

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A Pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crónica

The Person with compromised cardiorespiratory process

Development Project of Specialized Clinical Skills
in Nursing Medical-Surgical, in Nursing area
of People in Chronic Situation

Autor

Elisabete Maria Fernandes Franco

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Luis Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Maria Alice Correia De Brito
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Elisabete Maria Fernandes Franco

Porto, 2024

RESUMO

A doença crónica é uma condição de longa duração e progressão lenta, que inclui doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças oncológicas, VIH/SIDA, transtornos mentais e psiquiátricos e doenças osteomusculares.

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte a nível mundial. Conforme apontado pelo *Internacional Council of Nurses* (2010), estima-se que até 2030, aproximadamente 23,6 milhões de pessoas morrerão devido a essas doenças, dando destaque para as doenças cardíacas e o acidente vascular cerebral. Ao longo do meu percurso profissional, tenho tido por foco a pessoa com doença crónica, com ênfase nas doenças do compromisso do sistema cardiorrespiratório, mais especificamente na insuficiência cardíaca. As pessoas com insuficiência cardíaca enfrentam desafios diários devido às características inerentes da doença. Identificar e monitorizar os sinais e sintomas que indicam uma exacerbação da doença, concomitantemente com a gestão de um regime medicamentoso complexo, são desafios significativos para essas pessoas. Frequentemente são encorajadas a adotar práticas de autocuidado, relacionadas com o seguimento de alimentação restrita em sódio, uma monitorização regular do peso corporal, reconhecer os sinais de alerta da agudização e adquirir hábitos de vida saudáveis. Estes são comportamentos essenciais para a gestão da doença e prevenção de episódios agudos sendo o papel dos enfermeiros fundamental, auxiliando-os a enfrentar eficazmente os desafios associados à sua condição crónica.

Este relatório resulta do estágio profissional que tem por objetivo descrever o desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação crónica. A concretização do estágio permitiu atingir as referidas competências na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. Este percurso foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos que me permitiram elaborar dois planos de cuidados de pessoas com compromisso do processo cardiorrespiratório, nomeadamente na insuficiência cardíaca. A abordagem crítica e reflexiva permitiu-me tirar o melhor partido da passagem pelos contextos, na abordagem aos casos clínicos e as experiências para o desenvolvimento das competências.

Palavras-chave: Doença Crónica; Doenças Cardiovasculares, Insuficiência Cardíaca; Enfermagem; Competências.

ABSTRACT

Chronic disease is a long-lasting and slowly progressive condition, which includes cardiovascular diseases, diabetes mellitus, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, oncological disease, HIV/AIDS, mental and psychiatric disorders and musculoskeletal diseases.

Cardiovascular diseases represent the leading cause of death worldwide. As pointed out by the International Council of Nurses (2010), it is estimated that by 2030, approximately 23.6 million people will die due to these diseases, with emphasis on heart disease and stroke. Throughout my professional career, I have focused on people with chronic illnesses, with an emphasis on diseases affecting the cardiorespiratory system, more specifically heart failure. People with heart failure face daily challenges due to the inherent characteristics of the disease. Identifying and monitoring the signs and symptoms that indicate an exacerbation of the disease, concomitantly with the management of a complex medication regimen, are significant challenges for these people. They are often encouraged to adopt self-care practices, related to following a sodium-restricted diet, regularly monitoring body weight, recognizing the warning signs of exacerbation and acquiring healthy lifestyle habits. These are essential behaviors for managing the disease and preventing acute episodes, with the role of nurses being fundamental, helping them to effectively face the challenges associated with their chronic condition.

This report results from the professional internship that aims to describe the development and acquisition of common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for people with a chronic situation. Completing the internship allowed people with a chronic situation to achieve the aforementioned skills in the area of Nursing. This path was developed in two different clinical contexts that allowed me to develop two care plans for people with compromised cardiorespiratory processes, namely heart failure. The critical and reflective approach allowed me to make the most of my experience in the contexts, when approaching clinical cases and experiences to develop skills.

Keywords: Chronic Disease; Cardiovascular Diseases, Heart Failure; Nursing; Skills.

ABREVIATURAS

BB: Betabloqueadore(s)

EPICA: Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem

ESEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto

FEVE: Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

IC: Insuficiência Cardíaca

IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

IC FEr: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção reduzida

IC FEI: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção ligeiramente reduzida

IC FEp: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção preservada

IC FEm: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção melhorada

NYHA: New York Heart Association

OE: Ordem dos Enfermeiros

PN: Peptídeo Natriurético

SNS: Sistema Nervoso Central

SRAA: Sistema Renina Angiotensina Aldosterona

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. CASO CLÍNICO 1	19
3.1. Enquadramento teórico	19
3.2. Clientes	34
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	35
3.4. Domínios	39
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.5. Conceção de Cuidados	43
3.6. Especificação das intervenções	49
3.7. Síntese relativa ao caso	51
4. CASO CLÍNICO 2	57
4.1. Enquadramento teórico	57
4.2. Clientes	61
4.3. Medicação	62
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	62
4.4. Domínios	63
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	63
4.5. Conceção de Cuidados	64
4.6. Especificação das intervenções	67
4.7. Síntese relativa ao caso	69
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	75
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	89
7. BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	101

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular "Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II", integrada no curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, a decorrer nos anos letivos 2022/2023 e 2023/2024, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estágio de natureza profissional decorre do desenvolvimento e concretização de um projeto individual de competências, focado na aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação crónica, orientado à pessoa com doença cardiovascular.

No que diz respeito às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a Ordem dos Enfermeiros (OE) descreve no regulamento nº 140/2019 que são as competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da área de especialidade. São competências demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado na formação, investigação e assessoria.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, integram o cuidar da pessoa e família ou cuidadores que estejam a vivenciar a doença crónica e a otimização do ambiente terapêutico em colaboração com a pessoa em situação de doença crónica e os seus familiares ou cuidadores (OE, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, desempenha um papel crucial no processo de transição saúde/doença, tanto para a pessoa, quanto para o familiar ou cuidador. É importante destacar que, as pessoas que lidam com a doença crónica frequentemente apresentam comorbilidades e encontram-se em situações de vulnerabilidade. Os cuidados de enfermagem devem ser personalizados e adaptados às necessidades específicas de cada pessoa.

No desempenho das minhas funções como enfermeira num serviço de medicina interna, deparei-me diariamente com a crescente necessidade de adquirir competências para responder de forma eficaz às necessidades das pessoas que se encontram em situação de doença crónica.

A escolha do tema para o projeto de desenvolvimento de competências, foi motivada pelo interesse pessoal e profissional no domínio do processo cardiorrespiratório, com ênfase na insuficiência cardíaca. Esta é uma doença crónica frequentemente observada no serviço,

tornando-a um foco relevante para o estudo.

Assim, determinei como objetivo geral desenvolver competências na abordagem à pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório. Operacionalizado com os objetivos específicos tendo por base as competências transversais expressas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, designadamente:

1. Desenvolver competências na identificação do compromisso do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca;
2. Desenvolver competências na identificação de sintomas associados à descompensação cardíaca;
3. Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;
4. Desenvolver competências na gestão do regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca;
5. Desenvolver competências na gestão do regime medicamentoso da pessoa com insuficiência cardíaca;
6. Desenvolver competências no âmbito da segurança na administração dos medicamentos;
7. Desenvolver competências na prevenção do risco clínico e não clínico.

Considerando os objetivos delineados no projeto, realizou-se uma pesquisa da literatura efetuada no agregador de conteúdos *EBSCOhost Web® (CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina)*, acessível através do *website* da Escola Superior de Enfermagem do Porto, assim como nas plataformas *Pubmed®*, *Google Académico* e na literatura cinzenta. Os resultados desta pesquisa proporcionaram um conhecimento substancial, fornecendo bases essenciais para sua aplicação durante o estágio de natureza profissional, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências no cuidado a pessoas em situação crónica.

O estágio representou, uma excelente oportunidade para adquirir competências especializadas na pessoa que vivencia a doença crónica. O processo de desenvolvimento de competências foi delineado em dois contextos clínicos, sendo complementadas pela conceção de dois planos de cuidados. Essas experiências proporcionaram uma reflexão aprofundada sobre a prestação de cuidados diferenciados a estas pessoas, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento e aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, delineadas pela Ordem dos Enfermeiros.

O primeiro caso clínico corresponde ao contacto estabelecido com uma pessoa portadora de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, alvo dos cuidados de enfermagem num serviço de medicina interna, com critérios de vulnerabilidade. O segundo caso descreve o acompanhamento de uma pessoa na consulta de enfermagem, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Ambos os casos compartilham semelhanças relativamente ao quadro fisiopatológico, porém houve a necessidade de abordar aspectos específicos relacionados com a gestão do regime terapêutico, adequados às necessidades individuais de cada pessoa.

É importante salientar, que os casos clínicos abordados neste relatório foram apresentados de forma a preservar a confidencialidade das pessoas envolvidas e não foram identificadas as instituições onde foi realizado o estágio de natureza profissional.

Neste relatório descrevo os contextos clínicos onde realizei o estágio, apresento dois planos de conceção de cuidados e posteriormente explico de que forma os contextos clínicos, os casos clínicos e as experiências desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Na documentação dos casos clínicos foi utilizada a plataforma educacional *e4nursing*. Esta ferramenta possibilita a descrição do processo de conceção dos cuidados de enfermagem, tendo por base a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros.

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

As unidades curriculares "Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e Módulo II" são duas unidades curriculares de opção incluídas no plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica.

Os módulos I e II do estágio profissional foram realizados em dois contextos clínicos distintos. No meu caso, em contexto de internamento realizado num serviço de medicina interna e em contexto de ambulatório no serviço de consulta externa, na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca e no Hospital de Dia. O estágio profissional, foi realizado numa Unidade Local de Saúde (ULS) localizada na região Norte do País. No contexto de internamento, o estágio decorreu de 02 de maio de 2023 a 26 de maio de 2023 e 19 de setembro 2023 a 11 de novembro de 2023. Já em contexto de ambulatório, o estágio teve lugar entre 29 de maio de 2023 a 23 de junho de 2023 e 13 de novembro de 2023 a 19 de janeiro de 2024.

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O serviço de medicina interna, engloba 30 camas distribuídas por sete enfermarias, cada enfermaria inclui quatro camas e dois quartos individuais. No momento em que realizei o estágio de natureza profissional, a equipa médica era composta por sete médicos especialistas em medicina interna, três estudantes de medicina em formação de especialidade e dois médicos de medicina interna em formação geral. A equipa de enfermagem era composta por 21 enfermeiros, em que cinco eram enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Relativamente à organização da prestação de cuidados de enfermagem, era aplicado o método de trabalho individual. Este método implica uma abordagem de assistência, em que um enfermeiro assume a total responsabilidade pelos cuidados de enfermagem a serem prestados a um conjunto de clientes que lhe são atribuídos durante o seu turno. O rácio de enfermeiros por turno é de dois enfermeiros para o turno noturno, cinco enfermeiros para o turno da manhã e três enfermeiros para o turno da tarde. Da equipa faziam também parte 14 auxiliares de ação médica, uma assistente administrativa, uma nutricionista e uma assistente social.

Ao serviço de medicina interna, recorre uma grande diversidade de pessoas com patologia crónica, sendo as mais frequentes as doenças do foro respiratório (pneumonias, doença pulmonar obstrutiva crónica, tuberculose, gripe A e covid-19), doenças cardiovasculares, doenças renais, doenças metabólicas, hepáticas e patologia oncológica.

No que concerne aos indicadores de qualidade, o serviço de medicina interna tem dois critérios

definidos: a percentagem de incidência de úlceras por pressão adquiridas no serviço e o número de quedas ocorridas durante o internamento. Com foco no domínio do autocuidado, foram analisados os resultados do programa *Bi-Hospitalar* disponível no programa *S-Clínico*, relativamente ao mês de setembro, outubro e novembro de 2023. O *Business Intelligence* proporciona suporte para a tomada de decisões estratégicas. As ferramentas como o *Business Intelligence* analisam dados históricos e atuais, apresentando os resultados de forma visual e intuitiva. A análise dos dados proporcionou informações sobre a evolução dos clientes durante esse período. Os resultados demonstraram uma melhoria de 40,4% no domínio do autocuidado, refletindo o impacto positivo do investimento na promoção da autonomia dos clientes durante o internamento hospitalar. Por outro lado, foi identificada uma taxa de evolução negativa de 8,5% em alguns casos.

Até novembro de 2023, a equipa de enfermagem do serviço de medicina interna estava envolvida em quatro projetos: o projeto de avaliação e controlo da dor, o projeto de medicação em segurança, o projeto de nota de alta de enfermagem e o projeto *H-Lean* que adota a Metodologia de Trabalho *Lean*.

SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA - CONSULTA DE ENFERMAGEM DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E HOSPITAL DE DIA

O segundo período do estágio de natureza profissional decorreu no serviço de consulta externa, na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca e no hospital de dia.

Fazem parte da equipa de enfermagem treze elementos: três enfermeiros especialistas em reabilitação, dois enfermeiros especialistas em psiquiatria e um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, os restantes elementos são enfermeiros generalistas.

As consultas efetuadas pelos enfermeiros são na área da psiquiatria, imunoalergologia e pneumologia, insuficiência cardíaca, diabetes e endocrinologia, reumatologia, dermatologia e pequena cirurgia, otorrinolaringologia e neurologia.

Na consulta externa, é notória a limitação do espaço físico. A inexistência de gabinetes obriga à necessidade diária de identificar qual o gabinete disponível para proceder à consulta de enfermagem. Quanto aos recursos materiais, existe défice de material específico, como balanças, monitores para avaliação de parâmetros de sinais vitais e computadores para os enfermeiros realizarem os registos de enfermagem atempadamente. Na consulta externa, existem 26 gabinetes, sendo seis destinados à consulta de enfermagem.

As pessoas que são seguidas na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca, são as que apresentam insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou ligeiramente reduzida, onde é analisada com a pessoa, a gestão do regime terapêutico. Aquelas que, eventualmente

manifestem sinais de congestão cardíaca, são encaminhadas para o hospital de dia.

No que concerne ao hospital de dia, também se verifica a limitação do espaço físico para a distribuição dos clientes. Existe apenas um gabinete de enfermagem que permite uma orientação mais individualizada das pessoas, proporcionando maior privacidade no contacto estabelecido com a pessoa e/ou familiar cuidador. Relativamente à equipa de enfermagem esta é constituída por cinco enfermeiros.

No hospital de dia, as pessoas com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada são acompanhadas na consulta de medicina interna após a alta hospitalar. Neste serviço é avaliada a presença de sinais e sintomas de congestão cardíaca, e caso se justifique, é efetuado tratamento específico e posterior avaliação médica.

3. CASO CLÍNICO 1

Cliente do sexo feminino com 85 anos de idade, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e agravamento progressivo de edemas nos membros inferiores, com antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva. Ficou internada com o diagnóstico médico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada descompensada de provável etiologia hipertensiva.

3.1. Enquadramento teórico

Importa salientar que neste relatório são descritos dois estudos de caso com foco na doença cardiovascular, designadamente na insuficiência cardíaca.

O primeiro estudo de caso, refere-se a uma pessoa idosa com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e o segundo estudo de caso, envolve uma pessoa, que está a ser acompanhada na Consulta de Enfermagem de insuficiência cardíaca, devido a uma insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

As principais diferenças entre os dois casos, residem no desempenho do músculo cardíaco. A avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é importante na insuficiência cardíaca, não apenas pelo prognóstico que advém (quanto mais baixa for a FEVE, menor será a sobrevida), mas também porque, a maioria dos estudos clínicos seleciona os clientes, com base na fração de ejeção, avaliada habitualmente por ecocardiografia ou pela técnica de radionuclídeos (Homem et al., 2023).

Na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, há uma diminuição na capacidade do coração de bombear sangue para o corpo. Por outro lado, na insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, apesar da capacidade de bombeamento do coração ser mantida, há uma incapacidade de relaxamento adequado do ventrículo. Ambas as condições podem resultar em sintomas semelhantes, como dispneia e fadiga. No entanto, as abordagens de tratamento podem variar dependendo se a fração de ejeção está reduzida ou preservada.

No enquadramento teórico do primeiro estudo de caso, foi dada ênfase às principais manifestações da insuficiência cardíaca e às recomendações para um autocuidado eficaz, independentemente da classificação da doença.

No segundo estudo de caso dei ênfase às especificidades do regime medicamentoso na

insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

Globalmente, as recomendações para o autocuidado são semelhantes para as pessoas com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, ligeiramente reduzida e reduzida (Jaarsma et al., 2021), conforme irei descrever no enquadramento teórico.

Cenário: Cliente do sexo feminino com 85 anos de idade, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e agravamento progressivo de edemas nos membros inferiores e com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva. Ficou internada com o diagnóstico médico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada descompensada de provável etiologia hipertensiva.

De junho a agosto de 2023 a cliente foi internada duas vezes por pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência cardíaca descompensada e uma ida à urgência por dispneia, existindo fatores de vulnerabilidade associados como a idade avançada, suporte social comprometido, assim como antecedentes de doença cardíaca, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial. Considerando a sua condição clínica e a recorrência de internamentos, após a alta hospitalar a cliente ficará a viver com a sobrinha. Foram estabelecidos dois contatos com a cliente e com a familiar que prestará os cuidados .

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo uma das principais causas de internamento no mundo. É caracterizada pela manifestação de sinais e sintomas resultantes da diminuição do débito cardíaco e/ou do aumento das pressões de enchimento cardíaco (Junior et al., 2018).

Os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca incluem a doença arterial coronária, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus*, tabagismo e obesidade. A existência de múltiplas comorbilidades é uma das principais determinantes do prognóstico e da qualidade de vida dessas pessoas (Fonseca et al., 2018).

Em Portugal, conforme apontado pelo estudo Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca (EPICA) em 2011, a prevalência total da insuficiência cardíaca crónica, na população adulta foi estimada em 4,36%, atingiu 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% em pessoas com mais de 80 anos. Projetando para o ano de 2035, estima-se um aumento de cerca de 30% no número de pessoas com insuficiência cardíaca em relação a 2011. Essas projeções refletem as esperadas mudanças demográficas e o envelhecimento populacional, prevendo-se um substancial aumento de portugueses afetados por esta doença, possivelmente chegando a meio

milhão de pessoas até 2035 (Fonseca et al., 2018).

A insuficiência cardíaca, além de ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade, exerce um impacto significativo tanto na pessoa que vive com a doença, como na sociedade em geral. Para além disso, estima-se que as hospitalizações e a mortalidade associada à insuficiência cardíaca aumentem significativamente o impacto económico desta doença crónica. Nesse contexto, torna-se fundamental aumentar a consciencialização sobre esta síndrome clínica, promovendo o diagnóstico precoce, a referência adequada da pessoa e uma gestão eficaz da insuficiência cardíaca, com impacto na qualidade de vida das pessoas afetadas e a redução dos custos associados ao tratamento da doença (Fonseca et al., 2018).

Os autores mencionados anteriormente destacam que, os fatores que contribuem para a diminuição do número de hospitalizações incluem, melhor acompanhamento médico e/ou redução dos fatores de risco, como a hipertensão arterial, o enfarte agudo do miocárdio e o tabagismo. Além disso, destacam a importância de programas multidisciplinares dedicados à gestão da insuficiência cardíaca e do diagnóstico precoce e tratamento nos cuidados de saúde primários como estratégias para atingir esse objetivo.

A insuficiência cardíaca tem duas formas de apresentação distintas: insuficiência cardíaca crónica, que denota a natureza progressiva e prolongada da doença e a insuficiência cardíaca aguda que pode surgir subitamente ou como uma intensificação de um quadro crónico já existente (Junior et al., 2018).

A insuficiência cardíaca pode ser determinada através da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, da tolerância ao exercício físico e da gravidade dos sintomas através da Classificação Funcional da *New York Heart Association* (NYHA) e por último, pelo tempo e progressão da doença de acordo com os diferentes estágios (Bittencourt, 2019).

A classificação da insuficiência cardíaca, de acordo com a FEVE tem a sua importância na medida em que, diferem quanto à etiologia, à morbidade associada, mas principalmente ao tratamento instituído, nomeadamente nas pessoas com fração de ejeção reduzida (FEr) uma vez que se tem demonstrado que, um tratamento farmacológico eficaz reduz significativamente a morbimortalidade (Bittencourt, 2019).

Segundo Homem et al. (2023) a classificação da insuficiência cardíaca fundamenta-se na FEVE e pode ser denominada em quatro categorias:

- insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (IC FEr), caracterizada pelo facto de o ventrículo esquerdo perder a capacidade de contractilidade, impedindo que o coração não bombeie o sangue de forma eficaz. Existe a presença de sintomas da doença e a FEVE é menor ou igual do que 40%.
- insuficiência cardíaca com fração de ejeção ligeiramente reduzida (IC FEIr) pode englobar

as pessoas que se encontram em “transição” de IC FEp para IC FEr, ou vice-versa. Existe a presença de sintomas da doença e a FEVE situa-se entre os 41%-49%.

- insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (IC FEp) quando o ventrículo esquerdo perde a sua capacidade de relaxamento e o coração dessa forma não consegue encher adequadamente. Existe presença de sintomas da doença e a FEVE é igual ou superior a 50%.
- insuficiência cardíaca com fração de ejeção melhorada (IC FEm) é uma nova classificação usada para se referir às pessoas com IC FEr anterior e que agora apresentam FEVE >40%

A classificação funcional da *New York Heart Association*, conforme descrita por Bittencourt (2019), é utilizada para descrever a gravidade dos sintomas e baseia-se no grau de tolerância ao exercício. Essa classificação é composta por quatro classes (I, II, III, IV):

- classe I (assintomática): há ausência de sintomas da doença;
- classe II (sintomas leves) há uma limitação discreta na atividade física habitual;
- classe III (sintomas moderados) já existe uma marcada limitação de atividade física, a pessoa está confortável em repouso, contudo associado a esforços menores apresenta sintomas da doença;
- classe IV (sintomas graves) já não é possível a realização de qualquer atividade física sem desconforto, existindo sintomas mesmo em repouso.

Os estadios propostos pelo *American College of Cardiology/ American Heart Association* destacam a progressão da doença. Esta categorização abrange desde pessoas com risco de desenvolver insuficiência cardíaca, nos quais a ênfase recai na abordagem preventiva, até aqueles em estadios avançados que exigem terapias mais complexas, como o transplante cardíaco (Bittencourt, 2019). Essa estratificação visa direcionar as intervenções apropriadas, adaptadas ao estadio específico da doença. Os estadios da insuficiência cardíaca, enumerados pelo autor referido anteriormente, de acordo com a *American College of Cardiology/ American Heart Association* são quatro:

- estadio A: pessoas em risco de desenvolver insuficiência cardíaca, porém ainda não manifestam doença estrutural nem sintomas associados.
- estadio B: pessoas com doença estrutural, mas sem sintomas identificáveis.
- estadio C: apresentam tanto lesão estrutural quanto sintomas associados.
- estadio D: as pessoas exibem sintomas que não respondem ao tratamento convencional, necessitando de intervenções especializadas ou cuidados paliativos.

A insuficiência cardíaca surge, como resultado de agressões ao coração, que podem ocorrer de maneira súbita, como um enfarte do miocárdio ou miocardite virica, ou de forma gradual em situações como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e cardiomiopatias genéticas. Após a agressão, são desencadeados mecanismos compensatórios para lidar com a disfunção cardíaca (Junior, 2019).

Esses mecanismos implicam, a ativação de vários sistemas hormonais, sendo o sistema nervoso simpático (SNS) e o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) os mais significativos. Numa fase inicial, a ativação destes mecanismos fornecem um auxílio ao coração, mas ao longo tempo revela-se prejudicial (Junior, 2019).

O autor referido anteriormente destaca que, o sistema peptídeo natriurético é o principal mecanismo regulador, promovendo efeitos benéficos como a vasodilatação, a diurese, a natriurese e a resistência à ativação do SRAA e do SNS. Refere ainda que, a ativação neuro-hormonal provoca um aumento da frequência cardíaca e da resistência arterial periférica, isso resulta numa maior necessidade de oxigênio e no aumento da carga após a contração do coração. A presença de angiotensina II e a subsequente liberação de aldosterona, aliadas à hiperatividade simpática, desencadeiam o remodelamento cardíaco, caracterizado por dilatação e formação de fibrose miocárdica. Numa fase inicial da doença, mesmo com as alterações descritas, as pessoas podem manter-se assintomáticas, porque os mecanismos protetores são ativados.

Com o decorrer da insuficiência cardíaca, o sistema peptídeo natriurético torna-se menos eficaz devido à supremacia dos SRAA e SNS, nesta fase já ocorre a retenção de sódio e água, resultando fenômenos congestivos, que marcam o início da fase sintomática da doença, conhecida com estadio C da insuficiência cardíaca. Esta retenção de líquidos é a principal responsável pelos sintomas típicos da insuficiência cardíaca, como a dispneia e o edema (Junior, 2019).

A congestão na insuficiência cardíaca é caracterizada por, uma elevação da pressão diastólica no ventrículo esquerdo, que está associada a sinais e sintomas da doença, como a dispneia, estretos e edemas. As pessoas que apresentam sinais de congestão clínica, têm um aumento significativo do risco de mortalidade ou da necessidade urgente de um transplante cardíaco (Gheorghiade et al., 2010).

A congestão cardíaca está diretamente relacionada, com a retenção de sódio e água que na insuficiência cardíaca manifesta-se frequentemente por um aumento do peso corporal, desta forma, uma variação súbita no peso é um indicador viável do equilíbrio hídrico (Gheorghiade et al., 2010).

As manifestações da insuficiência cardíaca derivam das repercussões clínicas da inadequação do débito cardíaco e da ineficácia no retorno venoso. Dispneia, tosse, sibilos, resultam do

aumento da pressão nos capilares pulmonares devido ao fluxo ineficiente proveniente do ventrículo esquerdo. O edema nos membros inferiores e ascite manifestam-se quando o ventrículo direito não consegue distribuir eficazmente o retorno venoso sistêmico. A fadiga ocorre da inadequação do débito cardíaco para suprir as necessidades metabólicas do corpo. As náuseas, perda de apetite e palpitações decorrerem da redistribuição do fluxo sanguíneo (Kemp & Conte, 2012).

Com a evolução negativa da doença observa-se também, uma progressiva diminuição na função pulmonar, destacando-se especialmente a capacidade vital forçada e os volumes expiratórios. Nas pessoas com insuficiência cardíaca, a diminuição do débito cardíaco e a debilidade na musculatura inspiratória, geram uma concorrência entre os músculos respiratórios e periféricos pela perfusão sanguínea adequada. Acredita-se que, devido ao déficit no débito cardíaco e ao aumento do esforço, os músculos respiratórios apresentem fadiga e as pessoas manifestam um fenômeno frequentemente correlacionado ao sintoma de dispneia (Santos, 2015).

São considerados sinais de alarme de agravamento da insuficiência cardíaca, o aumento do peso corporal (aumento de dois quilogramas em três dias, ou cinco quilogramas numa semana), a dispneia e a dispneia paroxística noturna (dormir com duas ou três almofadas ou sentado) assim como a presença de edemas (Homem et al., 2023).

Desta forma, os sinais e sintomas que as pessoas com insuficiência cardíaca apresentam, por vezes, são inespecíficos, difíceis de identificar e interpretar, principalmente nas pessoas obesas, idosas e nas pessoas com doença pulmonar crônica (Ponikowski et al., 2016).

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA *versus* INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

No que se refere à IC FE_p, esta tende a manifestar-se com maior frequência em pessoas idosas, especialmente do sexo feminino. Pessoas com IC FE_p apresentam uma maior prevalência de fibrilação auricular, doença renal crônica e comorbilidades não relacionadas com o sistema cardiovascular (McDonagh et al., 2021).

Historicamente, a IC FE_p foi associada de forma exclusiva à disfunção diastólica, em contraste com a IC FE_r, que estava relacionada à disfunção sistólica. No entanto, atualmente, compreende-se que essa distinção não é tão linear, uma vez que ambos os tipos de insuficiência cardíaca, podem apresentar comprometimento tanto sistólico quanto diastólico. Múltiplos mecanismos estão envolvidos na IC FE_p, sugerindo uma complexa variedade de disfunções no

âmbito cardíaco, vascular e sistêmico e com a influência de diversas comorbidades (Fernandes et al. 2019).

A disfunção diastólica decorre de mudanças estruturais cardíacas, como a fibrose, a hipertrofia e o remodelamento cardíaco, assim como da disfunção microvascular e das anomalias metabólicas. Isso resulta não apenas em aumento das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo, mas também em alterações estruturais e funcionais a nível auricular, pulmonar e ventrículo direito por o aumento das pressões a montante. A função sistólica também é afetada, principalmente devido às alterações na relação ventrículo-vascular (Fernandes et al. 2019).

O tratamento farmacológico da IC FEp deve considerar uma condição heterógena sistêmica, com vários fenótipos clínicos, que requer uma abordagem multidisciplinar. Inicialmente, se houver sobrecarga de volume, esta deve ser tratada com o uso de diuréticos e numa segunda fase, é necessário abordar individualmente todas as condições ou comorbidades existentes, utilizando as terapias apropriadas (Jorge & Mesquita, 2019).

O tratamento não farmacológico da IC FEp, dá ênfase à atividade física e à revascularização miocárdica. As pessoas que praticam exercício físico apresentam melhorias significativas em diversos parâmetros, quando comparados ao tratamento convencional (Jorge & Mesquita, 2019).

Relativamente à revascularização cardíaca, as pessoas com IC FEp e com sintomas de isquemia e os que apresentam doença aterosclerótica coronária resistente a medicamentos podem necessitar de a realizar, melhorando a sobrevida, promovendo uma menor deterioração da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (Jorge & Mesquita , 2019).

A IC FEr tem maior prevalência em homens do que em mulheres e é caracterizada por uma morbidade e mortalidade consideráveis. Apesar dos progressos científicos no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida nos últimos anos, a morbidade e a mortalidade mantêm-se altas. A taxa de sobrevivência após a hospitalização é de apenas 25% ao fim de 5 anos (Wollmann et al., 2024)

É originada por uma lesão inicial ou condição patológica que compromete o coração, resultando na diminuição da contração ventricular, que podem ter origem cardiovascular ou inicialmente afetar outros sistemas, seguidas pelo surgimento de anormalidades cardiovasculares secundárias (Wollmann et al., 2024).

Os autores mencionados anteriormente destacam que, a doença arterial coronariana é responsável por aproximadamente dois terços dos casos de IC FEr, sendo a hipertensão o seu fator de risco mais significativo. Outras causas cardiovasculares incluem cardiomiopatias, enfarto do miocárdio, miocardite, doenças das válvulas cardíacas e infecções cardíacas. Em pessoas com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida pré-existente e estáveis, diversos fatores podem desencadear agravamento dos sintomas, descompensação clínica ou internamento hospitalar. Entre eles, destacam-se arritmias, isquemia, infecção, não cumprimento

do regime medicamento e do regime alimentar, como a ingestão excessiva de líquidos ou sódio.

A ligação entre o evento inicial, o desenvolvimento e a evolução da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida é complexa. A nível genético e molecular, podem surgir alterações na estrutura celular, como a diminuição de sarcómeros e o acúmulo de glicogénio. A IC FEr é caracterizada por anormalidades na regulação celular do cálcio e mudanças na cinética do cálcio, que alteram a contração do miocárdio. Ainda se sabe pouco sobre o que leva à transição de um estado compensado para um estado de descompensação aguda, ou sobre a base molecular que permite a alguns pessoas recuperar completamente a função ventricular, enquanto outros apresentam um agravamento clínico. No entanto, é evidente que, uma vez que os mecanismos compensatórios iniciais se tornam desadaptativos, o remodelamento cardíaco conduz à progressão para a IC FEr (Wollmann et al., 2024).

AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A conceptualização do autocuidado teve um grande incremento com, Dorothea Orem em 1956, com o desenvolvimento da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado.

O autocuidado, conforme definido por Orem (1993), é uma função humana reguladora que, a pessoa precisa realizar por si mesma, ou que pode ser realizada por outra pessoa em seu lugar, com o objetivo de manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Este é um processo que é aprendido e realizado de forma deliberada e contínua, de acordo com as necessidades individuais. Estas necessidades estão ligadas ao estadio de crescimento e desenvolvimento da pessoa, ao seu estado de saúde, às suas características de saúde específicas, à sua cultura e aos fatores ambientais.

A Teoria de Enfermagem do Défice Autocuidado é uma teoria abrangente que engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que explica o processo e a motivação das pessoas para cuidarem de si mesmas; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica a razão por que as pessoas necessitam dos cuidados de enfermagem ; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que detalha as interações necessárias para a prática eficaz da enfermagem (Orem, 1993).

Um conceito suplementar apresentado por Orem (1993) é o requisito de autocuidado, que é definido como uma ação orientada para a provisão do cuidado, ou seja, as condições fundamentais necessárias para alcançar os objetivos pretendidos. Os requisitos de autocuidado apresentam três categorias: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

A autora refere também que, os requisitos universais são manifestações de comportamentos humanos que surgem de condições internas e externas da pessoa. Estes requisitos sustentam a

estrutura e o funcionamento humano, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento humano. São comuns a todos os seres humanos ao longo de todo o ciclo vital. Os requisitos de desenvolvimento estão ligados aos processos do desenvolvimento humano, bem como às circunstâncias e acontecimentos que se verificam ao longo das várias fases do ciclo de vida. Por último, os requisitos de desvio de saúde estão relacionados com mudanças na composição corporal, genética, e desvios estruturais e funcionais, juntamente com os seus efeitos, bem como as medidas de diagnóstico e tratamento médico.

A Teoria do Autocuidado de Orem é, particularmente útil em situações onde o autocuidado é uma componente chave da gestão da condição de saúde. Esta teoria pode guiar os enfermeiros a identificar déficits de autocuidado e a desenvolver intervenções que promovam a capacidade da pessoa para cuidar de si mesmo.

Por outro lado, a Teoria das Transições de Meleis é centrada nas respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processo de saúde-doença e/ou com processos de vida, ajudando a compreender o processo adaptativo.

Esta teoria ganha particular importância, em contextos onde a pessoa enfrenta alterações substanciais na sua vida, tais como o diagnóstico de uma doença, a recuperação de um procedimento cirúrgico ou a adaptação a um novo estado de saúde. A nível pessoal e familiar, as transformações que se verificam nas identidades, funções, reações, habilidades e comportamentos caracterizam as transições. Estas podem ser transições de desenvolvimento, situacional, organizacional ou relacionadas com a saúde-doença (Schumacher & Meleis, 1994).

Os autores salientam que, as transições de desenvolvimento estão ligadas a eventos de desenvolvimento individual ou familiar. As transições situacionais estão relacionadas com situações que exigem a definição de papéis individuais ou familiares. As transições organizacionais estão ligadas a alterações no ambiente social, político e económico, bem como na estrutura e dinâmica das organizações. Por fim, a transição saúde-doença está associada à mudança abrupta de um estado de saúde para a convivência com o agravamento de uma condição de saúde ou com uma doença crónica. Os casos clínicos abordados no relatório de estágio representam a transição saúde-doença.

Ambas as teorias oferecem, ferramentas valiosas para guiar a prática de enfermagem e melhorar os resultados das pessoas que vivenciam a doença crónica. É importante lembrar que a prática de enfermagem é complexa e muitas vezes requer a aplicação de múltiplas teorias, para atender adequadamente às necessidades dos clientes.

Focalizando no autocuidado, este é considerado essencial nos cuidados de saúde e é visto como um princípio fundamental, que orienta a atividade do enfermeiro. Através das ações de autocuidado são implementadas intervenções, com o objetivo de promover a saúde, guiadas pela prática de enfermagem, ao longo de um *continuum* que abrange desde os cuidados de

saúde primários, os serviços de internamento, as unidades de longa duração e os serviços de reabilitação. Estas intervenções têm como objetivo, informar as pessoas sobre a sua condição de saúde-doença e tratamentos, bem como capacitá-las na automonitorização, na identificação de mudanças inerentes à nova condição que apresentam, na avaliação da gravidade dessas mudanças e nas opções para geri-las (Galvão e Janeiro, 2013).

No entanto, quando se trata de lidar com uma doença crónica, a pessoa é confrontada com desafios. A necessidade de aderir a um regime terapêutico à sua rotina diária pode ser difícil, e a pessoa pode não conseguir integrar as adaptações que a nova condição exige, o que pode levar à ineficácia na gestão do regime terapêutico (Oliveira, 2015).

Neste contexto, surge o conceito de Gestão do Regime Terapêutico. Este conceito abrangente inclui diversos aspetos, destacando-se a capacidade de tomar decisões em relação à modificação de um comportamento diante de alterações no estado de um sintoma ou diante de novas circunstâncias (Bastos, 2012). Assim, a Gestão do Regime Terapêutico incorpora o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessários para interpretar e agir de acordo com as necessidades específicas da pessoa.

A adesão, segundo a Classificação Internacional para a Enfermagem consiste numa ação autónoma para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, aderindo rigorosamente às orientações propostas, demonstrando total comprometimento com um conjunto de ações e comportamentos delineados. Cumpre o regime de tratamento, respeitando a prescrição medicamentosa, ajustando o comportamento para uma melhoria evidente, procura os medicamentos na data indicada, interioriza a importância de uma conduta saudável e obedece às orientações referentes ao tratamento (ICN, 2011).

Na problemática associada à manutenção com sucesso do autocuidado na insuficiência cardíaca, é importante seguir e gerir práticas específicas. Estas incluem o cumprimento do regime medicamentoso, a redução da ingestão de sódio na dieta, a prática regular de atividade física, a adoção de comportamentos de procura de saúde e a monitorização e vigilância de sinais ou sintomas que possam indicar uma deterioração da condição de saúde (Riegel et al., 2009).

Também é fundamental estabelecer contato precoce com os profissionais de saúde, ao detectar agravamento da doença e aderir rigorosamente ao regime medicamentoso prescrito. Além disso, para quem sofre de insuficiência cardíaca, é necessário adotar um estilo de vida saudável, o que inclui abster-se do tabagismo e de álcool (Riegel et al., 2009).

É relevante destacar que a descompensação da doença é o principal motivo de hospitalização. Frequentemente, as readmissões hospitalares seriam evitadas, tanto, pela pessoa portadora da doença, com a adesão ao regime terapêutico e com práticas de autocuidado, quanto, pelo sistema de saúde, com a adequada gestão pela equipe multidisciplinares (Linn et al., 2015).

Num estudo conduzido por Seto et al. (2011) com pessoas portadoras de insuficiência cardíaca, identificaram como principais obstáculos ao autocuidado a falta de informação sobre práticas como a restrição de sal e líquidos, bem como a monitorização do peso. Adicionalmente, foram destacadas as limitações financeiras, que dificultam o acesso a alimentos saudáveis, a falta de perceção dos benefícios do autocontrolo e uma autoeficácia reduzida. Estas áreas emergem como alvos essenciais para o desenvolvimento, visando a melhoria do autocuidado naqueles que padecem de insuficiência cardíaca.

Assim sendo, Bettencourt et al. (2021) indicam que a educação e as orientações para a pessoa e para o cuidador devem incluir os seguintes tópicos: adesão à terapêutica farmacológica, padrão alimentar, padrão de exercício físico, cessação tabágica, monitorização de tensão arterial, pulso e peso corporal, monitorização de sinais de agravamento da insuficiência cardíaca (aumento da dispneia, cansaço, edemas e aumento do peso corporal) e por último, o auto-ajuste de diuréticos.

REGIME TERAPÊUTICO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O regime terapêutico na insuficiência cardíaca, é uma componente essencial para a gestão eficaz desta condição clínica complexa. Esta abordagem abrange uma série de medidas terapêuticas, com o objetivo de minimizar e controlar os sintomas, reduzir as hospitalizações e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Compreender os princípios e a importância deste regime, é fundamental para os profissionais de saúde e para as pessoas que lidam no seu dia-a-dia com a gestão desta doença cardiovascular prevalente e debilitante. Neste contexto, passo a descrever os componentes essenciais do regime terapêutico na insuficiência cardíaca.

O tratamento da insuficiência cardíaca é influenciado pelo regime medicamentoso. O regime medicamentoso é um recurso que está incluído num determinado regime terapêutico, cuja finalidade é controlar o processo patológico. Este regime é maioritariamente administrado e gerido pela pessoa portadora da doença crónica, sendo importante que os profissionais de saúde desempenhem um papel ativo na preparação da pessoa relativamente a esse regime. Essa abordagem revela-se essencial para promover a autogestão da doença, permitindo à pessoa um envolvimento mais efetivo e, por conseguinte, melhorando sua qualidade de vida (Oliveira, 2015).

Jaarsma et al. (2021) referem que, a não adesão a este regime está diretamente relacionada com taxas mais elevadas de agudização da doença e internamentos prolongados. Diante desse

cenário, é imperativo que os enfermeiros estejam sensibilizados para tais desafios, adotando abordagens abrangentes que envolvam, não apenas os portadores da doença, mas também seus familiares e cuidadores no processo de cuidados.

A falta de orientação impede que as pessoas identifiquem, por exemplo a necessidade de eventuais ajustes nas doses dos diuréticos por meio da autovigilância (aumento do peso), o que dificulta a capacidade de adotarem uma abordagem mais ativa no autocuidado. Este aspeto torna-se especialmente relevante durante a transição do ambiente hospitalar para o domicílio (Riegel et al., 2009).

Ao fornecer informações detalhadas sobre a administração dos diuréticos, enfatizando sinais de alerta e orientação sobre a autorregulação das doses com base na autovigilância, os enfermeiros capacitam as pessoas para serem mais proativos na gestão da sua saúde, promovendo a segurança e a qualidade do autocuidado.

Para uma melhor gestão do regime medicamentoso, este deve ser revisto com a pessoa portadora de insuficiência cardíaca, apresentando as informações de forma organizada, destacando o nome do fármaco, as indicações terapêuticas, a dose prescrita, horários e potenciais efeitos secundários. Para facilitar a compreensão e gestão, pode ser elaborada uma tabela esquemática que, uma vez afixada em local de fácil acesso à pessoa ou ao familiar/cuidador, serve como recurso visual (Rabelo et al., 2007).

O mesmo autor menciona que, durante a fase de transição para o domicílio, a educação fornecida pelos enfermeiros desempenha um papel crucial na promoção da autonomia da pessoa. Com uma compreensão clara das medidas a serem tomadas no domicílio, a pessoa pode antecipar e responder adequadamente às mudanças do seu estado de saúde, facilitando uma transição mais suave e reduzindo a probabilidade de complicações.

É importante assegurar que, a pessoa compreenda a execução correta da terapêutica. Deve ser instruída sobre a relevância da adesão contínua ao tratamento, mesmo durante os períodos em que está assintomática. Além disso, é necessário que compreenda que, a ausência de sintomas é um indicativo da eficácia do tratamento (Rabelo et al., 2007).

Desta forma, a atenção dos profissionais de saúde à adesão ao regime medicamentoso é muito importante. Nos contextos de depressão, suporte social comprometido e declínio cognitivo, os familiares e cuidadores desempenham um papel fundamental, na promoção do autocuidado e na adesão ao regime medicamentoso (Jaarsma et al., 2021).

Relativamente ao padrão alimentar Portugal é referido como um país de hábitos alimentares com características mediterrânicas. A área geográfica à volta do Mar Mediterrâneo exhibe características geoclimáticas singulares. Este padrão alimentar tem como foco a adaptação constante à escassez, às oscilações climáticas e agrícolas, que levam à adaptação e aprendizagem e partilha de saberes constantes (Pinho et al., 2016).

Segundo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Padrão Alimentar Mediterrâneo: Promotor de Saúde, diversos estudos têm indicado a existência de uma relação positiva entre a adesão ao padrão alimentar mediterrânico e a um maior grau de proteção contra a mortalidade decorrente de diversas causas, emergindo como um fator de salvaguarda no que concerne ao desenvolvimento de patologias crónicas, tais como cancro, diabetes *mellitus* tipo 2, síndrome metabólica, obesidade, doenças neurodegenerativas e doenças cardiovasculares (Pinho et al., 2016).

As técnicas e os métodos de preparação das refeições estão profundamente enraizados na herança cultural mediterrânica, principalmente os métodos de confecção saudáveis, recorrendo à utilização de ingredientes sazonais e frescos. As práticas culinárias predominantes englobando a utilização de cozidos, guisados e estufados, refletindo tradições vinculadas a diversas preparações como sopas, caldos, ensopados e caldeiradas, que enaltecem a incorporação de produtos hortícolas e leguminosas, com uma reduzida proporção de carne ou peixe, sendo essencialmente temperadas com azeite e enriquecidas pelo uso abundante de ervas aromáticas (Pinho et al., 2016).

No contexto de pessoas diagnosticadas com insuficiência cardíaca, a inclusão de ervas aromáticas é uma estratégia que desempenha um papel crucial na redução da necessidade de adição de sal. Essa redução é justificada pela capacidade intrínseca das ervas aromáticas em conferir aroma, cor e sabor às preparações culinárias (Pinho et al., 2016). Essa prática alinha-se a estratégias alimentares que, visam atenuar o consumo excessivo de sódio, fator relevante na gestão da insuficiência cardíaca, ao mesmo tempo em que promove uma abordagem sensorialmente enriquecedora das refeições.

As orientações fornecidas por Jaarsma et al. (2021) relativamente à ingestão de sal, nas classes III e IV da NYHA referem que a ingestão de sal superior a três gramas por dia, foi associada a um aumento do risco de hospitalização e de morte, enquanto que na insuficiência cardíaca nas classes I e II da NYHA, uma ingestão de sal inferior a duas gramas por dia foi associada a um risco aumentado. Os mesmos autores referem que ainda não há evidência científica robusta quanto aos limites da ingestão de sal na insuficiência cardíaca, referindo que a redução estrita de sal não é recomendada além da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a população em geral para uma ingestão saudável de sal inferior a cinco gramas por dia.

Para tal, é fundamental adotar uma dieta com baixo teor de sal, priorizando a inclusão de alimentos como frutas, legumes, carnes, peixes, iogurtes e vegetais. Recomenda-se temperar as refeições utilizando ervas aromáticas, além de ter consciência acerca dos alimentos ricos em sódio e evitar o consumo de bebidas com gás ou sumos de fruta embalados, pois estes geralmente contêm elevadas quantidades de sal.

O consumo de álcool está ligado a arritmias supraventriculares, que podem agravar os sintomas

de insuficiência cardíaca. É aconselhável que os homens não consumam mais do que duas unidades de álcool (uma unidade de álcool é o equivalente a um copo de cerveja, vinho ou uma bebida misturada com uma dose de álcool) por dia, e as mulheres não mais do que uma unidade. No caso da miocardiopatia alcoólica, é essencial a abstinência total de álcool, pois está comprovado que isso leva a uma melhoria significativa na condição clínica (Jaarsma et al., 2021).

No que diz respeito à atividade física e ao exercício físico na insuficiência cardíaca, é apropriado diferenciá-las. Embora no quotidiano sejam frequentemente mencionadas como se fossem termos intercambiáveis, na realidade há características que as distinguem.

A atividade física compreende comportamentos que implicam o movimento voluntário do corpo, acarretando um dispêndio energético superior ao estado de repouso. Este envolvimento físico promove interações sociais e uma conexão com o meio ambiente. O exercício físico também faz parte da atividade física, mas distingue-se por implicar um planeamento e são atividades estruturadas e repetitivas com o objetivo de melhorar ou manter as capacidades físicas e o peso adequado (Ministério da Saúde, 2021).

A atividade física regular ajuda na prevenção e no controlo das doenças não transmissíveis, tal como as doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e alguns tipos de cancro, beneficiando também a saúde mental, contribuindo para a prevenção do declínio cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade, na manutenção do peso saudável e do bem-estar geral (DGS, 2020).

Na disfunção cardíaca crónica estabilizada, a atividade física emerge como uma forma terapêutica crucial, proporcionando uma melhoria na tolerância da pessoa à atividade física (Rabelo et al., 2007).

Timóteo et al., (2020) referem que a prática de atividade física é segura e que melhora a qualidade de vida, a capacidade funcional e reduz os internamentos hospitalares, nas pessoas com doenças cardiovasculares.

As Recomendações da OMS sobre atividade física, integradas no Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2020) englobam todas as faixas etárias, relativamente à quantidade de atividade física (frequência, intensidade e duração) necessária para obter ganhos significativos na saúde.

Segundo a entidade mencionada anteriormente, para pessoas com 18 anos ou mais, portadores de doenças crónicas, preconiza-se a prática regular de atividade física. Recomenda-se a realização de, pelo menos, 150 a 300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou, alternativamente, pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa ao longo da semana, visando obter benefícios substanciais para a saúde. É

recomendável também a inclusão de atividades de fortalecimento muscular, de intensidade moderada ou superior, dirigidas aos principais grupos musculares, em pelo menos dois dias por semana, proporcionando benefícios suplementares à saúde.

Na impossibilidade de cumprir com as recomendações anteriores, o objetivo é praticar a atividade física de acordo com a tolerância da pessoa, iniciando com pequenas quantidades de atividade física, aumentando gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo (DGS, 2020).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, a atividade física quando ajustada às capacidades individuais, pode ajudar a reduzir a intolerância à atividade, tão comum na insuficiência cardíaca, contribuindo para que ao longo do tempo, as pessoas possam experienciar menos sintomas de fadiga e dispneia durante as atividades diárias.

Conforme as diretrizes mais recentes, os comportamentos de procura de saúde também desempenham um papel fundamental na gestão da insuficiência cardíaca.

Riegel et al. (2009) referem que a higienização das mãos, uma boa higiene oral e o esquema vacinal atualizado pode reduzir a probabilidade de infeção. Alertando para o potencial da infeção causar isquemia tecidual cardíaca.

Nesse sentido, os autores referidos anteriormente sugerem, a inclusão da vacinação contra a gripe como uma prática recomendada para pessoas com insuficiência cardíaca. Esta medida está associada a uma redução significativa do risco de mortalidade por diversas causas nesse grupo populacional. Dessa forma, aconselha-se que as pessoas diagnosticadas com insuficiência cardíaca optem pela imunização anual contra a gripe, além de uma vacinação única contra a doença pneumocócica.

Relativamente à vigilância de sinais e sintomas de agravamento da insuficiência cardíaca, é importante referir que a relação entre o volume de líquidos e o peso corporal na insuficiência cardíaca está associada à retenção de água e sódio, o que leva ao aumento do volume sanguíneo e, conseqüentemente, ao aumento do peso corporal (Gheorgiade et al., 2010).

A monitorização diária do peso corporal tem um papel importante na perceção dos sinais de hipervolemia. A avaliação do peso corporal deve ser realizada de maneira consistente, preferencialmente com uma balança padronizada com precisão de 50 gramas, no mesmo horário todos os dias, após urinar, antes das refeições, antes da administração de medicamentos e sempre com o mesmo tipo de roupa. A balança deve ser colocada numa superfície plana e sólida, evitando carpetes (Gheorghide et al., 2010).

De acordo com Oliveira et al. (2013), um acréscimo de dois quilogramas no peso corporal dentro de um período de um a três dias pode indicar retenção de líquidos, destacando a importância da intervenção de um profissional de saúde caso esse aumento significativo ocorra. Tal intervenção

é crucial para ajustes terapêuticos imediatos, os quais, se implementados a tempo, podem prevenir hospitalizações.

Perante sinais de congestão ou numa insuficiência cardíaca avançada, Jaarsma et al. (2021) aconselham a pessoa a não ingerir mais do que 1,5-2 litros de líquidos por dia para minimizar os sintomas de congestão, contudo perante situações de calor extremo ou em casos de perda de líquidos (vómitos, diarreia) alertam para a necessidade de aumentarem a ingestão e/ou reduzir o diurético.

Quando abordamos a ingestão de líquidos, é importante considerar não apenas a água, mas também contabilizar o leite, café, chá, sopa e restantes líquidos que a pessoa possa ingerir.

Neste contexto, o autocuidado emerge como um componente fundamental na promoção da saúde e no controle da doença. Através de medidas como a monitorização regular dos sinais e sintomas, adesão ao regime terapêutico prescrito, adoção de hábitos de vida saudáveis e reconhecimento precoce de sinais de descompensação, as pessoas com insuficiência cardíaca podem desempenhar um papel ativo na gestão de sua condição. Essa participação exige que as pessoas tenham acesso a informações relevantes e sejam capazes de tomar decisões com confiança e autonomia em questões de saúde, aspectos cruciais para uma tomada de decisão informada e livre.

Na insuficiência cardíaca, o autocuidado tem impacto na redução de hospitalizações recorrentes e na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Investir na capacitação da pessoa para o autocuidado, possibilitando a aquisição de competências efetivas para gerir a doença, não só beneficia as próprias pessoas, mas também contribui para a redução do impacto económico que a insuficiência cardíaca acarreta ao serviços de saúde.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 85 anos | Feminino

Cuidador

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Parentesco: outro.

29-09-2023 18:00 - Coabita com a pessoa dependente.

29-09-2023 18:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

29-09-2023 18:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

29-09-2023 18:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

29-09-2023 18:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

29-09-2023 18:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-29 18:00:00	Metformina 500 mg (1.1.1)	
2023-09-29 18:00:00	Linagliptina 5 mg (1.0.0)	
2023-09-29 18:00:00	Furosemida 40 mg (1.0.1/2.0)	
2023-09-29 18:00:00	Bisoprolol 5 mg (1.0.0)	
2023-09-29 18:00:00	Edoxabano 30 mg (0.0.1.0)	
2023-09-29 18:00:00	Omeprazol 20 mg (1.0.0)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

METFORMINA

Antidiabético Oral (Biguanida)

Em termos de atividades de vigilância de enfermagem, é essencial monitorizar os sinais e

sintomas de hipoglicemia, que incluem dor abdominal, sudorese, fome, fraqueza, tonturas, cefaleias, tremores, taquicardia e ansiedade. Em situações em que, a pessoa é submetida a cirurgia e há restrição na ingestão alimentar, a metformina deve ser temporariamente suspensa, sendo retomada quando a ingestão alimentar for efetiva e a função renal estiver estabilizada. Além disso, a suspensão da metformina é necessária antes ou no momento da realização de exames complementares de diagnóstico que envolvam a administração de contraste iodado, sendo retomada 48 horas após o exame (Deglin & Vallerand, 2003).

Neste caso clínico específico, é importante salientar que, devido à utilização simultânea de furosemida, é importante reconhecer que esta combinação pode potencializar o efeito da Metformina. Por conseguinte, é essencial realizar uma monitorização mais rigorosa da glicemia capilar. A cliente deve ser informada sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia, de acordo com as orientações de Deglin & Vallerand (2003).

Para evitar efeitos indesejáveis que possam interferir na digestão, como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e perda de apetite, é aconselhável tomar o comprimido durante ou após a refeição. É importante não esmagar nem mastigar os comprimidos; em vez disso, devem ser engolidos inteiros com um copo de água (Infomed, 2022).

É importante também alertar que, a metformina tem um gosto metálico desagradável que normalmente se resolve espontaneamente (Deglin & Vallerand, 2003).

LINAGLIPTINA

Antidiabético oral, inibidor da dipeptidil peptidase 4 (DPP-4)

Como atividade de vigilância de enfermagem, deve-se ter especial atenção em pessoas com diabetes *mellitus* tipo I ou em situações de cetoacidose metabólica; a associação de linagliptina com sulfonilureia, aumenta a incidência de hipoglicemia (Infomed, 2023), o que implica a uma monitorização da glicemia capilar de forma regular, vigiando sinais de hipoglicemia.

Os comprimidos podem ser tomados com ou sem alimentos, a qualquer hora do dia. Ao estar associada a outro antidiabético oral, é fundamental realizar também uma monitorização meticulosa da resposta dos níveis de glicose no sangue (Infomed, 2023).

FUROSEMIDA

Diurético (da Ansa)

Como mencionado anteriormente, os diuréticos, especialmente a Furosemida, são prescritos

para o tratamento da insuficiência cardíaca. A finalidade do uso desses diuréticos é, atingir e manter um estado euvolêmico na pessoa, utilizando a menor dose diurética necessária. Em certas circunstâncias, a administração desses medicamentos pode ser reduzida ou interrompida em pessoas que já alcançaram esse estado de equilíbrio ou estejam hipovolêmicos, conforme sugerido por McDonagh et al. (2021).

Como atividades de vigilância para a enfermagem, destacam-se a avaliação do estado da hidratação da pessoa durante o tratamento com furosemida, monitorização do peso e controlo de diurese. A monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca antes e após a administração deve ser efetuada, para além disso, é importante prevenir a cliente que, deve mudar de posição lentamente para minimizar a hipotensão ortostática e alertar ainda para o facto de que o uso concomitante de álcool, a prática de atividade física e exercício físico nos dias quentes ou permanecer de pé durante longos períodos durante o tratamento pode intensificar a hipotensão ortostática (Deglin & Vallerand, 2003).

É recomendada a administração do fármaco preferencialmente pela manhã. Engolir o medicamento com líquido e com o estômago vazio, salvo indicação médica em contrário. Em caso de tratamento prolongado com furosemida, é aconselhado uma alimentação rica em potássio como as batatas, bananas, tomates, espinafres e frutos secos (Infomed, 2021).

BISOPROLOL

Beta-Bloqueador

Os beta-bloqueadores alteram a resposta do organismo a impulsos nervosos específicos, especialmente no coração, atrasando a frequência cardíaca e tornando mais eficaz o bombeamento do sangue para todo o corpo. O bisoprolol é usado na insuficiência cardíaca crónica estável, em associação com outros medicamentos, como os inibidores da enzima conversora da angiotensina, diuréticos e glicosídeos cardíacos (Infomed, 2022).

O principal benefício do uso de beta-bloqueadores no contexto da insuficiência cardíaca está associado ao impacto positivo no processo de remodelamento reverso ventricular, culminando no aumento da fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Entre as atividades de vigilância de enfermagem, destaca-se a importância de monitorizar regularmente a frequência cardíaca e a pressão arterial, especialmente durante ajustes na dose medicamentosa, os quais devem ser realizados com maior frequência. Além disso, é crucial realizar monitorizações periódicas durante todo o tratamento. Também é essencial avaliar sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, como edema periférico, crepitações, dispneia, aumento de peso e distensão da jugular (Deglin & Vallerand, 2003).

Um dos efeitos adversos associados ao uso deste medicamento incluiu a bradicardia

sintomática, hipotensão arterial e broncoespasmos. Se apresentar uma frequência cardíaca inferior a 50 batimentos por minutos não deve tomar o medicamento e deve comunicar o mais breve ao médico assistente (Deglin & Vallerand, 2003). Para minimizar o risco de hipotensão ortostática, é essencial aconselhar a mudança de posição de forma gradual.

O Bisoprolol deve ser tomado de manhã, com ou sem alimentos, ingerindo os medicamentos inteiros com um pouco de água e não mastigando ou triturando o fármaco. Caso se tenha esquecido de tomar o comprimido, não tome a dose a dobrar para compensar a que se esqueceu, deve tomar a dose habitual na manhã seguinte (Infomed, 2022).

EDOXABANO

Anticoagulante oral - inibidor do fator Xa

Indicado na prevenção de acidente vascular cerebral e embolismo sistêmico, em pessoas adultas portadores de fibrilação auricular não valvular com um ou mais fatores de risco, é particularmente recomendada na insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial (Infomed, s.d.)

Como atividades de vigilância de enfermagem destaca-se a vigilância de perdas sanguínea pelo risco hemorrágico. É aconselhado monitorizar atentamente a manifestação de sintomas indicativos de perda sanguínea e aconselhar a pessoa a manter consigo, de forma constante a identificação do fármaco e uma descrição detalhada do esquema terapêutico prescrito. Aconselhada a descontinuação do tratamento pelo menos 24 horas antes de procedimento cirúrgico (Infomed, s.d.).

Pode ser tomado com ou sem alimentos, em pessoas com alteração da deglutição podem ser esmagados e misturados com água ou puré de frutas, tendo nestas condições uma estabilidade de uma máximo de quatro horas (Infomed, s.d.).

OMEPRAZOL

Inibidores da bomba de prótons

O omeprazol tem um efeito terapêutico significativo na redução da quantidade de ácido acumulado no interior do estômago. Este processo resulta na diminuição do refluxo gastroesofágico e na promoção da cicatrização de úlceras no duodeno (Deglin e Vallerand, 2003).

Como atividades de vigilância de enfermagem destacam-se a necessidade de identificar a presença de dor abdominal ou epigástrica, presença de sangue nas fezes ou cefaleias persistentes (Deglin & Vallerand, 2003).

As cápsulas devem ser ingeridas pela manhã, acompanhadas por alimentos ou consumidas com o estômago vazio, as cápsulas devem ser engolidas inteiras, acompanhadas por meio copo de água. É importante evitar mastigar ou esmagar as cápsulas, uma vez que estas contêm grânulos (pélete medicamentoso) revestidos. Este revestimento é projetado para impedir que o medicamento se desfaça no ácido estomacal, assegurando sua absorção adequada. Portanto, é de extrema importância preservar a integridade dos grânulos (pélete medicamentoso) durante a ingestão (Infomed, 2022).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
29-09-2023 18:00	Sistema cardiovascular	
29-09-2023 18:00	Metabolismo	
29-09-2023 18:00	Volume de líquidos	
29-09-2023 18:00	Conservação de energia	
29-09-2023 18:00	Autogestão do regime medicamentoso	
29-09-2023 18:00	Padrão alimentar	
29-09-2023 18:00	Padrão de exercício	
29-09-2023 18:00	Comportamento de procura de saúde	
29-09-2023 18:00	Cuidar da higiene pessoal	
29-09-2023 18:00	Andar	
29-09-2023 18:00	Sistema respiratório	

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

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Os indícios e manifestações da insuficiência cardíaca derivam das repercussões clínicas da inadequação do débito cardíaco e da ineficácia no retorno venoso. A dispneia, tosse e sibilos resultam do aumento da pressão nos capilares pulmonares devido ao fluxo ineficiente proveniente do ventrículo esquerdo (Kemp & Conte, 2012).

A seleção do sistema respiratório justifica-se pela estreita relação entre as funções cardiovasculares e respiratórias, cuja disfunção mútua ocorre frequentemente na insuficiência cardíaca. A colheita de dados referente ao sistema respiratório facilita uma visão mais abrangente e completa das manifestações clínicas, nomeadamente a dispneia, frequentemente associada à congestão pulmonar, tendo em conta que a cliente recorreu ao serviço de urgência por dispneia.

Desta forma, a hipótese de diagnóstico será a dispneia, para tal os dados colhidos serão a frequência respiratória, ritmo respiratório, a utilização de músculos acessórios, a saturação de oxigênio no sangue e a comunicação de falta de ar.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

A seleção do domínio cardiovascular advém da necessidade de caracterizar o sistema cardiovascular pela relação direta que a insuficiência cardíaca tem com este, bem como pelos antecedentes pessoais da cliente.

O sistema cardiovascular assume primordial importância no contexto da insuficiência cardíaca, dado que esta patologia caracteriza-se pela ineficácia do coração em bombear sangue de forma adequada (Junior et al., 2018).

A seleção deste domínio possibilita uma análise das alterações cardíacas subjacentes, englobando a avaliação de parâmetros hemodinâmicos, identificando possíveis complicações.

As hipóteses de diagnóstico são arritmia, hipertensão arterial ou hipotensão arterial. Para tal irei proceder à recolha de dados referente às características do pulso (frequência, amplitude, ritmo e simetria); e da avaliação da pressão sanguínea (pressão sanguínea sistólica e diastólica).

METABOLISMO

A diabetes *mellitus* é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (Fonseca et al, 2018). A cliente selecionada apresenta antecedente de diabetes *mellitus*. Neste domínio, o dado para formular a hipótese de diagnóstico é o valor da glicemia capilar, para o qual pretendo identificar alterações no metabolismo energético (hiperglicemia ou hipoglicemia).

VOLUME DE LÍQUIDOS

A seleção do domínio Volume de Líquidos decorre da evolução da insuficiência cardíaca, em que o sistema peptídeo natriurético, que é o principal sistema regulador, torna-se menos eficaz devido à supremacia dos SRAA e SNS, o que leva à retenção de sódio e água, resultando fenómenos congestivos que marcam o início da fase sintomática da doença. Esta retenção de líquidos é a principal responsável pelos sintomas típicos da insuficiência cardíaca, como a dispneia e o edema (Junior, 2019).

Neste domínio a hipótese de diagnóstico é edema e os dados que considere recolher foram a sensação de sede; o sinal de *godet*, o estado de hidratação da pele, o peso corporal e a quantidade mensurável de urina.

CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Kemp & Conte (2012) referiram que a fadiga é um sintoma frequente devido à incapacidade da sustentação do débito cardíaco necessário para suprir as necessidades metabólicas do corpo, enquanto preserva o fluxo sanguíneo para o coração e o cérebro.

Desta forma, as alterações do débito cardíaco inerentes à insuficiência cardíaca, estão associadas a alterações do consumo e da distribuição de energia no organismo. Faz todo o sentido selecionar o domínio conservação de energia e colher dados para identificar as necessidades energéticas da cliente.

Colocamos por hipótese de diagnóstico a intolerância à atividade e o dado a recolher foi a comunicação de cansaço.

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

O regime medicamentoso na insuficiência cardíaca é específico e quando associado a outras patologias torna-o ainda mais complexo e difícil de gerir.

O regime medicamentoso está inserido num determinado regime terapêutico, cuja finalidade é controlar o processo patológico. Este regime é maioritariamente gerido pela pessoa portadora da doença crónica (Oliveira, 2015).

A capacidade de autogestão do regime medicamentoso revela-se crucial para entender as necessidades da pessoa e do familiar cuidador na administração eficaz dos medicamentos. No presente caso clínico, a responsabilidade pela gestão do regime medicamentoso recai sobre a familiar cuidadora. No entanto, é importante que ambos compreendam a importância de manter o tratamento mesmo estando assintomáticos, ou de serem capazes de fazer a gestão da medicação (diurético) perante sinais de agravamento da doença (dispneia e edemas), tornando-se mais proativos na gestão da doença.

A relação intrínseca entre o regime medicamentoso e a progressão da insuficiência cardíaca fundamenta a pertinência deste domínio.

A hipótese de diagnóstico é a autogestão do regime medicamentoso comprometida, para tal recolhemos dados sobre a capacidade da cliente organizar a medicação, preparar a medicação conforme a dose, administrar a medicação pela via adequada, ajustar a medicação de acordo com a autovigilância e de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas.

PADRÃO ALIMENTAR

A seleção deste domínio decorre da importância de identificar qual o padrão alimentar da

cliente. Segundo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Padrão Alimentar Mediterrâneo: Promotor de Saúde, refere que diversos estudos têm revelado a existência de uma relação positiva entre a adesão ao padrão alimentar mediterrânico e a um maior grau de proteção contra a mortalidade decorrente de diversas causas, emergindo como um fator de salvaguarda no que concerne ao desenvolvimento de patologias crónicas, tais como cancro, diabetes *mellitus* tipo 2, síndrome metabólica, obesidade, doenças neurodegenerativas e doenças cardiovasculares (Pinho et al., 2016).

A hipótese de diagnóstico é a autogestão do regime dietético. Para tal recolhemos dados sobre o número de refeições diárias, a ingestão de gorduras, vegetais/fruta, hidratos de carbono, potássio, sal, líquidos, ingestão calórica e de alimentos específicos desaconselhados.

PADRÃO DE EXERCÍCIO

O domínio do Padrão do Exercício destaca-se como fundamental para compreender a relação entre a atividade física e a capacidade funcional da cliente.

Segundo as Recomendações da OMS sobre atividade física, integradas no Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, para pessoas com 18 anos ou mais, portadores de doenças crónicas, preconiza-se a prática regular de atividade física (DGS, 2020).

A atividade física regular ajuda na prevenção e no controlo das doenças não transmissíveis, tal como as doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e alguns tipos de cancros, beneficiando também a saúde mental, contribuindo para a prevenção do declínio cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade, e na manutenção do peso saudável e do bem-estar geral (DGS, 2020).

A prática de atividade física deve ser ajustada à condição de saúde da pessoa. A cliente tem 85 anos e apresentava dificuldades na locomoção, realizava pequenos passeios diários no terreno adjacente à sua casa, sempre que as condições meteorológicas o permitissem.

A hipótese de diagnóstico que colocamos foi a autogestão do regime de exercício e o dado recolhido foi o número de horas de atividade física por lazer.

COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE

De acordo com a Riegel et al. (2009) a higienização das mãos, a saúde oral e as imunizações adequadas podem diminuir processos inflamatórios e infecciosos. Destaca que ambos os processos poderão provocar isquemia tecidual cardíaca.

As doenças virais podem desencadear um agravamento significativo da insuficiência cardíaca, daí a importância das pessoas portadoras desta síndrome clínica, fazerem a imunização contra

gripe, ressaltando que o agravamento da doença no inverno, pode ser atenuado pela imunização pneumocócica.

O domínio do Comportamento de Procura de Saúde, mais especificamente centrado na imunização, destaca-se como essencial na identificação e na prevenção de eventos adversos relacionados com infeções, que podem agravar a progressão da insuficiência cardíaca. Neste caso colocamos por hipótese existir compromisso do comportamento de procura de saúde e o dado recolhido foi a adesão ao plano nacional de vacinação.

3.5. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Frequência respiratória: 19 ciclos/min.

29-09-2023 18:00 - Ritmo respiratório regular.

29-09-2023 18:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

29-09-2023 18:00 - Saturação do oxigénio no sangue

29-09-2023 18:00 - Periférico(a): 94 %.

29-09-2023 18:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

Sistema cardiovascular

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Localização do Pulso

29-09-2023 18:00 - Antebraço Esquerda(o)

29-09-2023 18:00 - Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

29-09-2023 18:00 - Pulso rítmico.

29-09-2023 18:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

29-09-2023 18:00 - Membro superior Direita(o)

29-09-2023 18:00 - Pressão sanguínea sistólica: 106 mmHg.

29-09-2023 18:00 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

06-10-2023 18:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-10-2023 18:00 - Membro superior Direita(o)

06-10-2023 18:00 - Pressão sanguínea sistólica: 113 mmHg.

06-10-2023 18:00 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

Metabolismo

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Glicemia capilar: 293 mg/dl.

29-09-2023 18:00 - Glicemia

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução da glicemia

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da glicemia

06-10-2023 18:00 - Glicemia capilar: 202 mg/dl.

29-09-2023 18:00 - Controlar glicemia

29-09-2023 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão da glicemia

29-09-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

29-09-2023 18:00 - Capacidade do cuidador para vigiar a glicemia

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Glicosímetro - facilitadora.

29-09-2023 18:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

29-09-2023 18:00 - Autoeficácia do cuidador para vigiar a glicemia

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Glicosímetro - facilitadora.

29-09-2023 18:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

29-09-2023 18:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso da glicemia

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Glicosímetro - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

29-09-2023 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da glicemia

06-10-2023 18:00 - O cuidador adota parcialmente comportamentos de gestão da glicemia.

Volume de líquidos

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Sensação de sede normal.

29-09-2023 18:00 - Sinal de Godet

29-09-2023 18:00 - Membro inferior: Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

29-09-2023 18:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

29-09-2023 18:00 - Pele hidratada.

29-09-2023 18:00 - Peso: 60.00 Kg.

29-09-2023 18:00 - Quantidade de urina: 2350 ml.

29-09-2023 18:00 - Edema [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Localização do edema

29-09-2023 18:00 - Membro inferior

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução de sinais de edema [FIM] 06-10-2023

18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [FIM] 06-10-2023 18:00

06-10-2023 18:00 - Localização do edema

06-10-2023 18:00 - Membro inferior

06-10-2023 18:00 - Tumefação dos tecidos

06-10-2023 18:00 - Membro inferior: ausente [MELHOROU].

06-10-2023 18:00 - Sinal de Godet

06-10-2023 18:00 - Membro inferior: Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

06-10-2023 18:00 - Turgor da pele normal [MELHOROU].

06-10-2023 18:00 - Pele hidratada.

06-10-2023 18:00 - Peso: 56.00 Kg.

06-10-2023 18:00 - Densidade urinária normal.

29-09-2023 18:00 - Diminuir edema [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Posicionar para diminuir edema [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Promover autogestão: retenção de líquidos [FIM]

06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos [FIM] 06-10-2023 18:00

06-10-2023 18:00 - Conhecimento sobre autovigilância da retenção de líquidos: facilitador [MELHOROU].

29-09-2023 18:00 - Ensinar sobre autovigilância do peso corporal [FIM]

06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos [FIM]

06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da autogestão da retenção de líquidos [FIM]

06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

[FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre dieta restrita em sódio [FIM]

06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre relação entre a dieta e retenção de líquidos [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

Conservação de energia

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

29-09-2023 18:00 - Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [FIM] 06-10-2023 18:00

06-10-2023 18:00 - Não comunica cansaço [MELHOROU].

29-09-2023 18:00 - Promover autogestão: atividade/repouso [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar sobre conservação de energia [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [FIM] 06-10-2023 18:00

Cuidar da higiene pessoal

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Obtém objetos para o banho.

29-09-2023 18:00 - Abre a torneira.

29-09-2023 18:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

29-09-2023 18:00 - Lava e seca o corpo.

29-09-2023 18:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Antiderrapante - Lava e seca parte do corpo.

29-09-2023 18:00 - Lava a cavidade oral.

29-09-2023 18:00 - Não aplica produtos de higiene.

29-09-2023 18:00 - Capaz de pentear-se

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Pente de cabo longo - Penteia-se.

29-09-2023 18:00 - Capaz de cortar as unhas

29-09-2023 18:00 - Não corta as unhas.

29-09-2023 18:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

29-09-2023 18:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

29-09-2023 18:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

- 29-09-2023 18:00 - *Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal*
- 06-10-2023 18:00 - *Obtém objetos para o banho [MANTEVE].*
- 06-10-2023 18:00 - *Abre a torneira [MANTEVE].*
- 06-10-2023 18:00 - *Capaz de lavar e secar o corpo*
 - 06-10-2023 18:00 - *Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca o corpo.*
- 06-10-2023 18:00 - *Capaz de lavar e secar parte do corpo*
 - 06-10-2023 18:00 - *Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.*
- 06-10-2023 18:00 - *Lava a cavidade oral [MANTEVE].*
- 06-10-2023 18:00 - *Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].*
- 06-10-2023 18:00 - *Capaz de pentear-se*
 - 06-10-2023 18:00 - *Penteia-se.*
- 06-10-2023 18:00 - *Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].*
- 06-10-2023 18:00 - *Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].*

29-09-2023 18:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

- 29-09-2023 18:00 - *Assistir no tomar banho*
- 29-09-2023 18:00 - *Assistir no uso do sanitário*

Andar

29-09-2023 18:00

- 29-09-2023 18:00 - *Capaz de mover-se através da marcha*
- 29-09-2023 18:00 - *Dispositivo: Bengala - marcha com limitações para subir ou descer escadas.*

29-09-2023 18:00 - Andar comprometido

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução do andar

- 29-09-2023 18:00 - *Avaliar evolução do andar*
- 06-10-2023 18:00 - *Capaz de mover-se através da marcha*
- 06-10-2023 18:00 - *Dispositivo: Bengala - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MANTEVE].*

29-09-2023 18:00 - Prevenir queda

- 29-09-2023 18:00 - *Assistir no andar*
- 29-09-2023 18:00 - *Adequar o vestuário para prevenir queda*
- 29-09-2023 18:00 - *Gerir o ambiente físico para prevenir queda*

Autogestão do regime medicamentoso

29-09-2023 18:00

- 29-09-2023 18:00 - *Capaz de organizar a medicação conforme horário*
 - 29-09-2023 18:00 - *Dispositivo: Caixa de comprimidos - Não organiza a medicação conforme horário.*
- 29-09-2023 18:00 - *Capaz de preparar a medicação conforme a dose*
 - 29-09-2023 18:00 - *Não prepara a medicação conforme a dose.*
- 29-09-2023 18:00 - *Capaz de administrar a medicação pela via adequada*
 - 29-09-2023 18:00 - *Administra a medicação pela via adequada.*
- 29-09-2023 18:00 - *Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância*
 - 29-09-2023 18:00 - *Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.*
- 29-09-2023 18:00 - *Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações*

técnicas

29-09-2023 18:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

29-09-2023 18:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

29-09-2023 18:00 - Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

29-09-2023 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [FIM] 06-10-2023 18:00

06-10-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador [MANTEVE].

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [FIM]

06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

06-10-2023 18:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Número de refeições diárias: 4.

29-09-2023 18:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-09-2023 18:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-09-2023 18:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-09-2023 18:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

29-09-2023 18:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

29-09-2023 18:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

29-09-2023 18:00 - Inger alimentos específicos desaconselhados.

29-09-2023 18:00 - Autogestão do regime dietético

29-09-2023 18:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar

29-09-2023 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

29-09-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 18:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não dificultador.

29-09-2023 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

06-10-2023 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

29-09-2023 18:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [FIM] 06-10-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético

06-10-2023 18:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

Padrão de exercício

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 7 horas.

29-09-2023 18:00 - Autogestão do regime de exercício

Comportamento de procura de saúde

29-09-2023 18:00

29-09-2023 18:00 - Promover adesão: imunização

29-09-2023 18:00 - Conhecimento sobre regime de imunização: facilitador.

29-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da adesão à imunização

06-10-2023 18:00 - Realiza imunização de acordo com a recomendação.

06-10-2023 18:00 - Refere satisfação com a autogestão da imunização.

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Planear a deambulação no logradouro da habitação durante 15 minutos, ou de acordo com a tolerância à atividade.

Posicionar para diminuir edema

- Elevar os membros inferiores quando estiver sentada, garantindo que fiquem numa

posição neutra, ou seja, não devem estar num nível mais alto do que o coração.

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Aumento súbito do peso corporal, superior a dois quilogramas em três dias.
- Intolerância à atividade física está associada à presença de sinais e sintomas de exacerbação da doença, tal como a dificuldade respiratória.
- Avaliar a presença de edemas maleolares.

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Confeccionar as refeições tendo como orientação uma dieta mediterrânea, optando com cozidos, guisado e estufados (DGS, 2016)
- Dar primazia aos produtos hortícolas e leguminosas, usando uma porção reduzida de carne ou peixe (DGS, 2016)
- Temperar as refeições com azeite e potenciar o sabor utilizando ervas aromáticas (DGS, 2016)
- Confeccionar os alimentos com baixo teor de sal, não ultrapassando as cinco gramas de sal por dia (Jaarsma et al., 2021)¹

Ensinar cuidador sobre relação entre a dieta e retenção de líquidos

- A ingestão de líquidos excessiva (mais do que 1,5 - 2 litros) pode potenciar os sintomas de congestão, tal como dispneia, fadiga e aumento dos edemas. (Gheorghiade et al. 2010)

Ensinar sobre autovigilância do peso corporal

- Pesar-se diariamente, no mesmo horário, após urinar, antes das refeições e da administração dos medicamentos e com o mesmo tipo de roupa (Gheorghiade et al., 2010).
- Registrar diariamente o peso em folhas de registo para avaliar a evolução do peso corporal.
- Comunicar à equipa de saúde, caso apresente um aumento de peso superior a três quilogramas em dois dias.

Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Alertar o cuidador para os efeitos adversos mais comuns da terapêutica que está prescrita
- Monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia capilar.
- Alertar ao cuidador para informar o profissional de saúde antes de comprar qualquer medicação de venda livre, dado o potencial risco de interferir com a terapêutica que está prescrita

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

- Se frequência cardíaca inferior a 50 batimentos por minuto deve suspender a medicação e comunicar a um profissional de saúde (Deglin e Vallerand, 2003)
- Perante a necessidade de pausa alimentar, deve monitorizar regularmente os níveis de glicose no sangue para garantir que permanecem dentro dos limites adequados (superior a 70 mg/dl)

Ensinar cuidador sobre dieta restrita em sódio

- Não ultrapassar a ingestão de sal superior a cinco gramas por dia (Jaarsma et al., 2021)
- Evitar produtos processados e bebidas com gás ou sumos de fruta embalados, porque têm elevadas quantidades de sal.
- Incluir as ervas aromáticas na confecção dos alimentos em substituição do sal (DGS, ANO)

3.7. Síntese relativa ao caso

O caso clínico incidiu numa pessoa, do sexo feminino com múltiplas comorbilidades, que recorreu ao serviço de urgência por dispneia e agravamento dos edemas nos membros inferiores, sendo posteriormente diagnosticada com IC FEp.

No período de junho a agosto de 2023, a cliente foi internada duas vezes por pneumonia adquirida na comunidade e descompensação da insuficiência cardíaca, além de ter recorrido ao serviço de urgência por dispneia. Fatores de vulnerabilidade, como idade avançada e suporte social comprometido, foram identificados. Considerando a complexidade da condição clínica e a recorrência de internamentos, após a alta hospitalar, a cliente foi residir com sua sobrinha para garantir os cuidados adequados.

Na seleção dos domínios, foram considerados os aspetos mais relevantes do contexto teórico anteriormente abordado. Assim, considerei determinante selecionar os seguintes domínios: cardiovascular, respiratório, metabolismo, volume de líquidos, conservação de energia, autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar, padrão de exercício e, por último, comportamentos de procura de saúde.

Dada a natureza da sua condição clínica, os domínios do sistema cardiovascular e sistema respiratório destacam-se, uma vez que estão diretamente relacionados à insuficiência cardíaca.

Apesar de ter sido admitida no serviço de urgência devido a dispneia, a cliente apresentava uma saturação de oxigénio de 94% em ar ambiente, não tendo sido observada nenhuma alteração do padrão respiratório, relatando apenas cansaço para grandes esforços que, melhorava com o repouso. Assim, considerei importante priorizar o domínio da conservação de energia.

O domínio do volume de líquidos foi selecionado devido às manifestações da insuficiência cardíaca que a cliente apresentava no momento da recolha de dados, tal como a dispneia e o aumento de edemas nos membros inferiores com dias de evolução.

Além disso, o padrão alimentar, o padrão de exercício e os comportamentos de procura de saúde foram incluídos, considerando a necessidade de intervenções abrangentes para promover um estilo de vida saudável e prevenir complicações futuras.

Por último, o domínio metabolismo foi selecionado, pelo facto de a cliente apresentar diabetes

mellitus, sendo este um dos fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca.

Foram estabelecidos dois contatos com a cliente e dois contatos com a familiar cuidadora.

No primeiro contacto estabelecido com a cliente, priorizei o domínio do volume de líquidos, devido ao facto de a cliente ter procurado o serviço de urgência por dispneia e edemas nos membros inferiores com alguns dias de evolução.

Durante a recolha de dados, constatei que a cliente não tinha práticas de autovigilância e tinha total desconhecimento da relação entre a retenção de líquidos e o agravamento da doença. Assim, considerei que existia potencial para melhorar o conhecimento da cliente sobre esse assunto e era o momento próprio para intervir.

Desta forma, foi fundamental abordar que a presença de dispneia, pode estar relacionada com os sinais de retenção de líquidos e uma vez que a cliente não tinha práticas de autocuidado considerei pertinente abordar a autovigilância do peso corporal. É importante que a cliente compreenda que esta monitorização irá permitir a identificação e intervenção precoce em caso de agravamento da doença.

Foi explicado à cliente que a presença de dispneia, edemas, aumento do peso corporal e fadiga agravam a sintomatologia da doença e que as práticas de autocuidado desempenham um papel importante na gestão da insuficiência cardíaca, pois irão permitir a gestão dos sintomas através do reconhecimento precoce e da adoção de medidas para aliviar esses sintomas.

O autocuidado eficaz permite que, a pessoa assuma um papel ativo na gestão da doença. Daí a importância de promover o empoderamento da cliente, pois ao compreender a doença, assim como os sintomas associados e as estratégias de autocuidado, torna-se mais preparada para tomar decisões informadas sobre o regime terapêutico e estilo de vida. Este conhecimento permite que a cliente se envolva ativamente no autocuidado, melhorando assim a qualidade de vida e reduzindo o risco de complicações associadas à insuficiência cardíaca.

Estabelecendo uma ligação com a identificação de sinais e sintomas de retenção de líquidos, expliquei à cliente como proceder à autovigilância do peso corporal e a importância de o fazer de forma consistente, utilizando o método apropriado.

A cliente revelou que não compreendia o motivo de se pesar diariamente, durante o internamento. Posteriormente ao ensino efetuado, relativamente à correlação entre o peso e o agravamento do estado de saúde, a cliente demonstrou entender esta interdependência/correlação. Tendo-se reforçado que a monitorização do peso permitirá a identificação precoce de sintomas de descompensação da doença.

No sentido, de ficar com o registo do peso corporal, foi solicitado à cuidadora que procedesse ao registo do mesmo. Utilizei como exemplo o registo num bloco de notas ou com recurso da agenda do telemóvel, para posterior consulta. A familiar optou por efetuar o registo no

telemóvel.

Quanto ao domínio conservação de energia, é relevante salientar que, um dos motivos de admissão da cliente ao serviço de urgência foi a dispneia.

Durante o internamento hospitalar, a cliente caminhava duas vezes por dia, com apoio unilateral ou com bengala, tal como fazia anteriormente no seu domicílio. No internamento as caminhadas restringiam-se ao corredor hospitalar. Numa fase inicial referia cansaço, mas com o decorrer do internamento e com a involução dos edemas, fazia-o sem qualquer dificuldade associada.

Relativamente ao padrão de exercício e apesar de não conseguir determinar a evolução do mesmo após a alta hospitalar, com base no enquadramento teórico, enfatizou-se a importância de praticar atividade física de acordo com a sua capacidade de tolerância, destacando a necessidade de autovigilância, como o aumento da dispneia, fadiga e palpitações.

Desta forma, foi explicado à cliente estratégias que deveria adotar para a conservação da energia, tal como gerir o esforço físico, respeitando os seus limites de energia e alternar períodos de atividade e repouso durante a atividade, para ajudar a prevenir o cansaço excessivo e a exaustão.

No primeiro contato estabelecido com a familiar cuidadora, foquei-me no domínio do padrão alimentar. É importante salientar que tanto o regime alimentar como o regime medicamentoso ficaram sob responsabilidade da familiar cuidadora.

Após a recolha de dados, considerei essencial abordar o padrão alimentar no primeiro contato, uma vez que estava relacionado com os sinais de retenção de líquidos, que foram abordados no primeiro contato com a cliente.

Identifiquei potencial para melhorar o conhecimento em relação ao regime dietético, especificamente na dieta restrita em sódio, e a sua relação com a retenção de líquidos.

No que diz respeito ao regime dietético no controle da glicemia capilar, verifiquei que, a familiar cuidadora trazia frequentemente para o internamento frutas desaconselhadas, como uvas e bananas, que eram as preferidas da cliente, o que potenciava o aumento dos níveis da glicemia capilar, foi explicado à familiar cuidadora quais as frutas desaconselhadas para a pessoa com diabetes *mellitus*, para controlar os valores de glicemia capilar.

No contexto da insuficiência cardíaca, destaca-se a importância de uma dieta restrita em sódio e foi explicada a sua relação com a retenção de líquidos e com o agravamento da doença, conceitos que eram totalmente desconhecidos para a familiar cuidadora.

O ambiente rural em que a cliente vive, favorece o consumo adequado de frutas e vegetais, mas havia um consumo excessivo de sal em relação ao regime dietético recomendado, bem

como a ingestão de alimentos desaconselhados, como charcutaria.

Nesta sentido, orientei a familiar cuidadora para utilizar uma balança digital para medir 5 gramas de sal e distribuí-lo equitativamente, ou de acordo com as preferências da cliente, na preparação diária das refeições. Com o objetivo de gerir melhor uma dieta restrita em sódio, a familiar cuidadora manifestou a intenção de adquirir uma balança de cozinha digital, uma vez que não dispunham deste equipamento, para poder medir o sal e distribuí-lo equitativamente na preparação das refeições diárias e a substituição do sal por ervas aromáticas.

No primeiro contacto estabelecido com a familiar cuidadora também foi dada ênfase ao domínio volume de líquidos, nomeadamente a relação entre a ingestão hídrica e a retenção de líquidos, alertando que as pessoas com insuficiência cardíaca não devem ingerir mais do que 1,5 a 2 litros de líquidos por dia quando estão numa fase avançada da doença. A familiar cuidadora foi esclarecida que devem ser contabilizados todo o tipo de líquidos ingeridos (ex. sopa, chá iogurte) e não apenas a água.

No primeiro contacto também foi abordado, o domínio autogestão do regime medicamentoso, visto que seria da sua responsabilidade após a alta hospitalar.

Para garantir a gestão adequada do regime medicamentoso, senti a necessidade de orientar as habilidades da familiar cuidadora para compreender a importância do cumprimento do regime medicamentoso, bem como as principais reações adversas dos medicamentos atualmente prescritos à cliente. Expliquei de forma clara e acessível a relevância de seguir corretamente o regime de medicamentoso e alertei para os potenciais efeitos adversos que podem surgir.

Com o intuito de facilitar a gestão do regime medicamentoso, apresentei à familiar cuidadora um conjunto de tabelas que permitiam registar os medicamentos, juntamente com espaços para anotar informações relevantes, como o efeito terapêutico e as principais reações adversas. Furneci também uma fotocópia dessas tabelas para seu uso posterior.

Outro aspecto abordado no primeiro contacto foi, a importância da familiar cuidadora proceder o ajuste da medicação, de acordo com os resultados da vigilância, nomeadamente o valor da frequência cardíaca, isto é, se frequência cardíaca for inferior a 50 batimentos por minuto, não devia administrar o bisoprolol e devia comunicar ao médico assistente com brevidade.

Destacou-se também a importância de fazer referência ao regime medicamentoso quando recorre ao serviço de urgência ou consulta, pois pode ser necessário realizar alteração no referido regime ou de o ter em consideração. Esta medida visa garantir a segurança e eficácia do tratamento da cliente evitando omissões ou duplicações de medicamentos.

No segundo contacto estabelecido com a cliente, constatei que já conseguia enumerar os sinais de retenção de líquidos e compreendia como proceder à autovigilância do peso corporal. A cliente não ingeria o pequeno almoço antes de ser monitorizado o peso corporal. Este dado

indica uma compreensão correta da importância da monitorização adequada do peso corporal para detectar sinais precoces de retenção de líquidos.

No segundo contacto estabelecido com a familiar cuidadora, constatei que já era capaz de enumerar os principais efeitos terapêuticos e as reações adversas mais frequentes associadas ao regime medicamentoso vigente. Além disso, a própria familiar cuidadora informou que já tinha adquirido uma balança de cozinha.

Esses dados demonstram que, a familiar cuidadora compreendeu a importância de conhecer os medicamentos prescritos e que está a tomar medidas para garantir uma gestão do regime dietético, de acordo com as orientações para uma gestão adequada da insuficiência cardíaca.

Com base nos dados apresentados, observou-se evolução significativa tanto na cliente quanto na familiar cuidadora. A cliente demonstrou compreender os sinais de retenção de líquidos e a importância da autovigilância do peso corporal. A familiar cuidadora adquiriu conhecimento sobre os efeitos terapêuticos e reações adversas dos medicamentos prescritos, e adquirir uma balança de cozinha para gerir adequadamente o regime dietético da insuficiência cardíaca. Esses progressos indicam um compromisso com a saúde e um entendimento correto das orientações fornecidas para a gestão eficaz da doença.

4. CASO CLÍNICO 2

Cliente de 52 anos, seguido na Consulta de Enfermagem de Insuficiência Cardíaca, com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida.

4.1. Enquadramento teórico

Cenário: O caso atual, refere-se a uma pessoa com 52 anos de idade, com atividade laboral bastante ativa, em acompanhamento na consulta de insuficiência cardíaca por um IC FEr, foi mencionada a presença de antecedentes de dislipidemia, psoríase e herniorrafia inguinal bilateral, bem como um estilo de vida ativo e preferência por refeições rápidas devido ao tempo limitado. Tem uma ocupação que, envolve muitas horas de condução e interação com clientes. Foi estabelecido apenas um contacto com este cliente, no âmbito da Consulta de Enfermagem de insuficiência cardíaca. É acompanhado de forma regular pelo médico de família e refere que recentemente tem apresentado tonturas.

No enquadramento teórico do primeiro estudo de caso, foi feita a referência ao quadro fisiopatológico inerente à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Neste sentido, no presente enquadramento irei abordar os parâmetros relacionados com o regime terapêutico, nomeadamente o regime medicamentoso, regime de exercício e regime alimentar.

A farmacoterapia é a base do tratamento da IC FEr e tem como objetivo a redução da mortalidade, a prevenção de hospitalizações recorrentes devido ao agravamento da doença e a melhoria do estado clínico, da capacidade funcional e da qualidade de vida (McDonagh et al., 2021).

Riegel et al. (2009) referem que, as pessoas com sintomatologia de agravamento da insuficiência cardíaca, levam dias até procurarem ajuda de um profissional de saúde, alegando que este atraso deve-se à falta de monitorização rotineira dos sintomas ou até mesmo da incapacidade de interpretar os sintomas quando estes surgem.

De facto, um dos fatores que leva à dificuldade na identificação dos sinais/sintomas de agravamento da insuficiência cardíaca é a grande variedade de sintomas que são vivenciados pelas pessoas.

As recomendações internacionais para esta patologia preconizam o desenvolvimento e

implantação de unidades especializadas na avaliação e no tratamento desta doença crónica, podendo ser designadas por clínicas ou unidades, abrangendo unidades de tratamento, protocolos de articulação com os cuidados de saúde primários, consultas de ambulatório, hospitais de dia destinados para esta patologia e a telemonitorização (Timóteo et al., 2019).

Os autores mencionados anteriormente, referem que estas unidades devem ter equipas multidisciplinares, formada por médicos (cardiologistas e internistas), enfermeiros especializados, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos cardiopneumologistas, psicólogos, assistentes e farmacêuticos. Esta abordagem multidisciplinar permite, melhorar a qualidade de vida da pessoa, a redução dos internamentos e (re)internamentos, menor recurso aos serviços de urgência e mortalidade, educação da pessoa e do seu familiar cuidador.

As medidas não farmacológicas, fazem parte do tratamento das pessoas portadoras de IC FEr e estão relacionadas com a melhoria da classe funcional, da qualidade de vida e sobrevida e da redução do número de internamentos. Os programas multidisciplinares e a prática de atividade física regular, foram as estratégias mais estudadas (Albuquerque et al. 2019).

Os programas multidisciplinares evidenciaram a sua eficácia, na melhoria da qualidade de vida, na redução dos internamentos e (re)internamentos, nos recursos aos serviços de urgência e na mortalidade, sendo que a educação da pessoa portadora desta patologia e do familiar ou cuidador é fundamental para todo este processo (Timóteo et al., 2019).

Albuquerque et al. (2019) acrescenta ainda que durante a permanência nestes programas multidisciplinares, deve ser abordado com a pessoa, familiar ou cuidador os seguintes aspectos: etiologia da insuficiência cardíaca; evolução da doença; importância do autocuidado; monitorização de sinais e sintomas de agudização da doença; importância da adesão ao regime medicamentoso; imunização; regime alimentar; exercício físico; cuidados durante as viagens; alteração do sono; atividade sexual.

Como reforço da informação, o autor aconselha a entrega de material de apoio, a teleconsulta e o seguimento presencial para evitar descompensações na doença e (re)internamentos.

McDonagh et al. (2021) referem que, muitas pessoas beneficiariam com a integração precoce de uma abordagem paliativa e de suporte nos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar e que, este tipo de cuidados deve ser considerado para todas as pessoas com insuficiência cardíaca, independentemente do estadió da doença em que estes se encontram.

Na atualidade, o tratamento farmacológico para a IC FEr apresenta uma árvore de decisão complexa quanto à escolha inicial de medicamentos, qual sequência dos medicamentos a serem introduzidos, qual a titulação e qual o protocolo de segurança a adotar para prevenir os efeitos adversos mais graves e mais frequentes (Silva-Cardoso et al., 2021).

Assim, os quatro medicamentos essenciais para tratar a IC FEr incluem os Inibidor da

Neprisilina e dos Receptores da Angiotensina (ARNI), Beta-bloqueador (BB), Antagonistas dos Receptores dos Mineralocorticóides (ARM) e Inibidor do co-Transportador sódio-glicose (iSGLT2). Caso haja intolerância ao ARNI, este deve ser substituído por um Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Antagonista do Receptor da Angiotensina (ARA) (Silva-Cardoso et al., 2021).

Os autores anteriormente mencionados afirmam que, além dos grupos farmacológicos previamente citados, os diuréticos também são considerados no tratamento de pessoas que apresentem sinais de congestão. A abordagem terapêutica com diuréticos visa atingir um equilíbrio hídrico normal com a menor dose eficaz possível, uma vez que estimulam o SRAA, contudo é essencial ajustar ao longo do tempo e de acordo com as condições específicas da pessoa.

A terapia modificadora do prognóstico para a ICFEr surge então como, o novo padrão de tratamento para a insuficiência cardíaca, demonstrando consistentemente a redução de eventos como morte cardiovascular ou hospitalização (Silva-Cardoso et al., 2021).

A regulação do SRAA e SNS através de IECA/ARNI, BB e ARM mostrou-se eficaz na melhoria da sobrevivência, na redução do risco de hospitalizações por insuficiência cardíaca e no alívio de sintomas em pessoas com IC FEr. A tríade de IECA/ARNI, BB e ARM é recomendada como terapia essencial para estas pessoas, a menos que sejam contraindicados ou não tolerados. Os iSGLT2 (dapagliflozina e empagliflozina) adicionados à terapia com ARNI/ IECA, BB e ARM, reduziram o risco de morte cardiovascular e agravamento da insuficiência cardíaca em pessoas com ICFEr e são recomendados para todas as pessoas com ICFEr já tratadas com ARNI/IECA, BB e ARM, independentemente de terem ou não diabetes, a não ser que não sejam tolerados (McDonagh et al., 2021).

Silva-Cardoso et al. (2021) defendem que essas quatro classes de medicamentos devem ser introduzidas em doses baixas, durante um período de quarto a seis semanas, seguidas da titulação da dose num ritmo mais lento nas semanas seguintes.

Maddox et al. (2021) referem que, as doses de BB deverão ser ajustadas a cada duas semanas, em pessoas sem evidência de insuficiência cardíaca descompensada e sem contraindicações para doses mais altas. Poderá ser necessário, um período de tempo mais alargado em pessoas com alterações hemodinâmicas ou mais debilitados. Após o ajuste de betabloqueadores, a pessoa devem ser alertada para o facto de surgir um agravamento da sintomatologia de forma transitória.

ARNI é a opção preferencial na ausência de hipotensão, instabilidade electrolítica ou agioedema prévio com um IECA ou ARA. Deve ser titulado da mesma forma que o BB com a monitorização da função renal, potássio e tensão arterial. Em pessoas estáveis é possível uma titulação mais rápida (Maddox et al., 2021).

Para introduzir os inibidores da iSGLT2, não necessitam de atingir as doses alvo ou as doses máxima toleradas de outros medicamento. A dose do diurético, precisa de ser ajustada em função da variação do peso corporal e da sintomatologia apresentada. Nas pessoas com antecedentes de diabetes *mellitus* que estejam em tratamento com insulina ou sulfonilureia, é útil a coordenação de um endocrinologista para minimizar o risco de hipoglicemia nas pessoas com diabetes *mellitus* (Maddox et al., 2021).

A implementação de técnicas diagnósticas e terapêuticas numa fase aguda permitem, a melhoria da sobrevida destas pessoas, tornando pertinente o desenvolvimento de estratégias de prevenção secundária. Surge, desta forma, os programas de reabilitação cardíaca, que são programas abrangentes de prevenção secundária. Os programas de reabilitação cardíaca mais abrangentes têm como objetivos melhorar a capacidade funcional, a adoção de estilos de vida saudável e adesão à terapêutica com o intuito de atrasar a progressão da doença aterosclerótica e prevenir eventos cardíacos futuros (Silveira e Abreu, 2016).

Os programas de reabilitação cardíaca foram concebidos com, o intuito de reintegrar as pessoas nas suas rotinas diárias usuais, colocando especial ênfase na realização de exercício físico, aliada a iniciativas educativas direcionadas a alterações no estilo de vida (Moraes et al., 2005).

A capacidade da prática de exercício físico, está relacionada pela complexa interação entre o sistema cardiovascular, respiratório, metabólico e muscular, acrescida à modulação pelo sistema nervoso autónomo, o que implica que, qualquer alteração nessa interação pode diminuir a capacidade funcional da pessoa. O mesmo autor menciona que, a grande parte das pessoas com alterações no processo cardiovascular referem diminuição da capacidade funcional.

Nas pessoas que incorporam o exercício físico na sua rotina diária, observa-se a reversão da disfunção endotelial, aumento do consumo de oxigénio, elevação da potência aeróbica máxima, melhoria da capacidade oxidativa do músculo esquelético e redução da exacerbação neuro-humoral. A prática de exercício físico passa a integrar as abordagens não farmacológicas para o tratamento da insuficiência cardíaca, resultando numa diminuição da resposta ventilatória durante o esforço, bem como numa melhoria da qualidade de vida e do prognóstico da insuficiência cardíaca (Moraes et al., 2005).

Outro aspeto fundamental no regime terapêutico, nas pessoas com insuficiência cardíaca é o regime alimentar. Tal como foi referenciado no caso clínico anterior, destaco que o consumo de sal pode ter efeitos adversos. De acordo com Silva et al. (2015), o sódio desempenha um papel crucial na regulação do volume extracelular e no equilíbrio ácido-base, sendo o sal a principal fonte alimentar desse componente. O consumo excessivo de sal, e consequentemente de sódio, está associado ao aumento da pressão arterial e à excreção elevada de cálcio pelos rins. O sal adicionado no processamento e confecção dos alimentos é aquele que mais contribui para o consumo diário deste mineral, para tal recomenda-se a leitura dos rótulos dos alimentos

processados.

Neste caso específico do cliente selecionado para este estudo de caso, uma das dificuldades identificadas pelo próprio era a interpretação dos rótulos dos alimentos.

Conforme destacado por Egnell et al. (2021), os rótulos nutricionais localizados na parte frontal das embalagens, conhecidos como "*front of pack*", são considerados ferramentas significativas para motivar os consumidores a fazerem escolhas alimentares mais saudáveis e para fomentar uma reformulação na alimentação.

O sistema "*front of pack*" pode influenciar as decisões de compra e o comportamento dos consumidores, capacitando-os a fazer escolhas alimentares mais informadas e saudáveis. O *Nutri-Score* avalia o perfil nutricional dos alimentos, considerando em que medida as proporções dos seus nutrientes têm um impacto significativo na saúde e promovem uma dieta equilibrada. Alimentos classificados com a cor verde (letras A ou B) são indicativos de opções mais saudáveis e adequadas. Este sistema fornece uma orientação visual clara, facilitando aos consumidores a identificação de produtos alimentares que são mais propícios a promover uma alimentação equilibrada e benéfica para a saúde (Brazão et al., 2021).

Contudo, um estudo realizado pelos autores referidos, mencionam dados relativos à quantidade de açúcar e de sal, bem como a respetiva classificação *Nutri-Score* de uma variedade de produtos de categorias diferentes, concluindo que 91% dos produtos avaliados não cumprem com os valores de referência definidos na Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável para o açúcar e o sal quando avaliados conjuntamente.

É importante destacar a leitura dos rótulos dos produtos alimentares, uma vez que a análise conjunta de açúcar e sal pode não refletir completamente a qualidade nutricional dos alimentos. Esta abordagem sublinha a necessidade de realizar escolhas alimentares informadas e a importância da conscientização sobre a leitura abrangente dos rótulos para garantir uma dieta mais saudável.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 51 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-14 09:45:00	Sacubitril + Valsartan 49mg + 51 mg (1.0.1)	
2023-12-14 09:45:00	Furosemida 40 mg (1 . 1/2. 0)	
2023-12-14 09:45:00	Dapagliflozina 10 mg (1. 0. 0)	
2023-12-14 09:45:00	Espironolactona 25 mg (1. 0. 0)	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

SACUBITRIL + VALSARTAN

Inibidor da neprilisina e dos recetores da angiotensina (ARNI)

Permite que o coração bombeie o sangue de forma mais eficaz e permite que as artérias estejam mais dilatadas, promovendo a circulação sanguínea (Homem et al., 2023).

De acordo com Infomed (s.d), não é recomendada a coadministração do sacubitril + valsartan com um IECA ou um ARA. Além disso, deve-se esperar pelo menos 36 horas após a interrupção da terapia com um IECA antes de iniciar o sacubitril + valsartan, devido ao potencial risco de angioedema quando usado simultaneamente. Esta precaução visa, garantir a segurança da pessoa e evitar possíveis complicações decorrentes da interação medicamentosa.

Segundo a entidade referida anteriormente, quando se inicia a terapêutica com sacubitril/valsartan, ou durante o ajuste da dose, é recomendado monitorizar a tensão arterial, pelo risco de hipotensão arterial.

Pode ser tomado com ou sem alimentos e devem ser engolidos com um copo de água, não recomendam dividir ou esmagar os comprimidos (Infomed, s.d.).

FUROSEMIDA

Diurético (de Ansa) descrito no caso clínico anterior.

DAPAGLIFLOZINA

Inibidor do co-transportador sódio-glicose 2 (iSGLT2)

Bloqueia a proteína SGLT2 no rim, fazendo com que a glucose, o sódio e a água sejam eliminados pela urina. Potencia a melhoria dos sintomas, podendo, desta forma, reduzir a diminuição das hospitalizações e reduzir a mortalidade (Infomed, 2023).

As atividades de vigilância de enfermagem, ressaltam a ocorrência frequente de infecções genitais, como a candidíase (pênis ou vagina). Estas infecções podem manifestar-se através de sintomas como irritação, prurido, corrimento anormal ou odor desagradável. É essencial alertar a pessoa, para estar atenta a estes sinais e para a importância de manter uma boa higiene íntima, a fim de minimizar qualquer desconforto associado (Infomed, 2023).

Deve engolir o comprimido inteiro com meio copo de água. Pode ser tomado com ou sem alimentos (Infomed, 2023).

ESPIRONOLACTONA

Antagonista dos Receptores da Aldosterona (ARM)

Grupo farmacológico que também é diurético poupador de potássio. Ajudam na redução da pressão arterial e a congestão cardíaca (Infomed, 2022).

As atividades de vigilância destacam-se por alertar a pessoa da ocorrência de tonturas (Deglin & Vallerand, 2003). Nomeadamente após um período de repouso prolongado, deve efetuar um levante progressivo para evitar tonturas.

Segundo os autores referenciados anteriormente, é aconselhado alertar a pessoa a usar protetor solar e roupas adequadas para prevenir reações de fotossensibilidade.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-12-2023 09:45	Sistema respiratório	
14-12-2023 09:45	Sistema cardiovascular	
14-12-2023 09:45	Volume de líquidos	
14-12-2023 09:45	Conservação de energia	
14-12-2023 09:45	Autogestão do regime medicamentoso	
14-12-2023 09:45	Padrão alimentar	
14-12-2023 09:45	Padrão de exercício	

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

O assunto abordado neste tópico, uma vez que é sobreponível ao primeiro caso clínico, deve ser consultado na página 19 até à 34, tendo a seleção dos domínios e a sua relação com o quadro teórico, sido explicada no caso clínico anterior.

4.5. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

14-12-2023 09:45

- 14-12-2023 09:45 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.
- 14-12-2023 09:45 - Ritmo respiratório regular.
- 14-12-2023 09:45 - Movimento respiratório simétrico.
- 14-12-2023 09:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- 14-12-2023 09:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 14-12-2023 09:45 - Sem adejo nasal.
- 14-12-2023 09:45 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 14-12-2023 09:45 - Periférico(a): 99 %.
- 14-12-2023 09:45 - Não comunica falta de ar.

Sistema cardiovascular

14-12-2023 09:45

- 14-12-2023 09:45 - Localização do Pulso
 - 14-12-2023 09:45 - Antebraço Esquerda(o)
 - 14-12-2023 09:45 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.
 - 14-12-2023 09:45 - Pulso de grande amplitude (magnus) e irregular.
 - 14-12-2023 09:45 - Pulso arritmico.
 - 14-12-2023 09:45 - Pulso simétrico.
- 14-12-2023 09:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 14-12-2023 09:45 - Membro superior Direita(o)
 - 14-12-2023 09:45 - Pressão sanguínea sistólica: 105 mmHg.
 - 14-12-2023 09:45 - Pressão sanguínea diastólica: 57 mmHg.
- 14-12-2023 09:45 - Temperatura das extremidades
 - 14-12-2023 09:45 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
- 14-12-2023 09:45 - Coloração das extremidades
 - 14-12-2023 09:45 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

14-12-2023 09:45 - Arritmia

14-12-2023 09:45 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

14-12-2023 09:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

14-12-2023 09:45 - Promover autogestão: pressão sanguínea

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre hipotensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre complicações da hipotensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hipotensão

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre medidas de segurança face à hipotensão

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre prevenção da hipotensão postural

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da hipotensão

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre identificação de sinais de lipotimia

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre prevenção de quedas

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea

Volume de líquidos

14-12-2023 09:45

14-12-2023 09:45 - Sensação de sede normal.

14-12-2023 09:45 - Sinal de Godet

14-12-2023 09:45 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo.

14-12-2023 09:45 - Turgor da pele normal.

14-12-2023 09:45 - Pele hidratada.

14-12-2023 09:45 - Peso: 65.00 Kg.

Conservação de energia

14-12-2023 09:45

14-12-2023 09:45 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

14-12-2023 09:45 - Intolerância à atividade

14-12-2023 09:45 - Determinar evolução da intolerância à atividade

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da tolerância à atividade

14-12-2023 09:45 - Promover autogestão: regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

Autogestão do regime medicamentoso

14-12-2023 09:45

14-12-2023 09:45 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

14-12-2023 09:45 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme

horário.

14-12-2023 09:45 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

14-12-2023 09:45 - Prepara a medicação conforme a dose.

14-12-2023 09:45 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

14-12-2023 09:45 - Administra a medicação pela via adequada.

14-12-2023 09:45 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

14-12-2023 09:45 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

14-12-2023 09:45 - Promover autogestão: regime medicamentoso

14-12-2023 09:45 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e retenção de líquidos: facilitadora.

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre resposta à medicação

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

14-12-2023 09:45 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

14-12-2023 09:45 - Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

Padrão alimentar

14-12-2023 09:45

14-12-2023 09:45 - Número de refeições diárias: 3.

14-12-2023 09:45 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

14-12-2023 09:45 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

14-12-2023 09:45 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

14-12-2023 09:45 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

14-12-2023 09:45 - Autogestão do regime dietético

14-12-2023 09:45 - Promover autogestão: regime dietético

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Consciencialização da relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora.

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre abuso do álcool

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

Padrão de exercício

14-12-2023 09:45

14-12-2023 09:45 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

14-12-2023 09:45 - Tempo de exercício físico semanal: 180 Minutos .

14-12-2023 09:45 - Autogestão do regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Determinar evolução do padrão de exercício

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução do padrão de exercício

14-12-2023 09:45 - Promover autogestão: regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

14-12-2023 09:45 - Ensinar sobre exercício físico

14-12-2023 09:45 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade

14-12-2023 09:45 - Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade

14-12-2023 09:45 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

4.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Na presença de sinais de lipotimia deverá evitar movimentos bruscos, mover-se devagar ou ficar parado e se possível fazer a elevação dos membros inferiores
- Manter um ambiente seguro, evitar tapetes e caso use opte por tapetes antiderrapantes, mantendo as divisões da casa arrumadas, sem obstáculos, usar sapatos adequados, estáveis e fechados e manter uma boa iluminação em casa

Ensinar sobre resposta à medicação

- Explicar ao cliente qual é o efeito terapêutico do regime medicamentoso prescrito
- Instruir ao cliente para realizar autovigilância da pressão sanguínea e frequência cardíaca, com registo próprio para posterior análise e consulta
- Ao realizar a autovigilância da pressão sanguínea e da frequência cardíaca é possível detectar precocemente alterações, permitindo adoptar medidas para prevenir a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida

Ensinar sobre medidas de segurança face à hipotensão

- Realize movimentos graduais, movimentando-se lentamente ao levantar-se de uma posição deitada ou sentada (Deglin e Vallerand, 2003)
- Certifique-se da existência de obstáculos principalmente no seu quarto e que tem boa iluminação para evitar quedas em caso de tontura ou fraqueza

Ensinar sobre prevenção da hipotensão postural

- Após períodos de repouso prolongado, deve levar-se lentamente para evitar o risco de apresentar tonturas, lipotimia ou desmaios
- Evitar o consumo de álcool porque pode interagir com o regime medicamentoso e potenciar o risco de hipotensão (Degline e Vallerand, 2003)
- Hidratação adequada, especialmente nos dias de maior calor, para evitar a desidratação

Ensinar sobre abuso do álcool

- O consumo excessivo de álcool tem um efeito tóxico no sistema cardiovascular (Jaarsma et al., 2021)
- O consumo excessivo de álcool pode interferir na adesão ao regime terapêutico (Riegel et al., 2009)

Ensinar sobre exercício físico

- Praticar exercício físico de acordo com a tolerância à atividade, caso apresente dispneia, palpitações e cansaço deve parar para repor a energia
- Deve aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo
- Recomenda-se a realização de pelo menos 150-300 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou, pelo menos 75-150 min de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa ao longo da semana (DGS, 2020)

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Deve realizar pelo menos entre 20 a 40 minutos de atividade física por dia (DGS, 2020)
- Deve ajustar a duração e a intensidade da atividade física de acordo com a tolerância ao esforço (DGS, 2020)

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

- Monitorizar a pressão sanguínea para avaliar a eficácia do regime medicamentoso
- Observar os registos efetuados pelo cliente e verificar com ele se existe maior controlo desde que iniciou a terapêutica
- Alertar o cliente para comunicar ao profissional de saúde caso os valores da pressão sanguínea não estejam dentro dos parâmetros adequados.

Ensinar sobre identificação de sinais de lipotímia

- Identificar a presença de tonturas, palidez, náuseas, suor frio ou acúfenos como os principais sinais de lipotímia
- Na presença de sinais de lipotímia deve acautelar-se para evitar quedas acidentais ou outro tipo de acidentes

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Orientar o cliente para monitorizar a pressão sanguínea e a frequência cardíaca após 1 hora da toma da medicação (sacubitril-valsartan) (Infomed, s.d.)

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Fornecer informação sobre as principais reações adversas dos medicamentos
- Informar sobre como tomar a medicação (com ou sem alimentos) para minimizar os efeitos secundários
- Esclarecer relativamente a potenciais riscos associados à interação medicamentosa.

Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade

- Explicar ao cliente que a prática de exercício físico melhora a eficiência do sistema cardiovascular e melhora a capacidade de tolerância à atividade (Rabelo et al., 2007)
- A intolerância à atividade poderá manifestar-se quando realiza as suas caminhadas diárias, ou outras atividades que exijam maior esforço, com a presença de fadiga, palpitações e dispneia.
- Deve manter um registo constante do seu progresso no exercício físico, incluindo a duração e a intensidade dos seus treinos, para avaliar a sua capacidade de tolerância à atividade.

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Fazer uma alimentação com baixo teor de sal (Jaarsma et al., 2021)
- Optar por uma alimentação variada, aumentando o consumo de fruta e legumes (Pinho et al., 2016)
- Ao comprar os alimentos/produtos alimentares opte por aqueles com Nutri-Score A ou B (Brazão et al., 2021)

4.7. Síntese relativa ao caso

No presente caso apenas foi registado um contacto com o cliente durante a consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca. O cliente era um homem de 52 anos, a trabalhar no setor comercial desde os 27 anos, divorciado e vivia sozinho.

Passava a maior parte do dia a conduzir, mantendo contacto quase constante com várias empresas comerciais. Relatava que, ao chegar a casa no final do dia, sentia-se exausto e sem vontade de fazer mais nada.

Dada a natureza da sua condição clínica, o domínio do sistema cardiovascular e o domínio conservação de energia foram enfatizados, uma vez que estão diretamente relacionados com as manifestações clínicas da insuficiência cardíaca.

Adicionalmente, foram considerados os domínios da autogestão do regime medicamentoso, do padrão alimentar e do padrão de exercício físico. Estes foram incluídos tendo em conta a necessidade de intervenções de enfermagem, com o propósito de fomentar o conhecimento do cliente para uma gestão mais eficaz da insuficiência cardíaca e prevenir complicações futuras.

O cliente é acompanhado na consulta de insuficiência cardíaca há cerca de um ano, tinha como prática de autocuidado a autovigilância do peso corporal, sabia descrever o método e a razão para avaliar o peso, registando diariamente os valores numa agenda que trouxe consigo para a consulta de enfermagem e procedia à avaliação da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, três vezes por semana, o qual também efetuava o registo na sua agenda.

Os registos recentes do peso corporal do cliente, não mostraram alterações significativas. No entanto, os valores da pressão arterial apresentaram tendência para a hipotensão arterial nas últimas semanas após uma consulta de rotina com o seu médico de família. Nessa consulta, o médico procedeu a uma alteração na terapêutica modificadora de prognóstico, aumentando a dose do medicamento sacubitril/valsartan.

Desta forma, o domínio do sistema cardiovascular foi priorizado (valores médios de pressão arterial sistólica de 90 milímetros de mercúrio). Além disso, confidenciou que ultimamente tem sentido tonturas especialmente quando está em posição ortostática e que numa noite ao dirigir-se para a casa de banho quase caiu.

Dada situação anteriormente descrita, considere-se que seria necessário aprimorar o conhecimento sobre hipotensão. Assim sendo, é importante que o cliente mantenha medidas de segurança para evitar os riscos associados à hipotensão arterial, especialmente dadas as flutuações nos registos da sua tensão arterial, desta forma instruí como deveria lidar com episódios de tonturas, especialmente quando está em posição ortostática, para evitar quedas e

potenciais lesões. O cliente demonstrou que compreendeu as medidas de segurança e admitiu que não havia comunicado anteriormente porque pensava que era apenas cansaço.

Considere também de extrema importância, que o cliente esteja ciente da necessidade de comunicar de forma regular e precisa com os profissionais de saúde sobre a alteração dos processos corporais e que a persistência desses sintomas pode indicar problemas subjacentes que requerem avaliação e possível ajuste terapêutico.

Em todas as consultas de enfermagem de insuficiência cardíaca, é assegurado que a pessoa tenha acesso ao contacto telefónico do serviço. Além disso, é demonstrada total disponibilidade e abertura para que as pessoas possam comunicar com o serviço caso apresentem dúvidas ou sintomas de agravamento da sintomatologia.

Este apoio contínuo visa garantir que os clientes se sintam confortáveis e seguros, sabendo que têm suporte disponível sempre que necessário, mesmo fora do ambiente da consulta.

Relativamente ao domínio da autogestão do regime medicamentoso, o cliente compareceu à consulta de enfermagem com uma tabela contendo detalhes do seu regime medicamentoso atual. Esta estratégia já havia sido solicitada pela enfermeira orientadora em consultas anteriores e incluía o nome do medicamento, a dosagem e a frequência de administração. Essa tabela foi analisada com o objetivo de verificar o regime medicamentoso instituído na última consulta de insuficiência cardíaca, indo ao encontro da reconciliação da medicação e a única alteração observada foi na prescrição do sacubitril/valsartan. Na última consulta, o cliente estava a tomar sacubitril/valsartan 24 mg/26 mg, mas após uma consulta com o médico de família, a dosagem foi ajustada para 49 mg/51 mg.

É importante salientar que, o cliente está a seguir rigorosamente o regime medicamentoso prescrito, mostrando responsabilidade e compromisso com o seu tratamento. No entanto, ainda havia lacunas no conhecimento sobre os efeitos terapêuticos e as reações adversas de alguns medicamentos que estava a tomar, nomeadamente o sacubitril/valsartan e a dapagliflozina, desta forma considere potencial para melhorar o conhecimento

Assim, durante a consulta de enfermagem, recapitulei os efeitos terapêuticos dos medicamentos prescritos e descrevi as reações adversas mais comuns, tendo sido adicionados à tabela que o cliente apresentou com o seu regime medicamentoso.

No que diz respeito ao domínio padrão do exercício físico, devido ao facto de passar a maior parte do seu dia a conduzir, o cliente tinha pouco tempo disponível para praticar exercício físico. Aproveitava frequentemente a hora do almoço para caminhar cerca de 30 minutos.

Foi explicada a importância de praticar exercício físico regularmente, e que este não apenas beneficia o sistema cardiorrespiratório, mas também ajuda a aumentar a tolerância à atividade.

Após o almoço, costumava caminhar em média 30 minutos, sempre que o tempo estava

favorável ou a sua agenda de trabalho o permitia. Mencionou que muitas vezes, ao fim dos 30 minutos, sentia-se cansado e com dificuldade respiratória, mas melhorava após um período de descanso.

Considerarei que, tanto o conhecimento sobre regime de exercício e a consciencialização da relação entre exercício físico e a tolerância à atividade necessitavam ser melhorados.

Apesar de o cliente caminhar em média 30 minutos por dia, tal como o preconizado pela OMS, foi sugerido que em vez de realizar a caminhada imediatamente após o almoço, realizasse no final do dia, antes do jantar, assim poderia fazê-lo de uma forma mais tranquila, com tempo para fazer pausas necessárias para gerir a intolerância à atividade e que não estaria preocupado com o horário de trabalho, o que lhe permitiria aumentar gradualmente a frequência do exercício físico. Compreendeu que ao realizar exercícios de forma regular, se adaptaria gradualmente, tornando-se mais capaz de lidar com a intolerância à atividade, sem sentir fadiga excessiva ou dificuldade respiratória.

Outro aspecto que é relevante referir, no domínio do padrão alimentar é o facto de o cliente ingerir álcool durante as principais refeições, bebendo aproximadamente dois copos de vinho.

Durante a consulta de enfermagem, o cliente mencionou estar ciente, de que não deveria consumir álcool. Foi explicado ao cliente que, o consumo de álcool pode ter consequências negativas para o sistema cardiovascular e interagir com medicamentos, reduzindo sua eficácia ou aumentando os efeitos colaterais. Desta forma, foi analisado com o cliente estratégias para, minimizar os efeitos nocivos do álcool, tendo sido contratualizado o consumo de apenas um copo de vinho às principais refeições.

Outro aspecto pertinente é que, o cliente compra com frequência *snak's* para o seu dia de trabalho e que apresenta dificuldade na leitura e interpretação dos rótulos alimentares. Foi explicado como deveria interpretar o descodificador de rótulos e quais os diferentes nomes que podem ser atribuídos ao sal e ao açúcar e da importância de analisar aos rótulos.

Interpretar os rótulos nutricionais dos alimentos é crucial para tomar as melhores decisões em relação à alimentação. É importante que, o cliente seja capaz de fazer a leitura criteriosa dos rótulos.

Ao compreender os rótulos nutricionais, pode avaliar de forma mais informada a composição dos alimentos, incluindo os teores de gorduras, açúcares, sal e outros nutrientes. Isso permite fazer escolhas mais conscientes e saudáveis, alinhadas com as suas necessidades e objetivos de saúde.

Também foi explicado como deveria proceder à descodificação dos rótulos, tendo sido impresso no momento da consulta de enfermagem um descodificador de rótulos para alimentos por 100 gramas e para 100 mililitros.

A capacidade de interpretar os rótulos nutricionais dos alimentos é uma capacidade fundamental para promover uma alimentação saudável e equilibrada. Ao dominar esta competência, o cliente está mais preparado para fazer escolhas alimentares que contribuam para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Neste caso clínico o cliente apresenta práticas de autocuidado, como a autovigilância do peso corporal, da pressão arterial e da frequência cardíaca. No entanto, recentemente, tem experimentado episódios de hipotensão arterial e tonturas, especialmente em posição ortostática, o que levanta preocupações sobre a sua segurança. O cliente mostrou-se responsável e empenhado. Destaco a necessidade da compreensão dos medicamentos prescritos, incluindo os seus efeitos terapêuticos e possíveis efeitos adversos, caso presente, com a respetiva comunicação aos profissionais de saúde, da interpretação dos rótulos alimentares e da adaptação da prática de exercício físico a um horário que lhe permita maior disponibilidade.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A motivação para o ingresso neste Mestrado relacionou-se com, a necessidade de estar preparada para oferecer um cuidado diferenciado à pessoa e aos seus familiares ou cuidadores, melhorar o meu conhecimento e capacidades, e contribuir ativamente para a promoção e gestão do autocuidado, proporcionando-lhes as ferramentas necessárias para gerir a sua condição de saúde-doença de forma eficaz e melhorar a sua qualidade de vida.

Ao longo deste período, tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos na prática e lidar com pessoas a vivenciar a doença crónica e respetivos familiares ou cuidadores. Esta experiência permitiu-me aprimorar competências específicas, bem como desenvolver uma compreensão mais profunda das necessidades e desafios enfrentados por estas pessoas.

Além disso, o estágio contribuiu para o desenvolvimento do meu pensamento crítico e reflexivo. Cada interação com a pessoa, cada decisão tomada e cada desafio enfrentado exigiu uma análise cuidadosa e uma reflexão sobre as melhores práticas a serem adotadas. Esta constante avaliação das minhas ações e decisões como futura enfermeira especialista contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional e pessoal.

Durante este período, procurei fundamentar as minhas intervenções e tomadas de decisão na melhor evidência científica como guia na minha prática clínica. Com o apoio e orientação das enfermeiras orientadoras, consegui analisar e interpretar as informações científicas mais recentes, adaptando as minhas intervenções às necessidades individuais de cada pessoa.

COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Enfermeiro Especialista é aquele "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem". (OE, 2019, pp. 4744).

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista, pressupõem que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em diversos contextos de prestação de cuidados. As competências comuns envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e de disseminar investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

Assim sendo, a OE (2019) considera competências comuns, aquelas que são partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da área de especialização. Estas competências são demonstradas através de uma sólida capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como de um fornecimento de um suporte eficaz ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e consultoria.

São quatro os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista atua de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional e garante práticas de cuidado que visa o respeito dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No domínio da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista garante um papel dinamizador nas iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolve cuidados de qualidade, colaborando e gerindo programas de melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro. No âmbito do domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista gere os cuidados otimizando a resposta da equipa e articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às necessidades e contextos apresentados, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Por último, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o Enfermeiro Especialista desenvolve autoconhecimento e assertividade e fundamenta a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

No decorrer do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, atuei sempre de acordo com as normas legais e princípios éticos, garantindo práticas de cuidado que respeitem os direitos humanos. No domínio da melhoria contínua da qualidade, dinamizei as iniciativas estratégicas institucionais, desenvolvendo cuidados de qualidade. No domínio da gestão dos cuidados, otimizei a articulação com a equipa de enfermagem, adaptando a gestão dos recursos às necessidades e contextos apresentados. Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvi autoconhecimento e assertividade, fundamentando a minha *praxis* clínica em evidência científica.

No contexto da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é necessário detalhar as competências com base no destinatário dos cuidados e no contexto da intervenção, dada a sua vasta abrangência e a crescente necessidade de cuidados especializados em áreas emergentes, surgindo as áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, em situação perioperatória e em situação crónica (OE, 2018).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica incluem, o cuidado à pessoa e sua família ou cuidadores que vivenciam processos médicos ou

cirúrgicos complexos, resultantes de doenças agudas ou crónicas; a otimização do ambiente e dos processos terapêuticos para aqueles que passam por intervenções médicas ou cirúrgicas complexas devido a doenças agudas ou crónicas e a maximização da prevenção, a intervenção e o controlo de infeções e a resistência a antimicrobianos para pessoas que estejam a vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica (OE, 2018).

DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Neste capítulo, pretendo partilhar o processo de desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. A organização deste capítulo, está alinhada com o que delineei no meu projeto individual de desenvolvimento de competências e que se encontra em anexo (Anexo 1) neste relatório de estágio, cujo o objetivo major é adquirir competências na abordagem à pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório.

Consequentemente à definição deste objetivo, delineei objetivos específicos com base nas competências transversais expressas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à pessoa em situação crónica. Inerente a cada um destes objetivos delineei um conjunto de atividades tendo em vista a sua concretização (Anexo 1). Passo a enunciar os respetivos objetivos específicos e a descrever o processo de desenvolvimento, aquisição e reflexão de competências.

Desenvolver competências na identificação do compromisso do autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca

Os cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa, familiares e cuidadores em situação crónica têm como foco a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção de processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, a família e o cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde que leve em consideração as implicações da doença na vida da pessoa e na sua qualidade de vida (OE, 2018).

Na fase inicial do estágio de natureza profissional, senti a necessidade de procurar dados que permitissem melhorar o processo de diagnóstico, designadamente avaliar o autocuidado nas pessoas com insuficiência cardíaca. Realizei uma pesquisa sobre o autocuidado, com foco na

pessoa com insuficiência cardíaca e identifiquei vários instrumentos de recolha de dados nesta área.

Entre os instrumentos frequentemente utilizados para identificar as necessidades de autocuidado dos clientes, destacam-se o *Self-care Index in Heart Failure* (SCHFI) e a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* (EHFScBS) (Vellone et al., 2014).

A capacidade de recolher dados precisos e abrangentes é fundamental para a avaliação adequada do estado de saúde da pessoa e para a implementação de terapêuticas promotoras de indicadores de resultado, potenciadores da vivência de uma transição saudável, tal como refere Schumacher & Meleis (1994)). A colheita de dados adequada permite a identificação do compromisso no autocuidado e a detecção precoce de agudização da doença e a prevenção de complicações.

Neste sentido optei por, recorrer à Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, adaptado do *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, por ser um instrumento útil, válido, fácil de aplicar e traduzido para o idioma português (Pereira, 2013).

Através da aplicação da respetiva escala, no decorrer do estágio, percebi que, a maioria dos clientes do serviço de medicina interna, não integrava a monitorização do peso corporal como parte do autocuidado, no domicílio. Além disso, detetei que apenas uma pequena parcela dos clientes realizava essa monitorização regularmente e sabia identificar os sinais e sintomas de agravamento da insuficiência cardíaca.

Refletindo sobre a recolha de dados efetuada com recurso a este instrumento, indicou-me que a idade e o nível de dependência do autocuidado são fatores que parecem influenciar essa tendência para o desconhecimento de práticas de autocuidado.

Na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca, constatei que as pessoas adotavam comportamentos de autocuidado mais eficazes, em comparação com o serviço de medicina interna. As pessoas seguidas na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca monitorizavam o peso corporal e os sinais vitais com regularidade, procedendo ao respetivo registo. Apresentavam também esquemas do regime medicamentoso atualizados, mostrando-se preparadas para recorrer ao centro de saúde ou consulta privada, se necessário.

No decorrer do estágio de natureza profissional, desenvolvi também um guião de entrevista, baseado na ontologia de enfermagem, que permitiu uma recolha de dados mais completa e precisa no momento da admissão da pessoa com insuficiência cardíaca em ambos os contextos clínicos (internamento e consulta).

Após a recolha de dados, centrei-me no compromisso do autocuidado, promovendo o conhecimento e estratégias para que me permitissem identificar atempadamente sinais e sintomas de agudização da doença, evitando desta forma (re)agudização da doença.

Este processo permitiu enfatizar o desenvolvimento e aquisição de competências em técnicas de comunicação, enquanto desenvolvia uma relação terapêutica. O recurso aos instrumentos e ao guião permitiu-me sistematizar a recolha de dados e identificar as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção e avaliar o impacto que a situação decorrente da doença tem na qualidade de vida da pessoa com doença crónica.

A teoria de Orem é particularmente relevante neste contexto, pois destaca a importância do autocuidado e a necessidade de identificar e abordar os défices de autocuidado. No caso da insuficiência cardíaca, a monitorização do peso corporal e a identificação atempada de sinais e sintomas de agravamento da doença são práticas de autocuidado essenciais.

Desenvolver competências na identificação de sintomas associados à descompensação cardíaca

Tal como referiu Kemp & Conte (2012), as manifestações da insuficiência cardíaca derivam essencialmente da inadequação do débito cardíaco e da ineficácia no retorno venoso. A dispneia, tosse e sibilos são sintomas decorrentes do aumento da pressão capilar pulmonar devido ao fluxo ineficiente proveniente do ventrículo esquerdo.

Por outro lado, o edema nos membros inferiores e a ascite surgem quando o ventrículo direito não consegue acomodar o fluxo sanguíneo para o coração e o cérebro. A fadiga ocorre devido à incapacidade do coração em fornecer sangue em quantidade suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo. Os sintomas como náuseas e perda de apetite ocorrem à medida que o sangue é direcionado para o sistema gastrointestinal para os órgãos mais vitais. As palpitações resultam quando o coração tenta redistribuir a falta do fluxo sanguíneo com uma frequência cardíaca mais rápida.

Durante o decorrer do estágio de natureza profissional, tive a oportunidade de observar e participar no exame físico de pessoas admitidas com insuficiência cardíaca descompensada. Destaco que, uma das dificuldades que enfrentei prendeu-se com, a auscultação cardíaca e pulmonar. Na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca, a avaliação concentrou-se nos edemas periféricos, dispneia e intolerância à atividade física, sendo estes os principais sinais e sintomas abordados.

Na minha condição como futura enfermeira especialista, ressalto que esta experiência proporcionou-me uma valiosa oportunidade para aprimorar a minha competência na avaliação clínica destas pessoas, a experiência global reforçou a minha confiança em lidar com outras técnicas na identificação de sinais e sintomas frequentemente associados à doença cardiovascular.

Estas competências, por sua vez, são fundamentais para a prestação de cuidados de

enfermagem eficazes e centrados na pessoa. A aquisição de tais competências é de extrema importância para a melhoria contínua da prática de enfermagem, permitindo uma abordagem mais personalizada e eficaz no cuidado à pessoa com insuficiência cardíaca.

Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos

Durante o desenvolvimento do estágio também desenvolvi competências na área da prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos.

O controlo das infeções associados aos cuidados de saúde são prioritários na prestação dos cuidados, incidindo na segurança da pessoa. No decorrer do estágio de natureza profissional, tive a oportunidade de acompanhar o elo de ligação do Programa de Prevenção de Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da instituição onde realizei o respetivo estágio.

Conforme estabelecido no Diário da República, no despacho n.º 10901/2022, desde 2004 que a Organização Mundial de Saúde, por meio do lançamento da *World Alliance for Patient Safety*, reconhece a importância primordial atribuída à segurança do cliente e à necessidade de assegurar cuidados de saúde de elevada qualidade. Este reconhecimento global decorre da crescente apreensão a nível internacional relativamente aos danos evitáveis associados aos cuidados de saúde, tornando-se um desafio de saúde pública, que levou Portugal a criar programas de saúde dedicados ao controlo de infeção.

Tendo por base o despacho referido anteriormente, o PPCIRA é definido como um programa prioritário, tendo como objetivos gerais a redução da incidência de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável dos antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismo com resistência adquirida a antimicrobianos.

O programa descrito está estruturado em três níveis de atuação: central, regional e local. Na instituição onde foi realizado o estágio, a governação é local, através da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) que são unidades que estão integradas em agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares, unidades locais de saúde e unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.

O meu contacto com o elo de ligação da PPCIRA transcendeu a mera compreensão do *software*, que permite a minuciosa monitorização dos microorganismos epidemiologicamente identificados (MEI). Este programa permitia a recolha de informações laboratoriais, no momento da admissão do cliente no internamento. Após a análise diária, caso se verificasse um aumento significativo de determinado microorganismo a UL-PPCIRA comparecia no serviço para avaliar a situação e

identificar possíveis obstáculos que contribuíssem para a propagação, intervindo assim junto da equipa de saúde.

Quando foi feito esse acompanhamento, estavam identificados na ULS 72 pessoas com medidas de isolamento; destas 72 pessoas, 39 foram identificadas como readmissões MEI já no serviço de urgência (microrganismos com "janela" de 12 meses) e 22 identificados por rastreio durante o internamento hospitalar.

A UL-PPCIRA desempenha um papel fundamental na elaboração de planos abrangentes de prevenção, intervenção e controlo de infeções por resistência a antimicrobianos. Através do *software* eram também monitorizadas as infeções decorrentes do uso de dispositivos invasivos, tal como, o cateter vesical, o cateter venoso central, o cateter venoso periférico e a ventilação assistida.

Tive também a oportunidade de proceder à análise das auditorias efetuadas à higienização das mãos e após análise e discussão com o elo de ligação da PPCIRA concluir que, apesar de existir uma melhoria significativa na adesão à higienização das mãos, ainda há ainda um longo trabalho a fazer, e a necessidade de incluir todos os profissionais que contactam com a pessoa (médicos, técnicos auxiliares de diagnóstico e auxiliares de saúde).

Constato que estes profissionais contribuem de forma proativa junto das equipas de saúde, influenciando positivamente a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos clientes. A sua participação ativa revela-se crucial na implementação de estratégias eficazes para lidar com as ameaças crescentes de resistência a antimicrobianos, destacando-se como elemento-chave na salvaguarda da saúde pública.

Como futura enfermeira especialista, destaco a valiosa aprendizagem obtida ao compreender o impacto significativo do elo de ligação da PPCIRA, na eficácia das práticas de prevenção e controlo de infeções. Esta experiência reforçou a minha perceção da importância da colaboração interdisciplinar e da atuação proativa na promoção da segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

Desenvolver competências na gestão do regime terapêutico na pessoa com insuficiência cardíaca

O desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico, contribuiu para promover uma abordagem colaborativa no cuidado desta condição crónica, assegurando o cumprimento do regime terapêutico prescrito, contribuindo para o controlo dos sintomas e a prevenção de complicações associadas à insuficiência cardíaca, reduzindo o risco de exacerbações da doença e minimizando a necessidade de hospitalizações recorrentes, promovendo assim a qualidade de vida da pessoa. Ao capacitar a pessoa para práticas de autocuidado a pessoa assume um papel

mais ativo na gestão da sua saúde.

Relativamente a este objetivo específico, designadamente em relação à vigilância de sinais e sintomas de agudização da insuficiência cardíaca, no serviço de medicina interna, onde fiz o estágio profissional, não havia uma rotina definida para monitorizar o peso corporal dos clientes. Essa avaliação era realizada de dois em dois dias ou uma vez por semana, sem critérios claros.

Depois de discutir com a enfermeira tutora sobre as recomendações de práticas de autocuidado e após conversar com a restante equipa de enfermagem, apresentei a fundamentação para implementar no serviço a monitorização diária do peso corporal a todas as pessoas admitidas com insuficiência cardíaca descompensada, parâmetro que foi aceite pela equipa e passou a ser integrado nas rotinas do serviço.

O objetivo da implementação desta intervenção, não visava apenas monitorizar a evolução do peso durante o internamento, mas também sensibilizar a pessoa para a importância de adotar essa prática no domicílio e da comunicação atempada aos profissionais de saúde, caso apresente variação do peso corporal (aumento de dois quilogramas em três dias), dado que está relacionado com a congestão cardíaca e por sua vez com a presença de sinais e sintomas da doença.

Desenvolver competências na gestão do regime medicamentoso da pessoa com insuficiência cardíaca

As pessoas portadoras de insuficiência cardíaca, geralmente possuem outras condições de doença crónica, tal como, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, entre outras. Hansen et al. (2015) referem que o número de médicos prescritores podem ser um fator importante na compreensão e na adesão ao regime medicamentoso, ressaltando o facto de que existir vários médicos prescritores pode aumentar o risco de uma prescrição duplicada ou contraditória.

Na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca, verificava que, outros médicos prescritores faziam alterações na terapêutica modificadora do prognóstico (medicamentos que têm o potencial de alterar o curso natural de uma doença, melhorando o prognóstico da pessoa portadora da doença). No sentido de perceber melhor este regime e as dificuldades na gestão do regime medicamentoso, tive a oportunidade de entrevistar o médico especialista em insuficiência cardíaca. A entrevista abrangeu os 'quatro pilares' do tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (IECA/ARNI, BB, ARM e iSGLT2), o qual explicou detalhadamente a titulação terapêutica e as possíveis incompatibilidades, por exemplo, se houver intolerância ao inibidor da neprilisina e dos receptores da angiotensina (ARNI) este deve ser substituído inibidor do conversor da angiotensina (IECA).

Tendo em atenção ao que foi abordado na entrevista, procedi à elaboração de uma tabela com

os medicamentos mais utilizados na instituição para o tratamento desta patologia, bem como a respetiva titulação e incompatibilidades. Esta atividade permitiu, que desenvolvesse os meus conhecimentos na área da farmacologia, o que me fez sentir mais confiante na transmissão dos conhecimentos à pessoa com insuficiência cardíaca, assim como compreender o seu regime medicamentoso.

Discutiu-se também, com a enfermeira tutora a capacidade das pessoas para administrar uma dose adicional de diurético em resposta a sintomas de agravamento da doença. Foi mencionado que, um número considerável de pessoas acompanhadas na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca conseguia gerir esta situação sem dificuldade.

Contudo, apesar de existirem casos de sucesso, também existe o inverso. Há pessoas a frequentar a consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca e/ou o serviço de medicina interna com baixo nível de escolaridade o que, por vezes, dificulta a transmissão da informação no momento da alta médica, o que revela um desafio acrescido. No momento da alta, assegurei que a pessoa tivesse compreendido o regime medicamentoso prescrito e em alguns casos elaborei tabelas esquemáticas para facilitar a compreensão.

Outro aspeto relevante são os baixos recursos económicos, dificultando a aquisição de determinados medicamentos. No momento de admissão ao serviço de medicina interna ou no decorrer da consulta de enfermagem, há pessoas que referem não estar a cumprir com determinado medicamento por não terem possibilidades económicas para o(s) adquirir.

O número de fármacos prescritos, também deve ser considerado, porque são fatores que influenciam a gestão do regime medicamentoso. De facto quanto maior for o número de fármacos usados no regime medicamentoso, o número de doses e as alterações no esquema terapêutico, maior será a probabilidade da pessoa não cumprir com o regime medicamentoso e consequentemente aumentar o risco de descompensação (Rabelo et al., 2007).

Segundo Rabelo et al. (2007), este deve ser apresentado de forma esquemática, dando ênfase aos nomes dos medicamentos utilizados, às respetivas indicações terapêuticas, doses prescritas, horários e possíveis efeitos secundários, acautelando à pessoa que, sempre que vá a uma consulta médica e de enfermagem ou quando estiverem internadas, levem a respetiva tabela ou receita com a medicação que se encontram a fazer naquele momento, o que permite identificar possíveis casos de omissão, aumento da dosagem ou confusão.

Perante os factos que descrevi, considero importante salientar, a relevância da reconciliação medicamentosa, que consiste num processo de análise da medicação da pessoa, sempre que ocorrem alterações na medicação e tem como objetivo evitar discrepâncias, principalmente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão ao regime medicamentoso e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação (DGS, 2016).

Após reflexão sobre a importância da reconciliação medicamentosa, durante o meu processo de

aprendizagem, destaco a importância de uma abordagem proativa na gestão do regime medicamentoso em pessoas com insuficiência cardíaca. A ênfase na educação da pessoa, aliada à revisão cuidadosa e atualização regular do regime terapêutico, contribuiu significativamente para a otimização dos cuidados e para a promoção de uma maior autonomia e participação informada por parte dos clientes no seu próprio processo de saúde.

À luz da Teoria das Transições de Meleis, ambos os casos clínicos abordam pessoas que estão a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença. Esta transição envolve mudanças significativas na vida diária das pessoas. A implementação de estratégias de enfermagem, como a elaboração de tabelas esquemáticas para facilitar a compreensão do regime medicamentoso e a orientação para avaliar a resposta ao tratamento, são essenciais para facilitar esta transição.

Em síntese, saliento que o regime medicamentoso para a insuficiência cardíaca, requer uma gestão cuidadosa e consciente por parte da pessoa, que deve incorporar a toma de medicação na sua rotina diária e adaptar-se às mudanças necessárias. No entanto, esta gestão pode ser desafiante para algumas pessoas ou cuidadores e familiares, exigindo um acompanhamento e apoio adequados por parte dos enfermeiros. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde forneçam as informações e o suporte necessários para ajudar as pessoas e os cuidadores e familiares a gerir eficazmente a terapêutica e a adaptar-se às suas exigências.

Desenvolver competências no âmbito da segurança na administração dos medicamentos

No serviço de medicina interna, foi desenvolvido em maio de 2022, um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da medicação segura. Este projeto tem como objetivo, promover a segurança no momento da administração da medicação, de forma segura e normalizada, garantindo o bem-estar da pessoa e prevenir complicações associadas.

O projeto no âmbito da segurança da medicação, define como principais responsáveis o médico assistente com a respetiva prescrição realizada no SClínico; os serviços farmacêuticos pela respetiva validação e os enfermeiros do serviço com a receção da medicação no serviço, procedendo à distribuição em doses unitárias, previamente identificadas com o nome, número do processo, data de nascimento, serviço e número da cama, assim como posteriormente a administração do fármaco.

A segurança da pessoa, segundo o relatório técnico da DGS consiste em "Evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes". A segurança emerge da interação dos componentes do sistema, não reside num indivíduo, dispositivo ou departamento. A melhoria da segurança depende da aprendizagem de como a segurança emerge das interações dos vários

componentes. A segurança do doente é um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde" (DGS, 2011, p. 136).

Em contexto hospitalar, a segurança no momento da administração dos medicamentos, representa um sério problema, porque engloba várias etapas e o envolvimento de diversos profissionais, potenciando o erro e incidentes nas mais diversas fases da sua preparação - prescrição médica, dispensação nos serviços farmacêuticos, a administração e a monitorização pela equipa de enfermagem (Anacleto et al., 2010).

O ato de administrar os medicamentos é reconhecido como, sendo um fator desencadeante para causar dano ao cliente e os enfermeiros, apesar de possuírem conhecimentos específicos nesta área de atuação, não estão isentos de erro, exigindo uma responsabilidade acrescida nesta área, tendo desta forma um papel importante na administração da medicação, assegurando a proteção da pessoa e do direito de ser bem cuidado. A falta de concentração e atenção aos pormenores são identificados como fatores de risco para os erros associados à administração da medicação (Reid-Searl et al., 2010).

Abreu et al. (2013) referem que, é importante que a preparação e administração dos medicamentos seja feita com rigor e qualidade, de modo a contribuir para a segurança da pessoa, contudo importa ressaltar que a notificação do erro também é importante e começa a ser encarada pelos profissionais de saúde como uma estratégia preventiva e de planeamento de cuidados com o intuito de antever riscos, apesar da notificação de erros ainda ser limitada.

Para minimizar os erros no momento da administração dos medicamentos, os enfermeiros devem utilizar os nove certos: pessoa certa, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, registo certo, ação certa, forma farmacêutica certa e resposta certa (Silva et al., 2018).

Apesar do Projeto de Medicação Segura, que estava a ser implementado no serviço de medicina interna, assegurar os cinco certos no momento da administração dos medicamentos, após reflexão sobre esta temática considere pertinente a implementação dos nove certos, explicando devidamente o efeito pretendido do fármaco e alertar atempadamente para as possíveis reações adversas. A finalidade era, manter a segurança da pessoa no momento da administração da medicação.

No serviço de medicina interna, onde realizei o estágio de natureza profissional, pude constatar que toda a pessoa que tenha apresentado no passado ou na atualidade uma reação adversa a medicamento era devidamente identificado ou atualizado no respetivo registo do SClínico e colocada a pulseira identificativa de alergia.

Sendo pertinente a normalização de práticas seguras, para minimizar o erro e o dano para as pessoas, segundo a DGS (2015), os medicamentos LASA (*Look-Alike - Sound-Alike*) são fármacos que possuem um nome ortográfico e/ou fonético ou, aspeto semelhante que podem ser confundidos com outros, levando à troca de medicamentos. Os medicamentos que possuem

aspecto ou ortografia semelhante são denominados medicamento *Look-Alike*, e os que possuem um nome foneticamente semelhante são denominados com *Sound-Alike*.

Embora os medicamentos LASA estejam devidamente identificados pelos serviços farmacêuticos da ULS, acredito que é crucial que a equipa de enfermagem também realize uma verificação adicional dos medicamentos LASA no momento da administração. Essa prática reforça a segurança do cliente, durante a administração dos medicamentos, garantindo uma abordagem duplamente confirmada para evitar erros.

Na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca, era fundamental perceber, se a pessoa seguia adequadamente o regime medicamentoso, identificando a duplicação de fármacos prescritos por diferentes médicos, mas também a promoção do conhecimento da pessoa relativamente ao efeito desejado e possível reação adversa dos fármacos prescritos. Era reforçado em todas as consultas de enfermagem a necessidade de trazerem sempre a tabela com regime medicamentoso atualizado e era explicado os aspetos mais relevantes da medicação prescrita.

No decorrer do desenvolvimento deste objetivo, destaco a importância de práticas consistentes de segurança, como a confirmação dupla de medicamentos LASA, a comunicação eficaz e a promoção de uma cultura que promova a responsabilidade individual e coletiva na prevenção de erros relacionados à administração de medicamentos.

Neste âmbito, destaco ainda o facto de ter percecionado que as pessoas sentiam-se mais seguras e confiantes quando lhes era explicado os princípios inerentes à administração e as reações adversas mais frequentes.

Desenvolver competências na prevenção do risco clínico e não clínico

Estabelecendo uma ligação com o objetivo anterior, tornou-se evidente durante o estágio que a Gestão de Risco Clínico e Não Clínico é fundamental. Esta integra diversos componentes, tais como a análise de incidentes, indicadores de segurança e auditorias clínicas. Para alcançar este objetivo, é essencial uma mudança de mentalidades. Deve-se promover a criação de uma cultura de segurança e confiança, encorajar a responsabilidade e a colaboração dos profissionais, bem como fomentar o trabalho em equipa e multidisciplinar.

Pedroto (2006) refere que não é possível desvincular o risco clínico/segurança da pessoa do manuseamento do risco em geral e da qualidade. A segurança parte da interação de vários elementos que constituem o sistema, não reside numa só pessoa, num equipamento ou departamento. A gestão do risco clínico está dependente do conhecimento de como os intervenientes interagem entre si e que as falhas não podem ser prevenidas se os procedimentos não forem avaliados, auditados e monitorizados.

A gestão do risco clínico constitui, um fator de sucesso nas instituições. O objetivo da criação de uma política de gestão de risco clínico é estabelecer uma atividade coordenada, focalizada e sistematizada, com o objetivo de assegurar que a instituição suporta e articula os elementos alvo do risco clínico; que providencie efetividade e eficiência na gestão do risco clínico e que promova a análise sistemática do desempenho da gestão do risco clínico através de indicadores (Pedroto, 2006).

O Gabinete de Risco Clínico da ULS identificou o erro de medicação, como uma das principais preocupações. Os serviços de medicina, cirurgia, especialidades cirúrgicas, ortopedia, urgência e serviço farmacêutico são os que mais notificam. O gestor local de risco clínico do serviço onde realizei o estágio profissional identificou os seguintes riscos: terapêutica inadequada, administração incorreta de medicamentos e infeções associadas aos cuidados de saúde, como a flebite.

A Estratégia de Risco Clínico da ULS promove uma cultura de gestão do conhecimento do erro e da respetiva comunicação em tempo útil, o que simultaneamente permite a aprendizagem do próprio erro e a elaboração de normas de segurança.

Tornou-se evidente, a importância do papel desempenhado pela Gestão de Risco Clínico e Não Clínico, que integra a análise de incidentes, indicadores de segurança e auditorias clínicas. Compreendi facilmente que, para efetuar essa gestão de forma eficaz, é essencial promover uma mudança de mentalidades.

Como futura enfermeira especialista, destaco a relevância de fomentar o desenvolvimento de uma cultura de segurança e confiança dentro das instituições de saúde. Esta mudança é vital para incentivar a responsabilização e colaboração dos profissionais de saúde. Além disso, sublinho a relevância de promover a cooperação em equipa e a abordagem multidisciplinar, facilitando uma análise e redução de riscos de forma mais abrangente. A segurança do cliente é uma responsabilidade partilhada por toda a equipa de saúde.

Em conclusão, o estágio de natureza profissional representou, uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Durante este período, foi possível alcançar os objetivos delineados no projeto individual de desenvolvimento de competências, através de um progresso contínuo e significativo na aquisição de habilidades práticas e teóricas. Através da prática clínica e do acompanhamento de casos clínicos, foi possível compreender a importância do cuidado centrado na pessoa, bem como a relevância do conhecimento especializado na gestão de situações crónicas. Este estágio proporcionou uma base sólida para a continuidade do crescimento profissional, capacitando-me para enfrentar os desafios e contribuir de forma eficaz para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas em situação crónica

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Com satisfação, destaco a minha trajetória focada na aquisição de competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Durante este percurso de aprendizagem, explorei e aprimorei habilidades essenciais para o cuidado especializado, reconhecendo a complexidade inerente ao acompanhamento de pessoas que enfrentam condições crónicas.

Ao aprofundar o conhecimento científico, alinhei as práticas de enfermagem com as evidências mais recentes, fundamentando as intervenções centradas na pessoa e no familiar/cuidador que vivencia a doença crónica. A exploração sistemática de várias dimensões na pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório permitiu-me compreender a importância da gestão integrada e personalizada dos cuidados.

Destaco a importância da educação da pessoa que vivencia a(s) doença(s) crónica(s) e do seu familiar/cuidador na identificação precoce de sinais de alerta e na promoção da adesão ao tratamento, como princípios orientadores que moldam a prática de enfermagem numa abordagem proativa e colaborativa.

A dedicação à pessoa com doença crónica, especialmente àquelas com insuficiência cardíaca, permitiu-me compreender os desafios diários enfrentados por estas pessoas e a importância do papel dos enfermeiros na gestão da doença. A identificação e monitorização dos sinais e sintomas, a gestão de um regime medicamentoso complexo e a promoção de práticas de autocuidado são aspectos fundamentais para a prevenção de episódios agudos e para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Este estágio profissional, revelou-se não apenas com a aquisição de competências específicas na pessoa em situação crónica, mas também como uma profunda imersão na arte e na ciência do cuidar. Este conhecimento será, sem dúvida, uma mais-valia para a prática futura, permitindo uma abordagem mais eficaz e humanizada ao cuidado da pessoa em situação crónica.

Relativamente ao tema do projeto de desenvolvimento de competências que elaborei, sinto que atingi os objetivos que defini. Este projeto não só me permitiu atingir esses objetivos, mas também serviu como uma oportunidade para adquirir as competências necessárias para aplicar e transferir o conhecimento para a prática, com potencial para serem utilizadas em diferentes áreas do saber.

É importante salientar que, a formação contínua e a atualização de conhecimentos são fundamentais para a prática de enfermagem, permitindo uma resposta adequada às

necessidades das pessoas com doença crónica, numa perspectiva de cuidado integral e centrado na pessoa. A experiência adquirida durante este estágio será, sem dúvida, um pilar para a prática futura, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O maior desafio enfrentado durante este mestrado foi a gestão do tempo, devido à dificuldade em conciliar os prazos de entrega dos trabalhos com o horário profissional, os estágios clínicos e a vida pessoal. No entanto, sinto que superei este obstáculo e considero esta experiência gratificante. A orientação e o apoio dos orientadores ao longo deste percurso foram fundamentais para conseguir obter o maior proveito deste processo.

Concluo este trabalho com a convicção de que, estas competências específicas não só impactam positivamente a qualidade dos cuidados prestados, mas também contribuem para uma assistência mais humanizada e eficaz.

7. BIBLIOGRAFIA

Abreu, C. C. F., Rodrigues, M. A., Paixão, M. P. A. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, 10 (7), 63-68. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1301>

Albuquerque, D. C., Spinet, P. P. M. (2019). Tratamento Não Farmacológico e Prevenção da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. Em *Manual de Insuficiência Cardíaca*. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 58- 68. <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Manual-de-Insuficie%CC%82ncia-Cardi%CC%81aca-SOCERJ2019-1.pdf>

Anacleto, T. A., Rosa, M. B., Neiva, H. M., Martins, M. A. P. (2010). Erros de Medicação. *Farmácia Hospitalar*, 2-24. https://www.researchgate.net/publication/314039698_Erros_de_medicao

Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%c3%a7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf

Bettencourt, P., Pimenta, J., Araújo, I. Marques, I. Lourenço, C., Sarmiento, P. M. (2021). Checklist para a pré-alta de internamento por insuficiência cardíaca. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna - Guidelines Consensus*, 76-81. DOI:10.24950/NEIC/184/20/1/2021

Bittencourt, M. I., (2019). Insuficiência Cardíaca: Definição, Epidemiologia, Etiologias e Classificação. Em *Manual de Insuficiência Cardíaca*. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, (9-16). <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Manual-de-Insuficie%CC%82ncia-Cardi%CC%81aca-SOCERJ2019-1.pdf>

Brazão, R., Fernandes, P., Lopes, A., Graça Dias, M. (2021). Alimentos classificados com Nutri-Score no mercado português: monitorização de características nutricionais em 2021. *Observações_Boletim Epidemiológico - Obesidade*, 13, 33-39. Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde.
https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7817/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspacia13-2021_artigo6.pdf

Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in europe - Strategies, interventions and challenges. *Observatory Studies Series*, Nº20. Who Regional Office For Europe.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326484/9789289041928-eng.pdf?sequence=1>

Deglin, J. H., Vallerdand, A. H. (2003). *Guia Farmacológico para Enfermeiros (7ª edição)* Lusociência

Despacho Normativo n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República 2ª série, nº 174.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Direção-Geral da Saúde.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4

Direção-Geral da Saúde. (2015). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Número 020/2014. Direção-Geral da Saúde.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo. Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), Direção Geral da Saúde.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9786500150216-por.pdf?sequence=123>

Direção-Geral da Saúde. (2016). Reconciliação da medicação, nº018/2016, Direção-Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicacao.pdf>

Egnell, M., Galan, P., Fialon, M., Touvier, M., Péneau, S., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., Julia, C. (2021). The impact of the Nutri-Score front-of-pack nutrition label on purchasing intentions of unprocessed and a processed foods: post-hoc analyses from three randomized controlled trials. *Internacional Journal of Behaviour Nutricional and Physical Activity*. 18-38. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01108-9>

Fernandes, S. L., Carvalho, R. R., Santos, L. G., Sá, F. M., Ruivo, C., Mendes, S. L., Martins, H., Morias, J. A. (2019). Fisiopatologia e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada: Estado da Arte e Perspectivas para o Futuro. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 114, (1), 120-129. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20190111>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37 (2) 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Galvão, M. T. R. L. S., Janeiro, J. M. S. V. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Min Enfermagem*, 17, (1), 225-230. <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v17n1/v17n1a19.pdf>

Gheorghide, M., Follath, F., Ponikowski, P., Barsuk, J. H., Blair, J. EA., Cleland, J. G., Dickstein, K., Drazner, M. H., Fonarow, G. C., Jaarsma, T., Jondeua, G., Sendon, J. L., Mebazaa, A., Metra, M., Nieminen, M., Pang, P. S., Seferovic, P., Stevenson, L. W., Veldhuisen, D. J., Zammat, F., Anker, S., Rhodes, A., McMurray, J. JV, Filippatos, G. (2010). Assessing and grading congestion in acute heart failure: a scientific statement from the Acute Heart Failure Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Intensive Care Medicine. *European Journal of Heart Failure*, 12 (2), 423-433. doi:10.1093/eurjhf/hfq045

Hansen, R., Voils, C. I., Farley, J. F. Powers, B. J., Sanders, L. L., Sleath, B., Maciejewski, M. L. (2015). Prescriber Continuity and Medication Adherence for Complex Patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 49, (3), 293-302. DOI: 10.1177/1060028014563266

Homem, F., Cateano, A., Reveles, A., Martins, H., Sousa, J., Rodrigues, L., Azevedo, T., Loureiro, M., Delgado, B. (2023). Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular. Ordem dos Enfermeiros, 2ª edição. <http://hdl.handle.net/10316/107474>

Infomed. (2022, 01 08). Bisoprolol. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (2023, 05 31). Dapaglifozina. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (2022, 03 25). Espironolactona. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, from <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (s.d.). Edoxabano. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, em https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/lixiana-epar-product-information_pt.pdf

Infomed. (2021, 11 11). Furosemida. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (2023, 11 24). Linagliptina. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (2022, 09 30). Metformina. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, em <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (2022, 02 20). Omeprazol. Infomed. Recuperado em novembro 2023, 2023, from <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed. (n.d.). Sacubitril + Valsartan. Infomed. Recuperado em novembro, 2023, from <https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/entresto-epar-product-informatio>

n_pt.pdf

Internacional Council of Nurses. (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

Internacional Council of Nurses. (2011). CIPE® Classificação Internacional par a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, HB., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C. M., Piper, S. E., Riegel, B., Rutten, F. H., Gal, T. B., Bauersachs, J., Coats, A.J. S., Chioncel, O., Lopatin, Y., Lund, L. H., Lainscak, M., Moura B, Mullens, W., Piepoli, M. F., Rosano, G., Sferovic, P., Stromber, A. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23, 157-174. doi:10.1002/ejhf.2008

Jorge, A. J. L., Mesquita, E. T. (2019). Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada: Diagnóstico e Tratamento. Em *Manual de Insuficiência Cardíaca*, Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. 82-97. <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Manual-de-Insuficie%CC%82ncia-Cardi%CC%81aca-SOCERJ2019-1.pdf>

Junior, H. V., (2019). Insuficiência Cardíaca: Fisiopatologia, Comorbidades e Escores de Risco. Em *Manual de Insuficiência Cardíaca*, 17-33 Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Manual-de-Insuficie%CC%82ncia-Cardi%CC%81aca-SOCERJ2019-1.pdf>

Junior, V. M., Campos, I. W., Ramires, F. J. A., Bacal, F. (2018). Insuficiência cardíaca Aguda (ICA) - Como avaliar o perfil hemodinâmico e quando internar. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 28 (4), 428- 433. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182804428-33>

Kemp, C. D., Conte, J. V. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, 21, 365-371 doi:10.1016/j.carpath.2011.11.007

Linn A. C, Azzolin K, Souza EN. (2015). Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016;69(3):469-74. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690312i

Maddox, T. M., Januzzi, J. L., Allen, L. A., Breathett, K., Butler, J., Davis, L. L., Fonarow, G., Ibrahim, N. E., Lindenfeld, J., Masoudi, F. A., Motiwala, S. R., Oliveros, E., Patterson, J. H., Walsh, M. N., Wasserman, A., Yancy, C. W., Youmans, Q. R. (2021). 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for optimization of heart failure treatment: answers to 10 Pivotal issues about heart failure with reduced ejection fraction. *Journal of the American College of Cardiology*. 77, (6), 773-810. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.022

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Bohm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkiene, J., Chiolcel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. B.J.S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42, 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368

Ministério da Saúde. (2021). Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Universidade Federal de Pelotas. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf

Moraes, R. S. (2005). Diretriz de Reabilitação Cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 84, (5), 431-440. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/diretriz_reabilitacao_cardiaca_8405.pdf

Oliveira, C. A. C. (2015). "Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso" uma revisão integrativa da literatura contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados de enfermagem. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10771/1/teseformatada02_11.pdf

Oliveira, S. K. P., Lima, F. E. T., Pessoa, V. L. M. P. Caetano, J. A. Menesses, L. S. T., Mendonça, L. B. S. (2013). Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista de Ciências Médicas Campinas*. 22, (1), 23-30. <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1998/1756>

Orem, Dorothea. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. *Masson - Salvat Enfermería*

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República n.º135 - 2.ª série - 16 de julho de 2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série n.º26 (fevereiro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Pedroto, I. (2006). Risco Clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer, Revista da Hospital de Crianças Maria Pia*. 15, 168-173. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1185/1/RiscoClinico_15-3_Web.pdf

Pereira, F. A. C. (2013). *O Autocuidado na insuficiência cardíaca: Tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português*. [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto em Ciências Biomédicas]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70811/2/30857.pdf>

Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., Graça, P. (2016). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Padr%C3%A3o-Alimentar-Mediterr%C3%A2nico-Promotor-de-Sa%C3%BAde-1.pdf>

Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Falk, V., González-Juanatey, J. R., Harjola, V., Jankowska, E. A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J. T., Pieske, B., Riley, J. P., Rosana, G. M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Rutten, F. H., Van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 18, 891- 975. doi:10.1002/ejhf.59218, 891-975

Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B., Brun, A. O. (2007). O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, (1), 84-92. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7Cq9GfndDLPjStbZD4YzvjS/?lang=pt>

Reid-Searl, K., Moxham, L., Happell, B. (2010). Enhancing patient safety: The importance of direct supervision for avoiding medication errors and near misses by undergraduate nursing students. *Internacional Journal of Nursing Practice*. 16, 225-232 DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01820.x

Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., Gurvitz, M. Z., Havranek, E., Lee, C. S., Lindenfeld, J. M., Peterson, P. N., Pressler, S. J., Schocken, D. D., Whella, D. J. and on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2009). States of the Science Promoting Self-Care in Person With Heart Failure - A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 12 (9), 1141-1163. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628>

Santos, C. B. S. (2015). *Avaliação da função pulmonar e de fatores associados em indivíduos com insuficiência cardíaca*. [Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia]. Repositório Científico Aberto https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20122/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_%20Enf_%20Carolina%20Barbosa%20Souza%20Santos.pdf

Seto, E., Leonard, J.K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., Ross, H. J. (2011). Self-Care and Quality of Life of Heart Failure Patients at Multidisciplinary Heart Function Clinic. *Journal of*

Cardiovascular Nursing, volume 26, n.º5, 377-385. DOI: 10.1097/JCN.0b013e31820612b8

Silva, M. L., Ramires, M. A., Coelho, A. B., Burci, L. M., (2018). Nove certos da medicação: uma análise de conhecimentos. *Revista Gestão e Saúde*, 18, (2), 55-65. <https://www.herrero.com.br/files/revista/filec40751e5bd8407e8feca752a517b021e.pdf>

Silva, S. C. G., Pinho, J. P., Borges, C., Santos, C. T., Santos, A., & Graça, P. (2015). *Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.avp.org.pt/wp-content/uploads/2019/03/Linhas-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-uma-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Vegetariana-Saud%C3%A1vel.pdf>

Silva-Cardoso, J., Fonseca, C., Franco, F., Morias, J., Ferreira, J., Brito, D. (2021). Optimization of heart failure with reduced ejection fraction prognosis-modifying drugs: A 2021 heart failure expert consensus paper. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40, (7), 975-983. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2021.07.009>

Silveira, C., Abreu, A., (2016), Reabilitação cardíaca em Portugal. Inquérito 2013-2014. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25, (12), 659-668. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.06.006>

Schumacher, K. L., Meleis, A.I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Timóteo, A. T., Silva, T. P., Moreira, R. I., Gonçalves, A., Soares, R., Ferreira, R. C. (2020). Unidades de insuficiência cardíaca: estado da arte na abordagem. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39, (6), 341-350. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.02.007>

Vellone, E., Jaarsma, T., Stromberg, A., Fida, R., Arestedt, K., Rocco, G., Cocchieri, A., Alvara, R. (2014). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient Education Counseling*. 94, 91-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.014>

8. ANEXOS

Anexo I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da
pessoa em situação crónica

PLANEAMENTO DO PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL

NA PESSOA COM COMPROMISSO NO PROCESSO CARDIORESPIRATÓRIO

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da
Enfermagem à Pessoa em situação crónica

Elisabete Maria Fernandes Franco

Porto, 2023

Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em situação crónica

Documento elaborado por Elisabete Maria Fernandes Franco (ep 10487)

Orientado pelos Docentes Alice Brito e Luís Miguel Ferreira

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	1
2. PROPÓSITO CENTRAL DO PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	2
3. OS DETERMINANTES QUE ALICERÇAM O PROJETO (Motivação, justificação e pertinência).....	2
4. ENQUADRAMENTO DO PROJETO NOS OBJETIVOS GERAIS DO MESTRADO	3
5. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORRE O ESTÁGIO	3
6. ESTUDOS PRÉVIOS REALIZADOS.....	6
7. AVALIAÇÃO E VIABILIDADE DO PROJETO	9
8. APRESENTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO GERAL.....	10
9. OBJETIVOS E ATIVIDADES COM DESDOBRAMENTO DO OBJETIVO CENTRAL (PROPÓSITO) EM OBJETIVOS ESPECIFICOS E COM ALOCAÇÃO A CADA UM DOS OBJETIVOS ESPECIFICOS DAS DIFERENTES ATIVIDADES NECESSÁRIAS À RESPETIVA CONSECUÇÃO	11
10. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES, ENCADEANDO AS DIFERENTES ATIVIDADES TEMPORALMENTE (CRONOGRAMA DE GANT).....	16
11. RECURSOS, INDICANDO OS AUTORES ENVOLVIDOS E EVENTUAIS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS	19
12. MONITORIZAÇÃO COM INDICAÇÃO DE MEDIDAS PARA O ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO DO PROJETO.....	19
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O planeamento do projeto individual de desenvolvimento profissional (PIDP) na área da Enfermagem Médico-cirúrgica com foco na assistência à pessoa em situação crónica surge como forma de avaliação da unidade curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório, englobado no Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a decorrer no ano letivo 2022/2023, orientado para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica.

A doença crónica é uma condição que acompanha a pessoa ao longo do tempo, exigindo tratamentos regulares, estas situações têm em comum o facto de necessitarem de um acompanhamento multiprofissional prolongado e associado ao facto do uso frequente de medicamentos e equipamentos tornando-se assim numa ameaça ao bem-estar e à qualidade de vida. Para além dos compromissos associados aos processos corporais, as doenças crónicas também afetam os processos psicológicos que podem ter consequências devastadoras. Tais compromissos e desafios concebem a necessidade de a pessoa gerir a doença(s) e o diferente regime(s) terapêutico(s) (Bastos, 2013)

É importante referir também que, as doenças crónicas implicam mudanças no dia-a-dia da pessoa, obrigando a tomadas de decisões e à exploração de novos caminhos desconhecidos até então (Rodrigues, 2018).

Em contextos hospitalares, os serviços de medicina interna, consulta externa e de hospital de dia são serviços de excelência na abordagem da pessoa com doença crónica.

Este projeto vai focar-se no desenvolvimento de competência na abordagem da pessoa com compromisso sistema do processo cardiorrespiratório.

Para a elaboração deste PDIP recorreu-se à metodologia critico-reflexiva, tendo por base a pesquisa efetuada, complementada com orientações fornecidas nos seminários, bem como as orientações fornecidas pelos orientadores.

2. PROPÓSITO CENTRAL DO PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O propósito central selecionado está diretamente ligado com a minha prática clínica nos contextos onde desenvolvi a atividade profissional, uma vez que pude verificar que, os utentes eram por vezes (re)admitidos por agravamento ou complicações decorrentes da doença(s) crónica (s).

A doença crónica exige à pessoa, uma mudança do estilo de vida, a aquisição de comportamentos saudáveis, capacidade para identificar precocemente sinais e sintomas de descompensação da doença, bem como a capacidade de gerir regimes medicamentosos, por vezes complexos, quando se encontram associados a outras condições clínicas.

Pretendo desta forma, para além da gestão de sinais e sintomas, desenvolver competências para a capacitação para o autocuidado das pessoas em situação crónica com compromisso no processo cardiorrespiratório, bem como a capacitação dos seus familiares/cuidadores para tomar conta.

3. OS DETERMINANTES QUE ALICERÇAM O PROJETO (Motivação, justificação e pertinência)

Ao longo da minha experiência profissional num serviço de medicina, deparo-me diariamente com uma população envelhecida, com pluralidade de doenças crónicas e com um suporte social, na maioria das vezes, insuficiente. Para além disso, verifico que maioria destes clientes têm défices de autocuidado, mais especificamente, dificuldade na gestão de sinais e sintomas e na gestão do regime terapêutico.

Esta sempre foi uma área que despertou o meu interesse pessoal, particularmente porque acredito que os enfermeiros têm um papel fulcral neste domínio, e, por outro lado, porque é possível obter ganhos em saúde nas populações.

Tanto nos serviços de internamento como em serviços de ambulatório, como consulta externa e o hospital de dia, são contextos oportunos para a otimização da abordagem da doença(s) crónica(s). Assim, considero estes contextos clínicos excelentes para desenvolvimento de competências na gestão clínica dos clientes com compromisso do processo do sistema cardiorrespiratório.

4. ENQUADRAMENTO DO PROJETO NOS OBJETIVOS GERAIS DO MESTRADO

O curso que estou a frequentar na Escola Superior de Enfermagem do Porto, atende às exigências e princípios de formação especializada em Enfermagem regulados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente com a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Assim sendo, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem da pessoa em situação crónica (MEMCpscro) assenta numa simbiose entre a investigação, o ensino e a prática de enfermagem, com o intento de promover o desenvolvimento de competências avançadas com ênfase nas respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida, associado a “situações crónicas”.

Com o desenvolvimento deste PIDP pretendo dar resposta ao preconizado pela OE e pela ESEP, adquirindo as competências específicas do MEMCpscro desenvolvendo e aprofundando capacidades especializadas nos domínios da prática clínica, na conceção e gestão de cuidados especializados e do meu desenvolvimento profissional.

5. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORRE O ESTÁGIO

O desenvolvimento do estágio decorrerá no [redacted] que, juntamente com o [redacted] formam a [redacted], cuja área de influência cobre a totalidade do [redacted].

Atualmente a [redacted] é composta por [redacted] sediado em [redacted]

[redacted] por [redacted] Saúde e por Equipa [redacted] Integrados que é constituída no [redacted]

designadamente a ECL [redacted], [redacted]

Faz parte também da estrutura organizacional da [redacted] a Unidade de Hospitalização Domiciliária com um centro de telemedicina e uma equipa de gestão de altas.

5.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O serviço de medicina interna engloba 30 camas distribuídas por sete enfermarias, cada enfermaria inclui quatro camas e duas enfermarias com uma cama e casa de banho incluída, frequentemente utilizadas para utentes com necessidade de isolamento. A equipa médica é composta por sete médicos especialistas em medicina interna, três estudantes de medicina internos de formação de especialidade e dois internos de formação geral. A equipa de enfermagem é composta por 21 enfermeiros, cinco são especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Quanto à organização da prestação de cuidados de enfermagem é utilizado o método de trabalho individual, este método determina a abordagem de assistência ao cliente onde um único enfermeiro assume a total responsabilidade dos cuidados de enfermagem implementados durante o seu turno. O rácio de enfermeiros por turnos é de dois enfermeiros para o turno noturno, cinco enfermeiros para o turno manhã e três enfermeiros para o turno da tarde.

Da equipa fazem também parte da equipa 14 auxiliares de ação médica, uma assistente administrativa, uma nutricionista e uma assistente social.

Ao serviço de medicina interna, recorrem uma grande diversidade de clientes com patologia crónica, sendo as mais frequentes as doenças do foro respiratório (pneumonias, DPOC agudizadas, tuberculose, gripe A e covid-19), doenças metabólicas e hepáticas, doenças do foro cardiovascular, patologia oncológica, alguns em situação de fim de vida.

No que concerne aos indicadores de qualidade a ULS tem dois critérios definidos: a percentagem de incidência de úlceras por pressão adquiridas no serviço, e, o número de quedas ocorridas durante o internamento.

No mesmo período, mas referente ao domínio do Autocuidado(s), a percentagem de episódios com evolução positiva neste serviço foi de 40,4% e de 8,5% com taxa de evolução negativa, o que evidencia o ganho de autonomia/capacidade para a maioria dos domínios do autocuidado durante o internamento.

Neste momento, a equipa de enfermagem tem quatro projetos em desenvolvimento; o projeto de avaliação e controlo da dor, o projeto Medicação em Segurança, projeto Nota de alta de enfermagem e o projeto H-Lean Metodologia de trabalho Lean.

5.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E HOSPITAL DE DIA

O segundo momento deste projeto foi realizado na Consulta de Enfermagem de Insuficiência Cardíaca e no Hospital de Dia. Foi necessária esta conjugação para poder cumprir com a carga horária exigida neste segundo estágio, uma vez que a Consulta de Enfermagem de Insuficiência Cardíaca corre apenas um dia por semana. De salientar que no Hospital de Dia também são seguidos, após a alta do internamento os clientes com IC por Medicina Interna, o que de certa forma também se tornou enriquecedor pois pode assistir a abordagens diferentes ao doente com patologia cardíaca.

Relativamente a estes dois serviços, existe um obstáculo comum, que limita o correto funcionamento dos serviços, que se relaciona com a limitação do espaço físico e de alguns recursos materiais, como balanças e monitores para avaliação de parâmetros de sinais vitais e, computadores para os enfermeiros realizarem os registos de enfermagem.

A limitação de espaço físico é mais notória na Consulta Externa, porque nem sempre há gabinetes suficientes para os enfermeiros realizarem as consultas em tempo útil, porque são ocupados com consultas médicas.

Na Consulta Externa existem 26 gabinetes, seis gabinetes são para consulta de enfermagem.

Fazem parte da equipa de enfermagem treze elementos, três são enfermeiros especialistas em reabilitação, dois enfermeiros especialistas em psiquiatria e um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, os restantes elementos são enfermeiros generalistas.

As consultas efetuadas pelos enfermeiros são as consultas de enfermagem na área da psiquiatria, imuno-alergologia e pneumologia, insuficiência cardíaca, diabetes e endocrinologia, reumatologia, dermatologia e pequena cirurgia, otorrinolaringologia e neurologia.

No que concerne ao Hospital de Dia, também se verifica a limitação do espaço físico para a alocação dos utentes. Relativamente à equipa de enfermagem esta é constituída por cinco enfermeiros.

Quanto ao número de gabinetes disponíveis, existe apenas um para efetuar a consulta médica e neste momento está em fase de projeto a criação de dois gabinetes de enfermagem para se proceder às consultas de enfermagem.

6. ESTUDOS PRÉVIOS REALIZADOS

O envelhecimento é um processo que implica um declínio progressivo do organismo, e caracteriza-se por ser irreversível e universal. Estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. Atualmente a Europa tem a maior percentagem de população com idade igual ou superior a 60 anos (25%). Este aumento deve-se ao declínio da fertilidade, aumento da longevidade e pela migração internacional. (Organização Nações Unidas (ONU), 2023)

Este crescimento exponencial tem implicações no sector laboral e financeiro o que por sua vez implica uma maior procura de cuidados de saúde e consequentemente ao aumento das doenças crónicas e comorbidades associadas (ONU, 2023).

O envelhecimento é um dos maiores feitos da humanidade, antes seria um privilégio chegar à “velhice” hoje é comum, mesmo nos países mais pobres. Um desafio na atualidade, é mesmo a escassez de recursos por serviços de saúde. Os idosos são a população que consomem mais recursos na saúde, representando uma taxa de ocupação mais elevada nos hospitais, facto que está associado à prevalência das doenças crónicas, exigindo acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação crónica e exames periódicos (Costa et al., 2003)

A doença crónica é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010) como uma condição de longa duração, geralmente com progressão lenta, que inclui um conjunto variável de situações patológicas, como: doença cardiovascular, diabetes, asma, DPOC, cancro, distúrbios mentais, patologia osteoarticular, entre outras, que na grande maioria das situações resulta em incapacidade, daí ser primordial o acompanhamento multiprofissional.

A enfermagem tem um papel importante no acompanhamento de utentes, para promover o autocuidado e dinamizar de acordo com o utente, de forma eficaz e proativa a gestão da doença.

Segundo a Federação Nacional de Associações de Doenças Crónicas (FENDOC) (2021), referem na Proposta Estatuto do Doente Crónico, dados revelados pelo Plano Nacional de Saúde, que as doenças crónicas incapacitantes abrangem hoje cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas no nosso país. A tendência é para que este número continue a crescer exponencialmente.

Relativamente aos fatores de risco, os comportamentais e ambientais têm um impacto significativo na mortalidade cerca de um terço (30 %) de todas as mortes registadas em Portugal,

em 2019, podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico. Não obstante, esta percentagem é inferior à média da UE (39 %). (European Commission, 2021)

Atualmente vivem cerca de 26 milhões de pessoas em todo o mundo com Insuficiência Cardíaca (IC), 32 milhões com cancro e 34 milhões com VIH/SIDA. Em Portugal 5,2% dos indivíduos padece desta síndrome clínica, e a tendência é aumentar a partir da sétima década de vida, por sua vez, é a primeira causa de hospitalização após os 65 anos em países industrializados. Este aumento do número de doentes com IC em 30% até 2034, deve-se essencialmente ao envelhecimento da população, bem como ao tratamento mais eficiente, quer das doenças cardíacas que terminam em IC, quer da própria síndrome (Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), 2023).

Tendo como orientação o enquadramento anterior, centrar-me-ei nas doenças cardiovasculares, mais especificamente na insuficiência cardíaca, porque apresenta uma elevada taxa de incidência/ prevalência, sendo muito frequente nos contextos de medicina interna e com taxas de reinternamento elevadas.

A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica que ocorre quando o coração não tem a capacidade suficiente de bombear o sangue de forma eficaz para corresponder com as necessidades metabólicas do organismo (Hauser et al., 2006).

Em Portugal, a IC é um grave problema de saúde pública e está correlacionada com uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade (SPC, 2023).

A gestão clínica dos utentes com IC é complexa. Estes utentes são hospitalizados frequentemente por agudização da IC, desta forma é fácil de perceber que os internamentos são um excelente momento para otimizar a abordagem da IC e melhorar a consciencialização para esta patologia e ao mesmo tempo melhorar a articulação entre os cuidados de saúde (Bettencourt et al., 2021).

Em situações de agudização a IC manifesta-se por sinais e sintomas de início rápido o que leva à procura de cuidados diferenciados, resultando na maioria das vezes com a admissão hospitalar e se não for tratada atempadamente, a pessoa mantém um processo de deterioração repetido, tendo em conta que, cada internamento a que é submetido por descompensação da IC, a evolução da qualidade de vida do utente vai deteriorando ao longo da progressão da IC (Núcleo de Enfermagem em Cardiologia(NEC)), 2022)

A evolução negativa da doença repercute diretamente com a função pulmonar. A diminuição do débito cardíaco correlaciona-se diretamente com alterações respiratórias, principalmente com a intolerância ao esforço, dispneia e diminuição da capacidade funcional (Santos, 2015).

A IC pode ser determinada através da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), ou de acordo com a tolerância ao exercício físico e à gravidade dos sintomas através da Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA) e por último, pelo tempo e progressão da doença de acordo com os diferentes estágios que esta possa apresentar definida pelos estágios A (risco de IC), B (pré-IC), C (IC) e D (IC Avançada) (Bittencourt, 2019 e NEC, 2022).

A classificação funcional de acordo com a NYHA é utilizada para descrever a gravidade dos sintomas e baseia-se no grau de tolerância ao esforço, avalia o paciente clinicamente e ajuda na gestão do regime medicamentoso (Bittencourt, 2019).

Segundo a European Society of Cardiology (ESC) (2021) a classificação funcional da IC, de acordo com a *New York Heart Association* (NYHA), está agrupada em quatro classes:

- Classe I (leve): Sem limitação da atividade física. A atividade física normal não causa fadiga, palpitações e dispneia.
- Classe II (leve): Discreta limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas algumas atividades físicas resultam em fadiga, dispneia ou palpitações.
- Classe III (moderada): Marcada limitação de atividade física, confortável em repouso, mas esforços menores associados às atividades comuns causam fadiga, palpitação ou dispneia.
- Classe IV (grave): Não é possível realizar qualquer atividade física sem desconforto. Existem sintomas de IC em repouso. Se qualquer atividade física é realizada o desconforto aumenta.

Centrando agora nos estágios da IC e tal como Bittencourt (2019) refere, os estágios da IC propostos pela *American College of Cardiology / American Heart Association* (ACC/ AHA) enfatizam o desenvolvimento e a progressão da doença e inclui desde as pessoas em risco de desenvolver IC, em que deve ser feita uma abordagem no sentido da prevenção, bem como as pessoas num estágio mais avançado da doença, que exige terapias mais complexas como o transplante cardíaco.

Esta classificação, permite-nos observar a evolução da doença e identificar os utentes com indicações predominantemente preventivas (estágios A e B) e terapêuticas (estágio C), orientando assim, a nossa intervenção para cuidados mais centralizados. Assim sendo, de acordo com o autor que referi anteriormente, os estágios da IC, segundo a ACC/ AHA são:

Pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório

- Estágio A: Inclui clientes sob risco de desenvolver IC, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomatologia atribuíveis à IC.
- Estágio B: Clientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à IC.
- Estágio C: Clientes com lesão estrutural e sintomas prévios ou atuais de IC.
- Estágio D: Clientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos.

A pessoa com IC é desafiada pelo regime medicamentoso complexo, porque tem de gerir a terapêutica em função dos sinais e sintomas que esta síndrome lhes apresenta e porque a maioria destas pessoas vivem a IC juntamente com outras doenças crónicas associadas, relativamente às atividades de vida diária esta também vai ficando alterada com a progressiva intolerância ao esforço.

Contudo com um tratamento adequado e com mudanças no estilo de vida é possível gerir os sintomas associados e viver satisfatoriamente.

7. AVALIAÇÃO E VIABILIDADE DO PROJETO

Para proceder à avaliação da viabilidade do PIDP foi realizada a análise SWOT, que segundo Silveira (2001) permite fazer a análise de ambientes, em processos de planeamento estratégico e avaliação da situação da organização.

Como recurso a esta técnica pretendo avaliar as minhas forças e fraquezas, bem como as oportunidades e ameaças, tendo em conta fatores internos e externos que possam interferir com o desenvolvimento e implementação do meu PIDP. Assim sendo, na figura 1 apresento a análise SWOT realizada.

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES INTERNOS	<p>FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivação Pessoal. • Interesse pela temática. • Maior disponibilidade para a interação com o utente/familiar cuidador. • Conhecer a instituição onde vou desenvolver o meu PDIP. 	<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouco domínio na língua inglesa. • Tempo limitado para a realização do PDIP.
FATORES EXTERNOS	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior enfoque dos profissionais de saúde nesta temática, para que possam desenvolver cuidados diferenciados na insuficiência cardíaca. 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de tempo dos profissionais de saúde para a conceção de cuidados diferenciados nos utentes com insuficiência cardíaca, como por exemplo, disponibilidade em pesar o utentes no turno da manhã em jejum. • Número limitado de consultas de enfermagem de IC, uma vez que há apenas uma médica especialista na área a efetuar consultas.

Figura 1: Análise SWOT

8. APRESENTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO GERAL

O desenvolvimento deste PDIP tem como objetivo o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEMC) que estão espelhadas no Regulamento nº 429/2018 no artigo nº 2 e publicadas em Diário da República, 2ª Série – Nº135 em 16 de julho de 2018, e que integra o conjunto de competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

De acordo com o referido regulamento, as competências específicas do EEMC são:

- “Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.” (OE, 2018, p. 19359)
- “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes da doença crónica ou aguda.” (OE, 2018, p. 19359)
- “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.” (OE, 2018, p. 19359)

Para além disso, pretendo desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área à pessoa em situação crónica que engloba o:

- 1) Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.
- 2) Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.

9. OBJETIVOS E ATIVIDADES COM DESDOBRAMENTO DO OBJETIVO CENTRAL (PROPÓSITO) EM OBJETIVOS ESPECIFICOS E COM ALOCAÇÃO A CADA UM DOS OBJETIVOS ESPECIFICOS DAS DIFERENTES ATIVIDADES NECESSÁRIAS À RESPETIVA CONSECUÇÃO

O presente projeto tem como objetivo principal:

- I. *Adquirir competências na abordagem à pessoa (s) com compromisso do processo cardiorrespiratório.*

Os objetivos gerais foram desdobrados em objetivos intermédios e específicos e, associadas atividades para a concretização cada um deles. Para facilitar a visualização, compreensão e análise, são apresentados sob a forma de tabela.

1. Desenvolver competências na identificação do compromisso do autocuidado no utente com insuficiência cardíaca.

1.1 Melhorar a capacidade na recolha de dados, para proceder à identificação correta do compromisso do autocuidado.

1.1.1 Aprofundar conhecimentos na recolha de dados

- Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP ou em teses sobre instrumentos/questionários que facilitem o processo de recolha de dados no utente com insuficiência cardíaca.
- Reunir informação encontrada sobre instrumentos /questionários aplicados no utente com insuficiência cardíaca.

1.1.2 Desenvolver habilidades para melhorar o desempenho na recolha de dados

- Entrevistar a enfermeira tutora relativamente ao processo de recolha de dados com foco no compromisso do autocuidado.
- Elaborar um guião com tópicos, que irei abordar na recolha de dados e validar o guião com enfermeira tutora.
- Proceder a eventuais alterações e reformular o guião caso seja necessário.
- Efetuar a admissão do utente no internamento e na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca e proceder à respetiva recolha de dados.
- Identificar as principais dificuldades na recolha de dados e discutir aspetos a melhorar.

1.1.3 Melhorar a performance na colheita de dados

- Treinar a recolha de dados em tantos casos que forem possíveis no decorrer do ensino clínico.

2 Desenvolver competências na identificação de sintomas associados à descompensação cardíaca.

2.1 Melhorar a capacidade na identificação de sintomas de congestão cardíaca e proceder ao respetivo exame físico.

2.1.1 Aprofundar conhecimentos no exame físico no utente com insuficiência cardíaca

- ✓ Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP ou em teses sobre a realização do exame físico no utente com insuficiência cardíaca.
- ✓ Reunir a informação encontrada sobre como proceder ao exame físico no utente com insuficiência cardíaca.
- ✓ Elaborar uma síntese da informação relevante reunida através de lista.
- ✓ Validar a síntese realizada com a enfermeira tutora.

2.2.2 Desenvolver habilidades para melhorar a realização do exame físico no utente com insuficiência cardíaca.

- ✓ Solicitar a demonstração do procedimento à enfermeira tutora e à médica especialista em insuficiência cardíaca.
- ✓ Experimentar as vezes que forem possíveis a realização do exame físico no utente com insuficiência cardíaca.
- ✓ Discutir aspetos a melhorar na realização do exame físico com a enfermeira tutora.

- ✓ Identificar as dificuldades sentidas na realização do exame físico.
- ✓ Ouvir os sons pulmonares/ cardíacos (crepitações e sibilos) na plataforma “MSD para profissionais de saúde”

2.2.3 Melhorar a performance na realização do exame físico

- ✓ Treinar o exame físico do doente com insuficiência cardíaca com a supervisão da enfermeira tutora ou na médica especialista na insuficiência cardíaca.

3. Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.

3.1 Melhorar a capacidade na prevenção, intervenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde e de resistência aos microbianos.

- Acompanhar o profissional responsável na área da PPCIRA da instituição onde me encontro a realizar o estágio durante três dias.
- Consultar protocolos disponíveis na área das Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).
- Discutir com os tutores sobre prevenção e controlo de infeção.

4. Desenvolver a capacidade na gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.

4.1 Melhorar a capacidade na gestão do regime terapêutico.

4.1.1 Aprofundar conhecimentos na gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca

- ✓ Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP ou em teses sobre gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.
- ✓ Reunir a informação encontrada sobre a temática.
- ✓ Elaborar uma síntese da informação relevante reunida através de lista.
- ✓ Validar a síntese realizada com a enfermeira tutora.

4.1.2 Desenvolver habilidades para melhorar a gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.

- ✓ Construir um quadro síntese sobre a gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.

- ✓ Validar o quadro síntese com a enfermeira tutora.
- ✓ Proceder a eventuais alterações e reformular caso seja necessário.

4.1.3. Otimizar a competência na gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.

- Conceber cuidados de enfermagem, utilizando a plataforma e4nursing, a clientes pelo menos uma vez.

5. Desenvolver competências na gestão do regime medicamentoso da pessoa com insuficiência cardíaca.

5.1 Melhorar a capacidade na gestão do regime medicamentoso.

5.1.1 Aprofundar conhecimentos na gestão do regime medicamentoso.

- Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP, em teses e em Guidelines sobre gestão do regime medicamentoso no utente com insuficiência cardíaca.
- Reunir informação encontrada sobre a temática.

5.1.2 Desenvolver habilidades para melhorar a gestão do regime medicamentoso.

- Entrevistar o médico especialista de Insuficiência Cardíaca da instituição, para conhecer os grupos farmacológicos mais usuais no tratamento da insuficiência cardíaca.
- Elaborar uma síntese sobre aspetos mais relevantes após entrevista.
- Elaborar uma tabela com: os fármacos mais utilizados na instituição para o tratamento da insuficiência cardíaca, bem como a respetiva titulação terapêutica (doses alvo) e incompatibilidades entre fármacos, caso existam.
- Validar a síntese com a enfermeira tutora e médica especialista em insuficiência cardíaca, proceder a eventuais alterações e reformular caso seja necessário.

5.1.3 Otimizar a competência na gestão do regime medicamentoso

- Elaborar uma reflexão crítica sobre as exigências decorrentes da terapêutica instituída para o cliente/ familiar cuidador.

6. Desenvolver competências no âmbito da segurança na administração da medicação.

6.1 Melhorar a capacidade em estratégias de segurança na administração da medicação nos diferentes contextos de atuação.

6.1.1 Aprofundar conhecimentos no âmbito da segurança na administração da medicação.

- Pesquisar evidência científica em artigos ou base de dados da ESEP ou em teses sobre circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de efeitos adversos associados à administração da medicação.
- Consultar a informação e orientações sobre a administração segura da medicação.
- Reunir informação encontrada sobre a temática.
- Consultar a existência de protocolos ou projeto existente no serviço.
- Elaborar uma síntese da informação reunida.
- Discutir a síntese efetuada com a enfermeira tutora a síntese efetuada.

6.1.2 Desenvolver habilidades no âmbito da segurança na administração da medicação.

- Observar os enfermeiros no momento da administração da medicação, tendo em atenção à segurança na administração de terapêutica.
- Elaborar um guia de procedimentos a seguir no âmbito da segurança na administração da medicação.

6.1.3 Melhorar a performance no âmbito da segurança na administração da medicação.

- Treinar a intervenção de administração segura da medicação sempre que for possível.

7. Desenvolver competência na prevenção do risco clínico e não clínico.

7.1 Melhorar a capacidade sobre a segurança e prevenção do risco clínico e não clínico.

- Acompanhar o elo de ligação da instituição durante três dias.
- Consultar os protocolos existentes, relativamente ao risco clínico e não clínico.
- Consultar documentação existente nos serviços sobre a política de gestão do risco local e os planos específicos dos serviços.

10. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES, ENCADEANDO AS DIFERENTES ATIVIDADES TEMPORALMENTE (CRONOGRAMA DE GANT)

O cronograma é um gráfico usado para ilustrar o avanço das diferentes etapas de um projeto, de forma rápida e clara a calendarização de cada atividade definida.

Atividades	Setembro (19/09/23)	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro (10/01/24)
Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP ou em teses sobre instrumentos/questionários que facilitem o processo de recolha de dados no utente com insuficiência cardíaca.					
Reunir informação encontrada sobre instrumentos /questionários aplicados no utente com insuficiência cardíaca.					
Entrevistar a enfermeira tutora relativamente ao processo de recolha de dados com foco no compromisso do autocuidado.					
Elaborar um guião com tópicos, que irei abordar na recolha de dados e validar o guião com enfermeira tutora.					
Proceder a eventuais alterações e reformular o guião caso seja necessário.					
Efetuar a admissão do utente no internamento e na consulta de enfermagem de insuficiência cardíaca e proceder à respetiva recolha de dados.					
Identificar as principais dificuldades na recolha de dados e discutir aspetos a melhorar.					
Treinar a recolha de dados em tantos casos que forem possíveis no decorrer do ensino clínico.					
Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP ou em teses sobre a realização do exame físico no utente com insuficiência cardíaca					
Reunir a informação encontrada sobre como proceder ao exame físico no utente com insuficiência cardíaca.					
Elaborar uma síntese da informação relevante reunida através de lista.					
Validar a síntese realizada com a enfermeira tutora.					
Solicitar a demonstração do procedimento à enfermeira tutora e à médica especialista em insuficiência cardíaca.					
Experimentar as vezes que forem possíveis a realização do exame físico no utente com insuficiência cardíaca.					
Discutir aspetos a melhorar na realização do exame físico com a enfermeira tutora.					
Identificar as dificuldades sentidas na realização do exame físico.					

Pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório

Ouvir os sons pulmonares/ cardíacos (crepitações e sibilos) na plataforma "MSD para profissionais de saúde".					
Treinar o exame físico do doente com insuficiência cardíaca com a supervisão da enfermeira tutora ou na médica especialista na insuficiência cardíaca.					
Acompanhar o profissional responsável na área da PPCIRA da instituição onde me encontro a realizar o estágio durante três dias.					
Consultar protocolos disponíveis na área das IACS.					
Discutir com os tutores sobre prevenção e controlo de infeção.					
Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP ou em teses sobre gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.					
Reunir a informação encontrada sobre a temática.					
Elaborar uma síntese da informação relevante reunida através de lista.					
Validar a síntese realizada com a enfermeira tutora.					
Construir um quadro síntese sobre a gestão do regime terapêutico no utente com insuficiência cardíaca.					
Validar o quadro síntese com a enfermeira tutora.					
Proceder a eventuais alterações e reformular caso seja necessário.					
Conceber cuidados de enfermagem, utilizando a plataforma e4nursing, a clientes pelo menos duas vezes.					
Pesquisar evidência científica em artigos, base de dados da ESEP, em teses e em Guidelines sobre gestão do regime medicamentoso no utente com insuficiência cardíaca.					
Reunir informação encontrada sobre a temática.					
Entrevistar o médico especialista de Insuficiência Cardíaca da instituição, para conhecer os grupos farmacológicos mais usuais no tratamento da insuficiência cardíaca.					
Elaborar uma síntese sobre aspetos mais relevantes após entrevista.					
Elaborar uma tabela com: os fármacos mais utilizados na instituição para o tratamento da insuficiência cardíaca, bem como a respetiva titulação terapêutica (doses alvo) e incompatibilidades entre fármacos, caso existam.					
Validar a síntese com a enfermeira tutora e médica especialista em insuficiência cardíaca, proceder a eventuais alterações e reformular caso seja necessário.					
Elaborar uma reflexão crítica sobre as exigências decorrentes da terapêutica instituída para o cliente/ familiar cuidador.					
Pesquisar evidência científica em artigos ou base de dados da ESEP ou em teses sobre circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de efeitos adversos associados à administração da medicação.					
Consultar a informação e orientações sobre a administração segura da medicação.					
Reunir informação encontrada sobre a temática.					

Pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório

Consultar a existência de protocolos ou projeto existente no serviço onde realize o ensino clínico, sobre a administração de medicação segura.					
Elaborar uma síntese da informação reunida.					
Discutir a síntese efetuada com enfermeira tutora.					
Observar os enfermeiros no momento da administração da medicação, tendo em atenção à segurança na administração de terapêutica.					
Elaborar um guia de procedimentos a seguir no âmbito da segurança na administração da medicação.					
Treinar a intervenção de administração segura da medicação sempre que for possível.					
Acompanhar o elo de ligação da instituição durante três dias.					
Consultar os protocolos existentes, relativamente ao risco clínico e não clínico.					
Consultar documentação existente nos serviços sobre a política de gestão do risco clínico e os planos específicos dos serviços.					

Tabela 1: *Cronograma de atividades encadeadas temporalmente.*

11. RECURSOS, INDICANDO OS AUTORES ENVOLVIDOS E EVENTUAIS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Para a implementação deste PDIP é necessário a utilização de meios e recursos que facilitem a sua concretização, desta forma serão necessários recursos humanos, materiais e económicos.

No que concerne aos recursos humanos, destaco-me a mim, como a responsável pela elaboração e concretização deste projeto, destaco ainda as enfermeiras chefes dos serviços onde realizarei os meus ensinamentos clínicos, assim como as enfermeiras tutoras e os professores orientadores deste projeto o Professor Luís Miguel Ferreira e a Professora Alice Brito.

Necessitarei também que no decorrer do ensino clínico haja utentes internados com compromisso cardiopulmonar, nomeadamente utentes com insuficiência cardíaca descompensada.

Relativamente aos recursos materiais, destaco a necessidade de usar um computador com acesso à internet para que seja possível efetuar alguma pesquisa bibliográfica, uma impressora com papel e por último material de escritório (tinteiros, folhas, canetas, lápis)

Os recursos físicos prendem-se com as instalações dos serviços de Consulta Externa e do Hospital de Dia, dado que foi referido anteriormente quando foi efetuada a caracterização dos serviços onde será feito o ensino clínico.

Por último, os recursos económicos prendem-se com os meus gastos pessoais para a aquisição de material de escritório que referi anteriormente.

12. MONITORIZAÇÃO COM INDICAÇÃO DE MEDIDAS PARA O ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO DO PROJETO

A concretização do PDIP decorrerá durante a realização do estágio que terá início a 19 de setembro de 2023, término a 10 de janeiro de 2024. A sua entrega será a 15 de março de 2024.

Para uma adequada implementação do PDIP é indispensável a monitorização contínua, para perceber se as atividades planeadas previamente, estão a ser eficazes no processo de aquisição de competências atingindo dessa forma os objetivos propostos.

Pessoa com compromisso do processo cardiorrespiratório

O cronograma elaborado previamente, facilita na monitorização contínua do PDIP, uma vez que para além de apresentar as atividades propostas, monitoriza também os seus *timings* na execução das mesmas.

As medidas que permitirão a monitorização e avaliação deste PDIP são várias, sendo que a nível pessoal proponho no final de cada semana fazer a confrontação das atividades planeadas e o que foi na realidade efetuado, no sentido de corroborar se os *timings* estão a ser cumpridos.

Outra forma de monitorização são as discussões /validações com as enfermeiras tutoras, obtendo assim um feedback do trabalho desenvolvido.

Pretendo agendar reuniões formais, com os professores orientadores com o objetivo de validar o percurso efetuado, perceber se as competências propostas estão a ser adquiridas e verificar se atividades estão a ser cumpridas.

A entrega do Relatório Final está prevista para dia 15 março de 2024, tendo o término do estágio clínico a 10 janeiro de 2024, sendo que dedicar-me-ei a concluir o relatório final até ao dia 11 de março de 2024. Pretendo neste Relatório Final descrever os resultados obtidos, assim como as limitações e dificuldades na sua implementação.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos, F.S. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e o regime terapêutico*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa | Porto Instituto de Ciências da Saúde]. [A pessoa com doença crónica Tese Doutoramento Reitoria.pdf \(ucp.pt\)](#).

Bettencourt, P., Pimenta, J., Araújo, I. Marques, I. Lourenço, C., Sarmiento, P. M., (2021) Checklist para a pré-alta de internamento por insuficiência cardíaca. *Revista da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*, 76-81(DOI: 10.24950/NEIC/184/20/1/2021

Bittencourt, M. I. (2019). Insuficiência Cardíaca: Definição, Epidemiologia, Etiologia e Classificação. Em Manual de Insuficiência Cardíaca, pp. 9-15, N^o edição. Coleção. SOCERJHauser, K., Longo, B., Jameson, F. (2006). Harrison Medicina Interna (16^a edição). MC Graw Hill

Costa, M. F. L., Veras, R. (2003). Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*. 19(3), 700-701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>

European Commission. (2021). *Estado da Saúde na UE Portugal Perfil de Saúde do país 2021*. OCDE. [2021_chp_pt_portuguese.pdf \(europa.eu\)](#)

European Society of Cardiology. (2021). *ESC clinical Guidelines on the management of chronic and acute heart failure: what patients need to know*. [ESC heart failure patient guidelines 2022.pdf \(escardio.org\)](#)

Federação Nacional de Associações de Doenças Crónicas. (2021). *Proposta Estatuto do Doente Crónico*. [Microsoft Word - Estatuto do Doente Crónico DOC TRABALHO FINAL \(spem.pt\)](#)

Hauser, K., Longo, B., Jamenson, F. (2006). Harrison Medicina Interna. Mc Graw Hill. Heart

Núcleo de Enfermagem em Cardiologia e Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2022). Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem aos utentes com patologia cardiovascular. 1^aedição Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-33-2846-0

Ordem dos Enfermeiros. (2018). "Diário da República, 2^a Série- N^o135- (julho). 19359-19369. [1935919370.pdf \(dre.pt\)](#)

Organização das Nações Unidas. (2023). *Centro regional de informação para a europa ocidental*. [Envelhecimento - Nações Unidas - ONU Portugal \(unric.org\)](#)

Pessoa com compromisso do processo cardiopulmonar

Rodrigues, J., S. J. (2018). *Viver com a doença crónica*.
https://www.psicologia.pt/artigos/ver_carreira.php?viver-com-uma-doenca-cronica&id=364#

Santos, C. (2015). Avaliação da função pulmonar e de fatores associados em indivíduos com insuficiência cardíaca. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Repositório Científico de Acesso Aberto

SILVEIRA, Henrique. SWOT. IN: Inteligência Organizacional e Competitiva. Org. Kira Tarapanoff. Brasília. Ed. UNB, 2001.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2023). *Registo Nacional de Insuficiência Cardíaca*.
[Insuficiência Cardíaca - SPC](#)