 19-10-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 19-10-2024 15:00 - Sem adejo nasal.
- 19-10-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 19-10-2024 15:00 - Periférico(a): 85 %.
- 19-10-2024 15:00 - Coloração da mucosa: cianosada.
- 19-10-2024 15:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

19-10-2024 15:00 - Dispneia

19-10-2024 15:00 - Melhorar ventilação

- 19-10-2024 15:00 - Executar exercícios de controlo respiratório
- 19-10-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação

19-10-2024 15:00 - Promover autocontrolo: dispneia

- 19-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 31-10-2025 15:30

- 19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 31-10-2025 15:30
 - 31-10-2025 15:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].
- 19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 31-10-2025 15:30
 - 19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia

Sistema cardiovascular

19-10-2024 15:00

- 19-10-2024 15:00 - Localização do Pulso
 - 19-10-2024 15:00 - Braço Esquerda(o)
 - 19-10-2024 15:00 - Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.
 - 19-10-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 19-10-2024 15:00 - Pulso rítmico.
 - 19-10-2024 15:00 - Pulso simétrico.
- 19-10-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 19-10-2024 15:00 - Artéria Central

19-10-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

19-10-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 56 mmHg.

19-10-2024 15:00 - Localização da dor

19-10-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o)

19-10-2024 15:00 - Intensidade da dor - 3.

19-10-2024 15:00 - frequência da dor - intermitente.

19-10-2024 15:00 - duração da dor - aguda.

19-10-2024 15:00 - dor de tipo - pontada.

19-10-2024 15:00 - Promover autogestão: hemorragia

19-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de hemorragia [RESOLVIDO] 31-10-2025 15:30

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de hemorragia [FIM] 31-10-2025 15:30

31-10-2025 15:30 - Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: facilitador [MELHOROU].

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre autovigilância de hemorragia [FIM] 31-10-2025 15:30

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da hemorragia

19-10-2024 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

Conservação de energia

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

19-10-2024 15:00 - Intolerância à atividade

19-10-2024 15:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade

31-10-2025 15:30 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MELHOROU].

19-10-2024 15:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

19-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2024 15:00 - 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.

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 31-10-2025 15:30

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 31-10-2025 15:30

31-10-2025 15:30 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 31-10-2025

15:30

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

[FIM] 31-10-2025 15:30

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

[FIM] 31-10-2025 15:30

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

31-10-2025 15:30 - 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].

19-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

19-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso

31-10-2025 15:30 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da atividade/repouso.

31-10-2025 15:30 - Refere satisfação com a autogestão da atividade/repouso.

19-10-2024 15:00 - Promover autogestão: regime de exercício

19-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

19-10-2024 15:00 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2024 15:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: facilitadora.

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar regime de exercício

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar regime de exercício

19-10-2024 15:00 - Instruir a executar regime de exercício

19-10-2024 15:00 - Treinar a executar regime de exercício

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

Autogestão do regime medicamentoso

19-10-2024 15:00

19-10-2024 15:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

19-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e dependência.

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

31-10-2025 15:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-10-2024 15:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

31-10-2025 15:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Ensinar sobre resposta à medicação

19-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

31-10-2025 15:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e dependência [MANTEVE].

19-10-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

19-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

31-10-2025 15:30 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

31-10-2025 15:30 - Refere insatisfação com a autogestão do regime medicamentoso mas disponibilidade para melhorar.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Explicar que as técnicas de gestão de energia visam a realização das atividades diárias com o menor dispêndio possível de energia e consumo de oxigénio por parte da pessoa que as executa (OE, 2018)
- Identificar como reorganizar o espaço no domicílio, de forma a readaptar as atividades

diárias (higiene pessoal, vestir, atividades domésticas, transporte de objetos, compras)..

Ensinar sobre oxigenoterapia

- A oxigenoterapia é um tratamento médico que consiste na administração de O₂ suplementar, quando o valor de PaO₂ se encontra entre 55 e 60 mm Hg, no caso de cor pulmonale crónico ou HAP (DGS, 2015);
- O O₂ não causa habituação nem tem efeitos secundários importantes;
- Esclarecer que o fornecimento de oxigénio é gratuito e disponibilizado por diversas empresas especializadas em cuidados respiratórios;
- Informar acerca de medidas de segurança no uso e manuseamento dos dispositivos de oxigenoterapia (manter o equipamento afastado de locais quentes, como a cozinha, assim como de outras fontes de energia de ignição e luz solar, manter a posição vertical do dispositivo aquando do uso) (NHS, 2023).

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Identificar quais as situações que exacerbam a sensação de dispneia

Ensinar sobre resposta à medicação

- A OLD melhora a tolerância ao esforço, diminui sintomas como fadiga e dispneia, assim como melhora a funcionalidade do doente, incluindo o seu desempenho cognitivo (DGS, 2015).

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Avaliar a escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) (Pitta et al., 2008).

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Elaborar uma lista das tarefas que pretende realizar e organizar por ordem de prioridade. O foco deverá nas que são mais importantes e deixar as menos urgentes para serem feitas mais tarde.
- Definir metas realistas tendo em conta o esforço necessário para cada atividade, o tempo que irá demorar e o nível de energia
- Organizar antecipadamente as atividades que se pretende realizar diariamente e semanalmente.
- Alternar entre atividades mais longas e exigentes com outras mais curtas e leves.
- Reservar a parte do dia em que se sente com mais energia para as tarefas mais importantes e exigentes.
- Identificar os seus limites e aprender a respeitá-los, parando e descansando sempre que a fadiga aumentar. Um ritmo mais lento consome menos energia.
- Manter uma atitude de ajuda, partilhando as tarefas com os familiares e amigos.

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Descrever os danos causados por hipoxémia crónica, como aumento da sobrecarga cardíaca, favorecimento de arritmias e IC (Jacobs et al., 2020);
- Informar e providenciar o uso de dispositivos de oxigénio que facilitem a mobilidade (NIC, 2005), de acordo com a sua preferência e rotina diária (Jacobs et al., 2020), considerando o peso, autonomia do equipamento, assim como facilidade de transporte e

manuseamento;

- Explicar a importância de cumprir a prescrição do débito de oxigénio, à semelhança de outros medicamentos prescritos.

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Identificar qual a causa dificultadora: significado acerca da evolução da doença, emoções vivenciadas, alteração da identidade, contexto ambiental e social, papel profissional (Tikellis et al., 2023).

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Descrever com clareza a importância da manutenção do regime medicamentoso, nomeadamente oxigenoterapia;
- Ajudar o doente a refletir acerca do seu papel na autogestão da oxigenoterapia, através da escuta ativa.

Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício

- Verificar com o doente a evolução dos períodos de marcha no corredor através do registo da oximetria, frequência cardíaca e tempo de caminhada;
- Reconhecer progressos na deambulação (como, por exemplo, aumento do tempo de caminhada, menor fadiga), assim como limitações (como, por exemplo, dispneia intensa).

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

- Questionar o doente sobre a relação entre esforço físico, fadiga e necessidade de repouso;
- Pedir ao doente para elaborar um diário de atividades realizadas, incluindo a caracterização da fadiga antes e depois das atividades, assim como momentos de pausa efetuados;
- Rever o diário elaborado e estabelecer a relação entre os momentos de atividade e repouso no aumento da tolerância à atividade.

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Identificar a presença de sintomatologia como palpitações, com ou sem dispneia associada, dor torácica, pré-síncope, intolerância ao exercício e fadiga (Ko et al., 2025).

Instruir a executar regime de exercício

- Realizar períodos de marcha no corredor, de acordo com tolerância, mantendo a atenção para sinais de alerta como dor torácica, tonturas, dispneia intensa ou palpitações.

Executar exercícios de controlo respiratório

- Inspirar enquanto realiza o movimento menos cansativo;
- Expirar enquanto executa o movimento que requer maior esforço;
- Evitar sustar a respiração durante o movimento, mesmo que por poucos segundos (Ferreira et al., 2018).

Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia

- Questionar o doente acerca da sensação de dispneia na realização de atividades através da Escala Modificada de Borg;
- Observar se o doente adota estratégias de autocontrolo como eviçãõ de situações que

desencadeiem sensação de dispneia e utilização correta de oxigenoterapia;

Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso

- Observar a redução de episódios de fadiga intensa no final do turno.

3.8. Síntese relativa ao caso

O primeiro caso apresentado detalha o caso de um homem de 34 anos com um diagnóstico complexo de HAP associada a cardiopatia congénita, já com anos de evolução. A sua hospitalização devido a uma infeção respiratória e complicações cardíacas revelou lacunas na autovigilância, com desvalorização da sintomatologia, assim como na tomada de decisão de utilização dos recursos de saúde.

Tendo em conta o descrito e relacionando com o quadro teórico exposto, consideraram-se como domínios relevantes para o caso o Sistema Respiratório (associado à dispneia), o Sistema Cardiovascular (pelo risco de arritmias e eventos tromboembólicos), a Conservação de Energia (pela presença de fadiga e intolerância à atividade) e a Autogestão do Regime Medicamentoso (pela gestão da oxigenoterapia de longa duração).

Numa primeira fase, foi dado ênfase ao reconhecimento e gestão de sinais e sintomas, como a dispneia e presença de hemorragias, assim como à promoção do conhecimento sobre a conservação de energia e autogestão do regime medicamentoso.

No que concerne à autogestão do regime medicamentoso, a intervenção de enfermagem reconhece a importância de transferir parte da responsabilidade do plano terapêutico para o doente e para a sua família/cuidador. Este processo visa fomentar a autonomia no autocuidado e na autogestão, com o suporte e orientação dos profissionais de saúde.

Seguidamente foram dadas estratégias que possibilitam realizar as atividades diárias com o mínimo de esforço e consumo de oxigénio, facilitando o quotidiano.

A abordagem dos significados atribuídos à utilização da oxigenoterapia de longa duração foi um aspeto amplamente abordado, uma vez que era um dos domínios que mais interferiam na qualidade de vida do doente.

Numa primeira avaliação, verificou-se uma evolução positiva com na área do conhecimento sobre prevenção dos episódios de dispneia e estratégias de conservação de energia, sendo ainda necessária manter intervenção nos significados atribuídos ao regime medicamentoso.

4. CASO 2: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO NA PESSOA COM DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

Mulher de 59 anos, casada, vive com o marido e tem uma filha que se encontra emigrada num outro país europeu. Foi referenciada para Centro de Tratamento de Hipertensão Pulmonar por queixas de fadiga de longa data e dispneia associada a esforços. Na primeira consulta, durante prova de 6 minutos marcha, apresentou dessaturação importante com síncope associada. Internada na UCIC, tendo realizado CCD com teste de vasoreatividade, que confirmou o diagnóstico. Sem antecedentes de relevo conhecidos, atualmente encontra-se desempregada. Pela gravidade hemodinâmica apresentada, iniciou de imediato terapêutica tripla. Dada a rapidez com que todo o processo se precipitou, verbaliza apreensão com o futuro e antecipa dificuldades na gestão da terapêutica no domicílio.

4.1. Enquadramento teórico

Conforme observado no caso 1, a doente do caso 2 foi igualmente diagnosticada com HAP. Considerando a similaridade entre os dois casos, optou-se por evitar a repetição de conteúdos, sendo o enquadramento teórico do caso 1 mais detalhado, com referência neste espaço apenas aos aspetos particulares deste caso.

Como já mencionado anteriormente a HAP é uma patologia vascular grave e progressiva, caracterizada por remodelação vascular, proliferação e inflamação, que resulta numa elevada morbilidade e mortalidade. Apesar dos tratamentos atualmente disponíveis e de toda a investigação realizada nos últimos anos, a HAP permanece uma condição incurável, associada a um prognóstico reservado (Beckmann et al., 2022; Reinders et al., 2024).

Entre as diferentes categorias associadas ao grupo 1, os que pertencem aos respondedores de longa duração aos bloqueadores dos canais de cálcio apresentam um prognóstico mais favorável relativamente às outras. Para se poder verificar essa condição, todos os doentes dos grupos 1.1, 1.2 e 1.3 da classificação (Tabela 1) têm recomendação formal para realizar um teste de vasoreatividade (Humbert et al., 2022). A realização deste teste deve ocorrer durante o CCD, de modo a avaliar a resposta hemodinâmica aos vasodilatadores no momento da confirmação do diagnóstico de HAP (O'Leary, M., 2021). Conforme as guidelines da ESC/ERS de 2022, os fármacos recomendados para este teste são o óxido nítrico ou o iloprost inalado. Considera-se uma resposta aguda positiva quando se observa uma redução na PAPm em ≥ 10

mmHg para atingir um valor absoluto ≤ 40 mmHg, com débito cardíaco aumentado ou inalterado (Beckmann et al., 2022; Humbert et al., 2022). A terapêutica com bloqueadores dos canais de cálcio nestes doentes suscita uma resposta positiva no início do tratamento, com possibilidade de uma melhoria da sobrevivência, desde que se verifique uma resposta sustentada ao mesmo (Beckmann et al., 2022).

Tal como descrito anteriormente, independentemente da causa subjacente, a remodelação vascular pulmonar e o aumento da resistência vascular pulmonar presentes na HAP podem conduzir a uma insuficiência ventricular direita e às consequências sistémicas associadas à insuficiência cardíaca direita (Rosenkranz et al., 2020; Bradley, M. et al., 2021; Beckmann et al., 2022). Tal traduz-se num síndrome clínico complexo, que pode incluir alterações a nível cerebral, hepático, renal, gastrointestinal, músculo esquelético, além dos sistemas endócrino e imunitário. Essas alterações, que podem ser agudas ou crónicas, resultam em disfunções orgânicas, que contribuem para a progressão da doença e deterioração clínica, agravando assim a morbilidade e mortalidade (Rosenkranz et al., 2020).

Aquando do início de tratamento específico, deverá ter-se em conta a etiologia da HP, a gravidade, as comorbilidades associadas, terapêuticas disponíveis e preferências do doente (Humbert et al., 2022). Apesar de diversos estudos comparativos entre diferentes combinações terapêuticas, as vantagens relativas de cada uma delas ainda não se encontram bem estabelecidas. Contudo, existem dados robustos que demonstram superioridade de terapia combinada relativamente à monoterapia, seja inicial ou sequencial (Qaiser & Tonelli, 2021). Para os doentes classificados como alto risco no momento do diagnóstico ou refratários ao tratamento, recomenda-se uma terapêutica tripla, incluindo a administração de um análogo da prostaciclina por via subcutânea ou endovenosa, uma vez que esta estratégia mais agressiva se encontra associada a uma melhoria quer clínica, quer hemodinâmica (D'Alto et al., 2020; Beckmann et al., 2022).

A prostaciclina, uma hormona pertencente ao grupo dos prostanóides, é amplamente reconhecida pelo seu importante papel na regulação da inflamação. No entanto, também desempenha muitas outras funções na manutenção da homeostase, atuando como vasodilatador e inibindo a agregação plaquetária de forma potente (Lau & Lui, 2025). Os pacientes com HAP apresentam uma redução acentuada da síntese da prostaciclina, com níveis plasmáticos mais baixos e excreção urinária dos seus metabolitos. Adicionalmente, é observável uma diminuição na expressão dos recetores da prostaciclina nos pulmões (Qaiser & Tonelli, 2021).

O epoprostenol foi o primeiro análogo da prostaciclina a ser aprovado para utilização, com uma curta semivida e de administração exclusiva por via parentérica, tendo aparecido depois outras opções com formulações mais estáveis (trepostinilo e iloprost) (Beckmann et al., 2022). Contudo, o epoprostenol continua a ser uma das poucas terapêuticas que reduz a mortalidade

na HAP, dado que potencialmente reverte a remodelação vascular nas arteríolas pulmonares, levando a melhoria da capacidade ao exercício e valores hemodinâmicos (Barst et al., 1996; Beckmann et al., 2022). O seu grande benefício fica limitado pelo impacto na qualidade de vida do doente considerando a via de administração.

Os tratamentos aprovados para a HAP são sobretudo vasodilatadores, com um impacto reduzido na progressão da doença, o que sublinha a necessidade de terapias modificadoras da doença para otimizar os resultados. Os avanços significativos mais recentes na compreensão fisiopatológica da doença oferecem novas oportunidades para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas que visam alterar a progressão da doença, aumentar a sobrevida a longo prazo e consequentemente a qualidade de vida (Qaiser & Tonelli, 2021; Beckmann et al., 2022).

Atualmente, estão a ser estudadas outras vias de atuação, visando o desenvolvimento de novos medicamentos, bem como a reorientação de medicamentos já existentes. Neste percurso, foi aprovado em Agosto de 2024 pela Agência Europeia do Medicamento, um novo composto para o tratamento do grupo 1 da classificação denominado Sotatercept, que restabelece o equilíbrio entre a via proliferativa da activina e a via antiproliferativa da proteína morfogénica óssea na circulação arterial pulmonar. Associado às restantes terapêuticas já existentes, apresenta resultados promissores nos ensaios clínicos já realizados, reduzindo o risco de agravamento clínico (Qaiser & Tonelli, 2021; Madonna & Biondi, 2024).

A complexidade da gestão da HAP, assim da maioria das doenças crónicas, associado a regimes terapêuticos exigentes e repletos de ajustes ao longo do tempo, requerem da pessoa e da sua família resiliência, flexibilidade e competências diversas para enfrentar a incerteza diária e do futuro. Tal determina que o acompanhamento deverá ser próximo da pessoa e sistemático, potencializando os recursos individuais e dos sistemas de saúde (Sousa et al., 2021).

A Teoria do Autocuidado de Orem é uma abordagem abrangente que se fundamenta na premissa de que os indivíduos, de forma deliberada e aprendida, realizam atividades destinadas a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Queirós et al., 2014; Martins & Brito, 2021). Esta teoria, que se desenvolveu entre 1959 e 1985, integra três componentes inter-relacionados, cada um contribuindo para uma compreensão holística do cuidado.

A Teoria do Autocuidado, descreve as atividades e ações que as pessoas executam voluntariamente para promover e conservar a sua saúde. Nesta perspetiva, o autocuidado é considerado um fenómeno universal, moldado por fatores culturais, pessoais e de desenvolvimento, e abrange desde práticas de rotina até à gestão de condições crónicas. Os conceitos essenciais desta vertente incluem a ação do autocuidado, a capacidade de autocuidado e os requisitos de autocuidado, que podem ser universais, de desenvolvimento ou associados aos desvios da saúde (Queirós et al., 2014; Smith & Parker, 2015; Martins & Brito, 2021).

A Teoria do Défice de Autocuidado, explica que o cuidado de enfermagem se torna necessário quando existe uma discrepância entre os requisitos de autocuidado e a capacidade do indivíduo para os satisfazer. Este défice pode ser parcial ou total e reflete as limitações que impedem o indivíduo de manter as suas necessidades básicas de saúde, exigindo, assim, intervenção profissional para restaurar o equilíbrio (Queirós et al., 2014; Smith & Parker, 2015; Martins & Brito, 2021).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, orienta a prestação dos cuidados por parte dos enfermeiros, definindo as relações e estruturas necessárias para a intervenção. Nesta componente, são identificadas diferentes abordagens: sistemas totalmente compensatórios, em que o enfermeiro assume integralmente as funções de autocuidado; sistemas parcialmente compensatórios, onde há uma colaboração entre o doente e o enfermeiro; e sistemas de apoio e educação, nos quais o papel do profissional é capacitar o indivíduo para desenvolver a sua autonomia e reforçar a sua capacidade de autocuidado (Queirós et al., 2014; Smith & Parker, 2015; Martins & Brito, 2021).

A relevância desta teoria reside na sua aplicabilidade prática, servindo de base para a avaliação das capacidades de autocuidado e para a implementação de intervenções que promovam a autonomia dos doentes. Ao fornecer um quadro teórico robusto, a Teoria do Autocuidado de Orem orienta não só a prática clínica, mas também o ensino e a investigação em enfermagem, permitindo a criação de instrumentos de avaliação e programas de intervenção que atendam às necessidades individuais e promovam a gestão eficaz das condições de saúde. Em suma, a teoria contribui significativamente para a compreensão dos processos de autocuidado e para o desenvolvimento de estratégias que potencializem o papel do enfermeiro na facilitação da autogestão, sendo, assim, um pilar fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença (Queirós et al., 2014; Smith & Parker, 2015; Martins & Brito, 2021).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 59 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-02-12 15:30:00	Espironolactona 100 mg (PO) 24/24h	
2025-02-12 15:30:00	Furosemida 20 mg (PO) 24/24h	
2025-02-12 15:30:00	Sulfato ferroso 328 mg (PO) 24/24h	
2025-02-12 15:30:00	Macitentano 10 mg (PO) 24/24h	
2025-02-12 15:30:00	Tadalafil 20 mg (PO) 24/24h	
2025-02-12 15:30:00	Epoprostenol 2.5 ng/kg/min (EV) Contínuo	
2025-02-12 15:30:00	Pantoprazol 20 mg (PO) 24/24h	
2025-02-12 15:30:00	Metoclopramida 10 mg (EV) 8/8h	
2025-02-12 15:30:00	Ondansetrom 4 mg (EV) SOS	
2025-02-12 15:30:00	Paracetamol 1 gr (PO) 8/8h	
2025-02-12 15:30:00	Morfina 3 mg (EV) SOS	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Na descrição dos aspetos relevantes da prescrição terapêutica, optou-se por apresentar as características de cada medicamento que divergem do caso anterior. A restante informação pertinente está disponível no capítulo “3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita”.

Espironolactona 100 mg (PO) 24/24h

Ver “3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita”

Indicação em relação ao caso: Tratamento adjuvante da HAP idiopática, para gestão dos edemas refratários relacionados com a IC.

Furosemida 20 mg (PO) 24/24h

Ver “3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita”

Indicação em relação ao caso: Tratamento adjuvante da HAP idiopática, para gestão dos edemas refratários relacionados com a IC.

Sulfato ferroso 328 mg (PO) 24/24h

Posologia habitual: 1 comprimido / dia

Insere-se na família dos antianémicos, sendo a sua utilização recomendada em casos de deficiência de ferro secundária a condições como anemia por deficiência de ferro, deficiência de ferro sem anemia, deficiência nutricional, má absorção, estado inflamatório crónico, perda sanguínea ou aumento das necessidades de ferro do organismo. Para uma correta absorção, deve evitar-se a ingestão de cafeína e laticínios de forma concomitante, devendo preferencialmente ser tomado em jejum. Por outro lado, a vitamina C, quando ingerida ao mesmo tempo, parece ter um efeito potenciador. Como principais efeitos secundários encontram-se as náuseas, vómitos, desconforto abdominal e alterações no trânsito intestinal (que pode ser de diarreia ou obstipação) (Infarmed, 2022b; Nguyen & Tadi, 2025).

Indicação em relação ao caso: Para correção da deficiência de ferro associada às consequências sistémicas da HAP.

Macitentano 10 mg (PO) 24/24h

Ver “3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita”

Indicação em relação ao caso: Tratamento específico da HAP idiopática.

Tadalafil 20 mg (PO) 24/24h

Ver “3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita”

Indicação em relação ao caso: Tratamento específico da HAP idiopática.

Epoprostenol 2.5 ng/kg/min (EV) Contínuo

Posologia habitual: Iniciada com um valor compreendido entre 2 e 4 ng/kg/min, sendo posteriormente aumentada com base na tolerância dos efeitos secundários

Trata-se de um análogo sintético da prostaciclina e caracteriza-se por apresentar uma ação

vasodilatadora intensa (sistémica e pulmonar), ao mesmo tempo que inibe a agregação plaquetária de forma endógena. A sua principal indicação é no tratamento da HAP em doentes em classe funcional III-IV da OMS, com melhorias observadas no índice cardíaco e na RVP. Dado o seu breve período de semi-vida, estimado entre 3 e 5 minutos, a sua administração deve ser realizada por via endovenosa, através de um acesso venoso central exclusivo, com recurso a uma bomba de infusão. O início desta terapêutica deverá ser sempre realizado em contexto hospitalar, por equipas multidisciplinares com experiência no seu manuseamento. A perfusão é iniciada a 2 ng/kg/min e são feitos incrementos de 2 ng/kg/min até se obter o máximo de benefício hemodinâmico e de acordo com a tolerância do doente aos efeitos secundários. Estes incluem de forma frequente cefaleias, náuseas, vômitos, diarreia, rubor facial, hipotensão, dor mandibular e mialgias. Durante a titulação da dose é especialmente importante a monitorização frequente do perfil tensional, assim como da frequência cardíaca para antecipar a não tolerância do fármaco. Após um ano de tratamento, o intervalo de dose habitual situa-se entre 16 e 30 ng/kg/min. A descontinuação abrupta ou redução súbita da perfusão de epoprostenol apresentam um efeito de *rebound* potencialmente fatal. A solução diluída deve ser armazenada no reservatório próprio de administração, garantindo assim proteção da luz, podendo ser imediatamente administrada ou armazenada até 8 dias entre 2 a 8°C. (Humbert et al., 2022; Infarmed, 2022e; Lau & Lui, 2025; Oldroyd et al., 2025)

Indicação em relação ao caso: Tratamento específico da HAP idiopática.

Pantoprazol 20 mg (PO) 24/24h

Ver “3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita”

Indicação em relação ao caso: Prevenção da úlcera se stress associada ao internamento por doença aguda.

Metoclopramida 10 mg (EV) 8/8h

Posologia habitual: 10 mg até 3 vezes ao dia

Inserido no grupo dos modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos, são usualmente utilizados na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos. Entre os diversos efeitos secundários conhecidos, os que suscitam maior vigilância são as reações extrapiramidais com agitação psicomotora e discinesias. Pode ainda observar-se sonolência, astenia e diarreia. Esta sintomatologia habitualmente desaparece 24 a 48 horas após suspensão da terapêutica. A sua administração deve ser lenta (pelo menos 3 minutos) no sentido de reduzir a possibilidade dos efeitos referidos (Informed, 2024c; Isola et al., 2025).

Indicação em relação ao caso: Prevenção de náuseas e vômitos associados aos efeitos secundários dos fármacos específicos da HAP, especialmente o Epoprostenol.

Ondansetrom 4 mg (EV) SOS

Posologia habitual: 4 mg em intervalos de 8 horas

Da família dos antieméticos e antivertiginosos, é um dos fármacos mais utilizados para o tratamento de náuseas e vômitos, moderados a graves, de diferentes etiologias. A posologia é determinada quer pela via de administração, quer pela etiologia. Contudo, a dose única máxima recomendada por via EV é de 16 mg, devido ao risco de aparecimento de efeitos secundários, nomeadamente o prolongamento do intervalo QT e de arritmias. Esta vigilância torna-se ainda mais premente caso exista a administração concomitante de outros fármacos que também prolongam este intervalo, como o caso dos antiarrítmicos, antipsicóticos, antidepressivos e alguns antibióticos. Além deste, os efeitos secundários registados com maior frequência incluem cefaleias, fadiga, xerostomia, reações no local da injeção, sensação de calor ou rubor e obstipação (Infarmed, 2023a).

Indicação em relação ao caso: Prevenção de náuseas e vômitos associados aos efeitos secundários dos fármacos específicos da HAP, refratários ao procinético prescrito.

Paracetamol 1 gr (PO) 8/8h

Posologia habitual: 500 a 1000 mg (dose diária máxima 3000 mg)

Pertencente à classe dos analgésicos e antipiréticos, é amplamente utilizado no tratamento da dor ligeira a moderada, assim como na pirexia, tendo ótimas taxas de tolerância. A ocorrência de efeitos adversos é rara, no entanto, após o uso prolongado estão descritas doenças hematológicas e hepatobiliares. A administração concomitante de fármacos que promovem uma rápida eliminação gástrica, como a metoclopramida ou a domperidona, podem acelerar a absorção e o início do efeito do paracetamol (Infarmed, 2022d).

Indicação em relação ao caso: Para alívio sintomático da dor associada aos efeitos secundários dos fármacos específicos da HAP.

Morfina 3 mg (EV) SOS

Posologia habitual: 1 a 3 mg

Pertencente ao grupo dos analgésicos estupefacientes, tem a sua principal indicação no

tratamento da dor moderada a intensa, aguda ou crónica e que possa ser resistente a analgésicos mais fracos. A tríade dose-eficácia-tolerância apresenta variações individuais. Torna-se, por isso, imperativo avaliar regularmente a sua eficácia e tolerância, procedendo à adaptação da posologia de forma progressiva, em conformidade com as necessidades do doente. O perfil de reações adversas é muito característico da classe, sendo a obstipação o efeito indesejável mais comum associado à sua administração. Estão também frequentemente presentes depressão do sistema nervoso central, sonolência, confusão, náuseas, vómitos e retenção urinária, apresentando-se habitualmente de forma transitória (Infarmed, 2024a; Murphy et al., 2025).

Indicação em relação ao caso: Para alívio sintomático da dor associada aos efeitos secundários dos fármacos específicos da HAP, refratária ao analgésico prescrito.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Cateter central

12-02-2025 15:30 - Localização do cateter central

12-02-2025 15:30 - Veia jugular Direita(o)

12-02-2025 15:30 - Ausência de dor.

12-02-2025 15:30 - Ausência de calor.

12-02-2025 15:30 - Ausência de rubor.

12-02-2025 15:30 - Ausência de tumefação.

12-02-2025 15:30 - Ausência de exsudado.

12-02-2025 15:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

12-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

21-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

4.5. Domínios

Início

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30

Domínios

Sistema respiratório

Conservação de energia

Autoconceito

Autogestão do regime medicamentoso

Sondas, Drenos e Cateteres

Fim

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

À semelhança do verificado nos pontos anteriores, também parte dos domínios selecionados se sobrepõem em ambos os casos. Desta forma, apenas serão abordados aspetos específicos de cada domínio aplicados ao caso em concreto, uma vez que a relação do domínio com o quadro fisiopatológico foi já anteriormente abordada.

Sistema respiratório, Conservação de Energia e Autogestão do regime Terapêutico

A dispneia aparece descrita por múltiplos autores como sendo uns dos principais sintomas da HP (O'Leary, Geraldine M., 2021; Beckmann et al., 2022; Bradley A. Maron et al., 2021; Humbert et al., 2022; Durdu et al., 2023) e com grande impacto no quotidiano e consequentemente na qualidade de vida.

De acordo com a American Thoracic Society (ATS), define-se dispneia como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que inclui sensações qualitativamente distintas e que variam em intensidade (Parshall et al., 2012).

Após a perceção do sintoma, o doente avalia o seu significado pessoal e, dependendo dos fatores fisiológicos, sociais e ambientais, o desconforto respiratório pode ser interpretado como uma ameaça associada à ansiedade, ao medo ou à depressão, ou ainda como um sinal de doença, levando-o a evitar atividades que o precipitem e, consequentemente, a adotar um estilo de vida mais sedentário. Esta diminuição da atividade, contribui para um maior descondicionamento cardiovascular, agrava os sintomas e leva à deterioração do desempenho funcional (Parshall et al., 2012).

As técnicas de conservação de energia surgem desta forma como uma das estratégias para contrariar o ciclo descrito e capacitar o doente para a adaptação à sua nova condição e assim incorporar as atividades diárias.

A educação para a autogestão da doença crónica integra cuidados clínicos, educacionais, psicossociais e comportamentais, proporcionando uma base sólida para que os doentes realizem o seu autocuidado diário com confiança, promovendo competências que facilitam a tomada de decisão e a implementação eficaz de comportamentos de autocuidado (Sousa et al., 2021).

De acordo com a OMS, o autocuidado engloba as ações desenvolvidas para manter a saúde e prevenir doença, incorporando a higiene, a nutrição, estilos de vida, fatores socioeconómicos, assim como a gestão medicamentosa (OMS, 2009).

Autoconceito

A inclusão deste domínio na conceção do plano de cuidados justifica-se pela sua influência determinante na adesão ao regime terapêutico e na capacidade de autocuidado. Ao avaliar o autoconceito, o enfermeiro pode identificar as crenças, valores e perceções que o doente possui acerca de si mesmo e da sua condição, permitindo a elaboração de intervenções personalizadas que promovam uma autoimagem positiva e realista. Essa abordagem favorece a adaptação à doença, estimula a autonomia e contribui para o fortalecimento da resiliência, elementos essenciais para a melhoria da qualidade de vida em contextos de doença crónica (Riegel et al., 2012).

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Saturação do oxigénio no sangue

12-02-2025 15:30 - Periférico(a): 96 %.

12-02-2025 15:30 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico.

12-02-2025 15:30 - Dispneia

12-02-2025 15:30 - Promover autocontrolo: dispneia

12-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM] 21-02-2025 15:30

21-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [FIM]

21-02-2025 15:30

Conservação de energia

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

12-02-2025 15:30 - Intolerância à atividade

12-02-2025 15:30 - Promover autogestão: atividade/repouso

12-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - 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.

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 21-02-2025 15:30

21-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [FIM] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

[RESOLVIDO] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 21-02-2025 15:30

21-02-2025 15:30 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

12-02-2025 15:30 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [FIM] 21-02-2025 15:30

Autoconceito

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

12-02-2025 15:30 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

12-02-2025 15:30 - Autoconceito comprometido

12-02-2025 15:30 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

12-02-2025 15:30 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o

autoconceito

21-02-2025 15:30 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

12-02-2025 15:30 - *Assistir a analisar compromisso no autoconceito*

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito

12-02-2025 15:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito*

21-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

12-02-2025 15:30 - *Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito*

12-02-2025 15:30 - *Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito*

Autogestão do regime medicamentoso

12-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

12-02-2025 15:30 - Não organiza a medicação conforme horário.

12-02-2025 15:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

12-02-2025 15:30 - Não prepara a medicação conforme a dose.

12-02-2025 15:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

12-02-2025 15:30 - Não administra a medicação pela via adequada.

12-02-2025 15:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

12-02-2025 15:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

12-02-2025 15:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

12-02-2025 15:30 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

12-02-2025 15:30 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

12-02-2025 15:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

12-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

12-02-2025 15:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-02-2025 15:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: dependência

e efeitos secundários.

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

12-02-2025 15:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso
[FIM] 21-02-2025 15:30

21-02-2025 15:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - facilitadora.

12-02-2025 15:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 21-02-2025 15:30

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

12-02-2025 15:30 - Instruir a administrar medicação

12-02-2025 15:30 - Treinar a administrar medicação

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

12-02-2025 15:30 - Treinar a administrar medicação

12-02-2025 15:30 - Elogiar o desempenho do cliente

12-02-2025 15:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

12-02-2025 15:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

12-02-2025 15:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

12-02-2025 15:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

21-02-2025 15:30 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

21-02-2025 15:30 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Explicar que as técnicas de gestão de energia visam a realização das atividades diárias com o menor dispêndio possível de energia e consumo de oxigénio por parte da pessoa que as executa
- Identificar como reorganizar o espaço no domicílio, de forma a readaptar as atividades diárias (higiene pessoal, vestir, atividades domésticas, transporte de objetos, compras)

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar como proceder em caso de mau funcionamento da bomba infusora ou alterações no sistema de perfusão, identificando as anomalias mais frequentes;

Instruir a administrar medicação

- Descrever as etapas necessárias para a substituição diária do reservatório de epoprostenol e respetivo prolongador;
- Reforçar a importância de verificar a integridade do reservatório antes de proceder à troca.

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Elaborar uma lista das tarefas que pretende realizar e organizar por ordem de prioridade. O foco deverá nas que são mais importantes e deixar as menos urgentes para serem feitas mais tarde.
- Definir metas realistas tendo em conta o esforço necessário para cada atividade, o tempo que irá demorar e o nível de energia
- Organizar antecipadamente as atividades que se pretende realizar diariamente e

semanalmente.

- Alternar entre atividades mais longas e exigentes com outras mais curtas e leves.
- Identificar os seus limites e aprender a respeitá-los, parando e descansando sempre que a fadiga aumentar. Um ritmo mais lento consome menos energia.

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Fornecer informação detalhada sobre os fármacos prescritos: nome, finalidade, dosagem, via de administração e horário de administração.

Treinar a administrar medicação

- Providenciar equipamento de treino para a perfusão de epoprostenol (bomba infusora, reservatório e prolongador).

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Nomear quais os fármacos prescritos para a gestão de efeitos secundários e explicar a sua administração;
- Explicar o processo de titulação do epoprostenol e a importância da vigilância dos efeitos secundários.

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Questionar através do método de Teach-back a avaliação do conhecimento e compreensão.

Ensinar sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

- Explicar a importância de realizar higienização das mãos sempre que manusear o CVC, nomeadamente na troca do reservatório e prolongador;
- Demonstrar como descontaminar os pontos de acesso: utilizar antisséptico (clorexidina 2% ou álcool a 70%) por fricção durante 15 segundos e deixar secar;
- Usar técnica assética no-touch para a conexão dos componentes do circuito de perfusão (DGS, 2022a).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Nomear possíveis efeitos adversos mais comuns associados aos fármacos específicos do tratamento da HAP, nomeadamente náuseas, vômitos, diarreia, hipotensão, rubor facial, mialgias e dor mandibular.

Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito

- Encorajar a participação ativa na tomada de decisões acerca do plano terapêutico;
- Estimular a reflexão crítica sobre as próprias experiências, identificando os seus pontos fortes.

4.8. Síntese relativa ao caso

O segundo caso descreve uma mulher de 59 anos, sem antecedentes relevantes, que foi

diagnosticada com HAP após apresentar queixas de fadiga e dispneia aos esforços, culminando numa dessaturação importante com síncope durante uma prova de marcha de 6 minutos. Face à gravidade hemodinâmica do caso, foi iniciada terapêutica tripla de forma imediata. A rapidez do processo diagnóstico e terapêutico gerou apreensão na paciente relativamente ao futuro e dificuldades na gestão da terapêutica no domicílio.

Tendo em conta o descrito e relacionando com o quadro teórico exposto, consideraram-se como domínios relevantes para o caso o Sistema Respiratório (associado à dispneia), a Conservação de Energia (pela presença de fadiga e intolerância à atividade), o Autoconceito (pela alteração da autoimagem associada ao CVC) e a Autogestão do Regime Medicamentoso (pela complexidade terapêutica).

Identificaram-se nos diferentes domínios potenciais de melhoria do conhecimento quer sobre a prevenção da dispneia, quer sobre a conservação de energia, assim como sobre o regime medicamentoso. Pela presença da administração de fármacos por via parentérica, com bastantes especificidades, foi dada especial relevância à capacitação nesta área.

Após a primeira avaliação verificou-se a evolução positiva na área do conhecimento sobre prevenção dos episódios de dispneia e estratégias de conservação de energia, sendo ainda necessária manter intervenção na autogestão do regime medicamentoso e autoconceito.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem, enquanto profissão, tem evoluído para responder de forma eficaz às necessidades crescentes de cuidados e aos diversos contextos de atuação, evidenciando uma complexificação progressiva dos conhecimentos, práticas e ambientes laborais. Esta evolução tem permitido a abertura de novos campos de exercício autónomo, tanto para o enfermeiro de cuidados gerais como para o enfermeiro especialista, reforçando, simultaneamente, o seu papel como componente essencial nas equipas multidisciplinares e multiprofissionais de saúde (Regulamento nº 613/2022, 2022).

A especialização em enfermagem melhora significativamente a prestação de cuidados de saúde, através de um atendimento direto mais adequado, personalizado e abrangente, e indiretamente mediante a educação, aconselhamento e apoio à autogestão da doença. Estes avanços resultam numa maior satisfação dos doentes, que consideram os cuidados prestados mais oportunos e úteis. Além disso, verifica-se que os doentes acompanhados por enfermeiros especialistas apresentam uma maior probabilidade de manter ou melhorar o controlo da sua situação de saúde (Lopes et al., 2018).

Neste sentido, torna-se necessário desenvolver um conjunto de competências científicas técnicas e humanas para que possam prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Competência pode ser definida como a capacidade de mobilizar e combinar conhecimentos, habilidades e atitudes para agir de forma eficaz em situações profissionais específicas (Le Boterf, 2005). Este desenvolvimento ocorre por meio da experiência adquirida e é influenciado por três fatores: saber agir (conhecimentos e habilidades), querer agir (motivação e vontade) e poder agir (condições organizacionais e contextuais que permitem a ação) (Le Boterf, 2005). O enfermeiro, no decurso da sua experiência e do confronto constante com o contexto e com os outros, transforma e enriquece o seu património cognitivo e afetivo (Abreu, 2007). Este processo formativo, que integra a articulação dos saberes profissionais com a experiência clínica, é fundamental para o desenvolvimento das competências profissionais.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 publicado em Diário da República em 2019, entende-se por competências comuns como “as competências, partilhadas por todos os

enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

Nos próximos pontos, faz-se uma análise reflexiva das atividades exercidas que promoveram o desenvolvimento das competências dos quatro domínios comuns.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O primeiro domínio analisado conforme está patente no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019, é o da responsabilidade profissional, ética e legal, onde o enfermeiro especialista deverá demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas éticas e deontológicas, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A prática diária deverá ter como base o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), assim como os princípios éticos fundamentais.

“No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, art.8º). Paralelamente, no CDE é referido que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)” (art.9º), e ainda que, “o enfermeiro deve respeitar o direito à autodeterminação da pessoa que se encontra ao seu cuidado, assumindo o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados prestados, bem como, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (CDE, art.100º). O enfermeiro deverá assumir a responsabilidade da tomada de decisão envolvendo os doentes, familiares e restante equipa multidisciplinar, com o objetivo de alcançar decisões eticamente prudentes e responsáveis.

Durante o decorrer do estágio, a prestação de cuidados foi precedida por uma explicação detalhada ao doente e, sempre que aplicável, à sua família ou cuidador. A transmissão de informação correta, verdadeira e completa por parte dos profissionais de saúde, assim como a escuta por parte do doente das orientações clínicas e a subsequente aceitação ou recusa, traduzem-se nos pilares fundamentais de um consentimento informado, livre e esclarecido (Gomes, 2022). Inclui-se neste consentimento a premissa de o doente selecionar, entre múltiplas estratégias terapêuticas, aquela que melhor se coaduna com as suas preferências e valores, bem como o direito de declinar qualquer intervenção, especialmente quando esta se apresente como excessivamente invasiva (Santos, 2023). Este mecanismo, como explanado no

Relatório de Belmonte, assegura, não só a transição do doente de mero sujeito passivo para parceiro ativo dos profissionais de saúde, estabelecendo uma aliança colaborativa, como garante a autonomia do mesmo (U.S. Department of Health and Human Services, 1979).

Tendo isto em conta, a ação do enfermeiro especialista pode ser observada quer antes de um procedimento técnico como cateterismo cardíaco, quer durante a prestação de cuidados em internamento ou em contexto de hospital de dia. Tal demonstra a transversalidade da ação de enfermeiro especialista. Em todos eles, este processo visou garantir a compreensão dos cuidados prestados, promover a adesão ao plano terapêutico e reforçar a autonomia do doente no seu percurso de saúde.

A comunicação verbal e não verbal emerge como um componente crucial na preservação dos princípios de igualdade, autonomia, dignidade e liberdade para o doente e sua família (Monho et al., 2019; Expósito-Jiménez et al., 2024). A ação do enfermeiro deve ser individualizada e ajustada a cada pessoa cuidada, doente ou familiar, no sentido de assegurar o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais. Este facto reveste-se de maior relevo com a crescente mobilidade de pessoas entre os diferentes países, sendo cada vez maior a exposição a diferentes culturas. Esta realidade foi bastante presente no contexto de internamento, onde se destacou a ação estratégica do enfermeiro especialista, apoiada num conhecimento aprofundado, que possibilita a compreensão do doente de forma holística e uma abordagem individualizada. A ação do enfermeiro especialista destaca-se não só no cuidado individualizado ao doente, mas também como catalisador da consciencialização da equipa para a integração das diferenças culturais no cuidado.

O espaço físico de algumas das valências apresenta desafios no que se refere ao cumprimento do artigo 106º e 107º do REPE. Neles preconiza-se o dever do sigilo e o respeito pela privacidade. A sala ampla da UCIC, que facilita a vigilância e monitorização por parte dos profissionais, e as intervenções em contexto de emergência, dificultam o respeito da “intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua privada e na da sua família.” (OE, 2015). Os atributos organizacionais das unidades de cuidados intensivos estão diretamente relacionados com o trabalho das equipas multidisciplinares e a sua comunicação (Verderber et al., 2021). Padrões de visibilidade mais desafogados e uma boa acessibilidade aos recursos e à unidade de cada doente estão associados a um menor número de intercorrências clínicas (Verderber et al., 2021). Contudo, esta estrutura física (de sala comum e cortinas como divisórias temporárias) encontra-se também relacionada com menor privacidade do doente, maior stress associado à prestação de cuidados e menor satisfação do doente e família (Verderber et al., 2021; Hwang et al., 2025).

Também as enfermarias com seis camas do internamento, dispostas lado a lado e também separadas por cortinas, tornam, por vezes, mais complexo o dever de “partilha de informação pertinente apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (OE, 2015). Este

modelo de enfermagem pode comprometer a qualidade da interação entre o doente e o profissional de saúde. O profissional, consciente de possíveis destinatários indesejados, poderá tender a encurtar a comunicação, a usar uma linguagem menos clara ou a adiar os esclarecimentos em nome do sigilo. Por seu lado, os doentes sentem-se menos seguros ao expor dúvidas mais íntimas, não obtendo o apoio e as respostas de que necessitam. Desta forma poderá observar-se um enfraquecimento da comunicação, pilar do consentimento informado, e, potencialmente, uma diminuição da adesão ao plano terapêutico.

Denotou-se na observação realizada uma especial atenção a estes domínios, tentando sempre que possível informar o doente e respetivas famílias em locais calmos e privados, e se assim não fosse possível, proporcionar alternativas como colocação de biombos e adequação do tom da comunicação.

No cuidado à pessoa com doença crónica, a ocorrência de potenciais dilemas éticos é cada vez mais uma realidade. Ao lidar com a doença crónica, vivenciam-se diariamente sintomas e situações complexas, em alguns casos com idas recorrentes ao hospital, que se integram numa jornada prolongada. Torna-se, assim, fundamental alargar o olhar clínico para além do episódio agudo, procurando compreender como os doentes constroem significados em torno da sua existência, de que forma atribuem valor às diferentes fases da sua vida e de que modo a condição crónica redefiniu a sua identidade pessoal e social ao longo deste percurso (Geng et al., 2024; Weidmann-Hügler & Monteverde, 2024).

Neste contexto clínico foi possível observar em mais do que uma situação a questão da desativação dos dispositivos implantáveis em doentes com IC avançada. Esta desativação pode ser designada por desativação passiva (não mudando o gerador quando a bateria deixa de funcionar) e desativação ativa (havendo a desconexão efetiva do desfibrilhador) (Sánchez et al., 2017). Tendo em conta o desconforto sentido aquando da ativação deste dispositivo face à ausência de benefício em fases avançadas da doença, a desativação do CDI deve ser discutida precocemente com o doente e a sua família, garantindo que a compreensão sobre os benefícios e riscos envolvidos (Turner et al., 2020). Esta desativação deve ser baseada na proporcionalidade do tratamento e no respeito à dignidade do doente, garantindo o princípio da autonomia, através da escuta ativa e do consentimento informado (Sánchez et al., 2017).

O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na comunicação, no apoio à tomada de decisão e na assistência direta ao doente e família durante o processo de desativação do CDI, garantindo que os princípios éticos da autonomia, beneficência e não maleficência são respeitados, promovendo um processo de decisão partilhada e informada (Sánchez et al., 2017; Turner et al., 2020). Verificou-se que o enfermeiro especialista tomava a iniciativa desta discussão na equipa de enfermagem possibilitando a reflexão e troca de ideias, assim como com a equipa multidisciplinar, contribuindo para uma abordagem humanizada dos cuidados prestados.

A complexidade dos processos de saúde/doença e a crescente autonomia do exercício da profissão de enfermagem, aumenta a responsabilização dos profissionais e faz com que tenha de haver uma prática reflexiva diária sobre os cuidados prestados, mantendo sempre a pessoa no centro destes cuidados.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Relativamente a este domínio de competências, será analisado, tal como descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019, as atividades que demonstram que colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, garantindo “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e desenvolvendo “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”.

A implementação de sistemas de qualidade na prestação de cuidados de saúde constitui, atualmente, uma exigência reconhecida a nível global, sendo formalmente sustentada por organismos internacionais, como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, bem como por entidades nacionais, nomeadamente o Conselho Nacional da Qualidade. Estes sistemas visam assegurar a eficiência, a segurança e a excelência na prática clínica, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados e a otimização dos resultados em saúde (OE, 2012).

Cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de diferentes formas. A OMS define qualidade como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais (OMS, 2021). Apesar da falta de consenso na definição, reconhece-se globalmente que os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes (alicerçados em evidência), seguros (evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam), centrados nas pessoas (tendo em conta as preferências, necessidades e valores dos indivíduos), oportunos (reduzindo os tempos de espera), equitativos (garantindo que não variem de qualidade em virtude da idade, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política), integrados (coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e para todo o ciclo de vida) e eficientes (maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício) (OMS, 2021).

Apesar da existência de uma convergência relativamente às dimensões fundamentais da qualidade no âmbito dos cuidados de saúde, cada país apresenta o seu próprio entendimento local ou a sua definição de qualidade específica. É neste contexto que surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) para 2021-2026, com o objetivo de “consolidar e

promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no Sistema Nacional de Saúde, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde atuais, como o domicílio e a telessaúde, (...)” (Lebre et al., 2022), desenvolvendo políticas, estratégias, ações e parcerias que permitam reduzir o mais possível ou até eliminar fontes possíveis de risco e danos evitáveis para doentes e profissionais (Lebre et al., 2022).

Este plano assenta em 5 pilares fundamentais e para sua implementação é essencial a participação de todos os intervenientes da prestação de cuidados, em que o enfermeiro especialista pode ter um papel preponderante, conforme está patente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O serviço em que se desenvolveu o tempo de estágio encontra-se dotado de um conjunto de normas, protocolos e procedimentos que orientam a prestação de cuidados. Já acreditado internacionalmente pela *Caspe Healthcare Knowledge Systems*, encontra-se neste momento em processo de revalidação do certificado. Foi possível acompanhar uma das enfermeiras especialistas responsável pelo processo de acreditação, fazendo uma análise e reflexão crítica dos documentos já existentes, de forma a identificar novas necessidades ou oportunidades de melhoria.

Os dois primeiros pilares do PNDS referem-se à “Cultura de Segurança” e “Liderança e Governança” onde o compromisso em relação à promoção da transparência, da comunicação eficaz e da aprendizagem contínua a partir de eventos adversos é um elemento essencial, sempre baseada na responsabilização sem culpabilização (Lebre et al., 2022). Foi possível observar após atuações de emergência uma análise do caso e forma da atuação da equipa de enfermagem, identificando pontos fortes e ponto fracos. Esta promoção da partilha de conhecimento entre pares, os momentos que foram dedicados à reflexão crítica e à discussão das práticas adotadas revelaram-se determinantes para o desenvolvimento profissional como enfermeiro especialista. Estes processos fomentam não só a consolidação de competências, como a melhoria contínua da prática clínica e o fortalecimento da identidade profissional, contribuindo para uma prestação de cuidados mais qualificados e seguros (Coggins et al., 2020; Lech et al., 2022).

Como terceiro pilar do PNDS é apresentada a “Comunicação” como sendo um elemento fulcral na prevenção de eventos adversos. Esta comunicação efetiva é tão importante entre profissionais, como com os doentes e famílias.

O percurso do doente no sistema de saúde envolve múltiplas interações com diferentes profissionais, ambientes e níveis de cuidados, tornando-se um processo complexo e suscetível a riscos (Lebre et al., 2022). A OMS alerta para a vulnerabilidade associada às mudanças de profissionais e equipas entre turnos, bem como às transições entre áreas de diagnóstico e terapêutica, momentos que aumentam a probabilidade de falhas na comunicação (OMS, 2007a). Estas transições, por vezes pouco valorizadas, representam eventos críticos de elevado risco,

exigindo estratégias eficazes para garantir redução da ocorrência de erros, omissões de informação, lacunas na transmissão da informação e falta de precisão (DGS, 2017).

Para cumprir este objetivo, recomenda-se o uso de ferramentas padronizadas, que promovam a uniformização da transmissão de cuidados, como é o caso da metodologia ISBAR (DGS, 2017). Esta sigla, de fácil memorização, significa I (Identify - Identificação), S (Situation - Situação atual), B (Background - Antecedentes), A (Assessment - Avaliação) e R (Recommendation - Recomendações) (OMS, 2007a; DGS, 2017).

Este foi um tópico que, desde o primeiro momento no tempo de estágio, foi percebido como sendo prioritário para a equipa. Como foi descrito, este é um contexto com diversas valências e no mesmo dia o mesmo doente pode passar por várias delas. Não raras vezes, procedimentos eletivos como, por exemplo, uma intervenção coronária percutânea, podem iniciar-se em contexto de ambulatório, prosseguem no Laboratório de Hemodinâmica, seguem em recobro no hospital de dia, onde eventualmente perante um agravamento clínico é realizada uma transferência para a UCIC. Pela multiplicidade de profissionais envolvidos neste processo, foi identificada uma oportunidade de melhoria pela equipa de enfermagem, no sentido da capacitação da equipa multidisciplinar com esta ferramenta e assim, não só melhorar a prestação de cuidados, como dar resposta ao preconizado pelo Departamento de Qualidade da instituição em questão e pela DGS (DGS, 2017).

Este projeto de melhoria, tendo como responsável um enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-cirúrgica, depois de um diagnóstico de situação e pesquisa bibliográfica, encontrava-se a desenvolver estratégias de implementação como: folhas de passagem de turno com base na metodologia ISBAR, sinalização junto aos locais de transição de cuidados que alertem quando esta se encontra a decorrer e organização de sessões de simulação (Caldas & Gomes, 2021; Gadea-Company et al., 2023). Além deste trabalho mais executivo, coube também ao enfermeiro especialista mostrar a relevância deste assunto, motivar, envolver e dinamizar a equipa neste projeto. A adoção da metodologia ISBAR requer uma verdadeira mudança de rotina comunicacional de toda a equipa, algo que só poderá ser possível com um forte envolvimento e aceitação por parte dos profissionais. Sem essa mudança cultural, a ferramenta tende a ser vista como mais um protocolo que não acrescenta valor imediato, gerando resistência à sua utilização sistemática. A sustentabilidade deste método exige uma liderança ativa, sendo que se a equipa de gestão não reforçar o uso da ferramenta, por falta de comprometimento ou por não identificar os benefícios, a adesão cai significativamente (Gadea-Company et al., 2023). Foi possível observar que o enfermeiro especialista foi, assim, um elemento fundamental neste processo, liderando pelo exemplo, elogiando as melhorias conseguidas e apresentando de forma regular os resultados da implementação deste novo projeto.

A “Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança” é mais um dos pilares do PNSD, que

interligado com o segundo pilar, potencia uma cultura de segurança nas equipas baseada na não culpabilização. Este ambiente seguro entre colegas foi possível presenciar nos diversos turnos realizados, onde o enfermeiro especialista se destacou, principalmente numa época de muitos colegas recém-chegados, pelo exemplo e pela sensibilização para utilização do sistema interno de notificação. O enfermeiro especialista, pela sua postura proativa, atuou como dinamizador deste processo: exemplificando, em cada oportunidade, o registo no sistema interno de notificações, reforçou que cada destes registos proporciona uma análise colaborativa da equipa e a definição de ações preventivas.

Por último, o quinto pilar refere-se a “Práticas seguras em ambientes seguros”, que enfatiza o rigor na identificação doente, assim como evicção de erros na administração de medicação e redução ao mínimo de infeções associadas aos cuidados de saúde (Lebre et al., 2022)

Durante o estágio, constatou-se que estas problemáticas são tratadas com rigor, sendo alvo de auditorias sistemáticas. Assim, em relação à identificação positiva e inequívoca dos doentes é uma prática adotada, utilizando-se, pelo menos, dois dados de identificação (por exemplo, nome completo e data de nascimento), em conformidade com a norma nº 018/2011 da DGS, que estabelece as regras para a identificação dos doentes no SNS. Considerando que o enfermeiro é responsável pela admissão do doente e pelo cuidado integral do utente, é crucial que realize a identificação positiva e inequívoca tanto no momento do acolhimento como ao longo prestação de cuidados.

Entre os principais fatores que aumentam a probabilidade de erros na identificação correta dos doentes, destacam-se: a repetição de procedimentos, o automatismo nas tarefas, a presença de pessoas com deficiências sensoriais, as mudanças de enfermaria e/ou de cama, a fadiga e as falhas na comunicação (OMS, 2007b).

O enfermeiro especialista é reconhecido pela equipa como um elemento facilitador do processo de mudança, desempenhando um papel crucial na consciencialização da equipa para a adoção de práticas seguras e funcionando como referência na disseminação de conhecimento na área. Neste contexto, o estágio revelou-se um ambiente propício para o treino e consolidação dessas competências, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Neste terceiro domínio de competências, o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e as tarefas delegadas, utilizando o estilo de liderança mais adequado a cada situação.

No sentido de promover um clima organizacional positivo, que mantenha a motivação dos profissionais e, ao mesmo tempo, que assegure a qualidade e a segurança dos cuidados,

emergem novos desafios e desenvolvimento de competências, tais como o trabalho em equipa, a coordenação de grupos e a liderança (Fernandes et al., 2021). Esta última competência reveste-se de especial importância na prática de enfermagem, permitindo ao enfermeiro especialista, numa prática avançada, orientar o seu processo de trabalho e liderar a equipa na concretização de objetivos comuns (Fernandes et al., 2021), potenciando o desempenho de cada membro da equipa e mobilizando um conjunto multifacetado de conhecimentos, habilidades e atitudes (Pires et al., 2023). A liderança assume um papel crítico na tomada de decisões em circunstâncias complexas, onde não existem soluções padronizadas (Wong et al., 2013; Carvalho et al., 2021).

Embora a definição de liderança não se encontre completamente estabelecida, assume-se como um fenómeno complexo e multidimensional, que se manifesta como um processo de influência intencional, no qual um indivíduo mobiliza competências resultantes de experiências e contextos pessoais, sendo passível de desenvolvimento contínuo (Carvalho et al., 2021; Fernandes et al., 2021).

No âmbito do estágio realizado, ficou patente a preponderância do enfermeiro especialista na organização dos cuidados de enfermagem. A função de responsável de turno era atribuída ao enfermeiro especialista a realizar turno em cada uma das diferentes valências. Neste âmbito, as competências do enfermeiro especialista abrangiam quer a organização dos cuidados prestados (incluindo delegação, supervisão e coordenação de tarefas), como a gestão dos recursos humanos e materiais, assim como a otimização das vagas entre as unidades. O papel agregador do enfermeiro especialista também era visível através da gestão de conflitos na equipa multidisciplinar. Promovendo uma comunicação aberta e assertiva, o enfermeiro especialista estimulava a criação de momentos de diálogo na equipa de enfermagem, o que prevenia distorções comunicacionais, o que muitas vezes origina conflitos. Além disso, a identificação precoce de sinais de conflito entre elementos da equipa permitiu uma intervenção antecipada evitando a escalada de tensões e mantendo a estabilidade das dinâmicas profissionais.

As ações desenvolvidas nas áreas de atuação descritas, englobam um processo de tomada de decisão constante baseada na melhor evidência disponível no momento, bem como na priorização das atividades. Tal era visível na prestação de cuidados no internamento ou na UCIC perante numa situação de emergência, como em contexto de ambulatório na discussão do plano de cuidados individualizado dos doentes em seguimento.

Na observação dos diferentes modelos comportamentais de liderança dos enfermeiros especialistas durante as várias semanas de estágio, foi possível desenvolver esta competência através da reflexão contínua, identificando-se pontos fortes pessoais e profissionais, assim como lacunas a ser colmatadas, fundamentais para a consolidação de novos comportamentos nesta área.

Não existindo um modelo de liderança ideal, deverá o enfermeiro especialista reconhecer os

diversos estilos de liderança existentes e utilizá-los conforme as características da equipa presente e da situação específica em causa (Ribeiro et al., 2006; Fernandes et al., 2021).

Os estilos de liderança podem ser genericamente classificados em duas abordagens: uma centrada nas pessoas e nas relações, que visa atingir objetivos comuns por meio de uma interação humana valorizada, e outra orientada para as estruturas e tarefas, que enfatiza a organização e a execução eficiente das atividades (Wong et al., 2013).

Um exemplo de liderança relacional é a liderança transformacional, a qual se caracteriza por um estilo fundamentado na confiança e no respeito mútuo, motivando as equipas a excederem as expectativas e a alcançarem os objetivos organizacionais (Wong et al., 2013). Este modelo integra algumas características essenciais: o líder estabelece uma ligação emocional notável e demonstra as suas convicções, desafiando os pares com padrões elevados, conferindo significado às suas tarefas e promovendo a criatividade. Também facilita oportunidades de formação e desenvolvimento de competências, através de uma orientação empática, podendo funcionar como mentor na equipa (Matsuo, 2012; Pires et al., 2023).

Em períodos de transição das equipas, verifica-se uma maior prevalência de lideranças transformacionais, enquanto que, em contextos com estruturas sociais consolidadas, predomina a manifestação de lideranças centradas nas tarefas (Matsuo, 2012).

Durante o período em que estágio foi realizado, o serviço encontrava-se num momento de transição e adaptação a um novo Enfermeiro Gestor e com integração simultânea de vários colegas. Foi particularmente importante o papel dos enfermeiros especialistas na orientação e coordenação da equipa nas diferentes áreas de trabalho. Ao acompanhar os enfermeiros tutores neste percurso foi possível observar o estabelecimento de relações de respeito e parceria, funcionando como pilares de referência nas suas áreas de especialização, demonstrando sempre disponibilidade escutar as diferentes opiniões, integrando-as na prestação de cuidados e fornecendo, por sua vez, um feedback positivo e construtivo. O estabelecimento de uma comunicação eficaz com a equipa de enfermagem contribuiu para a criação de um ambiente de trabalho positivo, que se revela mutuamente benéfico, tanto para os profissionais como para os doentes.

Numa revisão sistemática realizada, demonstraram-se associações significativas entre as práticas de liderança em enfermagem e a satisfação dos doentes. Particularmente, a liderança transformacional e a confiança na liderança estão associadas à redução de erros de medicação, quedas, hospitalizações, readmissões e tempo de internamento. Tais associações sugerem que a liderança relacional exerce influência direta nos resultados dos cuidados prestados, talvez por afetar variáveis dos recursos humanos, como experiência, rotatividade, absentismo e rácios enfermeiro/doente (Wong et al., 2013). Pode concluir-se que uma liderança de enfermagem eficaz é fundamental para a criação de ambientes com recursos e processos que previnam eventos adversos e promovam a satisfação dos doentes, através do estabelecimento de normas

claras e gestão de expectativas (Wong et al., 2013; Fernandes et al., 2021).

Para assegurar a excelência na prestação de cuidados, é fundamental que os enfermeiros especialistas adotem uma postura proativa de liderança e gestão de recursos, ajustando a sua abordagem conforme as diversas situações e contextos se apresentem.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste último domínio de competências comuns, analisa-se, tal como enunciado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019, a reflexão que possibilitou o desenvolvimento da “capacidade de autoconhecimento e assertividade, reconhecendo que interferem no estabelecimento das relações terapêuticas e multiprofissionais”, assim como “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente”, para que a sua prática seja baseada em evidência científica.

De acordo com a OE, o enfermeiro “procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (CDE, art.109º).

Os enfermeiros especialistas pela procura de atualização contínua de conhecimentos, demonstram um conhecimento superior sobre as patologias e os seus tratamentos, resultando em menos incidentes e complicações na prestação de cuidados, como também contribui para a redução dos dias de internamento (Lopes et al.,2018). A participação com maior regularidade em momentos de formação potencia também uma maior interação e colaboração com outros profissionais de saúde, o que leva a uma melhor prestação de cuidados pela integração de diferentes pontos de vista (Lopes et al.,2018). Desta forma, não só se promoveu o aprofundamento de conhecimentos baseados na evidência científica, tendo também existido a oportunidade de participar em dois momentos formativos, um sobre “Inaloterapia no tratamento não invasivo da insuficiência respiratória” e outro sobre “Boas práticas da administração de terapêutica subcutânea na HAP” (Anexo I).

Assim, através do seu envolvimento contínuo na aquisição de novos saberes, o enfermeiro especialista reconhece de forma crítica os seus limites, ajustando os cuidados prestados às necessidades reais dos doentes, assegurando cuidados especializados, seguros e competentes (Schober, 2020).

Neste sentido, sempre com o foco na melhoria dos cuidados prestados, a escolha do campo de estágio visou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades numa área clínica diferente, mas complementar da área profissional atual. Foi possível acompanhar a pessoa com doença cardiovascular em diferentes fases do seu percurso de doença, seja numa fase inicial de

diagnóstico, seja numa agudização de uma patologia já estabelecida, assim como assistir ao seu acompanhamento em ambulatório (em procedimentos eletivos, em momento consulta, hospital de dia ou em reabilitação). Esta observação e participação, associada a uma pesquisa da evidência científica mais relevante, promoveu o desenvolvimento desta competência e uma tomada de decisão mais informada e consciente.

De acordo com o International Council of Nurses, a atuação do enfermeiro especialista pode verificar-se através de cuidados diretos e indiretos. Como cuidados diretos pode incluir-se a intervenção contínua e individualizada aos doentes e famílias, com o objetivo de promover a saúde, o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida. Já os indiretos compreendem atividades que influenciam os cuidados prestados aos doentes, sem envolverem o contacto direto com as populações (como, por exemplo, o desenvolvimento de normas ou protocolos) (Schober, 2020). O enfermeiro especialista assume um papel de liderança junto dos pares através da orientação, do ensino e da consultadoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Schober, 2020).

Para que o enfermeiro especialista seja um verdadeiro facilitador nos processos de aprendizagem, de profissionais e doentes, é fundamental o exercício contínuo do autoconhecimento e da assertividade.

O foco exclusivo em competências técnicas não assegura o sucesso profissional do enfermeiro especialista, pois, principalmente com o avanço tecnológico, as competências não técnicas emergirão como o elemento diferenciador dos profissionais de saúde (Freshwater & Stickley, 2004; Marcelino et al., 2021). Para além disso, a introspeção das próprias emoções aprimora a capacidade de as gerir, enquanto a consideração das emoções alheias fortalece a empatia e sensibilidade para as necessidades dos outros (Marcelino et al., 2021).

A reflexão crítica contínua sobre a prática clínica, analisando as aptidões pessoais e sociais, constitui a ferramenta fundamental para o desenvolvimento deste equilíbrio entre a autoconsciência, inteligência emocional e prestação de cuidados (Freshwater & Stickley, 2004; Marcelino et al., 2021).

Para este percurso de desenvolvimento de autoconhecimento e de assertividade foram utilizadas estratégias como a construção de um diário reflexivo do tempo de estágio, a procura de momentos regulares de feedback dados pelos tutores, assim como o treino de uma linguagem clara e concisa na comunicação com a equipa, de forma expressar opiniões, necessidades e limites de forma clara, respeitosa e segura.

A integração dos conceitos de inteligência emocional na prática diária, permite ao enfermeiro especialista liderar e influenciar eficazmente tanto o indivíduo quanto a equipa de trabalho (Marcelino et al., 2021).

Esta área reveste-se ainda de maior importância visto o impacto positivo da inteligência emocional nos cuidados de enfermagem estar patente em diferentes áreas, tais como o

desempenho profissional (na tomada de decisão clínica e satisfação profissional), a gestão de conflitos e a liderança (Marcelino et al., 2021).

Este processo reflexivo desenvolveu-se desde o primeiro dia de contacto com o campo de estágio, até pelo desafio que a experiência em si representava. O regresso a um contexto de aprendizagem numa área tão específica e complexa e a gestão com a vida profissional e pessoal, proporcionaram a oportunidade de desenvolver estratégias de adaptação e crescimento individual. Neste processo contínuo de autodesenvolvimento, sempre numa perspetiva de auto-reflexão, evidenciou-se a capacidade de trabalhar de forma eficaz na equipa multidisciplinar, assim como a adequação da comunicação no relacionamento com os doentes e as suas famílias. A partilha de conhecimentos e experiências oriundos da prática profissional, contribuíram para o aperfeiçoamento não apenas das competências técnicas, mas, sobretudo, das competências pessoais.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Entende-se como competências específicas como aquelas “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Com a transição demográfica verificada, perante uma população mais envelhecida e o aumento da prevalência de doenças crónicas, houve necessidade de uma mudança no paradigma de prestação de cuidados, ao qual os enfermeiros deram resposta com especializações dirigidas às necessidades reais das populações (Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, 2017; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Desta forma, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica constitui uma referência imprescindível para a prevenção, a promoção de estilos de vida, a adesão ao regime terapêutico e a gestão da doença crónica, capacitando o doente não só para a vivência plena da sua condição, mas também para a reconfiguração e personalização do seu projeto de saúde, contribuindo significativamente para a melhoria para a qualidade de vida dos indivíduos (Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, 2017).

As competências específicas nesta área de especialização são “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” e “Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”, que se passam a explorar seguidamente.

CUIDA DA PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

Perante o diagnóstico de uma doença crónica e as suas consequências, face à necessidade prolongada no tempo de acesso a cuidados de saúde e manutenção da qualidade de vida, torna-se fundamental o envolvimento e participação do doente e família no acesso e aquisição de informação e conhecimentos que levem a uma tomada de decisão ponderada (George & Gomes, 2014).

A velocidade de instalação de sintomas (que se podem manifestar de forma insidiosa, subtil e irregular ao longo do curso da doença), o nível de ambiguidade na sua apresentação, o prognóstico da doença e o impacto na execução das atividades diárias decorrentes dos sintomas e dos tratamentos, constituem dimensões das doenças crónicas que evidenciam variabilidade tanto entre diferentes patologias quanto dentro da mesma condição clínica (Batista, 2016). Dessa forma, as doenças crónicas possuem o potencial de induzir modificações profundas na vida do indivíduo, com consequências negativas para a sua qualidade de vida e bem-estar (Batista, 2016).

O enfermeiro especialista tem assim um papel estratégico na promoção da autogestão e adaptação da doença crónica. Frequentemente a pessoa em situação crónica enfrenta dificuldades na incorporação das recomendações terapêuticas e, sobretudo, na sua integração no quotidiano. Este fenómeno relaciona-se, por um lado, com fatores intrínsecos aos indivíduos e, por outro, com práticas profissionais que não valorizam o conhecimento que o doente possui acerca dos seus processos de vida e de transição – elemento considerado fundamental no arsenal de conhecimento do enfermeiro para lidar com a situação (Bastos, 2013). Nesse contexto, as áreas de atenção mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem concentram-se em conceitos como o autocuidado e os comportamentos de adesão, os quais são essenciais tanto para o desenvolvimento das práticas de enfermagem quanto para a qualidade dos cuidados prestados (Bastos, 2013).

No caso da doença cardiovascular, nomeadamente na IC ou na HTAP, os doentes enfrentam obstáculos significativos no autocuidado, como a limitação física, défice no conhecimento, dificuldades no apoio social e emocional, além de que muitas vezes partilham de outras situações crónicas (Pereira et al., 2010).

Os conhecimentos e habilidades do enfermeiro especialista devem ser organizados no sentido de providenciar cuidados diferenciados, personalizados e individualizados, promovendo a compreensão deste processo e capacitando o doente para o processo de transição saúde/doença (George & Gomes, 2014).

Neste processo de transição, que se apresenta como evolutivo, espera-se uma redefinição dos objetivos de vida, com reestruturação das rotinas, aquisição de novos conhecimentos e habilidades, que em conjunto originam uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 2007).

O enfermeiro especialista assiste este processo, avaliando continuamente e identificando indicadores de processo e pontos críticos de transição (Bastos, 2013). Numa primeira fase, é importante identificar os significados atribuídos à experiência pré-transição e estabelecer conexões com o percurso subsequente (Bastos, 2013). O indivíduo realiza comparações constantes entre as capacidades que detém atualmente e aquelas que possuía antes do início da doença. Esses processos repetitivos geram um conflito interno intenso que, de forma recorrente, prejudica o seu bem-estar diário (Pereira et al., 2010). Quando se constata que, no novo percurso, as necessidades superam as capacidades e o conhecimento atual do indivíduo, impõe-se fornecer informações adicionais, expandindo o conhecimento e promovendo a consciencialização, o que irá facilitar o desenvolvimento de novas competências e habilidades, assim como a promoção do bem-estar e autocuidado. Também a construção de ambientes saudáveis, que implica a modificação do contexto, tem o intuito de criar espaços que favoreçam uma transição equilibrada e saudável. Por fim, a mobilização dos recursos disponíveis pretende otimizar os esforços terapêuticos através da utilização eficaz dos recursos pessoais, familiares e comunitários, os quais podem, direta ou indiretamente, facilitar ou, na sua ausência, dificultar o processo de transição (Meleis et al., 2000; Bastos, 2013).

Durante o tempo de estágio pode observar-se que este processo de transição é influenciado quer por fatores internos (significados atribuídos, conhecimentos adquiridos, capacidade de adaptação a uma nova vida profissional) ou externos (suporte familiar e social), tal como afirma Meleis (Meleis et al., 2000).

Foi ainda possível identificar situações clínicas onde estes pressupostos teóricos foram operacionalizados ou se evidenciava a necessidade da sua aplicação. Um primeiro aspeto relevante foi a redefinição dos objetivos de vida e reestruturação das rotinas. Perante uma agudização de uma IC já diagnosticada, o enfermeiro especialista interveio facilitando a reflexão sobre novas metas ajustadas à realidade clínica, destacando a importância da adaptação progressiva das atividades. Esta abordagem contribuiu para a reorganização das rotinas, promovendo uma transição mais consciente e estruturada. A modificação do contexto ambiental e social, embora menos tangível, foi igualmente observada. Na presença de barreiras físicas e ausência de suporte familiar adequado, o enfermeiro especialista acionou mecanismos de articulação com os serviços sociais, no sentido de adaptar o ambiente e envolver recursos comunitários, de modo a garantir um espaço seguro e favorável à continuidade dos cuidados. Observou-se ainda que doentes com uma rede de apoio sólida e uma atitude positiva demonstraram melhor adesão às intervenções e uma transição mais harmoniosa, em contraste com casos de isolamento social, onde se verificou maior vulnerabilidade emocional e dificuldades de aceitação da nova realidade. A inclusão da família no processo de preparação para a alta, promoveu maior confiança no processo de transição e diminuiu a ansiedade dos doentes perante o regresso ao domicílio.

O acompanhamento ao longo deste processo só se torna possível se o enfermeiro especialista

se encontrar munido de técnicas de comunicação que possibilitem uma transmissão e receção correta da informação.

A utilização da escuta ativa é uma dessas ferramentas. Entende-se como escuta ativa um ato intencional de atenção plena que estabelece um ambiente emocionalmente acolhedor e isento de julgamentos (Ferreira Coelho et al., 2020; Malta & Carmo, 2020). Neste contexto, o indivíduo que se expressa tem a oportunidade de se reconhecer por meio do reflexo proporcionado pelo ouvinte, promovendo assim uma compreensão mais profunda de si mesmo (Malta & Carmo, 2020). Essa abordagem facilita a compreensão mútua e reforça o sentimento de respeito, conferindo à pessoa a percepção de que está verdadeiramente a ser ouvida. A operacionalização da escuta ativa dá-se através de um conjunto de estratégias, que incluem o uso intencional do silêncio e, em determinadas situações, a utilização do toque, contribuindo para a eficácia desta prática na relação interpessoal (Ferreira Coelho et al., 2020).

A DGS recomenda também outros métodos facilitadores da comunicação e promotores da literacia em saúde, centrados no doente (Freitas et al., 2019). O método *Teach-Back* é uma forma útil de confirmar se a informação dada está a ser compreendida, pedindo à pessoa que, pelas suas palavras, explique o que lhe foi dito pelo profissional, garantindo não só que a informação é entendida corretamente, como esclarecendo no momento qualquer tipo de mal-entendido. (Freitas et al., 2019; NHS Scotland, 2021; Talevski et al., 2021). Após várias repetições, se se mantiverem as dificuldades na compreensão, podem implementar-se outros métodos ou utilizá-los simultaneamente, como, por exemplo, o método *Chunk and Check*. Esta técnica divide a informação dada em blocos mais pequenos, confirmando entre cada um deles a compreensão do que é transmitido, o que facilita a assimilação de conteúdos mais complexos (Freitas et al., 2019; NHS Scotland, 2021). Em todas elas, a utilização de linguagem simples é essencial, evitando a utilização de termos técnicos.

A literacia em saúde está intrinsecamente relacionada com os conhecimentos e competências dos indivíduos, potenciada por uma comunicação eficaz. Define-se literacia como "o grau em que os indivíduos possuem a capacidade de obter, processar e compreender a informação e os serviços essenciais de saúde necessários para tomar decisões informadas" (Freitas et al., 2019). Este conceito pressupõe a existência de competências em leitura, audição, análise crítica e tomada de decisão, bem como a habilidade para aplicar essas competências em contextos de saúde. No contexto da IC, a literacia em saúde abrange, por exemplo, a capacidade de interpretar corretamente as instruções dos medicamentos, os materiais educativos disponibilizados aos doentes e as orientações verbais transmitidas pelos profissionais de saúde. Assim, a literacia em saúde sustenta o desenvolvimento das competências necessárias para a identificação precoce de sinais de deterioração e para a tomada de decisões adequadas na gestão dos sintomas (Riegel et al., 2022).

Foi verificável ao longo de todo o estágio que a comunicação é uma das componentes mais

marcantes da prestação de cuidados e transversal a todas as competências e contextos.

A sua importância foi observada na utilização antes do início de um procedimento, eletivo ou não, no decorrer do internamento em todos os momentos de prestação de cuidados, assim como no momento da alta. Também no acompanhamento da pessoa com doença cardiovascular em contexto de ambatório, na Consulta de Promoção de Autogestão da IC ou na Consulta de Enfermagem no Programa de Reabilitação Cardíaca, onde o principal objetivo é a capacitação da pessoa com doença crónica e sua família, potenciando o seu bem-estar e o autocuidado, prevenindo complicações, incapacidades e hospitalizações, enquanto facilita o processo de adaptação, o que contribui de forma positiva para a melhoria da sua qualidade de vida (Marques et al., 2016; OE, 2021a). Em cada uma destas etapas, o enfermeiro especialista assegura uma comunicação planeada, sistemática e centrada no doente, essencial para capacitar e acompanhar o doente e a sua família ao longo de todo o processo de transição, contribuindo para a melhoria do autocuidado, prevenção de complicações e redução de reinternamentos.

No caso das consultas citadas e tratando-se de consultas especializadas, tal como preconiza a OE, deverá ser realizada por um enfermeiro especialista (OE, 2021a), o que se verifica neste serviço.

Através da metodologia científica, o enfermeiro elabora o processo de enfermagem, que inclui a colheita de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, assim como a avaliação de resultados. O planeamento é constantemente reformulado, sempre que necessário (OE, 2021a).

Para que se consiga que a consulta de enfermagem seja, não só eficiente, como centrada na pessoa, deve promover-se um ambiente confortável e empático, que respeite a individualidade e a privacidade da pessoa (Phaneuf, 2005; Quartilho, 2021). Além disso, uma estruturação prévia da consulta promove uma gestão mais eficiente do tempo disponível e facilita a recolha e a partilha de informação precisa, permitindo que ambos os intervenientes abordem os tópicos prioritários, minimize a possibilidade de omissão ou esquecimento de aspetos relevantes, assim como garante que o doente se sinta plenamente envolvido em todo o processo (Quartilho, 2021).

Contudo é necessário ter em conta condicionantes que podem contribuir para que as orientações recebidas não sejam assimiladas, como a idade avançada, o excesso de informações, a ansiedade, a falta de interesse ou motivação, a importância dada às informações recebidas e diferenças culturais (Phaneuf, 2005; Freitas et al., 2019; Wolderslund et al., 2021; Quartilho, 2021). A consulta de enfermagem compreendendo o seu processo de capacitação deve combinar diferentes métodos e estratégias para a aquisição de conhecimentos, habilidades e comportamentos de saúde, nomeadamente a utilização de materiais educativos adaptados e, de preferência, personalizáveis, complementados com explicações verbais da informação, de modo a validar a aquisição de conceitos pelos métodos já descritos (*Teach-Back*

e *Chunk and Check*), deixando sempre espaço para possíveis questões por parte do doente. (Bhattad & Pacifico, 2022).

Baseada na teoria de médio alcance de Meleis, a Teoria Situacional de Barbara Riegel como modelo de autocuidado na IC serve de modelo ao acompanhamento dos doentes na Consulta de Promoção de Autogestão da IC. Este modelo conceptual diferencia dois eixos fundamentais: a manutenção do autocuidado e a sua gestão, os quais englobam comportamentos essenciais, como a monitorização dos sintomas, a adesão ao tratamento e a tomada de decisão. O modelo estrutura-se em cinco fases sequenciais: (1) reconhecimento da alteração no estado de saúde; (2) avaliação dessa alteração; (3) decisão de intervir; (4) implementação de uma estratégia terapêutica; e (5) avaliação dos resultados da intervenção. A fase inicial concentra-se na manutenção do autocuidado, enfatizando a monitorização dos sintomas e a adesão ao tratamento, enquanto as fases subsequentes correspondem à gestão do autocuidado, na qual os indivíduos identificam e respondem aos sintomas, desenvolvendo, progressivamente, a confiança (autoeficácia) que influencia positivamente o seu comportamento (Riegel & Dickson, 2008; Riegel et al., 2022).

A avaliação realizada foca-se tanto nos fatores precipitantes da IC, como nas suas consequências. A monitorização contínua torna-se imprescindível, dada a volatilidade do estado clínico e o risco elevado de alterações rápidas (Marques et al., 2016). Tanto a monitorização quanto as intervenções incluem estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Para otimizar as intervenções não farmacológicas, é fundamental recorrer a instrumentos que permitam uma avaliação objetiva dos doentes, sustentando uma tomada de decisão baseada em pressupostos rigorosos (Marques et al., 2016). São exemplos usados nesta consulta a “Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca” (analisa o autocuidado nas capacidades de manutenção, gestão e autoconfiança (Marques et al., 2016)), “Duke Activity Status Index” (avalia a capacidade funcional (Coutinho-Myrrha et al., 2014)) e “Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire” (avalia a qualidade de vida (Bilbao et al., 2016)). A utilização de instrumentos de avaliação, não só demonstra uma prática baseada em evidência promovendo a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família, como otimiza o processo de recolha de dados, principalmente em domínios mais complexos.

Neste acompanhamento educacional da pessoa com IC, aborda-se também a definição e etiologia da IC, assim como o seu prognóstico, no sentido de definir metas e objetivos realistas. Muito valorizado também são as intervenções que capacitam os doentes a gerir a sua sintomatologia. São enumerados quais os sinais e sintomas da IC e é incentivado o registo do peso diariamente e a sua interpretação. São dadas indicações para reconhecer um aumento de peso súbito (>2kg em 3 dias) (McDonagh et al., 2021), assim como proceder perante isso (dependendo do momento da sua transição e autogestão da doença, o enfermeiro especialista poderia dar indicação para um contacto com a equipa multidisciplinar ou fazer ajuste de diurético). Saber interpretar os sinais e sintomas e agir corretamente perante os mesmos, é um

indicador de processo importante (Schumacher & Meleis, 2007).

Adicionalmente, o enfermeiro especialista, através de uma ação sistemática e direcionada, intervém em alguns dos fatores de risco cardiovasculares associados à IC. São abordados os cuidados com alimentação, evitando ingestão excessiva de líquidos e sódio, assim como consumo de álcool, que se encontra contraindicado. Também o incentivo à atividade física é um ponto importante, sendo indispensável o doente compreender quais os benefícios do exercício adaptado à sua condição. Relativamente ao tratamento farmacológico, em todas as consultas era revisto e atualizado o guia de tratamento entregue na consulta anterior, verificando o conhecimento relativamente a cada um dos fármacos (nome, dose, indicações e efeitos secundários). Por último, a cessação tabágica, no caso de ser necessária, era também alvo de intervenção (tendo como base o conhecimento de estratégias para mudança comportamental, como a entrevista motivacional com recurso ao “Algoritmo de Intervenção Breve 5A” ou encaminhamento para consulta de especialidade).

Este programa de acompanhamento foi delineado pelos enfermeiros especialista alocados à consulta, tendo por base recomendações nacionais e internacionais (McDonagh et al., 2021; de Brito Homem et al., 2022).

MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA/CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

Neste processo de vivência da transição saúde/doença, o enfermeiro especialista emerge como gestor dos processos terapêuticos e adaptação à doença, através da mobilização de conhecimentos, da antecipação de complicações resultantes da doença crónica, da promoção de ambientes seguros, fomentando sempre a adesão ao regime terapêutico (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Se inicialmente se associava ao conceito de adesão terapêutica apenas o cumprimento do tratamento farmacológico, percebeu-se ao longo do tempo que se tratava de uma dimensão bem mais abrangente. A OMS define adesão terapêutica como o “comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida”, coincidentes com as recomendações de um profissional de saúde (OMS, 2003). Esta ação voluntária engloba não só a toma de medicação, como também a presença em consultas médicas, mudanças de comportamentos e cumprimento da vacinação. Estima-se que a adesão a planos terapêuticos prolongados no tempo ronde os 50% (OMS, 2003). O peso da adesão ao regime terapêutico assume uma importância crescente na pessoa portadora de doença crónica, nomeadamente na doença cardiovascular, dado que a não adesão ao tratamento influencia negativamente o prognóstico da mesma, assim como coloca em risco a segurança do doente. (OMS, 2003; Nascimento et al., 2025).

Contudo, se não existir uma verdadeira consciencialização dos profissionais de saúde para compreender a complexidade desta temática, as intervenções e os planos terapêuticos não estarão alinhados com as reais necessidades do doente. O sucesso de um tratamento depende em igual medida da eficácia deste, como da adesão ao mesmo (OMS, 2003).

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial. A mesma pessoa em momentos diferentes da sua doença pode oscilar entre o cumprimento e o incumprimento do plano terapêutico recomendado. Pode também considerar-se a não adesão como intencional (quando existe uma decisão deliberada sobre o não cumprimento) e não intencional (quando apesar de compreender a importância do mesmo, ainda assim mantêm-se lacunas) (OMS, 2003; Dias et al., 2011).

As principais barreiras que comprometem esta adesão estão bem identificadas. A primeira delas refere-se a fatores sociais e culturais, que inclui o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos medicamentos, a distância a estabelecimentos de saúde e as crenças culturais. (OMS, 2003; Dias et al., 2011). Ao longo do tempo de estágio, pôde observar-se uma grande heterogeneidade na formação académica e ocupação profissional. Embora a formação académica superior se encontre associado a uma maior adesão (Pham et al., 2022), assistiu-se a diversas situações em que, doentes licenciados, a exercer profissões diferenciadas, não só não reconheciam a relação entre a doença cardiovascular e o regime terapêutico, nomeadamente a prática de atividade física, como desvalorizavam a sua influência no prognóstico. No contacto com estes doentes, é essencial o enfermeiro especialista avaliar o conhecimento prévio do doente sobre a doença cardiovascular e o regime terapêutico e identificar oportunidades de melhoria.

Um outro conjunto de fatores refere-se às equipas e instituições de saúde, nomeadamente o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, a taxa de participação, o acesso aos medicamentos, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre doenças crónicas, assim como a difícil comunicação entre profissionais e doentes (OMS, 2003; Pham et al., 2022). Embora as questões major de organização, como a distância aos serviços de saúde, serem mais complexas de solucionar, o enfermeiro especialista pela sua natureza de procura e atualização de conhecimentos baseada na evidência mais recente, encontra-se preparado para informar e apoiar a pessoa com doença crónica. No serviço em questão, pôde observar-se a importância dada ao acesso a uma via de comunicação rápida entre os profissionais de saúde e os doentes com IC avançada seguidos em consulta. Ter a opção de contactar telefonicamente todas as manhãs de 2^a a 6^a feira o serviço, dá ao doente uma sensação de apoio contínuo, que possibilita não só esclarecer dúvidas e inquietações, como também antecipar agudizações. Igualmente as consultas de seguimento são uma ferramenta importante para manter uma estreita ligação com o doente e criar momentos de capacitação. Uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e o estabelecimento de uma relação terapêutica centrada no doente encontra-

se associada a maiores níveis de adesão (OMS, 2003; Nascimento et al., 2025).

Fatores relacionados com a doença índice e comorbilidades interferem também na adesão. A presença e gravidade dos sintomas, a eventual existência de incapacidade física, psicológica, social e profissional e o impacto que esta representa na sua vida são alguns exemplos. Também viver com mais do que uma doença crónica em simultâneo afeta o comportamento de adesão (OMS, 2003; Dias et al., 2011). Diferentes patologias concomitantes, foi o mais observado ao longo de todo o tempo de estágio. Além da patologia cardiovascular, encontravam-se frequentemente associadas Diabetes Mellitus, Doença Renal Crónica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, Dislipidemia, Depressão, Obesidade e Neoplasias de diferentes etiologias. O peso da associação de duas ou mais patologias no quotidiano do doente é intenso, uma vez que a gestão dos sinais, sintomas e regimes terapêuticos torna-se complexa. Uma das estratégias observadas na prática, foi a capacitação do doente para a interligação, por exemplo, entre a IC e a Hipertensão Arterial, demonstrando após como o cumprimento de regime terapêutico proposto pode beneficiar ambas as patologias. A presença de várias patologias remete para regimes medicamentosos extensos e por vezes complexos, o que nos remete para o conjunto de fatores seguintes.

Os fatores relacionados com o tratamento em si apresentam-se como relevantes. Planos terapêuticos complexos, longos e frequentemente alterados associam-se a uma menor adesão, assim como a ausência imediata dos sintomas e a presença de efeitos secundários, principalmente se o acesso aos profissionais de saúde estiver dificultado (OMS, 2003; Pham et al., 2022). Cientes da importância da manutenção do regime medicamentoso, esta era uma das áreas abordadas nos diferentes níveis de cuidados. Em todas as consultas de enfermagem (Promoção de Autogestão da IC ou no programa de Reabilitação Cardíaca) a revisão da terapêutica instituída, com atualização por escrito da folha de medicação era prática comum. Além da informação mais recente ficar registada, eram analisados cada um dos medicamentos dando ênfase ao nome, dose e instrução de administração. Também no internamento, este tema era abordado, preparando desde logo o momento da alta e antecipando constrangimentos. Enquanto internados, a adesão a todas as recomendações é elevada (Dias et al., 2011) (seja pelos sintomas exacerbados, seja pelo receio de sequelas futuras), pelo que a adequação para o domicílio é fundamental para a manutenção da adesão. Exemplos disso são o ajuste do horário de fármacos diuréticos de acordo com a organização do quotidiano ou a escolha de fármacos de toma diária em detrimento dos que têm mais que uma toma diária (por exemplo, a escolha do hipocoagulante).

Por último, encontram-se fatores relacionados com o doente, onde se destacam os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as percepções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer atuais, e as expectativas do próprio. Estão também incluídas a motivação e a autoeficácia para gerir o regime terapêutico (OMS, 2003; Dias et al., 2011). Características como idade e género não parecem estar associadas a uma pior adesão (OMS, 2003). Ao longo

do tempo de estágio foi possível verificar que existiam diversos momentos em que os doentes se sentiam assoberbados pela quantidade de informações e recomendações que eram fornecidas ou pesquisadas, o que não facilitava a integração dos conhecimentos. Perante isso, o enfermeiro especialista selecionava uma área de atenção (por exemplo, a cessação tabágica ou os hábitos alimentares) e trabalhava a sua capacitação. Isto permitia que o doente se focasse num ponto específico e vendo os progressos alcançados melhorasse a sua autoeficácia.

Todas as estratégias e intervenções que visam a promoção da adesão ao regime terapêutico devem ser individualizadas, resultando de uma negociação entre o doente e os profissionais de saúde (OMS, 2003). Sempre que possível, a obtenção do apoio da família e de amigos, constitui uma estratégia importante para garantir o autocuidado (Pham et al., 2022).

Um outro fator identificado como facilitador da adesão ao regime terapêutico é a participação em programas de reabilitação cardíaca, os quais oferecem um ambiente seguro e estruturado para a prática de atividade física (Nascimento et al., 2025). Estes programas não só contribuem para a consolidação de uma rotina de exercícios, como também fornecem incentivo e apoio especializado, elementos essenciais para a manutenção da motivação dos doentes. Para além disso, a monitorização e supervisão contínua por profissionais de saúde durante os exercícios asseguram não apenas a segurança, mas também a eficácia do regime terapêutico implementado (Nascimento et al., 2025).

Tal como já descrito, o serviço onde foi realizado este estágio integra uma Unidade de Prevenção e Reabilitação Cardíaca, a qual dispõe de um programa de intervenção que abrange os doentes referenciados após um evento agudo, maioritariamente após enfarte agudo do miocárdio. Esta referenciação pode ser realizada por qualquer elemento da equipa multidisciplinar. Foi possível observar no internamento, que o enfermeiro especialista se encontra desperto para esta referenciação, identificando quais os doentes que poderiam beneficiar do programa na sua adaptação à nova condição. Este programa decorre num período entre 6 e 8 semanas num formato presencial, havendo também a possibilidade de um modelo híbrido, em que apenas 3 a 4 semanas são presenciais e as restantes são no domicílio com monitorização remota. A equipa multidisciplinar é composta por médicos especialistas em Cardiologia e Medicina Física e de Reabilitação, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga e assistente social.

Na consulta de enfermagem adstrita a este programa, além das avaliações de parâmetros vitais e dados antropométricos, é realizada uma avaliação inicial englobando conhecimentos prévios sobre a doença cardiovascular, regime terapêutico, hábitos de exercício e alimentação, assim como consumos de substâncias (álcool e tabaco). O programa acontece sempre duas vezes por semana e em todas as sessões é feita avaliação pelo enfermeiro especialista. Após o tempo total do programa, numa fase inicial, só estava programado uma nova avaliação um ano após o início do programa. Com o amadurecimento da intervenção e após análises dos dados

disponíveis, instituiu-se uma consulta de enfermagem aos seis meses. O motivo para esta alteração tem a ver com o objetivo de manter a proximidade da equipa de enfermagem aos doentes com patologia cardiovascular. Verificava-se nas consultas anuais um retrocesso a vários níveis, nomeadamente a cessação tabágica e a frequência do exercício físico. Após um enfarte agudo do miocárdio, a interrupção do tabagismo está associada a uma redução significativa no risco de um novo evento cardiovascular, diminuindo de 30% para 10% ao longo de um ano (de Brito Homem et al., 2022). No entanto, evidência indica que aproximadamente um terço a metade dos doentes retomam os hábitos tabágicos entre seis meses e um ano após o evento (McDonagh et al., 2021). Assim, torna-se imperativo implementar intervenções contínuas que incluam aconselhamento e suporte psicológico e/ou farmacológico, com o objetivo de manter a cessação tabágica e reduzir o risco de recorrência de eventos cardiovasculares (de Brito Homem et al., 2022).

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A vivência da doença crónica é uma experiência única e individual, que afeta todos os domínios da pessoa, criando momentos de rutura a nível pessoal, profissional, familiar e social ao longo deste percurso, o que leva à necessidade de uma constante adaptação.

A realização do estágio em contexto profissional, seguido da realização deste relatório, possibilitou observar que a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica demonstrou ser um elemento crucial na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados a estes doentes.

A mobilização integrada das competências comuns e específicas – que abrange não só a excelência técnico-científica, mas também uma comunicação eficaz, a liderança e influência das equipas multidisciplinares, a tomada de decisão e gestão de conflitos de situações complexas, sempre baseado em princípios éticos e deontológicos – permitiu o desenvolvimento contínuo de habilidades indispensáveis à prática de enfermagem avançada.

Também relevante para o desenvolvimento destas competências, foi o processo de tomada de decisão explanado na apresentação dos casos clínicos. As necessidades individuais de cada doente foram identificadas, o que permitiu delinear um plano de cuidados personalizado, orientado para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da tolerância à atividade, bem como para a capacitação para o autocuidado. Foram ainda detetados obstáculos potenciais à adesão ao regime terapêutico. Centrando-nos no papel do enfermeiro especialista nestes casos concretos, e para dar resposta aos diagnósticos previamente identificados, foi identificado um conjunto de intervenções referentes a áreas prioritárias em que o enfermeiro especialista pode ser um elemento diferenciador na facilitação da transição saúde/doença, focadas na ação, no ensino e na instrução no âmbito da conservação de energia, gestão da oxigenoterapia e administração de terapêuticas. Apesar da limitação temporal inerente ao estágio, verificou-se uma evolução face aos diagnósticos iniciais, traduzida em ganhos mensuráveis nos domínios do sistema cardiovascular e da conservação de energia. Estes resultados refletiram-se no aumento da autonomia dos doentes e na manutenção da estabilidade clínica, fatores determinantes para a melhoria da sua qualidade de vida.

A experiência adquirida, fundamentada numa reflexão crítica constante e na prática baseada na melhor evidência disponível, propiciou uma renovação constante dos saberes e uma consolidação dos processos de tomada de decisão, promovendo, assim, uma abordagem individualizada e centrada na pessoa. Este desenvolvimento de competências é um processo gradual de compreensão, de interiorização e aperfeiçoamento das mesmas, não sendo um

processo terminado havendo ainda espaço para melhorar mais em várias áreas.

A escolha de um local de estágio díspar da realidade profissional, levou a que este momento fosse ainda mais enriquecedor, favorecendo a superação de novos desafios.

Apesar das dificuldades inerentes à conciliação entre as exigências do estágio e as responsabilidades profissionais, pessoais e familiares, os objetivos inicialmente delineados foram alcançados, refletindo um impacto positivo na capacitação e adaptação da pessoa com doença cardiovascular.

Em suma, este percurso evidencia o contributo significativo do enfermeiro especialista para a transformação dos cuidados de saúde, reforçando a necessidade de uma prática diferenciada e em constante evolução, capaz de responder às necessidades emergentes do sistema de saúde e de promover a melhoria dos cuidados prestados, além da satisfação dos doentes e famílias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. J. C. P. de. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau.

Barst, R. J., Rubin, L. J., Long, W. A., McGoon, M. D., Rich, S., Badesch, D. B., Groves, B. M., Tapson, V. F., Bourge, R. C., Brundage, B. H., Koerner, S. K., Langleben, D., Keller, C. A., Murali, S., Uretsky, B. F., Clayton, L. M., Jöbsis, M. M., Blackburn, S. D., Shortino, D., & Crow, J. W. (1996). A Comparison of Continuous Intravenous Epoprostenol (Prostacyclin) with Conventional Therapy for Primary Pulmonary Hypertension. *New England Journal of Medicine*, 334(5), 296–301. <https://doi.org/10.1056/NEJM199602013340504>

Bastos, F. S. (2013). A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico [doctoralThesis]. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>

Batista, J. V. A. (2016). Adaptação à doença crónica. Universidade do Porto.

Beckmann, T., Shelley, P., Patel, D., Vorla, M., & Kalra, D. K. (2022). Strategizing Drug Therapies in Pulmonary Hypertension for Improved Outcomes. *Pharmaceuticals*, 15, 1242. <https://doi.org/10.3390/ph15101242>

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

Benner, P., & Tanner, C. (2009). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics (2a). Springer Publishing Company.

Bernshteyn, M. A., & Masood, U. (2025). Pantoprazole. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499945/>

Bhattad, P. B., & Pacifico, L. (2022). Empowering Patients: Promoting Patient Education and Health Literacy. *Cureus*, 14(7), e27336. <https://doi.org/10.7759/cureus.27336>

Bilbao, A., Escobar, A., García-Perez, L., Navarro, G., & Quirós, R. (2016). The Minnesota living with heart failure questionnaire: Comparison of different factor structures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 23. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0425-7>

Bradley A. Maron, Steven H. Abman, C. Greg Elliott, Robert P. Frantz, Rachel K. Hopper, Evelyn M. Horn, Mark R. Nicolls, Oksana A. Shlobin, Sanjiv J. Shah, Gabor Kovacs, Horst Olschewski, & Erika B. Rosenzweig. (2021). Pulmonary Arterial Hypertension: Diagnosis, Treatment, and Novel Advances. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 203(12), 1472–1487.

<https://doi.org/10.1164/rccm.202012-4317SO>

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. WHO Regional Office for Europe.

Caldas, L., & Gomes, L. B. (2021). Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidados. Em Guia Prático para a Segurança do Doente (pp. 79-89).

Carvalho, B., Santos, N. R., & Pais, L. (2021). Intervenções para o Desenvolvimento de Liderança em Enfermagem: Uma Revisão Sistemática de Literatura. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/30339/1/2021Gestin22art02.pdf>

Coggins, A., Santos, A. D. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: An observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica—Na área de enfermagem, à pessoa em situação paliativa—Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória—Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Compagnucci, P., Casella, M., Bagliani, G., Capestro, A., Volpato, G., Valeri, Y., Cipolletta, L., Parisi, Q., Molini, S., Misiani, A., & Russo, A. D. (2022). Atrial Flutter in Particular Patient Populations. *Cardiac Electrophysiology Clinics*, 14(3), 517-532. <https://doi.org/10.1016/j.ccep.2022.05.002>

Coutinho-Myrrha, M., Fernandes, A., Araújo, C., Hlatky, M., Pereira, D., & Britto, R. (2014). Duke Activity Status Index for Cardiovascular Diseases: Validation of the Portuguese Translation. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 102(4), 383-390. <https://doi.org/10.5935/abc.20140031>

D'Alto, M., Badagliacca, R., Argiento, P., Romeo, E., Farro, A., Papa, S., Sarubbi, B., Russo, M. G., Vizza, C. D., Golino, P., & Naeije, R. (2020). Risk Reduction and Right Heart Reverse Remodeling by Upfront Triple Combination Therapy in Pulmonary Arterial Hypertension. *CHEST*, 157(2), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.09.009>

de Brito Homem, F., Caetano, A. P. M., Reveles, A. F., Martins, H. I. F., de Sousa, J. P., Rodrigues, L. M. M. A., & de Azevedo, T. S. (2022). Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular (1a). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>

Delcroix, M., & Howard, L. (2015). Pulmonary arterial hypertension: The burden of disease and impact on quality of life. *European Respiratory Review*, 24(138), 621-629.

<https://doi.org/10.1183/16000617.0063-2015>

Despacho n.º 9276/2022 de 28 de julho (2022). Estrutura curricular e do plano de estudos do 2.º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República no 145, série II (28-07-2022) 156 - 158. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9276-2022-186770913>

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 40, 201-219.

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030—Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2015). Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia (Norma nº 018/2011). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/cuidados-respiratorios-domiciliarios-prescricao-de-oxigenoterapia/>

Direção Geral de Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (001/2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central (Norma Clínica: 022/2015). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Durdu, H., Demir, R., Zeren, M., Basturk, P., Arabaci, H. O., Sinan, U. Y., & Kucukoglu, M. S. (2023). Evaluation of primary and accessory respiratory muscles and their influence on exercise capacity and dyspnea in pulmonary arterial hypertension. *Heart & Lung*, 57, 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.09.015>

Emmons-Bell, S., Johnson, C., Boon-Dooley, A., Corris, P. A., Leary, P. J., Rich, S., Yacoub, M., & Roth, G. A. (2022). Prevalence, incidence, and survival of pulmonary arterial hypertension: A systematic review for the global burden of disease 2020 study. *Pulmonary Circulation*, 12(1), e12020. <https://doi.org/10.1002/pul2.12020>

European Medicines Agency. (2024). Winrevair | European Medicines Agency (EMA). <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/winrevair>

Expósito-Jiménez, A., Alcaide-Leyva, J. M., Jiménez-Mérida, M. del R., & Martínez-Angulo, P. (2024). Health communication and shared decision-making between nurses and older adults in community setting: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(8), 2922-2935.

<https://doi.org/10.1111/jocn.17152>

Fahmy, G., & Hess, J. (2025). Tadalafil. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603743/>

Fairbrother, G., Chiarella, M., & Braithwaite, J. (2015). Models of care choices in today's nursing workplace: Where does team nursing sit? Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association. <https://doi.org/10.1071/AH14091>

Fairbrother, G., Jones, A., & Rivas, K. (2010). Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. Contemporary nurse, 35, 202-220. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.35.2.202>

Farber, H. W., & Gin-Sing, W. (2016). Practical considerations for therapies targeting the prostacyclin pathway. European Respiratory Review, 25(142), 418-430. <https://doi.org/10.1183/16000617.0083-2016>

Fernandes, F. V. E. R., Contente, A. C. C. S., Guerreiro, I. F. R. A., Guerreiro, H. M. J., Gouveia, M. J. B. dos R. de P., & Melo, M. F. H. P. de. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: Revisão narrativa. Gestão e Desenvolvimento, (29), 465-482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Ferreira Coelho, J. C., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixá-Fortuño, M., & Roldan-Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (23), 63-72. <http://hdl.handle.net/10284/8918>

Ferreira, D. S. A. F., Teodoro, A. da C. M., Gaspar, L. J. R., Ferreira, M. de F. A. P., Sousa, M. do R., & da Rocha, S. M. P. (2018). Guia Orientador de Boa Prática—Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros.

Florek, J. B., Lucas, A., & Girzadas, D. (2025). Amiodarone. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482154/>

Ford, H. J., Brunetti, C., Ferrari, P., Meszaros, G., Moles, V. M., Skaara, H., Torbicki, A., & Gibbs, J. S. R. (2024). Exploring the patient perspective in pulmonary hypertension. European Respiratory Journal, 64(4), 2401129. <https://doi.org/10.1183/13993003.01129-2024>

Freitas, G., Costa, A. J., M. Arriaga, & Santos, B. D. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde—Capacitação dos Profissionais de Saúde. <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. Nursing Inquiry, 11(2), 91-98. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00198.x>

Gadea-Company, P., Casal Angulo, C., & Hurtado Navarro, C. (2023). Impact of the implementation of Identification-Situation-Background-Assessment-Recommendation (ISBAR)

tool to improve quality and safety measure in a lithotripsy and endourological unit. PLOS ONE, 18(6), e0286565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286565>

Geng, S., Zhang, L., Zhang, Q., & Wu, Y. (2024). Ethical dilemmas for palliative care nurses: Systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 004742. <https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004742>

George, F., & Gomes, S. (2014). Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-em-doencas-cronicas-pdf.aspx>

Gloria M. Bulechek, Howard K. Butchner, & Joanne Dotchtermann. (2010). NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem (5a). Elsevier.

Gomes, C. C. (2022). Bioética: Dos princípios gerais aos princípios específicos da bioética.

Griddine, A., & Bush, J. S. (2025). Ondansetron. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499839/>

Grupo de Trabalho Intersectorial para as Doenças Raras. (2025). Ação Para As Doenças Raras: Da estratégia à Pessoa 2025-2030. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/02/ACAO-PARA-AS-DOENCAS-RARAS.pdf>

Hartweg, D. (2013). Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483325842>

Health UP. (2023). 10 Boas Práticas de Identificação de Doentes. (2.a Edição).

Humbert, M., Kovacs, G., Hoeper, M. M., Badagliacca, R., Berger, R. M. F., Brida, M., Carlsen, J., Coats, A. J. S., Escribano-Subias, P., Ferrari, P., Ferreira, D. S., Ghofrani, H. A., Giannakoulas, G., Kiely, D. G., Mayer, E., Meszaros, G., Nagavci, B., Olsson, K. M., Pepke-Zaba, J. (2022). 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). Endorsed by the International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) and the European Reference Network on rare respiratory diseases (ERN-LUNG). *European Heart Journal*, 43(38), 3618–3731. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac237>

Hwang, D. Y., Oczkowski, S. J. W., Lewis, K., Birriel, B., Downar, J., Farrier, C. E., Fiest, K. M., Gerritsen, R. T., Hart, J., Hartog, C. S., Heras-La Calle, G., Hope, A. A., Jennerich, A. L., Kentish-Barnes, N., Kleinpell, R., Kross, E. K., Marshall, A. P., Nydahl, P., Peters, T., ... Hopkins, R. O. (2025). Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Critical Care Medicine*, 53(2), e465. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006549>

Infarmed. (2013). Resumo das Características do medicamento—Tadalafil.

- Infarmed. (2018). Resumo das Características do medicamento—Macitentan.
- Infarmed. (2022a). Resumo das Características do medicamento—Enoxaparina.
- Infarmed. (2022b). Resumo das Características do medicamento—Sulfato ferroso.
- Infarmed. (2022c). Resumo das Características do medicamento—Espironolactona.
- Infarmed. (2022d). Resumo das Características do medicamento—Paracetamol.
- Infarmed. (2022e). Resumo das Características do medicamento—Epoprostenol.
- Infarmed. (2022f). Resumo das Características do medicamento—Amiodarona.
- Infarmed. (2022g). Resumo das Características do medicamento—Brometo de Ipratrópio.
- Infarmed. (2023a). Resumo das Características do medicamento—Ondansetrom.
- Infarmed. (2023b). Resumo das Características do medicamento—Pantoprazol.
- Infarmed. (2024a). Resumo das Características do medicamento—Morfina.
- Infarmed. (2024b). Resumo das Características do medicamento—Furosemida.
- Infarmed. (2024c). Resumo das Características do medicamento—Metoclopramida.
- Infarmed. (2024d). Resumo das Características do medicamento—Acetilcisteína.
- Isola, S., Hussain, A., Dua, A., Singh, K., & Adams, N. (2025). Metoclopramide. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519517/>
- Jacobs, S. S., Krishnan, J. A., Lederer, D. J., Ghazipura, M., Hossain, T., Tan, A.-Y. M., Carlin, B., Drummond, M. B., Ekström, M., Garvey, C., Graney, B. A., Jackson, B., Kallstrom, T., Knight, S. L., Lindell, K., Prieto-Centurion, V., Renzoni, E. A., Ryerson, C. J., Schneidman, A., ... Upson, D. (2020). Home Oxygen Therapy for Adults with Chronic Lung Disease. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(10), e121–e141. <https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3608ST>
- Kaplan, J., Kanwal, A., Ahmed, I., & Lala, V. (2025). Reentrant Arrhythmias. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557775/>
- Ko, D., Chung, M. K., Evans, P. T., Benjamin, E. J., & Helm, R. H. (2025). Atrial Fibrillation: A Review. *JAMA*, 333(4), 329. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.22451>
- Kovacs, G., Bartolome, S., Denton, C. P., Gatzoulis, M. A., Gu, S., Khanna, D., Badesch, D., & Montani, D. (2024). Definition, classification and diagnosis of pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal*, 64(4), 2401324. <https://doi.org/10.1183/13993003.01324-2024>
- Lau, K. E., & Lui, F. (2025). Physiology, Prostaglandin I2. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562273/>

Le Boterf, G. (2005). Construir as Competências Individuais e Colectivas Resposta a 80 questões. Edições Asa.

Leber, L., Beaudet, A., & Muller, A. (2021). Epidemiology of pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension: Identification of the most accurate estimates from a systematic literature review. *Pulmonary Circulation*, 11(1), 2045894020977300. <https://doi.org/10.1177/2045894020977300>

Lebre, A., Resendes, A. R., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022, maio). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>

Lech, C. A., Betancourt, E., Shapiro, J., Dolmans, D. H. J. M., & Pusic, M. (2022). Creation and evaluation of a novel, interdisciplinary debriefing program using a design-based research approach. *AEM Education and Training*, 6(1), e10719. <https://doi.org/10.1002/aet2.10719>

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde.

Loscalzo, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Jameson, J. (2022). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 21e (21st ed, 1-2). McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3095#262858943>

Madonna, R., & Biondi, F. (2024). Sotatercept: New drug on the horizon of pulmonary hypertension. *Vascular Pharmacology*, 157, 107442. <https://doi.org/10.1016/j.vph.2024.107442>

Malta, M., & Carmo, E. D. do. (2020). A Escuta Ativa como Condição de Emergência da Empatia no Contexto do Cuidado em Saúde. *Atas de Ciências da Saúde*, 8(3), 41-51.

Marcelino, T., Pontífice-Sousa, P., & Marques, R. (2021). Estratégias promotoras da inteligência emocional nos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 39-48. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0296>

Marques, M. do C. M. P., Lopes, M. J., Rebola, E., & Pequito, T. (2016). Autocuidado no Doente com Insuficiência Cardíaca. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1).

Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma Abordagem com Futuro nos Contextos de Saúde. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.

Matsuo, M. (2012). Leadership of learning and reflective practice: An exploratory study of nursing managers. *Management Learning*, 43(5), 609-623. <https://doi.org/10.1177/1350507612440413>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1). https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/2000/09000/experiencing_transitions__an_emerging_middle_range.6.aspx

Mitrouska, I., Bolaki, M., Vaporidi, K., & Georgopoulos, D. (2022). Respiratory system as the main determinant of dyspnea in patients with pulmonary hypertension. *Pulmonary Circulation*, 12(1), e12060. <https://doi.org/10.1002/pul2.12060>

Monho, B., Ferreira, I., Ribeiro, B., Alves, S., & Maurício, M. (2019). The Communication on the Promotion of Human Dignity in Palliative Care—Challenges for Nursing. *Palliat Med Care Int J*, 2(2). <https://doi.org/10.19080/PMCij.2019.02.555585>

Murphy, P. B., Bechmann, S., & Barrett, M. J. (2025). Morphine. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526115/>

Nahar, S., Kanda, S., Chatha, U., Odoma, V. A., Pitliya, A., AlEdani, E. M., Bhangu, J. K., Javed, K., Manshahia, P. K., & Yu, A. K. (2023). Current Status of Endothelin Receptor Antagonists in Pulmonary Arterial Hypertension: A Combined Study Results and Pharmacology-Based Review. *Cureus*, 15(7), e42748. <https://doi.org/10.7759/cureus.42748>

Nascimento, M. J. H. A., Castro, R. T. R. P. de, Borba, E. de L., Marques, L. P. de P., Melo, M. de F., Vargas, F. M. V., Nascimento, T. P. C., Mendonça, D. B., Silva, P. G. L. da, Sanches, V. C. de L. C., & Touse, M. F. de S. (2025). Fatores Determinantes na Adesão à Medicação em Pacientes com Doenças Cardiovasculares: Uma Revisão Sistemática. *LUMEN ET VIRTUS*, 16(45), Artigo 45. <https://doi.org/10.56238/levv16n45-061>

Nguyen, M., & Tadi, P. (2025). Iron Supplementation. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557376/>

NHS. (2017). Home oxygen therapy. Nhs.Uk. <https://www.nhs.uk/conditions/home-oxygen-treatment/>

NHS Scotland. (2021). Teach Back.

<https://www.healthliteracyplace.org.uk/toolkit/techniques/teach-back/>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos.

OCDE. (2024). Portugal: Perfil de Saúde do País 2023. https://www.oecd.org/pt/publications/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2023_6be7d83c-pt.html

Oldroyd, S. H., Manek, G., & Bhardwaj, A. (2025). Pulmonary Hypertension. Em StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482463/>

O'Leary, Geraldine M. (2021). Pulmonary arterial hypertension An overview. Nursing, 51(11), 37-43. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000795272.64847.1b>

OMS. (2024). Non communicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Parecer do Conselho de Enfermagem No 53/2021—Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-no-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). 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. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2003). Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde. (2007a). Communication During Patient Hand-Overs—Patient Safety Solutions Vol. 1, Solution 3. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution-3-communication-during-patient-handovers.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2007b). Patient Identification—Patient Safety Solutions Vol. 1, Solution 2.

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution-3-communication-during-patient-handovers.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2009). Self-care in the context of primary health care. Report of the Regional Consultation, Bangkok, Thailand, 7-9 January 2009. WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/206352>

Organização Mundial de Saúde. (2021). 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 (1st ed). World Health Organization.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Capítulo 3—Gestão nas Organizações de Saúde (Volume 2) (pp. 147–193).

Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A. G., Harver, A., Lareau, S. C., Mahler, D. A., Meek, P. M., & O'Donnell, D. E. (2012). An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435–452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>

Pereira, A., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 7–16. <https://doi.org/10.12707/RII1049>

Pham, S. T., Nguyen, T. A., Tran, N. M., Cao, H. T. K., Le, K. K., Duong, C. X., Nguyen, T. H., Taxis, K., Dang, K. D., Nguyen, T., Pham, S. T., Nguyen, T. A., Tran, N. M., Cao, H. T. K., Le, K. K., Duong, C. X., Nguyen, T. H., Taxis, K., Dang, K. D., & Nguyen, T. (2022). Medication Adherence in Cardiovascular Diseases. Em *Novel Pathogenesis and Treatments for Cardiovascular Disease*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.108181>

Phaneuf, M. P. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. LUSOCIÊNCIA-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pires, M., Lopes, R., Caetano, C., Mota, L., & Ferreira, F. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Pitta, F., Probst, V. S., Kovelis, D., Segretti, N. O., Leoni, A. M. T., Garrod, R., & Brunetto, A. F. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Pulmonology*, 14(1), 27–47. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30217-8)

Qaiser, K. N., & Tonelli, A. R. (2021). Novel Treatment Pathways in Pulmonary Arterial Hypertension. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 17(2), 29.

<https://doi.org/10.14797/CBHS2234>

Quartilho, M. (2021). Manual de Comunicação Clínica. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-2112-8>

Queirós, P., Vidinha, T., & António, F. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (3), 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, *Diário da República* no 26, série II (06-02-2019) 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República* no 135, série II (16-07-2018) 19359-19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento no 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República* n.º 131, série II (08-07-2022) 179-182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República* n.º 184, série II (25-09-2019) 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Reinders, S., Didden, E.-M., & Ong, R. (2024). Survival, morbidity, and quality of life in pulmonary arterial hypertension patients: A systematic review of outcomes reported by population-based observational studies. *Respiratory Research*, 25(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s12931-024-02994-w>

Reynolds, E. (2020). Sistema de Classificação de Doentes SCD-E. <http://hdl.handle.net/10400.26/34281>

Ribeiro, M., Santos, S. L. dos, & Meira, T. G. B. M. (2006). Refletindo sobre liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 10, 109-115. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>

Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>

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. *The Journal of cardiovascular nursing*, Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3). https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/2012/07000/a_middle_range_theory_of_self_care_of_chronic.3.aspx

Rosenkranz, S., Howard, L. S., Gomberg-Maitland, M., & Hoeper, M. M. (2020). Systemic Consequences of Pulmonary Hypertension and Right-Sided Heart Failure. *Circulation*, 141(8), 678-693. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022362>

Sánchez, L. G. C., Garcés, E. C., & Peró, R. M. M. (2017). Ethical issues on caring for end-stage heart failure patients. *CorSalud*, 9(1).

Santos, T. (2023). Entidade Reguladora da Saúde — O Direito à Informação. <https://www.ers.pt/pt/eventos/jornadas/2023/destaques-1/o-direito-a-informacao/>

Schober, M. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_EN.pdf

Schumacher, K., & Meleis, A. (2007). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). SCLínico—Manual de Consulta Rápida. SPMS. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice* (Fourth Edition). F. A. Davis Company.

Soon, E., Treacy, C. M., Toshner, M. R., MacKenzie-Ross, R., Manglam, V., Busbridge, M., Sinclair-McGarvie, M., Arnold, J., Sheares, K. K., Morrell, N. W., & Pepke-Zaba, J. (2011). Unexplained iron deficiency in idiopathic and heritable pulmonary arterial hypertension. *Thorax*, 66(4), 326. <https://doi.org/10.1136/thx.2010.147272>

Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*, 15-26. <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>

Stormi Gale, P. (2021). The Evolving Treatment Landscape of Pulmonary Arterial Hypertension. 27. <https://www.ajmc.com/view/the-evolving-treatment-landscape-of-pulmonary-arterial-hypertension>

Talevski, J., Beauchamp, A., Wong Shee, A., Rasmussen, B., & Hilbers, J. (2021). The Teach-Back

Toolkit A Guide to the Use and Implementation of the Teach-Back Method.
https://teachback.org/wp-content/uploads/2022/02/Teach-Back-Toolkit_for-website_Sept-2021.pdf

Tikellis, G., Hoffman, M., Mellerick, C., Burge, A. T., & Holland, A. E. (2023). Barriers to and facilitators of the use of oxygen therapy in people living with an interstitial lung disease: A systematic review of qualitative evidence. *European Respiratory Review*, 32(169), 230066. <https://doi.org/10.1183/16000617.0066-2023>

Turner, S., Torabi, S., & Stilos, K. (2020). Quality dying: An approach to ICD deactivation in the hospital setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(9), 664-668. <https://doi.org/10.1177/1049909120905254>

U.S. Department of Health and Human Services. (1979). The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Verderber, S., Gray, S., Suresh-Kumar, S., Kercz, D., & Parshuram, C. (2021). Intensive Care Unit Built Environments: A Comprehensive Literature Review (2005-2020). *Herd*, 14(4), 368-415. <https://doi.org/10.1177/19375867211009273>

Weidmann-Hügler, T., & Monteverde, S. (2024). Clinical Ethics Consultation in Chronic Illness: Challenging Epistemic Injustice Through Epistemic Modesty. *HEC Forum*, 36(2), 131-145. <https://doi.org/10.1007/s10730-022-09494-8>

Wolderslund, M., Kofoed, P.-E., & Ammentorp, J. (2021). The effectiveness of a person-centred communication skills training programme for the health care professionals of a large hospital in Denmark. *Patient Education and Counseling*, 104(6), 1423-1430. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.018>

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

8. ANEXOS

Anexo I

CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Alves foi formador/a no Curso de Tratamento não Invasivo de Insuficiência Respiratória, em formato b-learning, tendo sido a componente presencial ministrada no dia 18 de outubro de 2024, no Porto. O Curso teve uma duração de 11h00.



LUÍS DUARTE COSTA

Presidente SPMI





Ferrer Internacional, S.A.

Diagonal 549, 5ª planta E-08029 Barcelona
Tel. +34 93 600 37 00 - Fax +34 93 330 80 57
www.ferrer.com

Certificate of Attendance

This is to certify that **Ms. JOANA ISABEL BESSA ALVES** with ID card number 12085557 has successfully attended and actively participated as a trainee in the online training session on **PAH Awareness and Parenteral Treprostinil Device Administration Workshop** held on **November 30th** from **14:00 to 16:00 hours**.

This training session aimed to enhance knowledge and skills related to Pulmonary Arterial Hypertension (PAH) awareness and the administration of parenteral Treprostinil, ensuring best practices and patient safety.

We acknowledge **Ms. JOANA ISABEL BESSA ALVES** commitment to professional development and appreciate her active participation in this workshop.

Date: 24th March 2025

Authorized Signatory:

Toni-Richard Nicolas Karam
Regional Director MENA, Russia, CIS

