



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**CAPACITAR A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A GESTÃO
DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: INTERVENÇÃO
ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM**

Catarina Alexandra Simões da Silva

**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**CAPACITAR A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A GESTÃO
DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: INTERVENÇÃO
ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM**



Orientador: Professora Idalina Delfina Gomes
Coorientador: Professora Maria Emília Campos de Brito



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Onde quer que vás, leva as suas esperanças,
pega nos teus sonhos e nunca te esqueças –
é na viagem que a descoberta acontece”.*

Kobi Yamada (s.d.)

AGRADECIMENTOS

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas que contribuíram, para encontrar o melhor rumo em cada momento desta caminhada.

Agradeço de forma especial:

À professora Emília e professora Idalina pela compreensão e disponibilidade para a minha orientação.

A todos os profissionais dos locais em que tive o prazer de estagiar, pelo seu apoio, incentivo e colaboração.

Aos orientadores de estágio, por todas as partilhas e saberes vivenciados, por todo o apoio e interesse, pelo cuidado e preocupação, e por acreditar no meu potencial.

A todos os meus colegas de mestrado pela partilha de experiências, mas em especial ao Tiago, Rui e Rita pela amizade, incentivo, preocupação, espírito de ajuda e união.

Aos Enfermeiros do Serviço de Cardiologia, que foram fundamentais no dia-a-dia neste desafio. Um grande obrigado pela preocupação, motivação e ânimo.

A todos os que pertenceram à Caravana da мужність, que sem saberem, foram a fonte de coragem para finalizar esta caminhada.

À Marina pelos telefonemas quase diários, à Rita pelo carinho e afeto, ao Zé pelo saber e crítica, à Ana pela preocupação, à Catarina pela amizade e “cuidado”, à Marie pela colaboração, à Mariline pelos conselhos e pelas palavras sábias, à Vanessa pela paciência e dedicação, e ao Filipe pelo incentivo e disponibilidade.

A ti Acácio, pelo companheirismo, paciência, compreensão e ensinares-me que não precisamos de ter muito na vida, apenas precisamos de descomplicar e viver cada momento.

Aos meus pais, por serem um exemplo de coragem e de superação ao longo da vida...mesmo nos momentos mais difíceis incentivaram-me sempre a não desistir. Ao meu pai Vítor por ser um exemplo de exigência e de dedicação, e à minha mãe Clara por ser um exemplo de resiliência e de luta. O que conquistei e a pessoa que sou hoje, é graças a vocês.

Obrigada!

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca é uma patologia crónica com implicações para a pessoa idosa, respetiva família e profissionais de saúde. As dificuldades com a gestão da mesma, faz com que haja um elevado número de pessoas idosas internadas, o que leva a considerar esta patologia um problema de saúde pública, daí a preocupação mundial com a promoção e educação para a saúde e o aumento da literacia na área da pessoa idosa com insuficiência cardíaca e sua família. É fundamental, por isso, que os profissionais de saúde promovam orientações específicas para a promoção do autocuidado e gestão desta situação de doença, o que justifica a relevância de desenvolver projetos de melhoria contínua, com implementação de estratégias educacionais através da adoção de comportamentos de autocuidado dirigido a pessoa idosa e a família.

Deste modo apoiamo-nos na teoria geral do défice de autocuidado de Dorothea Orém (2001), que se tornou numa ferramenta essencial, pertinente e condutora em todas as fases do projeto.

Este relatório espelha um projeto, sustentado na metodologia de projeto, realizado no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção à Pessoa Idosa, em dois contextos distintos, uma unidade de saúde familiar e um hospital de dia de insuficiência cardíaca, ambos na área geográfica de Lisboa.

Concomitantemente com o estágio realizámos uma revisão *scoping*, sobre intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca. Cujos resultados ajudaram a fazer formação para sensibilização das equipas de saúde para a problemática, implementação das intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa e família na gestão da doença e avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas. A realização de situações de cuidado e sua avaliação possibilitou ainda que as pessoas idosas com insuficiência cardíaca e família, obtivessem um maior conhecimento e sensibilização sobre a temática e desta forma tornarem-se mais autónomos e conscientes do problema, possibilitando tomarem decisões fundamentadas e antecipadas, promovendo o autocuidado.

Este percurso promoveu o enriquecimento de aprendizagens profissionais e o desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa e família, procurando o presente relatório partilhar e refletir sobre as experiências vivenciadas e as aprendizagens conseguidas.

Palavras-chave: Pessoa idosa e família; Autocuidado; Intervenções de enfermagem; Reconhecimento de sinais e sintomas; Insuficiência cardíaca

ABSTRACT

Heart failure is a chronic disease with a significant impact in elder people, their families and healthcare professionals. Difficulties associated with the management of this disease leads to a huge number of hospitalized elder people which makes it a public health problem, resulting in a world concern to promote health education and increase literacy around the elderly people with heart failure and their families. Therefore, it is crucial that healthcare professionals promote specific guidelines to increase selfcare and management of this disease, thus justifying the development of continuous improvement through the implementation of educational strategies which will allow elder people and their families to adopt a selfcare behavior.

This way we focused on the general theory of selfcare deficit by Dorothea Orém (2001), which became a crucial tool in all stages of the project.

This report is based on a project methodology made during the internship of the Master Course in Nursing of the Specialization in Medical-Surgical Nursing dedicated to the elderly people, in two distinct contexts, a family healthcare unit and a heart failure day hospital, both in the geographic area of Lisbon.

Together with the internship we made a *scoping* revision on nurse interventions that promote training of elder people and their families to manage heart failure. The results helped to train health teams for this problematic, to implement nurse interventions for the elder patients and their families to manage this disease, as well as to evaluate results. The accomplishment of care situations and their evaluation allowed elder people and families to increase their knowledge and awareness on this disease and therefore become more autonomous and conscient of the problem allowing them to take based anticipated decisions thus promoting selfcare.

This route promoted learning professional knowledge and developing proficiencies inherent to the master degree and specialist nurse on medical-surgical nursing, in the care to elder people and families. The object of this report being to share and reflect about all things experienced and knowledge accomplished.

Key-words: Elder people and family; Selfcare; Nursing interventions; Acknowledgement of signs and symptoms; Heart failure

LISTA DE SIGLAS

AGNU – *Asamblea General de las Naciones Unidas*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ECTS - *European Credit Transfer System*

EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica

FRCV – Fatores de risco cardiovasculares

HD – Hospital de Dia

HDIC - Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência cardíaca

ICN - International Council of Nurses

JBÍ – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos enfermeiros

RS – Revisão *Scoping*

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NYHA - *New York Heart Association*

PPCIRA - Plano Prevenção Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

WHO – World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

g – Gramas

Kg – Kilogramas

L – Litros

INDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1.1. Processo de envelhecimento.....	27
1.2. Pessoa idosa com insuficiência cardíaca.....	29
1.3 Autocuidado na pessoa idosa com insuficiência cardíaca e família	31
1.4. Intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da insuficiência cardíaca.....	36
2. METODOLOGIA	41
2.1. Metodologia do projeto.....	41
2.2. Finalidade e objetivos.....	42
2.3. Contextos do desenvolvimento do projeto.....	42
3. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS	45
3.1. Desenvolvimento de competências de mestre enfermeira especialista na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na gestão da insuficiência cardíaca	45
3.2. Contributo para o desenvolvimento da equipa de saúde na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da insuficiência cardíaca	55
4. REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO.....	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

APÊNDICES

Apêndice I – Planeamento do projeto

Apêndice II – Cronograma do projeto

Apêndice III – Revisão *Scoping*

Apêndice IV – Resumo submetido nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém

Apêndice V – Poster: “Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que intervenções de Enfermagem”

Apêndice VI – Resumo submetido no XIII Encontro coração e família

Apêndice VII – Publicação efetuada no jornal da Unidade Saúde Familiar

Apêndice VIII – Resumo da participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico, subordinado ao tema: “E se não houvesse enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”

Apêndice IX – Resumo da participação nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém

Apêndice X – Resumo da participação no XIII Encontro coração e família

Apêndice XI – Reflexões da prática de cuidados

Apêndice XII – Estudo de caso

Apêndice XIII – Apresentação do estudo de caso

Apêndice XIV – Plano de sessão da formação

Apêndice XV – Avaliação da formação/formador

Apêndice XVI – Resultados obtidos da avaliação

Apêndice XVII – Guião de identificação do défice de autocuidado na família das pessoas idosas com Insuficiência Cardíaca

Apêndice XVIII – Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família

Apêndice XIX – Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família

Apêndice XX – Poster: “A medicação na insuficiência cardíaca”

Apêndice XXI – Poster: “A medicação na insuficiência cardíaca”

Apêndice XXII – Orientações para avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas junto da pessoa idosa e família na gestão da Insuficiência Cardíaca – Via telefónica

Apêndice XXIII – Relatório final após intervenções promotoras para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da Insuficiência Cardíaca

ANEXOS

Anexo I – Certificado da apresentação do poster: “Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que intervenções de Enfermagem”

Anexo II – Menção honrosa atribuída à apresentação do poster

Anexo III – Certificado de participação no *4th Advances in Heart Failure 2021 – Digital Edition*

Anexo IV – Certificado de participação no *14th Lisbon Summer Meeting 2021*

Anexo V – Certificado de participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico, subordinado ao tema: “E se não houvesse enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica?”

Anexo VI – Certificado de participação nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém

Anexo VII – Certificado de participação no Webinar do departamento Enfermagem Médico-cirúrgica/Adulto e idoso da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: “Formação, Investigação e Exercício Clínico”

Anexo VIII – Certificado de participação no XIII Encontro Coração e Família

Anexo IX – Folha para avaliação inicial do Hospital de Dia

Anexo X – Escala europeia de autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Anexo XI – Autorização da autora para a utilização da escala europeia de autocuidado na insuficiência cardíaca

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação funcional NYHA	31
Quadro 2 - Tópicos de educação para a pessoa com IC.....	34

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito do plano estudos do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na Área de Intervenção à Pessoa Idosa, frequentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O mesmo tem como título “Capacitar a pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca: intervenção especializada de enfermagem”. A motivação para o desenvolver teve por base dois fatores, a minha experiência pessoal e o que diz a evidência científica.

Segundo a ordem dos enfermeiros (OE) (1998), a predisposição à aprendizagem é um desafio que vai ao encontro do desenvolvimento contínuo de autonomia profissional, pensamento crítico e motivação para um envolvimento ativo, numa perspetiva de desenvolvimento de competências éticas, relacionais, técnicas e científicas. Todo o processo de desenvolvimento de formação exige um questionamento constante dos diferentes conhecimentos, com vista à aquisição de competências que visam a eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Consequentemente, o enfermeiro deve procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (artigo 109.º do Decreto-Lei n.º 104/98, p. 8080). Assim o interesse sobre a temática da gestão da insuficiência cardíaca (IC) na pessoa idosa e família, encontrasse no seguimento dos mandatos ético-legais e do interesse pessoal.

As motivações de ordem pessoal e profissional permitiram que iniciassem um processo de formação, com aprofundamento e aplicação do conhecimento decorrente do 1º ciclo de formação e da sua utilização para a formulação e análise de situações mais complexas e desenvolvimento de novas competências, de realização de julgamentos e tomada de decisões, do desenvolvimento da capacidade de comunicação e de aprendizagem de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, visando desenvolver competência de mestre e especialista. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 4.º, do capítulo II do Decreto-Lei n.º 104/98, o enfermeiro especialista concerne “um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Neste âmbito o plano de estudos ministrado pela ESEL no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa, habilita à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em EMC.

A outra razão para a escolha do tema tem a ver com a relação existente entre a IC e o envelhecimento, ao colocar os enfermeiros especialistas em EMC como elementos fundamentais para gerir as situações de saúde/doença das pessoas idosas com IC e família.

Com o aumento da esperança média de vida, existe uma maior incidência de doenças crónicas como as doenças cardiovasculares (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017). Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos oferecidos em contexto hospitalar, domiciliário e comunitário, incidindo sobre a prevenção da doença, promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão terapêutica, de modo a capacitar a pessoa e família para vivenciar da melhor forma a doença crónica (Gouveia et al., 2020).

Segundo Almeida (2011), quanto maior o número de pessoas idosas maior a prevalência de doenças crónicas e estas são as principais causas de mortalidade no mundo (Conceição, 2015). Neste sentido torna-se fulcral a descrição das doenças cardiovasculares, nomeadamente da IC como doença crónica e o impacto que esta tem na população idosa porque segundo o mesmo autor anteriormente citado, a insuficiência crónica destaca-se como uma doença crónica e uma das principais causas de hospitalizações e mortalidade em vários países.

As práticas insuficientes de autocuidado que resultam da má gestão do regime terapêutico, conduzem a desequilíbrios na condição de saúde da pessoa e resultam em internamentos e admissões nos serviços de urgência (Pereira, 2013). A literatura demonstra que as causas de internamento das pessoas com IC estão muitas vezes associadas à gestão ineficaz do regime terapêutico.

A gestão na IC da pessoa idosa e família, constitui um desafio à prática avançada de enfermagem, devendo o enfermeiro especialista avaliar o nível de dependência e antecipar necessidades da pessoa, “promovendo a autonomia e envolvimento da pessoa idosa no processo de cuidados, dentro de limites mutuamente acordados, e, assim, procurando a obtenção do máximo da satisfação da pessoa cuidada e sua família” (Rei, 2017, p. 41 e 42).

Tendo em vista o desenvolvimento de competências propostas para o desenvolvimento deste estágio, foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de mestre e de enfermeira especialista na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na gestão da IC;
- Contribuir para o desenvolvimento da equipa de saúde na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC;

O processo de formação em contexto clínico teve início no mês de outubro de 2021 e terminou no mês de fevereiro de 2022. Decorreu em dois contextos clínicos distintos, na área geográfica da

cidade de Lisboa: Unidade de Saúde Familiar (USF) e Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca (HDIC).

Este processo de aquisição de competências representa 500 horas de experiência formativa em estágio e horas de trabalho autónomo, de acordo com o plano de estudos da ESEL, que correspondem a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS).

A oportunidade de participar em vários momentos de cuidados singulares, promoveu a reflexão e procura de uma melhoria de qualidade de cuidados a nível pessoal, relacional e profissional. O método de apresentação do relatório vai ao encontro das etapas de desenvolvimento na prática clínica, com a descrição e análise crítica das estratégias e atividades desenvolvidas durante o período de estágio. A reflexão promove o desenvolvimento de competências de mestre e de especialista, e mobilização de conhecimento de áreas abordadas ao longo do percurso académico de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

Este relatório é composto por seis partes de forma a facilitar a consulta do documento. Introdução onde são apresentados objetivos específicos, gerais, dando a conhecer a problemática em estudo, a metodologia utilizada para a realização do estágio. É constituído por pelo capítulo 1 que se refere ao enquadramento teórico, nomeadamente ao processo de envelhecimento, IC e o modelo conceptual que suportou o desenvolvimento do estágio. Ao longo do capítulo 2 aborda-se o caminho desenvolvido para a realização do projeto de estágio, tendo em conta a metodologia de projeto utilizada. No capítulo 3, foi expressa a implementação das atividades realizadas em estágio e análise dos resultados das mesmas. Foi ainda elaborada uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas ao longo do percurso académico, profissional e pessoal, que se encontra explanada no capítulo 4. Por fim, no capítulo 5, as considerações finais deste percurso e de seguida as referências bibliográficas. Os anexos e apêndices apoiam e fundamentam o trabalho desenvolvido com informações pertinentes.

A sustentação do mesmo é feita através de reflexões críticas sobre a prática clínica e o suporte é feito através da revisão narrativa e de uma revisão *scoping* (RS), dos conhecimentos científicos adquiridos e da partilha de experiências vividas ao longo deste processo.

Este relatório foi redigido segundo a norma *American Psychological Association* (APA), 7th Edition.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O desenvolvimento de competências exige um esforço pessoal e profissional na procura de conhecimento. Para contextualizar a temática em estudo, neste capítulo irei abordar conteúdos relacionados com o processo de envelhecimento, a pessoa idosa com IC e família, e as intervenções de enfermagem.

A metodologia utilizada para a realização deste capítulo prende-se tanto por uma revisão narrativa da literatura, como por uma RS. Esta pesquisa mais alargada, permitiu reunir um conjunto de conhecimentos e saberes sobre o fenómeno em estudo, que facilitaram a construção do diagnóstico de situação ao nível da evidência científica e da justificação da problemática definida para este projeto. Referir ainda que a pesquisa contribuiu para a fundamentação e sustentação das atividades realizadas e descritas no capítulo seguinte.

1.1. Processo de envelhecimento

A nível mundial, a população idosa tem vindo a aumentar, e prevê-se que entre os anos de 2019 e 2030 o número da população idosa aumente 38%, reconhecendo assim a importância de reunir esforços para dar mais atenção a questões que afetam esta população (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2020).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 202), o índice de envelhecimento aumentou 42,4% e o índice de dependência de idosos aumentou 27,7%, com o aumento da prevalência de pessoas idosas traz várias consequências e desafios, como também pela maior prevalência de doenças e menor qualidade de vida. Estas repercussões tem um impacto no desenvolvimento socioeconómico, representando um desafio que os países têm de enfrentar de uma forma racional (Paço, 2016).

Segundo a DGS (2017), este aumento tem um impacto avassalador na sociedade, exigindo adaptações por parte de alguns serviços, como os sistemas de saúde. Consequentemente as alterações e adaptações referidas anteriormente devem-se ao facto de o processo de envelhecimento ser multifatorial. O processo de envelhecimento confere modificações de carácter biológico pelas alterações que ocorrem no corpo da pessoa com o avançar dos anos, levando a uma perda progressiva fisiológica, provocando o maior risco de doenças e um declínio gradual da pessoa (World Health Organization [WHO], 2015), modificações de carácter psicológico, pelas mudanças que surgem na forma de pensar e agir, bem como social, pelas mudanças de relações ao longo da vida (Santos, 2010).

Segundo a WHO (2015), com o envelhecimento ocorre um aumento da diminuição auditiva, visual e o declínio físico, que podem resultar consequentemente em doenças não transmissíveis, como doenças cardíacas. O envelhecimento está associado ao maior risco de sofrer mais do que uma doença ao mesmo tempo, conhecido como multimorbilidade.

Torna-se relevante conhecer para compreender o envelhecimento humano e as dificuldades com que as pessoas idosas se deparam. É difícil para os profissionais de saúde e famílias, separar os fatores biológicos dos patológicos, desvalorizando as queixas da pessoa idosa, atrasando o diagnóstico precoce e o respetivo tratamento (Sequeira, 2018).

Devido às várias alterações nos sistemas orgânicos, as capacidades funcionais e psicológicas podem comprometer na pessoa idosa a sua independência e autonomia (Sequeira, 2018), e consecutivamente a sua qualidade de vida. A dependência é definida como uma “situação em que a pessoa, por si só, não consegue realizar as suas atividades da vida diária, por motivos de perda ou falta de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por problemas a nível da saúde” (Decreto-Lei nº 101/2006, artigo 3º, p. 3857). Com a dependência, poderá surgir perda de autonomia, que segundo Lima et al. (2021), citando (Dzeng, 2019), envolve o reconhecimento da capacidade da pessoa para tomar as suas próprias decisões, baseadas nos seus valores pessoais e crenças, e a promoção de condições, nomeadamente de intervenções em saúde.

A multimorbilidade tem um impacto crescente na sociedade e o seu interesse deve-se à sua associação com a complexidade do cuidado que esta acarreta, redução da qualidade vida, incapacidade funcional, mortalidade e aumento dos custos em saúde (Gonçalves, 2021). Esta multimorbilidade pode ser caracterizada por diversas doenças crónicas ou agudas e a influência no estado de saúde e funcional das pessoas idosas, faz com que haja uma reflexão sobre as medidas de promoção da saúde nestas pessoas com o objetivo de atingir um bem-estar na pessoa idosa (WHO, 2015).

Segundo Conceição et al. (2015), as doenças crónicas são as principais causas de mortalidade no mundo, quanto maior a população idosa maior a prevalência de doenças crónicas. Segundo o Despacho conjunto n.º 861/99 (1999) a doença crónica é tem carater multidimensional, de longa duração, surge gradualmente com sintomas, sendo potencialmente incapacitante, implicando gravidade e limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente e família.

Com o aumento do número de doenças crónicas e do envelhecimento populacional, colocam-se desafios aos profissionais de saúde no sentido de capacitar as pessoas, nomeadamente pessoas idosas e família, para a gestão das doenças crónicas. Sendo uma das estratégias, a educação para a saúde para a adesão ao tratamento com o objetivo de diminuir reinternamentos e óbitos (Oscalices et al., 2019).

A aplicação de políticas de saúde e promoção da saúde devem ser integradas numa resposta de forma a ajudar as pessoas idosas que cada vez mais têm doenças crónicas e que necessitam de cuidados de saúde (AGNU, 2020).

1.2. Pessoa idosa com insuficiência cardíaca

A IC é uma patologia que se manifesta por vários sintomas (como a: dispneia, fadiga e membros inferiores edemaciados) que podem ser acompanhados por sinais (por exemplo: aumento pressão venosa jugular; edemas pulmonar e periférico). Estas alterações são provocadas por uma anomalia estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o exercício (McDonagh et al., 2021).

Esta doença tem uma relação direta com a idade e com as multimorbilidades mais comuns ao longo do processo de envelhecimento (Cavalcante et al., 2018). Sendo a IC uma doença crónica, existe necessidade de mudança de estilos de vida nas pessoas para que tenham qualidade de vida após o diagnóstico (Cavalcante et al., 2018).

Com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência da IC, é importante que exista promoção da saúde, (Stamp et al., 2018), sendo esta, segundo Bezerra and Sorpreso (2016), definida na primeira conferência internacional, em Ottawa, com a finalidade de implementar políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. O facto de a IC continuar a estar associada à utilização frequente de cuidados de saúde e mortalidade prematura (Stamp et al., 2018), é importante que exista promoção da saúde. Sendo a mortalidade prematura, segundo Rocha (2017) calculada em relação à longevidade potencial, definida numa tabela padrão de esperança média de vida que tem sido ajustada à evolução da expectativa de vida.

Estima-se ainda que mais de 37 milhões de pessoas em todo o mundo tenham IC e a prevalência da mesma tenha aumentado nos últimos anos (Gouveia et al., 2020). As pessoas idosas enfrentam desafios adicionais como a multimorbilidade e a fragilidade, que aumentam a complexidade da gestão da sua doença (Im et al., 2019). Para Correia (2017), a fragilidade é um estado de elevada suscetibilidade a consequências adversas para a saúde, como incapacidade, dependência, quedas e mortalidade, sendo que não existe uma definição clara e universal do conceito.

A IC resulta num conjunto de incapacidades físicas e funcionais e é caracterizada pela severidade de sintomas imprevisíveis e potencialmente fatais que frequentemente resultam em internamentos hospitalares (Ketilsdottir, et al., 2019). É uma doença progressiva, que normalmente desenvolve-se ao longo do tempo, com o surgimento de sintomatologia pode estar associado o

comprometimento do funcionamento físico e alteração da qualidade de vida (Stamp et al., 2018). Consequentemente é considerada também como a causa mais comum de hospitalizações em pessoas com mais de 65 anos de idade (Uchmanowicz et al., 2020).

A prevalência da IC aumenta com a idade principalmente a partir dos 65 anos, afetando assim 1-2% da população mundial e 6-10% das pessoas idosas (Fonseca et al., 2017). Existem projeções que indicam que a prevalência aumentará em 46% até 2030 (Benjamin et al., 2018). A IC, é responsável por 1-4% de todas as hospitalizações, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9%. Em Portugal, a prevalência global de IC foi estimada em 4,36%, atingindo 12,67% em pessoas na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca et al., 2018).

Concomitantemente, haverá uma elevada procura de cuidados de saúde e custos associados como internamento, serviço de urgência, hospital de dia, cuidados de saúde primários, medicamentos, transporte urgente e não urgente e ainda utilização da rede nacional de cuidados continuados integrados. Em Portugal, esta patologia tem um grande impacto económico, estimando-se que aumente significativamente nos próximos anos devido ao fenómeno do aumento do envelhecimento da população. A definição de políticas de saúde por forma a adequar a gestão de recursos poderá minimizar o impacto desta doença (Gouveia et al., 2020).

Esta patologia é um processo contínuo que se inicia nos fatores de risco cardiovasculares (FRCV), que têm vindo a aumentar (Timóteo et al., 2020). Os FRCV podem ser classificados em dois tipos: modificáveis e não modificáveis. Os FRCV não modificáveis são aqueles que, numa perspetiva de prevenção, não são passíveis de intervenção, nomeadamente a idade, o género, a etnia/raça, a história pessoal e familiar de doença cardiovascular. Os FRCV modificáveis podem ser alvo de intervenção e ser corrigidos, nomeadamente o tabagismo, a alimentação, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo, os fatores psicossociais, a hipertensão arterial (HTA), a dislipidémia, a diabetes mellitus (DM), a obesidade e as alterações do sono (Homem et al., 2022). Este aumento é agravado pelo envelhecimento da população onde a patologia é mais prevalente (Timóteo et al., 2020). Para este autor, existe uma necessidade de colocar as pessoas com IC como prioridade em Portugal, devido aos valores futuramente estimados. Em consonância da avaliação da progressão da doença, que foi já mencionado anteriormente, deve ser determinado o seu grau de severidade. As hospitalizações associam-se a um pior prognóstico e são responsáveis por aproximadamente 70% de todos os custos associados a esta patologia (Timóteo et al., 2020).

Segundo McDonagh et al. (2021), a IC é classificada de acordo com a presença e severidade de sintomas, através da classificação funcional da Associação de Cardiologia de Nova Iorque (*New York Heart Association* – NYHA), com quatro classes representadas no quadro 1.

Classificação funcional NYHA	
Classe I	Sem limitação da atividade física. Esta não causa dispneia, fadiga ou palpitações
Classe II	Ligeira limitação na atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física habitual resulta em dispneia, fadiga ou palpitações.
Classe III	Limitação acentuada da atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física menos habitual resulta em dispneia, fadiga ou palpitações.
Classe IV	Incapaz de realizar qualquer atividade física sem desconforto. Os sintomas em repouso podem estar presentes e se a atividade física é realizada, o desconforto aumenta.

McDonagh et al. (2021)

A IC pode ser causada por vários fatores precipitantes como a doença arterial coronária, hipertensão arterial, patologia valvular, arritmias, miocardiopatias, cardiopatia congênita, infecções, alguma terapêutica farmacológica, distúrbios metabólicos, patologia endomiocárdica, patologia neuromuscular, patologia pericárdica e ainda amiloidose, sarcoidose e neoplasias (McDonagh et al., 2021).

Existem vários sintomas frequentes nesta doença que associados ao processo de envelhecimento podem dificultar o processo natural da doença. Todavia as possibilidades de tratamento desta patologia têm evoluído nos últimos 30 anos que incluem duas formas de gerir a doença, com intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Timóteo et al., 2020). A intervenção farmacológica tem como objetivo estabilizar a função cardíaca da pessoa, a intervenção não farmacológica tem como objetivo providenciar estratégias para capacitar a pessoa na gestão do seu autocuidado (McDonagh et al., 2021).

1.3 Autocuidado na pessoa idosa com insuficiência cardíaca e família

Todas as alterações do processo de envelhecimento e a problemática da IC na população idosa, justifica a intervenção de enfermagem no autocuidado, como fulcral para prevenir complicações associadas.

Segundo Tsukada et al., (2021), existe uma alta prevalência de IC nas pessoas idosas, sendo que nesta população, a gestão da IC e o comportamento de autocuidado tornam-se atividades complexas devido ao processo de envelhecimento, patologias existentes, comprometimento cognitivo, fragilidade e suporte social limitado.

O autocuidado segundo World Health Organization, regional office for south-east asia (2014) é “a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades em promover a saúde, prevenir a doença, manter a saúde, e lidar com a doença e incapacidade com ou sem o apoio de profissionais de saúde” (p.15).

Neste seguimento, segundo Conceição et al. (2015) o autocuidado nas pessoas com doenças crônicas está relacionado a longo prazo, à autonomia, independência e responsabilidades individuais para comportamentos saudáveis. A experiência de doença requer que as pessoas integrem práticas e recomendações de autocuidado, para que possam ter a melhor qualidade de vida possível.

A promoção do autocuidado é imprescindível para a pessoa com doença crônica, de modo a desenvolver competências e consequentemente, aprender a utilizá-las para melhorar a qualidade de vida (Conceição et al., 2015)

Existem várias definições para autocuidado e nem sempre a definição é consensual. Todavia, no geral, a promoção da saúde com enfoque no autocuidado pode contribuir para que as pessoas idosas adotem comportamentos que contribuam e influenciem positivamente a sua autonomia, independência e condições de saúde. Dai ser importante utilizar abordagens que potenciem o empoderamento das pessoas para a promoção da autonomia e autocuidado (Oliveira et al., 2018)

Na pessoa com IC, o autocuidado está relacionado com os comportamentos que as pessoas usam para manter a sua saúde e a tomada de decisão das pessoas em situações de agudização e severidade dos sintomas (Conceição et al., 2015).

A atividade de autocuidado é uma competência adquirida ao longo do ciclo de vida da pessoa (Orem, 2001) e “as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e rehospitalização” (Santos et al., 2017, p.51).

Na literatura são descritas três componentes essenciais do autocuidado na pessoa com IC como a manutenção que se refere à adesão ao tratamento e comportamentos saudáveis; a gestão de sintomas, que envolve monitorizar, reconhecer e interpretar os mesmos; e a tomada de decisão, também conhecido como resposta aos sintomas quando se manifestam. Além disso, o comportamento de autocuidado é considerado como um processo dinâmico e específico do contexto que é influenciado pela experiência, conhecimento, habilidade e compatibilidade do indivíduo com seus valores (Jiang et al., 2020).

Neste sentido, é necessária uma intervenção dos profissionais de saúde eficaz para promover a gestão da IC, tendo em conta que existe um défice de conhecimento sobre a IC, a atribuição incorreta dos sintomas da IC e a baixa compreensão da associação entre os sintomas e a doença (Jiang et al., 2020). As intervenções para promover e apoiar a gestão do autocuidado após a alta

hospitalar são necessárias para diminuir o impacto negativo da IC, passando pela educação para a saúde, promoção da adesão ao plano de tratamento e recomendações de autocuidado (Jiang et al., 2020). Além disso, a detecção precoce dos sinais e sintomas, o reconhecimento dos sintomas subjetivos (por exemplo, sensação de fadiga), bem como avaliações objetivas (por exemplo, registos de peso e avaliação de edema) são aspetos significativos a ter em atenção (Jiang et al., 2020). É importante educar as pessoas idosas com IC e as suas famílias, além de criar acompanhamentos adequados, diminuir a taxa de readmissão e de mortalidade (Negarandeh et al., 2019).

Floegel et al. (2018), verificaram que a população idosa, tem um baixo reconhecimento de sintomas fazendo com que muitas vezes exista necessidade de internamento. Fatores como a idade, a própria doença e as multimorbilidades nas pessoas idosas contribuem para o declínio da funcionalidade destas pessoas. Pois 50% das pessoas idosas internadas no hospital com IC têm algum nível de dependência funcional, quase metade tem alta para domicílio com maior dependência funcional ou dificuldade de mobilidade comparativamente ao início do internamento Floegel et al. (2018). Os sinais e sintomas mais frequentes da IC são dispneia, tosse, aumento do peso, cansaço, tornozelos/ pés/ pernas/abdómen edemaciados, necessidade de dormir com mais almofadas, edema pulmonar, ritmo cardíaco acelerado e perda de apetite (McDonagh et al., 2021). Por vezes, o aparecimento de dois ou mais sintomas, bem como a oscilação dos mesmos, ao longo do dia, fazem com que estas pessoas identifiquem a sintomatologia como habitual, levando a aguardar o desaparecimento dos mesmos sem qualquer intervenção (Sousa, 2019).

Um programa educacional para as pessoas idosas é basilar, pois devem ser capacitadas para serem proativas na monitorização de sinais e sintomas de descompensação da doença da IC, como o aumento de peso (2kg em 3 dias), edema dos membros inferiores, dispneia (aumento do número de almofadas para dormir), cansaço (aumento da dificuldade na realização das atividades diárias) e comunicar essas mudanças ao médico ou enfermeiro de referência (Charais et al., 2020).

A capacitação na autogestão e monitorização de sinais e sintomas passa por: reconhecer mudanças nos sinais e sintomas, e ser capaz de reagir; como e quando entrar em contato com um profissional de saúde; fornecer informações individualizadas para apoiar a autogestão (Krzesiński et al., 2021).

A gestão da IC e o autocuidado incluem informações gerais sobre a doença da IC, adesão à medicação, consultas de acompanhamento, monitorização de sinais e sintomas, modificações na dieta, atividade e exercícios e restrição na utilização do álcool e tabaco (Charais et al, 2020).

Existem tópicos de educação para a pessoa com IC, integrada numa equipa multidisciplinar e devem integrar os seguintes pontos essenciais na aquisição de competências de autocuidado:

Quadro 2 - Tópicos de educação para a pessoa com IC

Questões a abordar	Competências de autocuidado a adquirir
Definição, etiologia	Entender a causa da IC, o motivo do aparecimento dos sintomas e escolha do tratamento
Prognóstico da doença	Entender o prognóstico, as diferentes fases da evolução da doença e tomar decisões conjuntas
Tratamento farmacológico	Compreender as indicações, doses e efeitos dos fármacos e ações a tomar Reconhecer efeitos secundários de cada fármaco prescrito e as ações a tomar
Dispositivos implantáveis	Ser capaz de tomar decisões conjuntas sobre a implantação de dispositivos. Entender as indicações, importância e expectativas dos dispositivos implantáveis Ser capaz de reconhecer as implicações comuns e as ações a tomar.
Atividade e Exercício;	Praticar exercício regularmente e ser fisicamente ativo. Ser capaz de adaptar a atividade física aos sintomas e circunstâncias
Dormir e problemas respiratórios;	Reconhecer a importância do sono e do descanso para a saúde. Ser capaz de reconhecer problemas com o sono e como otimizá-los
Fluidos	Ser capaz de evitar grandes volumes de ingestão de líquidos. Reconhecer que a restrição de líquidos deve ser considerada de 1,5L/2L por dia para evitar congestionamento e agravamento de sintomas Entender que para evitar desidratação em caso de calor/humidade/ vômitos pode aumentar a ingestão de líquidos, mas de forma controlada
Dieta	Ser capaz de prevenir a desnutrição e fazer uma alimentação hipossalina (< 5g/dia) e manter um peso corporal saudável.
Alcool	Ser capaz de evitar a ingestão de álcool de forma abusiva. Restringir o álcool de acordo com as diretrizes de prevenção de doenças cardiovasculares
Imunização	Entender a necessidade de imunização para a gripe sazonal e doença pneumocócica.
Fumar e uso de substâncias	Entender as consequências do tabagismo e uso de drogas ilícitas para a saúde. Parar de fumar e/ou consumir drogas ilícitas.
Viagens e lazer	Ser capaz de preparar viagens e atividades de lazer de acordo com a capacidade física. Viajar sempre acompanhado de um relatório com história clínica e prescrição atualizada, como de medicação suplementar. Controlar e ajustar a ingestão de líquidos, especialmente durante os voos e em climas quentes. Acautelar reações adversas à exposição solar relacionadas com alguns fármacos.
Atividade sexual	Ser capaz de adaptar a atividade sexual de acordo com a capacidade física. Sentir-se seguro acerca da vida sexual e discutir os problemas com os profissionais de saúde.
Monitorização de sintomas e autocuidado	Vigiar e reconhecer os sinais e sintomas. Ser capaz de agir adequadamente à mudança de sinais e sintomas. Registar o peso diário e reconhecer ganhos de peso repentinos. Em caso de dispneia, edemas ou ganho de peso >2Kg em 3 dias, as pessoas podem aumentar a dose de diuréticos ou informar a equipa de saúde

Aspectos psicológicos	Ser capaz de procurar ajuda em caso de problemas psicológicos como sintomas depressivos e ansiedade que pode ocorrer durante o prognóstico de IC
	Entender que os cuidadores ou os membros da família podem ser afetados e podem precisar de ajuda
Família ou cuidadores informais	Envolver as pessoas com IC e a família numa relação respeitosa.
	Ser capaz de dar suporte e pedir ajuda

McDonagh et al. (2021)

Estas ações melhoram o conhecimento e promovem o autocuidado das pessoas com IC. Existe uma baixa perceção quanto à observação de sintomas, tratamento e monitorização da IC (Tawalbeh, 2018). O estudo deste mesmo autor, obteve como resultado a melhoria significativa do conhecimento geral da patologia, tratamento e sintomas, através de educação para a saúde.

A educação para a saúde há muito foi identificada como tendo um papel essencial e é vista como ações que as pessoas devem realizar, para obter o maior benefício dos cuidados de saúde (Witwer & Wallenstein, 2019). Deve ser baseada em sessões educacionais individualizadas e que atendam ao declínio funcional e sensorial de cada um, implicando recursos educacionais adequados a cada pessoa (Mathew & Thukha, 2018).

Este conceito foi evoluindo e elementos-chaves como a necessidade de desenvolver informação adaptada aos níveis sociais, culturais, demográficos e individuais tornam-se importantes, como estratégias de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a IC, a capacidade para procurar informação e para assumir as suas responsabilidades (Rodrigues, 2018).

O número de pessoas idosas com necessidades de saúde complexas estão a aumentar, devido às grandes necessidades da população, devendo existir um grande investimento na educação para prevenir resultados adversos para a saúde, incluindo hospitalizações, perda de independência e mortalidade, bem como sobrecarga socioeconómica (Kennedy et al., 2021).

Grande parte das pessoas idosas são viúvas e moram sozinhas e daí a importância de envolver a família, amigos ou cuidadores neste processo de doença, envolvendo-os num trabalho conjunto (Róin et al., 2019).

Sendo que a maior parte do suporte das pessoas idosas com IC é fornecido pelos membros da família, a participação da família neste processo torna-se importante para ajudar a pessoa idosa na estabilização da doença através da gestão de comportamentos de autocuidado, com destaque na deteção de sinais ou sintomas (McDonagh et al., 2021).

A família é uma das fontes importantes de apoio, na qual podem estar incluídos parente ou amigos (Silva et al., 2016). O International Council of Nurses (ICN) define família como: “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais (...)” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2015 p.143)

Cada vez mais, existem estudos que comprovam que o envolvimento da família influencia positivamente a autogestão, os resultados das intervenções educacionais, a qualidade de vida das pessoas com IC e dos seus familiares e a diminuição de hospitalizações nas pessoas com IC (Gusdal et al., 2017).

As famílias podem e devem participar no processo de autocuidado da pessoa idosa com IC, na manutenção do autocuidado, na monitorização de mudanças nos estilos de vida, e na gestão do autocuidado na pessoa idosa com IC (Buck et al, 2016). Por isso, a família é essencial neste processo, para o bem-estar das pessoas idosas com IC, pois prestam cuidados e assistência como na gestão do regime medicamentoso, restrição sódica na alimentação, na monitorização de sintomas de dispneia e fadiga (Sullivan et al., 2016). Em uma análise de dados de vários países, sobre o autocuidado na IC, retratou que o não envolvimento da família fez com que houvesse um autocuidado inadequado, pelo que mais de metade dessas pessoas tiveram dificuldade em lidar com comportamentos adequados relativamente ao exercício, monitorização de peso, imunização e dieta hipossalina. Por isso, viver e lidar com doenças crónicas como a IC, precisa de maior apoio e integrar a família (Buck et al., 2016).

Comprovou-se que, as famílias de pessoas idosas com IC, principalmente, as que sofreram um maior desgaste e uma baixa qualidade de vida, devido ao conhecimento limitado sobre o prognóstico e tratamento da IC, mencionando um suporte inadequado dos profissionais de saúde e recursos insuficientes para prestar cuidados (Sullivan et al., 2016). Sendo importante o envolvimento da família nos cuidados, para que esta possa reconhecer os desafios que a IC representa para os membros da família (Gusdal et al., 2017).

Continua a ser necessário melhorar a qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias, garantindo que estas recebam cuidados holísticos baseados na evidência científica (Stamp et al., 2018).

Todavia, os enfermeiros são essenciais para cuidar das pessoas idosas com IC e das suas famílias, pois existe um crescente conhecimento científico de enfermagem que inclui, capacitação e participação das pessoas nos seus cuidados, promovendo uma resposta ao défice de autocuidado, através de intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

1.4. Intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da insuficiência cardíaca

Os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos facilitam os enfermeiros na comunicação das suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura para orientar as suas

ações e favorecem um modo de pensar objetivo sobre a enfermagem e a sua prática (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós et al., 2014).

Nesta perspetiva, o referencial teórico adotado para a realização do presente relatório, bem como para práticas realizadas em contexto clínico, vão ao encontro dos preceitos da teoria Geral do défice do autocuidado de Dorothea Orem.

No seguimento, todas as limitações expostas e fundamentadas anteriormente, fazem com que a pessoa seja incapaz de cuidar de si mesma havendo a necessidade de assistência realizada por familiares, amigos ou enfermeiros (Sousa, 2019). A assistência citada anteriormente é a “relação entre o agente de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado em que as capacidades de autocuidado do indivíduo, devido às limitações existentes, não são iguais a satisfazer alguns ou todos os componentes da sua exigência de autocuidado” (Orem, 2001, p. 282). A esta relação de défice entre o cuidado realmente necessário (exigência de autocuidado terapêutico) e a capacidade que a pessoa tem de cuidado (agente autocuidado) é intitulado de défice de autocuidado (Orem, 2001).

Para Orem (2001), a atividade de autocuidado é uma competência adquirida ao longo do ciclo de vida da pessoa e “as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e rehospitalização” (Santos et al., 2017, p.51).

Orem (2001), refere ainda que a pessoa e o ambiente influenciam-se reciprocamente e existem vários fatores que influenciam os comportamentos do autocuidado como crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais e relação entre a pessoa e os profissionais de saúde (Orem, 2001).

A Teoria Geral do défice do autocuidado, é uma teoria composta por três teorias relacionadas entre si, nomeadamente a teoria do autocuidado, que descreve o porque e como as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser construídas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós et al., 2014).

A primeira teoria designada de Teoria de Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações das pessoas que podem beneficiar com os cuidados de enfermagem, para que as mesmas sejam capazes de se autocuidar (Queirós et al., 2014). Esta teoria descreve de que forma as pessoas conseguem cuidar deles próprios. E para que isto aconteça, estas necessitam de requisitos de autocuidado universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde (Orem, 2001).

Estes mesmo requisitos, podem ser definidos com o objetivo de serem alcançados através de ações de autocuidado, correspondendo ao grupo de necessidades identificadas. De forma sucinta, os requisitos universais são comuns a todas as pessoas e encontram-se presentes ao longo do ciclo vital, como a ingestão suficiente de água, ar e comida. Os requisitos de desenvolvimentos são todos aqueles que estão associados a um evento particular e por fim os requisitos de desvio de saúde estão implícitos em pessoas que têm uma determinada patologia e sujeitas a um determinado diagnóstico (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós et al., 2014).

A ideia central da teoria do déficit de autocuidado, passa por compreender como é que as pessoas podem ser apoiadas de forma a satisfazer as suas necessidades de autocuidado com o objetivo de bem-estar e saúde, através dos cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002, citado por Queirós et al., 2014).

Por fim, a teoria dos sistemas explica a forma como os enfermeiros podem utilizar os seus conhecimentos para planear e orientar os seus cuidados de enfermagem. Estes são criados quando a pessoa apresenta limitações de autocuidado (Queirós et al., 2014).

Neste contexto, Orem (2001), citada por Queirós et al. (2014), identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, sendo eles, o sistema totalmente compensatório quando a enfermagem substitui a pessoa no autocuidado, o sistemas parcialmente compensatório quando a pessoa precisa da enfermagem para ajuda-lo naquilo que ele não consegue realizar sozinho e o apoio-educativo, quando a pessoa tem capacidade de realizar o autocuidado, contudo necessita dos enfermeiros para ensinar e supervisionar na realização das atividades.

De acordo com a identificação das necessidades de autocuidado da pessoa, a intervenção de enfermagem poderá “assumir-se como: fazer por; orientar; ensinar; proporcionar apoio físico e psicológico e providenciar recursos no sentido de manter um meio propício ao desenvolvimento pessoal” (Santos et al., 2017, p.52).

Na prática clínica, os enfermeiros devem perceber que as pessoas precisam de apoio e incentivo para construir confiança, se quiserem traduzir o conhecimento adquirido de vários recursos em atividades de tomada de decisão e autocuidado do seu quotidiano (Allida et al., 2020). Os enfermeiros determinam as necessidades das pessoas como a quantidade de requisitos de autocuidado necessários para atingir determinadas funções, que conhecimento é que a pessoa tem para ir ao encontro dos requisitos de autocuidado e quais as ações colocar em prática os requisitos (Orem, 2001).

É através de ações concebidas e produzidas pelos enfermeiros, que há a implementação de diagnósticos de enfermagem, prescrições e posteriormente regulação do autocuidado na pessoa com déficit de autocuidado (Orem, 2001).

As dificuldades sentidas pelas pessoas idosas com IC, são caracterizadas por uma deterioração progressiva pontuada por episódios graves de descompensação da doença (Yu et al, 2019), estando associada a elevado índice de internamentos hospitalares, das quais 40% são evitáveis por meio do autocuidado eficaz (Yu et al., 2019). Segundo Al-Hammouri et al. (2020), as mudanças de comportamento são recomendadas para melhorar resultados futuros, como a progressão da IC, admissão e readmissão hospitalares, por meio de comportamento de autocuidado.

Segundo Al-Hammouri et al. (2020), quanto melhor o comportamento de autocuidado em pessoas com IC, menor gravidade dos sintomas, menor depressão e maior autocuidado, estando associado, este comportamento a elevados níveis de educação para a saúde.

Com o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência da IC, é muito importante que exista investimento na intervenção de enfermagem na IC, bem como desenvolvimento nas áreas de investigação que promovam os melhores resultados para a pessoa idosa com IC (Stamp et al., 2018).

O cuidado de enfermagem nas pessoas com IC é complexo e dinâmico, envolvendo conhecimentos específicos e atitudes práticas que o caracterizam como parte da relação estabelecida e o ser que é cuidado (Silva, 2016).

Neste caso, os cuidados de enfermagem passam por atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, as quais corroboram significativamente para a qualidade de vida dos seres humanos. Neste contexto da IC, os objetivos da intervenção de enfermagem envolvem a redução do agravamento da patologia e manutenção da qualidade de vida das pessoas com IC (Silva, 2016).

É um elemento da equipa multidisciplinar que desempenha papel fundamental e prático na monitorização objetiva do estado físico e mental da pessoa, participando na coordenação do cuidado hospitalar, planeamento intervenções oportunas após a alta do hospital, envolvendo a pessoa e/ou sua família no autocuidado, cooperação e comunicação com a equipa multidisciplinar (Uchmanowicz et al., 2020). Incentivando na existência de uma rede de apoio, tanto nos serviços de saúde, como com a família e a comunidade que lhes permitam qualidade de vida (Silva, 2016).

É de extrema importância a transmissão de informação e de cuidados da fase hospitalar para a comunidade. A correta capacitação das pessoas com IC pode evitar novas admissões por exacerbação da doença (descompensação) (Uchmanowicz et al., 2020). Tal como foi referido anteriormente, a sociedade europeia de cardiologia, dá-nos tópicos de educação da pessoa com IC, no entanto as informações sobre as consequências da IC e os vários modos de declínio nas pessoas idosas estão frequentemente ausentes na educação para a saúde em modelos de gestão de doenças crónicas implementadas em sistemas de saúde ocidentais (Im et al., 2019). O encaminhamento para unidades de cuidados direcionados para pessoas com IC, com equipas qualificadas, incluindo

enfermeiros peritos em IC, irá aumentar a eficácia da prevenção e do tratamento da IC, e melhorar o acesso a cuidados altamente especializados e integrais (Uchmanowicz et al., 2020).

As pessoas devem ser capacitadas para serem proativas na monitorização de sinais e sintomas de descompensação da doença da IC, como o aumento de peso, edema, dispneia, cansaço e comunicar essas mudanças ao médico ou enfermeiro de referência (Charais et al., 2020). As intervenções de enfermagem devem consistir em informações, educação e conselhos práticos e apoio para iniciar e manter estratégias de autocuidado como parte de um plano de cuidados para todas pessoas com IC (MacInnes & Walton, 2016).

Ver a família como recurso implica valorizar a presença dos seus elementos no cuidado, convidando-a a participar no cuidado da pessoa com IC e considerá-la como parceira (Gusdal et al., 2017). O mesmo autor defende que a implementação de programas de IC liderados por enfermeiros é defendida e cada vez mais utilizada para alcançar a melhor gestão da IC e tem havido resultados positivos na redução da mortalidade e no número de readmissões e dias de internamento. Existem vantagens segundo Gusdal et al. (2017), na colaboração das famílias e dos enfermeiros, bem como no planeamento de cuidados conjuntos na alta hospitalar estão bem documentadas nas pessoas com IC.

2. METODOLOGIA

A implementação de intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC, surgiu a partir da evidência científica, do diagnóstico de situação de ambos os campos de estágios (USF integrada no Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] e HDIC de um hospital, ambos na área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo), da experiência pessoal (vivências profissionais), levando à construção deste projeto de forma a adquirir novas competências.

No seguimento do enquadramento teórico, torna-se evidente que uma abordagem de autocuidado, em que compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o respetivo impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planear a prática clínica e contribuir para as intervenções de enfermagem que melhoram a saúde e o bem-estar das mesmas (Queirós et al., 2014). A teoria Geral do Déficit de autocuidado de Dorothea Orem, sustentou o desenvolvimento deste projeto, tanto na fundamentação teórica como na implementação de boas práticas de enfermagem. Sendo imperativo, ver cada pessoa idosa e família como seres únicos, a tomada de decisão deverá ir ao encontro das necessidades e personalidade que os distingue.

Para a aquisição de novas competências, é crucial desenvolver a capacidade de transmitir informações, em vários contextos. Segundo Souza & Queluci (2014), essa é a intervenção básica para a pessoa idosa com IC como para os seus familiares, pois estes devem ser capacitados para identificar as suas principais necessidades, estimulando-os ao autocuidado.

2.1. Metodologia do projeto

Dado o fenómeno em estudo, a capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC, como intervenção especializada de enfermagem torna-se um contributo para ganhos em saúde, cujo interesse resultou da identificação de um problema potencial de saúde pública encontrado ao longo na literatura.

Foi selecionada a metodologia de projeto que se centra num problema real, identificado num contexto, onde para resolver o mesmo são implementadas estratégias e intervenções eficazes (Ruivo et al., 2010). Possibilita o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica, bem como uma dinâmica na escolha dos procedimentos, uma flexibilidade e adaptação ao longo do desenvolvimento do projeto. Todo este processo tem o intuito de compreender e envolver um determinado contexto clínico e o planeamento de ações específicas que contribuam para melhorar uma realidade concreta. Esta metodologia contempla várias fases: a planificação do projeto, que está inerente ao diagnóstico da situação, definição de objetivos, elaboração das atividades e dos indicadores de avaliação; a implementação do projeto que constitui a execução das atividades e

avaliação do trabalho; e por fim a divulgação dos resultados que pode ser determinada pela realização do relatório final e/ou artigo científico (Ruivo et al., 2010).

Resumidamente, a realização do presente documento, corresponde às últimas duas fases explanadas anteriormente, dado que a fase da planificação do projeto decorreu durante a realização da Unidade Curricular (UC) Opção II do 2º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa (Apêndice I).

2.2. Finalidade e objetivos

No seguimento deste desígnio, o estágio desenvolvido, no âmbito da UC Estágio com relatório, teve como finalidade a aquisição de competências como enfermeiro mestre e especialista em EMC na vertente da pessoa idosa, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa com IC através da capacitação, sensibilização e consciencialização de saúde, incluindo equipa de enfermagem, nos diferentes contextos de cuidados, que irão ser descritos posteriormente.

Para tal, foram elencados dois objetivos gerais: desenvolver competências de mestre e de enfermeira especialista na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na gestão da IC; contribuir para o desenvolvimento da equipa de saúde na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

Na sequência dos objetivos gerais foram formulados objetivos específicos como: aprofundar conhecimentos teóricos sobre a gestão da IC na pessoa idosa e família; prestar cuidados à pessoa idosa com IC e família em diversos contextos; divulgar o projeto nos diferentes campos de estágio; analisar as práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC; sensibilizar a equipa multidisciplinar para a problemática da gestão da pessoa idosa com IC e família; implementar estratégias baseadas na evidência científica, promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC; e avaliar as estratégias das intervenções, promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

De forma esquematizada, os objetivos gerais e específicos, bem como as respetivas atividades, recursos e indicadores de avaliação, são apresentados no apêndice I.

2.3. Contextos do desenvolvimento do projeto

Considerando os objetivos apresentados anteriormente e para a execução da finalidade e objetivos definidos, foram selecionados dois locais de estágio distintos, uma USF e um HDIC.

A USF, é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa (Decreto-Lei n.º 298/2007) e corresponde ao modelo USF-B. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos e secretários clínicos, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES na área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, do qual é parte integrante.

Todos os profissionais desta USF, trabalham de forma integrada e articulada na prestação de cuidados de saúde primários aos utentes inscritos na unidade, incluindo a prestação de cuidados em: consulta do adulto; patologia crónica; visitas domiciliárias; tratamentos; DM; HTA; rastreio oncológico; tabagismo; saúde da mulher; saúde infantil e juvenil; e vacinação. Tendo como princípios a: prestação de cuidados; organização e gestão; formação e desenvolvimento da qualidade; e articulação com as instituições de saúde e da comunidade.

O segundo contexto foi realizado no HDIC que tem como finalidade o atendimento de pessoas com IC e famílias que requerem acompanhamento na promoção do autocuidado. Tem cerca de 600 pessoas inscritas, sendo que 50% da população inscrita no HDIC tem IC descompensada e 75% da população são pessoas idosas (cerca de 450 pessoas idosas). Este contexto permite a assistência articulada dos cuidados de enfermagem a pessoas com IC, tanto em contexto de ambulatório como em contexto domiciliário. O objetivo maior é contribuir para a melhoria da qualidade de vida, evitando a hospitalização, através de assistência contínua.

A razão que justifica a escolha destes locais de estágio prende-se com o facto de as pessoas inscritas na USF pertencerem ao centro hospitalar onde está inserido o HDIC, de modo a existir uma ligação e continuidade de cuidados. Concomitantemente abrangem uma população significativamente idosa e potencialmente favoráveis ao desenvolvimento de competências como enfermeiro mestre e especialista em EMC nos cuidados à pessoa idosa. Na sequência da escolha das unidades de cuidados e planeamento do projeto, procedeu-se aos pedidos para a realização dos mesmos. Assim, o primeiro momento de estágio decorreu entre o dia 11 de outubro de 2021 e o dia 12 de novembro de 2021, na USF e o segundo momento decorreu entre o dia 15 de novembro de 2021 e o dia 25 de fevereiro de 2022 no HDIC.

3. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS

Durante a fase de implementação do projeto, as atividades realizadas foram programadas em sintonia com a finalidade e objetivos baseados na literatura. Foi feita uma calendarização das atividades por objetivos específicos, planejadas através da elaboração de um cronograma que se revelou uma importante ferramenta, mas que foi sujeita a uma monitorização contínua e por vezes com necessidade de reestruturação (Apêndice II). Por forma a uma melhor compreensão e análise das mesmas, este capítulo será dividido em duas partes que correspondem aos objetivos gerais traçados e explanados anteriormente.

3.1. Desenvolvimento de competências de mestre enfermeira especialista na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na gestão da insuficiência cardíaca

Tendo o objetivo de desenvolver conhecimento, realizou-se uma RS e pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC. Para a análise de um determinado fenómeno, e assimilação dos resultados no âmbito dos cuidados de saúde, as revisões da literatura têm sido muito utilizadas pelos profissionais de saúde (Sousa et al., 2018), visando uma melhoria da qualidade de cuidados através de uma tomada de decisão alicerçada no conhecimento científico.

Entre as várias revisões, a RS, fornece uma avaliação preliminar e a abrangência da literatura de investigação disponível. Destina-se a identificar a natureza e a extensão das evidências científicas, incluindo investigação em curso (Sousa et al., 2018). Ainda segundo Vilelas (2020), a mesma tem como propósito realizar uma apreciação crítica sobre o saber retirado da investigação e não apenas reuni-lo. A apreciação crítica faz com que haja uma consciencialização da importância de atuar num determinado fenómeno, apontando soluções para o estado de arte do mesmo.

Perante estes princípios e objetivo específico de aprofundar conhecimento científico sobre as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC foi realizada uma revisão de literatura segundo o método *scoping*.

A revisão *scoping*, segundo Peters et al. (2020), é uma metodologia que permite mapear os principais conceitos que sustentam um fenómeno. Resumidamente os motivos mais comuns para conduzir uma RS são explorar extensão da literatura, mapear e resumir as evidências e informar sobre a necessidade de pesquisas futuras, justificando assim a escolha deste processo de revisão.

A realização da mesma obedeceu às regras definidas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2015) que tem como um dos objetivos, disseminar e utilizar a evidência científica, para ajudar na tomada de decisão, melhorando os resultados de saúde a nível global. A escolha desta metodologia relaciona-se com o facto de ser uma ferramenta importante para a elaboração do projeto.

A RS que foi realizada após acesso à evidência científica, através do acesso facilitado às bases de dados eletrónicas que compilaram todos os estudos e investigação realizados a nível mundial. Para a realização da mesma, foi exigida uma estratégia de pesquisa organizada e sistematizada de modo a obter os melhores resultados (Apêndice III).

A elaboração da RS, foi benéfica para melhorar e desenvolver competências no âmbito da investigação, adquirindo conhecimento atualizado e rigoroso no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC. Revelou-se um documento norteador do meu raciocínio crítico, auxiliando na justificação da realização das atividades desenvolvidas durante o estágio. A identificação destas intervenções permitiu colmatar algumas lacunas, bem como orientar e fundamentar as minhas intervenções na área da gestão da IC, na pessoa idosa com IC e família, promovendo assim o desenvolvimento de competências no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A interpretação, organização dos resultados provenientes da evidência têm como objetivo contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. (Regulamento n.º 140/2019).

Não descorando a importância da disseminação de conhecimento a outros profissionais de saúde. De forma a concluir, pretende-se que a divulgação deste estudo seja feita através da submissão num periódico de enfermagem.

Tendo em conta os achados da RS, as intervenções de enfermagem promotoras na capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca, envolvem: intervenções educacionais; intervenções comportamentais; intervenções psicossociais; intervenções de gestor de caso; intervenções de *coaching* e intervenções por via telefónica.

A realização desta revisão *scoping*, trouxe a consciencialização da importância de atuar em contexto domiciliário, atuando consoante as necessidades da pessoa idosa e família, com os utensílios/materiais que utilizam diariamente, de forma a gerir a IC. Ou seja, a intervenção de enfermagem deve ser ajustada às necessidades específicas de cada pessoa e família, promovendo a capacitação para o autocuidado.

De forma a comunicar os resultados e disseminar conhecimento, realizou-se um poster sobre a promoção do autocuidado na pessoa idosa para a gestão da IC e família.

Com o conhecimento produzido e recolhido sobre a temática, foi elaborado um póster, de forma a disseminar conhecimento relacionado com a área de intervenção do projeto nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém. Contudo ao fazer a submissão, fui informada, pela comissão

científica do evento, que nesse ano (2021), a submissão de posters destinava-se apenas à classe médica pelo que não aceitaram o resumo para poster (Apêndice IV).

O desenvolvimento desta atividade inseriu-se no propósito de promover a melhoria de conhecimento e da prática dos enfermeiros na promoção do autocuidado na pessoa idosa para a gestão da IC e família. Foi elaborado este poster partindo da revisão narrativa, com o intuito de apresentá-lo num evento relacionado com o tema em estudo, bem como apresentá-lo à equipa multidisciplinar.

O mesmo foi apresentado presencialmente numa reunião com a equipa multidisciplinar da USF de forma a promover um momento de partilha e reflexão sobre o tema. Apesar do seu destinatário ser a equipa de enfermagem, a apresentação foi feita de modo a consciencializar toda a equipa multidisciplinar e demonstrar a importância do trabalho fundamentado em enfermagem.

Com este momento de partilha à equipa multidisciplinar, vários elementos sugeriram aspetos de melhoria de forma a apresentá-lo num congresso. Com as alterações sugeridas o poster (Apêndice V) foi reformulado e submetido novo resumo (Apêndice VI) com novas exigências no evento XIII Encontro coração e família. Posteriormente foi aceite e apresentado (Anexo I) tendo como objetivo partilhar e divulgar os resultados de modo a estarmos mais atentos na procura de ganhos em saúde nas pessoas com problemas cardíacos. Foi feito um reconhecimento, por parte da organização do trabalho desenvolvido e apresentado (Anexo II).

De forma a contornar a pouca afluência a pessoa idosas à USF devido à Pandemia Covid-19, a solução encontrada para disseminar a informação às pessoas idosas com IC e família, foi realizada através da participação no jornal da USF (Apêndice VII) que tem uma publicação trimestral para a comunidade e para todos os profissionais de saúde do ACES onde pertence.

Tendo em conta o contexto atual pandémico e pelas instalações da USF serem provisórias, o poster foi colocado de fácil e livre acesso numa pasta partilhada em sistema informático e de forma que todos os profissionais tivessem acesso, bem como todos os artigos utilizados para a elaboração do mesmo e do jornal, num “dossier digital”. Esta partilha teve como propósito promover a melhoria de conhecimentos e desempenho profissional dos enfermeiros, providenciando informação sobre a problemática em estudo, nomeadamente na promoção de autocuidado na pessoa idosa para a gestão da IC e família.

Com a realização desta atividade, foram enquadradas competências de mestre, nomeadamente na capacidade de resolução de problemas em situações novas e familiares, segundo o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, bem como no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Ou seja, através da mesma pretendeu-se contribuir para a melhoria da informação na área do cuidado à pessoa idosa com IC e família na gestão da IC, para melhorar

as ações interventivas de enfermagem bem como a tomada de decisão da pessoa idosa com IC e família.

Para além disso, compete ao enfermeiro especialista envolver as dimensões da educação das pessoas alvo de cuidados e dos seus pares, “de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Segundo Martins (2015), a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas com IC requer investigação adicional e pode trazer consequências clínicas e sociais imediatas para as intervenções desenvolvidas junto das pessoas com IC, no que diz respeito à identificação, prevenção e acompanhamento dos reais e potenciais problemas e dificuldades a atingir o autocuidado.

A participação em momentos de partilha de experiências e de conhecimento multidisciplinar, foram privilegiados de modo a prestar cuidados baseados na evidência. Antes da realização do estágio surgiram duas oportunidades de participar em momentos formativos de forma a atualizar o meu conhecimento e orientar ideias futuras para a concretização do projeto. Os eventos *4th Advances in Heart Failure 2021 – Digital Edition* (Anexo III) e *14th Lisbon Summer Meeting 2021* (Anexo IV), permitiram que adquirisse conhecimento sobre as novas atualizações do fenómeno em estudo, estando mais desperta para novas questões sobre a IC.

Durante a realização do estágio, vários foram as oportunidades de participar em momentos formativos relacionados com a temática, não só em relação à IC, mas como em relação à Especialidade de EMC.

A primeira oportunidade de participar num evento, surgiu no mês outubro de 2021 com a realização do V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico, subordinado ao tema: “E se não houvesse enfermeiros especialistas em EMC?” (Anexo V). A participação no mesmo permitiu que assistisse à abordagem de vários temas, como a apresentação de dados de atuação, que justificam a intervenção do enfermeiro especialista em EMC, permitindo assim a reflexão sobre a intervenção em vários contextos, que vão desde o hospital à comunidade. Esta participação resultou num resumo dos assuntos abordados e numa partilha com a enfermeira orientadora na USF, também enfermeira especialista em EMC (Apêndice VIII).

No mesmo mês, decorreram as XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém, onde inicialmente, realizei um resumo (Apêndice IV), tal como referi anteriormente. Apesar de a submissão do resumo do poster não ter sido aceite, participei no evento (Anexo VI) que teve vários temas de debate, promovendo momentos de partilha entre profissionais de saúde, como cardiopneumologistas, enfermeiros e médicos. Nestas jornadas tive a oportunidade de assistir a vários momentos de partilha de estudos e projetos desenvolvidos e movidos por enfermeiros,

integrados em diferentes contextos. Foi bastante pertinente participar não só como mero participante, mas também como membro integrante na discussão, colocando questões a palestrantes que me ajudaram no desenvolvimento do estágio. Neste seguimento também foi realizado um resumo do evento de forma a partilhar o conhecimento adquirido ao longo destes dias, com a enfermeira orientadora da USF (Apêndice IX).

No mês seguinte, foi também possível participar no Webinar organizado pelos membros do departamento EMC/Adulto e idoso, intitulado “Formação, Investigação e Exercício Clínico” (Anexo VII).

Por fim, no seguimento da apresentação de uma comunicação através de poster, foi possível participar no XIII Encontro Coração e Família (Anexo VIII). Foi dirigido a profissionais e estudantes de áreas ligadas à saúde, sendo que o último dia foi destinado à comunidade, ficando aberta a possibilidade de participação por qualquer pessoa. Neste evento também resultou numa partilha com a enfermeira orientadora do HDIC (Apêndice X).

A participação dos momentos de formação enquanto profissional e estudante foram pertinentes para o enriquecimento das competências na área dos cuidados de à pessoa idosa com IC e para ter uma melhor perceção sobre a importância e o trabalho desenvolvido por um enfermeiro especialista de EMC. Todos os momentos de formação contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, com o contacto com outros profissionais e partilha de diversas experiências. Estes momentos de partilha, possibilitaram adquirir conhecimentos mais atualizados, tanto para mim como para todos os participantes.

Importante também referir que ao longo da realização do estágio, como membro dinamizador do grupo de coordenação local do Plano Prevenção Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), em contexto profissional, fui realizando formações e participando em reuniões mensais com a coordenadora local e com os elos dinamizadores dos serviços do hospital onde desempenho funções. Estes momentos proporcionaram a aquisição de conhecimento dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infecção e de resistência a antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional (Regulamento n.º 429/2018).

No seguimento destas atividades desenvolvidas e justificadas anteriormente, a disciplina de enfermagem como qualquer outra disciplina necessita que haja a produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimento. Esse conhecimento não basta ser produzido se não for mobilizado na prestação de cuidados, promovendo uma prática baseada na evidência. A pesquisa realizada sobre o fenómeno em estudo, permitiu refletir sobre os aspetos que deverão ser tidos em conta, para a melhoria das competências pessoais e profissionais. Posteriormente para o desenvolvimento de competências, é necessário mobilizar os conhecimentos teórico-práticos que dizem respeito à pessoa idosa com IC e família ou simplesmente os conhecimentos adquiridos ao

longo da prática de cuidados, bem como conteúdos lecionados nas várias UC do curso de mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em EMC, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da ESEL.

O conhecimento obtido, desenvolvido e aprofundado, no desenvolvimento do projeto, bem como do estágio permitiu a articulação dos conteúdos com a minha prática profissional e pessoal nos dois contextos de estágio. Foram elaboradas reflexões da prática de cuidados que surgiram como alternativa à realização do portfólio como indicador de avaliação proposto.

Apesar de a elaboração do portfólio fazer sentido no planeamento do projeto, visto que iria permitir relacionar todos os temas abordados com situações vivenciadas em contexto de estágio, bem como refletir sobre os mesmos, optou-se por realizar a reflexão de três situações da prática de cuidados (Apêndice XI). Existem várias situações críticas que vivenciamos e que podemos analisar e aprender com as mesmas. Neste caso, as reflexões, foram elaboradas de acordo com o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), apresentam as seis etapas que podem ser aplicadas em qualquer situação de modo a refletir sobre a mesma.

Este processo foi realizado de forma a desenvolver uma aprendizagem para situações semelhantes e futuras, utilizando novos conhecimentos que partem de situações vivenciadas e refletidas.

Ao prestar cuidados mobilizando o conhecimento adquirido foram mobilizados princípios de aprendizagem. Os princípios psicopedagógicos apresentam critérios gerais sobre as condições que devem estar presentes em todo o processo de aprendizagem de competências, e nos quais os conceitos de funcionalidade e relevância são essenciais. No caso da aquisição de competências, refere-se ao maior ou menor grau que se possui ou às habilidades, aos conhecimentos e atitudes prévias (Zabala & Arnau, 2010).

Para adquirir competências, deve-se garantir a atualização de conhecimento não só a nível pessoal, mas também junto da equipa. Este conhecimento deve ser baseado na evidência científica, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados. A análise reflexiva das três situações vivenciadas, mobilizou conhecimentos adquiridos, promovendo a minha autonomia, capacidade reflexiva e bem como o desenvolvimento pessoal e profissional.

Com base na revisão da literatura e numa observação participativa nos vários contextos, mas principalmente no HDIC, foi possível analisar e participar nas intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa com IC e família.

Durante a realização de estágio no HDIC, tive oportunidade de acompanhar a equipa multidisciplinar do HDIC que é constituída por enfermeiros, nomeadamente duas enfermeiras especialistas, médicos, cardiopneumologista, assistente operacional, assistente social, psicóloga, nutricionista e administrativa. Tal como foi descrito na caracterização do local, foi possível

observar os cuidados de enfermagem prestados a pessoas com IC, tanto em contexto de ambulatório como em contexto domiciliário.

Segundo Martín - Lesende et al. (2017), a informação e o acompanhamento fornecido pelo Hospital de Dia (HD) podem facilitar a continuidade de cuidados da pessoa com IC e possibilitar a tomada de decisão que por sua vez, pode levar a intervenções de prevenção de internamentos hospitalares e utilização de outros recursos de saúde.

Durante a observação participativa da intervenção de um enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC, verifiquei o quão importante é a intervenção do enfermeiro na problemática da IC.

Os enfermeiros têm um papel importante perante o controlo da IC, ajudando as pessoas a desenvolver competências durante as diferentes fases da doença. Por meio de estratégias educativas, podem estabelecer intervenções adequadas no tratamento, favorecendo a compreensão da doença, maior adesão à terapêutica e autocuidado em relação à IC (Oscalices, 2019). As orientações realizadas pelo enfermeiro à pessoa com IC são fundamentais, uma vez que é uma doença que apresenta uma alta prevalência, principalmente em pessoas com mais 65 anos de idade (Souza & Queluci, 2014).

Muitas das intervenções, nomeadamente de educação para a saúde, vão ao encontro da prevenção de complicações da doença porque esta pode provocar várias hospitalizações e readmissões.

No HD, a intervenção de enfermagem junto das pessoas idosas com IC, passava por uma abordagem multidisciplinar que começa com uma avaliação inicial, que segue uma estrutura previamente delineada (Anexo IX), de modo a perceber as suas necessidades, capacidades e expectativas. Posteriormente, existe um contacto com a equipa médica, há um trabalho conjunto de equipa de saúde na intervenção à pessoa. Para além disso, o HD tem uma assistência contínua e diária, onde as pessoas podem contactar e esclarecer as suas dúvidas. O HD tem uma abordagem multidisciplinar no atendimento à pessoa, que inclui avaliação do estado de saúde, otimização da medicação e educação para o autocuidado. As pessoas podem ligar para o serviço de ambulatório caso os sintomas piorem, podendo até marcar consulta no mesmo dia quando necessário (Ketilsdottir et al., 2019).

Os enfermeiros especialistas, detêm um conhecimento no domínio de enfermagem e tentam responder às necessidades da pessoa idosa com IC e família com capacidade de demonstrar julgamento clínico e tomada de decisão. Contactam as pessoas para se dirigirem ao HDIC para verificar se apresentam algum tipo de sinal ou sintoma de descompensação, de modo a intervir previamente e prevenir um internamento.

Verifica-se que o papel do enfermeiro especialista, junto da pessoa idosa com IC é crucial, de forma a tornar-se um parceiro de cuidados através da promoção, manutenção e prevenção da doença.

As competências do enfermeiro especialista neste caso, de agir de forma a evitar episódios de agudização, torna-se evidente, demonstrando a capacidade de observação que o enfermeiro deve ter, assim como saber identificar eficazmente os sinais de sintomas da doença e os sinais de descompensação. Segundo a literatura, os contextos de ambulatório de IC são recomendados para o atendimento de pessoas com IC, de modo reduzir o risco de internamentos. Torna-se imperioso ter um perfil claro da população inscrita e a sua necessidade de cuidados de saúde especializados (Ketilsdottir et al., 2019).

Para além de observar os cuidados de enfermagem prestados em contexto de ambulatório, também tive a oportunidade e incidi a maior parte da minha observação participativa em contexto domiciliário, por ser uma área desconhecida.

O acompanhamento destas pessoas no domicílio, através da promoção para o autocuidado e inserção da família neste processo são imperiosos (Silva et al., 2016).

Tal como foi referido na contextualização, existem muitas pessoas idosas com IC inscritas no HDIC e muitas delas são acompanhadas em contexto domiciliário. A literatura confirma a necessidade de caracterização da população atendida em contexto domiciliário, ressaltando que esta é composta por pessoas idosas, na sua maioria (Silva et al., 2016).

A utilização do domicílio como espaço de prestação de cuidados de enfermagem expandiu mundialmente, de modo a responder ao aumento dos custos com a utilização de recursos de saúde e a indisponibilidade dos serviços de saúde para atender às necessidades da população, relacionada com o envelhecimento populacional e incremento das doenças crónicas. Assim a utilização do domicílio como espaço de prestação de cuidados procurou racionalizar a utilização dos hospitais, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado sustentado na humanização (Silva et al., 2016).

Durante as visitas domiciliárias, foi possível fazer uma avaliação inicial igual à do HDIC, delineada por um guia estruturado. Devido à proximidade com a pessoa alvo dos cuidados e sua família, assumi a responsabilidade de ajudar a pessoa na tomada de decisão informada e adequada, contribuindo para o projeto de vida e de saúde com os recursos disponíveis e utilizados pelos mesmos.

As intervenções para facilitar os comportamentos de autocuidado da pessoa idosa, tem de ser de forma responsável e orientada para que os comportamentos de autocuidado sejam decisões autónomas, com ajuda da família ou de um profissional de saúde, realizando visitas domiciliárias

para supervisionar a evolução e desenvolvimento da pessoa idosa com IC na gestão do autocuidado (Jiang et al., 2020).

Foi notório, que a proximidade com as pessoas fez com que fosse adquirindo a capacidade de observar e reconhecer os seus estilos de vida, a maneira como agem com as mudanças que decorrem ao longo da doença. Este processo de intervenções faz parte de um conhecimento técnico e científico, da experiência e pensamento crítico do enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista avalia o nível de dependência e antecipa necessidades da pessoa idosa e família, procurando resolver antecipadamente os problemas e a obtenção máxima da satisfação da pessoa cuidada e da sua família. Foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista tendo sempre em conta as seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros como a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Foi possível perceber e compreender que compete ao enfermeiro especialista, segundo Souza & Queluci (2014), aprofundar os seus conhecimentos sobre as pessoas que cuidam, percebendo quais as suas necessidades, capacidades, limitações e dificuldades para promover o autocuidado e autonomia de forma ativa.

Apesar de ser uma área familiar, consegui desenvolver competências de modo a formular o diagnóstico de enfermagem que passa pela deteção dos problemas presentes, atuando posteriormente no alívio de sintomas, nas necessidades das pessoas e no controlo de fatores específicos que contribuem para o aparecimento de problemas de enfermagem.

Através do acompanhamento próximo da pessoa idosa com IC e família, pude promover intervenções especializadas junto da pessoa, família/cuidador. Essas intervenções passaram por estabelecer planos de intervenção individualizados para cada pessoa e família, prevenindo e controlando o agravamento da sintomatologia da doença crónica. Estes planos foram concebidos com o intuito de consolidar os recursos pessoais, para facilitar e estimular a tomada de decisão, de modo a promover a autonomia e prevenir complicações.

Nos vários contextos houve análises das práticas de cuidados na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC. Na USF uma das grandes limitações, foi o pouco acesso à população idosa e família, devido ao aumento de pessoas infetadas com Sars-Cov-2, o que fez com que as pessoas não se encontrassem na área de residência da primeira habitação.

Contudo foi possível acompanhar algumas intervenções de enfermagem em consultas junto de pessoas com doença crónica, no âmbito da promoção da saúde, tendo a oportunidade de planear e intervir no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença crónica, nomeadamente DM e HTA.

De modo a alcançar os objetivos previstos, em situações pontuais sentiu-se a necessidade de reajustar algumas atividades, nomeadamente no contacto com pessoas idosas com IC e família para a promoção do autocuidado na gestão da IC, que, face ao contexto de pandemia, tornou-se inviável. De salientar que neste contexto, foi possível adquirir conhecimentos na gestão de feridas crónicas, possibilitando a aquisição de conhecimentos, através das experiências vividas na realização de pensos e tratamento de feridas.

Utilizei estes momentos para desenvolver competências apresentadas no regulamento n.º 429/2018 de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na gestão e tratamento de processos terapêuticos decorrentes da doença aguda ou crónica, concretamente na intervenção, junto de pessoas com feridas complexas, associadas à sua matriz de regeneração tecidular.

Com a enfermeira orientadora, foi possível fomentar estratégias pró-ativas na prevenção e controlo de infeção, mobilizando outros profissionais de saúde, demonstrando assim conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo de infeção. A promoção de momentos de reflexão em determinadas situações, permitiram demonstrar conhecimento dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, com a equipa multidisciplinar. Esta experiência contribuiu para a melhoria e desenvolvimento de competências neste âmbito, tendo em conta que integro o grupo de coordenação nesta área de intervenção no local onde exerço funções profissionais.

Apesar de ter existido uma adaptação na realização da atividade, a prestação de cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários, permitiu aprofundar e adquirir conhecimentos sobre a dinâmica do trabalho desenvolvido na comunidade, o papel do enfermeiro de família na promoção da saúde e prevenção das situações de doença e observar os aspetos relacionados com o processo de envelhecimento.

Posteriormente, no contexto de HDIC, houve a oportunidade de realizar uma análise das práticas de cuidados na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC, com a realização de um estudo de caso (Apêndice XII). O estudo de caso sobre uma pessoa idosa com IC e família durante o contexto em visita domiciliária e em contexto de ambulatório. A escolha do método é justificada pelo facto de permitir compreender e analisar um determinado fenómeno, podendo o mesmo incidir sobre um indivíduo ou família (Andrade et al., 2017). Torna-se imperioso a realização deste tipo de estudo, no processo formativo do enfermeiro especialista, porque contribui para o desenvolvimento de diversas competências. O estudo de caso abrange diferentes campos de atuação da profissão de enfermagem, nomeadamente no processo de formação do enfermeiro (Andrade et al., 2017).

Na prestação de cuidados individualizados e personalizados, existe uma reflexão sistematizada sobre situações concretas, tornando esta atividade necessária e pertinente para o

desenvolvimento de novos conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e os diferentes instrumentos de avaliação multidimensional, a promoção do autocuidado na pessoa idosa IC e família na gestão da IC, para a promoção de possíveis momentos de reflexão sobre a importância da capacitação da pessoa idosa com IC e família para a gestão da IC e ainda a pertinência e adequação do modelo conceptual de Dorothea Orem.

No caso concreto, partindo da experiência da enfermeira orientadora e tendo em conta a necessidade de capacitação para o autocuidado, estabeleceu-se contacto com uma pessoa idosa com IC e família, com vários internamentos por IC descompensada nos últimos anos, percebendo que existia um grande défice de autocuidado. Após o diagnóstico inicial da situação, foram negociadas em conjunto com a pessoa idosa com IC e o seu cônjuge, estratégias de intervenção no sentido de promover a capacitação de ambos na gestão da IC. Durante o processo negocial, na realização do estudo de caso, permitiu conhecer, analisar, refletir e intervir numa situação concreta de saúde/doença. A realização do mesmo foi uma atividade importante e tornou-se numa aprendizagem enriquecedora na consolidação e desenvolvimento, de conhecimento e da prática, contribuindo para a melhoria das competências individuais, com ganhos evidentes na qualidade dos cuidados prestados.

3.2. Contributo para o desenvolvimento da equipa de saúde na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da insuficiência cardíaca

No primeiro contexto de estágio (USF), a primeira semana resumiu-se a momentos de observação de prestação de cuidados, a reuniões com enfermeira orientadora e com equipa multidisciplinar, sendo que a reunião com enfermeira interlocutora foi feita através da enfermeira orientadora.

Enfermeiro interlocutor é uma figura que não se encontra definida nem regulamentada. A sua existência resulta da regulamentação interna dos ACES, que lhes atribui funções enunciadas nas alíneas a) e r) do artigo 10.º no Decreto-Lei n.º 248/2009, que são definidas para a categoria de enfermeiro principal (OE, 2018).

Na reunião com enfermeira orientadora foi apresentado o projeto de forma sucinta, dando mais ênfase aos objetivos e atividades que me proponha a realizar, não só nas cinco semanas como nas restantes.

Estes momentos com a enfermeira orientadora exigiu a mobilização de conhecimentos e aprofundamento dos mesmos sobre todo o contexto histórico, organizacional e político da USF. Para uma adequada integração e prestação de cuidados foi, assim, necessário estudar a filosofia das USF; a sua organização estrutural; a missão e objetivos das USF; compreender a dinâmica de

trabalho das equipas multidisciplinares integrantes da USF; identificar o papel do enfermeiro de família; conhecer a realidade demográfica da respetiva unidade de saúde e os recursos existente na comunidade, bem como o conceito de enfermeiro interlocutor. Outra necessidade fundamental foi adquirir conhecimento sobre a operacionalização e aplicação *Medicine One* (*software* de registos de enfermagem).

Sendo um *software* desconhecido por mim, e apesar de ser muito utilizado em diferentes instituições públicas, existiu uma adaptação ao mesmo e uma aquisição de conhecimento sobre este aspeto.

Posteriormente, surgiu ainda a oportunidade em participar na reunião com equipa multidisciplinar que se encontrava presente na USF (com a participação de médicos, enfermeiros, administrativos, estudantes de enfermagem e estudantes de medicina) com o objetivo de divulgar o projeto. Após a minha apresentação aos vários elementos da equipa multidisciplinar, apresentei o projeto que me encontro a desenvolver no âmbito da capacitação da pessoa idosa com IC e família na gestão da doença. Após a apresentação do projeto várias pessoas interviram, demonstrando interesse na problemática e mostrando disponibilidade em colaborar na realização do projeto.

Durante a realização das atividades senti que a equipa estava motivada e interessada em colaborar e contribuir para a realização das atividades.

A partilha do projeto com a equipa multidisciplinar fez com que alguns elementos colocassem questões pertinentes sobre a realização do projeto e partilharam o interesse na minha presença nas reuniões multidisciplinares realizadas quinzenalmente.

Seguidamente, no HDIC, ao contrário do que aconteceu na USF, fui recebida pela chefe do serviço e fui apresentada à equipa multidisciplinar do serviço.

Foi apresentado o projeto à enfermeira chefe, de forma sucinta, apresentando os objetivos e atividades que me proponha a desenvolver durante as semanas de estágio. Durante a reunião, tive conhecimento sobre a organização e funcionamento do serviço.

Para além da breve reunião com a enfermeira chefe fui apresentada à enfermeira orientadora de estágio e ao elemento da equipa que se encontrava no HDIC. Neste contexto, em média encontram-se dois elementos de enfermagem. Após a minha apresentação aos vários elementos da equipa multidisciplinar, apresentei o projeto que me encontro a desenvolver no âmbito da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC. A apresentação do projeto à equipa, num momento formal, foi benéfico para a equipa, tendo em conta que são sempre os mesmos elementos de enfermagem e consegui abordar todos os aspetos que pretendia, esclarecendo as dúvidas colocadas.

Uma adequada integração e prestação de cuidados exigiu que estudasse sobre a missão do HDIC; a sua organização estrutural; a missão e objetivos do mesmo; compreender a dinâmica de trabalho em contexto de ambulatório e em contexto domiciliário; conhecer a realidade demográfica do HDIC e os recursos existente na comunidade; recursos existentes no centro hospitalar. Tal como na USF, foi necessário adquirir conhecimentos sobre como operar na aplicação *Glintt* (software de registos de enfermagem).

Estas reuniões permitiram ter conhecimento da realidade dos respetivos serviços que correspondem a uma realidade diferente da minha experiência profissional. Permitiram direcionar, rentabilizar o tempo e perceber que a filosofia de cuidados adotada tornou-se útil, apropriada e eficaz de modo a estabelecer um compromisso com a pessoa idosa com IC e família para a promoção da saúde, nomeadamente no contexto de HDIC.

Numa reunião com a enfermeira orientadora, foi abordado o assunto da necessidade de formação da equipa sobre a capacitação para a gestão da IC nas pessoas idosas e família. Na USF estão inscritas 228 pessoas idosas com IC, correspondendo a 28% da população inscrita, nas consultas de enfermagem como nos registos não há intervenções específicas por patologia, pois segundo a enfermeira orientadora, na consulta de enfermagem é feita, por exemplo, educação para a saúde no âmbito da HTA e DM e não para uma patologia específica.

Com a equipa de enfermagem do HDIC foi abordado o assunto da necessidade de formação da equipa sobre a capacitação para a gestão da IC nas pessoas idosas e família.

Debateu-se com a equipa qual a melhor estratégia e quais as necessidades da mesma, sendo que foi identificada a precisão de atualizar o instrumento de educação para a saúde que utilizam para dar às pessoas com insuficiência cardíaca e família. Percebeu-se que fazer formação sobre as novas *guidelines* da sociedade europeia de cardiologia publicadas em 2021 não iria acrescentar conhecimento à equipa porque já tinham atualizado conhecimento nessa área. Surgiu a ideia de fazer um momento de formação à equipa com a atualização do instrumento de educação para a saúde, relativamente aos sinais, sintomas, medicação, alimentação e restrição hídrica, aproveitando também para apresentar o instrumento de monitorização e avaliação de sinais e sintomas da IC que me propus a realizar.

A equipa apresentou também o programa de registos de enfermagem de modo a analisar as práticas de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

Nos contextos de estágio (USF e HDIC) a continuidade dos cuidados de enfermagem era assegurada através de duas atividades fulcrais, como a passagem de ocorrências e os registos de enfermagem. A passagem de turno nos contextos era um momento formal, e era realizado de forma diferente. Contudo tornava-se pertinente para a organização do trabalho, promove a análise, discussão e reflexão da prática, permite planear e priorizar as intervenções realizadas. Segundo

OE (2001), este momento é relevante para analisar as práticas e a formação em serviço, e como tal, promotora da qualidade dos cuidados. A partilha e a comunicação assumem um papel crucial neste momento contribuindo para a análise e discussão da prática.

No que diz respeito aos registos de enfermagem nos programas acima citados, estes permitem o apoio aos cuidados, integrar algumas etapas do processo de enfermagem, nomeadamente na colheita de dados, diagnósticos, planeamento das intervenções e avaliação.

Estas atividades representaram ferramentas essenciais para refletir e interagir com a equipa, entender a dinâmica do funcionamento de cada serviço e os sistemas de realização de registos, de modo a aprofundar conhecimentos na área da prestação de cuidados à pessoa idosa. Sendo foi possível diagnosticar necessidades formativas, identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de aprendizagens profissionais, permitindo estar atenta ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

A realização da formação foi sustentada na evidência científica e na apresentação do estudo de caso realizado. Foi uma formação teve como o objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa multidisciplinar para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC. Foi construída uma apresentação em formato multimédia para apoio da formação (Apêndice XIII) e foi elaborado um plano de sessão (Apêndice XIV).

Para a realização da formação houve alguns aspetos dificultadores, nomeadamente a falta de competências para desempenhar o melhor papel de formador. A formação direcionada para a população ou equipa de saúde, é uma competência intrínseca no papel de enfermeiro, independentemente da sua categoria (OE, 2012b, Regulamento n.º 140/2019). Senti a necessidade de desenvolver competências sobre estratégias de formação, planeamento de sessões formativas e métodos auxiliares de formação, aprofundando de temáticas lecionadas na UC Supervisão Clínica.

A dificuldade na preparação da mesma foi estabelecer um conteúdo percetível para a população alvo, tendo em conta que a formação teve como destino profissionais de saúde como enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de radiologia. Inicialmente a formação era apenas para a equipa de enfermagem, mas a pedido dos restantes profissionais de saúde da equipa, estendeu-se a todos os que estavam presentes no serviço. Durante a realização da mesma verificou-se o envolvimento de todos os elementos, com a solicitação de esclarecimento de dúvidas e exposição de opiniões críticas sobre o assunto.

Foi partilhado o estudo de caso de uma pessoa idosa com IC e respetiva família, realizado ao longo da prestação de cuidados, tal como foi mencionado ao longo do relatório. Este estudo de caso utilizado na sessão de formação, permitiu compreender melhor os fenómenos e perceber como as intervenções especializadas de enfermagem são importantes e provocam alterações positivas e significativas na promoção da saúde e prevenção da doença.

A utilização e realização do estudo de caso, na sessão de formação, foi um método escolhido, tendo sido relevante para o processo formativo de enfermeiro especialista, contribuindo para o aperfeiçoamento das competências a nível da prestação de cuidados. A utilização de estudo de caso num momento formativo permitiu promover um momento reflexivo com uma situação de saúde e história de vida concretas.

A avaliação da formação/formador foi entregue no início a cada participante (Apêndice XV) e no final devolveram a mesma preenchida. Os resultados obtidos da avaliação (Apêndice XVI) espelham o impacto positivo. Tal como foi apresentado na análise da avaliação da sessão, esta atividade teve também como ponto forte, o envolvimento de toda a equipa que se encontrava presente no serviço. Contudo, apesar do grande envolvimento da equipa na formação, o facto de o conteúdo de multimédia ter sido projetado numa televisão, dificultou a visualização dos conteúdos.

Os resultados obtidos na avaliação da sessão, com um *feedback* muito positivo por parte dos formandos. Para a avaliação é muito importante estes resultados, pois é um pilar fundamental para efetivação da aprendizagem (Belém et al., 2018).

Esta atividade foi importante para o desenvolvimento do estágio, pois permitiu esclarecer e sensibilizar os profissionais de saúde para capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC: Intervenção especializada de enfermagem. A transmissão de conhecimento nesta sessão, contribuiu para o enriquecimento e desenvolvimento das suas aprendizagens profissionais. Adquirir este conhecimento permitiu que a equipa multidisciplinar conhecesse a intervenção especializada de enfermagem na capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC.

Demonstrou ainda a importância de estabelecer compromissos através do processo de negociação para atingir objetivos comuns à pessoa idosa com IC e família e enfermeiro. Esta negociação existiu através da realização de educação para a saúde, com o esclarecimento de dúvidas, partilha de ideias e de experiências, respeitando as crenças de cada um. Para isso, a utilização do estudo de caso num momento formativo permitiu promover um momento de reflexão sobre a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC de forma a conhecer, analisar, refletir e intervir numa situação concreta, proporcionando uma aprendizagem na consolidação para a melhoria das competências individuais.

De forma a concluir, o desenvolvimento pessoal e profissional passa pela auto-formação, formação contínua e pelo processo de avaliação de desempenho, ou seja, numa perspetiva de aprendizagem ao longo do ciclo de vida (OE, 2015), sendo a realização da sessão de formação uma das atividades fundamentais.

A socialização e integração na equipa de enfermagem permitiram que facilmente definisse estratégias, de modo a otimizar o meu sucesso na realização de estágio. Tanto na USF, como no HDIC, houve um acompanhamento constante das atividades realizadas pelos enfermeiros

orientadores, indagação e consulta dos documentos disponíveis, identificação dos serviços prestados à população idosa, conhecimento da dinâmica de funcionamento organizacional, integração com a equipa multidisciplinar e transmissão dos objetivos da realização do projeto em cada contexto.

A partilha de conhecimento com os profissionais de saúde, foi importante para o processo de integração nas equipas da USF e HDIC, apesar da aceitação e receção por parte das mesmas foi visível e clara desde o primeiro dia de estágio. Esta circunstância foi bastante favorável para a minha ação e capacidade para operacionalizar as intervenções baseadas na literatura e para desenvolver competências de mestre e de enfermeiro especialista.

Contudo, o acompanhamento de diversos elementos da equipa de enfermagem permitiu conhecer os cuidados prestados, a dinâmica e o funcionamento dos contextos, a identificação das pessoas idosas observadas pelos enfermeiros nas consultas de promoção da saúde e nas visitas domiciliárias, a importância do enfermeiro de família e o papel do enfermeiro especialista no HDIC e, por fim, partilhar com a equipa, de forma mais personalizada a importância de capacitar a pessoa idosa e família na gestão da IC, prevenindo assim internamentos.

Este envolvimento e trabalho com os diversos profissionais de saúde, permitiram também que partilhasse a realidade da minha experiência profissional, no contexto de internamento de cardiologia.

Através desta atividade desenvolveu-se uma partilha e aquisição de conhecimentos mútuos que resultaram em conquistas pessoais, organizacionais e para as pessoas idosas com IC e família na prestação de cuidados. Para tal, houve uma gestão de emoções e de sentimentos ao longo do estágio, para conseguir desenvolver aprendizagens profissionais, bem como gerir a relação com os elementos da equipa de modo a atingir os objetivos propostos.

A implementação de intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa e família na gestão da IC foi realizada no HDIC, durante as treze semanas de realização de estágio.

Na fase inicial foram selecionadas as pessoas idosas com IC e respetivas famílias, com quem seria possível intervir no período de estágio, tanto em contexto de ambulatório como em contexto domiciliário. Esta seleção foi realizada com ajuda da enfermeira orientadora de modo a ir ao encontro das necessidades das pessoas.

Para justificar a escolha do modelo conceptual, foi necessário identificar o défice de autocuidado das pessoas idosas através do uso da escala europeia de autocuidado na IC (Anexo X) traduzida para a população portuguesa. Para a utilização da mesma foi solicitado à autora a utilização do mesmo (Anexo XI), tendo recebido uma resposta positiva. Para a identificação do défice de autocuidado na família das pessoas idosas com IC foi elaborado um guião (Apêndice XVII), elaborado para identificar os défices de autocuidado na família das pessoas idosas com IC.

Este guião foi elaborado devido à inexistência de um instrumento que avaliasse o autocuidado na família das pessoas idosas com IC com os pressupostos citados na evidência científica, modelo conceptual de Dorothea Orem e Escala Europeia de autocuidado na IC.

Para a aplicação da escala europeia de autocuidado na IC e do guião foi solicitado o consentimento verbal das pessoas idosas e respetivas famílias. A identificação do défice de autocuidado das pessoas idosas e família foi realizada durante as visitas domiciliárias.

A escala europeia de autocuidado na IC foi aplicada a onze pessoas idosas e o guião foi aplicado a doze familiares, visto que em uma pessoa idosa tinha demência, o que impossibilitava a sua aplicação, mas foi identificado o défice de autocuidado ao familiar dessa pessoa idosa com demência.

Após identificar os défices de autocuidados de todos os participantes, foram analisados os resultados e posteriormente foi elaborado um “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” (Apêndice XVIII), com o objetivo de orientar a pessoa com IC, levando-a a descobrir como tirar o melhor partido dos recursos pessoais e da comunidade, em todo o processo da doença e um “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” (Apêndice XIX), de modo a que a pessoa com IC possa registar todos os sinais e sintomas e gerir a doença da melhor maneira. Estes instrumentos foram realizados com apoio da equipa de enfermagem e da equipa médica que se mostrou bastante disponível para colaborar nas intervenções promotoras de saúde.

Estas intervenções promotoras da saúde realizadas, foram sustentadas pela evidência científica. Durante a realização da RS foram identificadas várias intervenções de enfermagem promotoras para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC. O HDIC já tinha um guia para a pessoa com IC e família, mas encontrava-se desatualizado, daí não ser fornecido à população inscrita. Segundo a literatura, uma intervenção educativa, desenvolvida com base na teoria do autocuidado de Orem, aumenta a capacidade de autocuidado da pessoa (Santos et al., 2017). As barreiras comuns para o autocuidado da pessoa idosa com IC, incluem a falta de conhecimento sobre os elementos básicos sobre a IC, a atribuição incorreta dos sintomas da IC a outras patologias e a dificuldade em associar os sintomas à doença (Jiang et al., 2020).

Ao aplicar as várias teorias do modelo conceptual de Orem, o enfermeiro é capaz de conceber um conjunto de conhecimentos sobre a pessoa e a forma como ela se relaciona com o mundo, de forma a dar resposta mais adequada na prestação de cuidados, colmatando o défice de autocuidado identificados, em vários contextos, nomeadamente em contexto domiciliário (Santos et al., 2017).

Essas intervenções de educação para a saúde, devem ser realizadas de forma individualizada para melhorar o conhecimento e a capacidade das pessoas. Um manual educacional pode ser

desenvolvido e aplicado de forma empírica para aumentar o conhecimento sobre a IC e a gestão da doença (Wang et al., 2016).

Segundo Jiang et al. (2020), um manual de educação para a saúde deve conter os seguintes tópicos como: definição da IC (por exemplo, o que é a IC, causas comuns da IC), gestão da IC (por exemplo, reconhecer sinais e sintomas da IC, ingestão hipossalina, ingestão hídrica limitada, avaliar o peso diariamente, gestão medicamentosa, exercício físico, tabagismo e etanolismo), viver com IC (por exemplo, retomar às atividades diárias, atividade laboral, IC e intimidade). Este manual é um auxiliar para o autocuidado no contexto diário, ajudando as pessoas e a família a consolidar os seus conhecimentos sobre a gestão da IC.

Com os instrumentos elaborados, foi feita a exposição às pessoas idosas com IC e famílias sobre os princípios de autocuidado recomendados para a gestão da IC, utilizando as visitas domiciliárias para intervir de forma individualizada e personalizada. Contudo o “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” e o “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” são iguais para todos.

Apesar dos instrumentos serem iguais para todos, o facto de a intervenção ser feita em contexto domiciliário permitiu mostrar como utilizar os recursos disponíveis para a melhor gestão da doença, como por exemplo: utilizar uma concha da sopa e introduzir a mesma quantidade de líquido que ingere e desperdiçar num alguidar e avaliar a quantidade de líquido ingerido em 24h; perceber o tipo de alimentos que costuma comprar e adaptar a alimentação, não exigindo que a mesma seja retirada completamente, respeitando os hábitos de vida; medir com uma colher de sopa e desperdiçar numa tigela, a quantidade de sal que utiliza na confeção dos alimentos; perceber como diminuir a quantidade de sal dos alimentos enlatados; utilizar caixas de cartão para dividir a medicação do pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar; escrever nas caixas da medicação o horário e qual a sua indicação; utilizar escadas para fazer exercício físico; realizar caminhadas para comprar o jornal ou passear o cão.

Segundo a literatura o contexto domiciliário é o local eleito como o contexto ideal para as intervenções promotoras de autocuidado porque é em casa, que as pessoas devem implementar técnicas eficazes de autocuidado para as atividades diárias e encontrar o equilíbrio pode ser mais difícil sem a ajuda de profissionais de saúde (Sousa et al., 2021).

Este acompanhamento torna-se imperioso por possuir uma rede de apoio para a capacitação da pessoa idosa com IC para o autocuidado e integrar a família neste processo (Silva et al., 2016).

A abordagem de acompanhamento estruturada, onde é feita educação para a saúde sobre os principais tópicos da IC a pessoas idosas com IC e família, otimizam a condição de saúde das mesmas. Concomitantemente, os programas de educação para a saúde conduzidos por enfermeiros visam o conhecimento da doença e comportamento de autocuidado e também têm demonstrado

uma supervisão da situação de saúde da pessoa idosa com IC e família, pois permitem que os mesmos façam escolhas e decisões conscientes sobre o seu estado de saúde (Sousa et al., 2021).

As intervenções promotoras de enfermagem, melhoram o conhecimento, ajudam na monitorização de sintomas, diminui o tempo de hospitalizações e diminuir o número de internamentos (Zaharova et al., 2021). A utilização de um manual de educação para a saúde, é uma das ferramentas para apoiar na gestão da administração da medicação, um manual para registo de sinais e sintomas, bem como utensílios para avaliar o volume de líquidos, são pontos essenciais para a construção de competências para um melhor autocuidado (Jiang et al., 2020).

Segundo Rodrigues (2018), o conceito de educação para a saúde foi evoluindo com a necessidade de desenvolver informação adequada aos níveis sociais, culturais, demográficos e individuais. É documentada a importância da literacia em saúde na promoção da saúde e na prevenção da doença, sendo esta compreendida como o grau de capacidade que os indivíduos possuem para obter, processar e compreender informações de saúde a fim de terem competências para tomar decisões relacionadas com a própria saúde (Oscalices et al., 2019).

Na literatura é referido que a alta literacia em saúde está relacionada com maior índice de conhecimento de IC, melhor adesão medicamentosa e consequentemente a melhor adesão não medicamentosa. Deste modo, a baixa literacia em saúde pode estar relacionada com maior índice de mortalidade e internamentos hospitalares por IC descompensada (Oscalices et al., 2019).

Naturalmente é ressaltada a importância do conhecimento do nível de literacia em saúde da pessoa idosa com IC e família pelo enfermeiro, pois a realização de intervenções direcionadas pode aumentar a adesão das pessoas ao tratamento e diminuir as taxas de internamentos hospitalares (Oscalices et al., 2019).

A evidência científica mostra que as estratégias eficazes para melhorar o autocuidado da pessoa idosa com IC e família, incluem as intervenções educacionais que maximizam a capacidade da pessoa idosa com IC e família de compreender e implementar comportamentos de autocuidado, as intervenções comportamentais com foco na construção de habilidades, intervenções psicossociais que promovem crenças positivas e atitudes em relação ao tratamento prescrito e recomendações de autocuidado (Jiang et al., 2020) e por fim, as intervenções de gestor de caso (Arnold, 2019). O gestor de caso é o profissional que gere a oferta de cuidados de saúde de qualidade, sendo que normalmente é o profissional de referência que contribui para a tomada de decisão partilhada por profissionais de saúde, pela pessoa e família (Arnold, 2019). As intervenções do gestor de caso envolvem a monitorização de sinais e sintomas, e educação para a saúde (King et al., 2018).

Para além das atividades propostas no plano de atividades, a equipa médica propôs a elaboração de dois posters sobre a medicação. Estes posters foram elaborados com apoio da equipa

multidisciplinar do HDIC e colocado em locais estratégicos de fácil acesso e visibilidade, de modo que as pessoas utilizadoras do HDIC possam ter acesso à informação enquanto esperam pela consulta ou pela realização de um tratamento (Apêndice XX e XXI).

A realização desta atividade apresentou alguns desafios inerentes à pandemia Covid-19, estimulando assim a minha aprendizagem. As restrições que resultaram da mesma, impossibilitaram a ida ao contexto domiciliário das pessoas idosas e família, tendo de reagendar e reajustar o que inicialmente tinha planeado com a enfermeira orientadora. As exigências foram evidentes, tendo em conta que para intervir em contexto domiciliário, tinha de haver uma garantia de segurança neste contexto, no manuseamento do material doméstico.

O seu contributo permitiu-me acompanhar as pessoas idosas com IC e família em contexto domiciliário e perceber as condições socioeconómicas. Os desafios com a utilização do material doméstico, foram constantes, mas contornáveis, devido à recetividade e disponibilidade das pessoas idosas com IC, respetiva família e equipa de enfermagem.

A partilha de ideias e de conhecimentos foi um elemento-chave na relação com as pessoas idosas com IC e família, alvo de cuidados, visto que estava a entrar num contexto familiar e próprio da pessoa. Gerir as emoções e sentimentos de modo que as pessoas não sentissem as intervenções como uma invasão da privacidade foi algo que teve de ser planeado e pensado diariamente, para conseguir prestar cuidados individualizados e personalizados.

Passados dois meses da identificação dos défices de autocuidado e um mês da implementação do “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” e do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”, foi efetuada uma avaliação com aplicação da escala europeia de autocuidado para pessoas com IC e guião para a família das pessoas idosas.

Contudo, novamente a pandemia Covid-19 assumiu especial destaque, tendo de adaptar o que inicialmente tinha planeado. Se até aqui, as intervenções tinham sido feitas maioritariamente em contexto domiciliário, as restrições resultantes e o aumento de casos de Covid-19, resultaram da necessidade de adoção de medidas que impossibilitaram intervir em contexto domiciliário. Ainda como consequência das contingências inerentes à pandemia, ocorreu uma mobilidade de enfermeiros no HDIC para outros serviços, o que condicionou o desenvolvimento da atividade.

As intervenções por via telefónica surgiram como alternativa válida e aceite pela enfermeira orientadora e professoras orientadoras. Esta intervenção foi escolhida pela evidência da mesma na literatura. Segundo Moon et al. (2018), cada vez mais, as intervenções por via telefónica, para verificar os efeitos de educação para a saúde no autocuidado e gestão da IC, são realizadas pelos enfermeiros.

Segundo Moon et al. (2018), uma intervenção por telefone é uma intervenção eficaz para melhorar o autocuidado nas pessoas idosas com IC. A intervenção telefónica é uma estratégia de enfermagem que pode ser usado com eficácia pelos enfermeiros em contexto de ambulatório para apoiar as pessoas com doenças crónicas e famílias.

Particularmente pode ser utilizado para melhorar o comportamento de autocuidado de pessoas idosas com IC em contexto domiciliário. Com esta estratégia os enfermeiros fornecem educação para a saúde e é um método utilizado para consciencialização sobre a saúde, reconhecimento de sintomas, condição física, depressão, ansiedade e qualidade de vida nas pessoas idosas com IC (Moon et al., 2018).

É de salientar que a literatura invoca a necessidade de utilizar um manual educativo com informações sobre a IC, sintomas e comportamento de autocuidados para que posteriormente seja feita a avaliação por via telefónica (Moon et al., 2018). Cada intervenção telefónica deve ser realizada durante 30 minutos, acompanhado de perguntas, manual educativo, livro de monitorização de sinais e sintomas e informações sobre o comportamento de autocuidado (Moon et al., 2018).

Foi elaborado um documento, baseado na evidência científica, com “Orientações para avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas junto da pessoa idosa e família na gestão da Insuficiência Cardíaca (IC) – Via telefónica” (Apêndice XXII).

Sendo esta intervenção destinada à pessoa idosa com IC e família, a intervenção foi realizada em dois momentos para que houvesse uma intervenção à pessoa idosa com IC e posteriormente à família. Em conjunto com a equipa de enfermagem, era feito um contacto telefónico primeiro a combinar o dia e horário da chamada telefónica.

Apesar de ser uma alternativa à atividade proposta inicialmente, verificou-se que foi muito eficaz. Durante o decorrer da atividade, as pessoas expõem as suas dúvidas, os seus interesses, como também demonstravam desinteresse na gestão da IC, devido às dificuldades diárias. Após chamada telefónica eram efetuados registos de enfermagem. Esta intervenção é recomendada como uma intervenção de enfermagem que pode ser utilizada para ajudar a gerir a doença da melhor maneira e educar as pessoas idosas com IC e família em contexto domiciliário (Moon et al., 2018), de modo a proporcionar a melhor qualidade de vida.

A comunicação com a pessoa idosa e família por telefone superou as expectativas, mas implicou o desenvolvimento de competências comunicacionais, através de uma pesquisa e o próprio treino, que permitiu o seu desenvolvimento. Apesar das alterações realizadas apraz-me referir que a atividade foi realizada com sucesso tendo em conta as limitações e recursos.

Após finalizada esta segunda avaliação foi feita uma comparação dos défices de autocuidado na primeira intervenção e na segunda intervenção, percebendo assim a evolução após as

intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC.

Desta comparação de dados resultou um relatório onde é explanada e pormenorizada a evolução após a intervenção de enfermagem (Apêndice XXIII). Relativamente à avaliação do peso semanal, as pessoas idosas começaram a registar e monitorizar de forma a interpretar os valores. Após a intervenção de enfermagem foi possível evidenciar o aumento da adesão à administração da vacina da gripe, sendo estes alguns dos resultados obtidos com esta atividade.

Com a verificação dos registos de enfermagem e com os dados obtidos através dos instrumentos disponíveis foi possível perceber que o enfermeiro possui importante papel na educação para a saúde, principalmente nas pessoas idosas com IC e família.

Segundo a literatura, um nível baixo de literacia em saúde tem vindo a ser identificado em diversos estudos como o fator de risco para várias doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares. Níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias na condição de saúde das pessoas (Pedro et al., 2016).

A evolução positiva após intervenção de enfermagem vem ao encontro da evidência que aponta que as pessoas idosas sejam mais afetadas pelos inadequados níveis de literacia em saúde e em que se faz sentir mais os efeitos de inadequada literacia em saúde (Pedro et al., 2016).

Foi possível verificar que as pessoas melhoraram os seus conhecimentos, contudo é importante realçar que este trabalho deve continuar a ser desenvolvido. Não é algo que seja feito num período de estágio de treze semanas, mas sim ao longo do acompanhamento da pessoa idosa com IC e família, por parte da equipa multidisciplinar do HDIC.

Após a intervenção, duas pessoas idosas com IC, recorreram ao HDIC por apresentarem sinais e sintomas de descompensação. Estas pessoas não estavam a aderir corretamente aos comportamentos de autocuidado, mas tiveram a capacidade de identificar e tomar a decisão para pedir ajuda antecipadamente.

O relatório e as situações apresentadas foram partilhados com a equipa de enfermagem para demonstrar que o trabalho realizado no HDIC é crucial na vida destas pessoas idosas com IC e das suas famílias.

A necessidade de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem é uma das competências essenciais do enfermeiro especialista. Continuar a verificar a evolução das pessoas e implementar as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa com IC e família na gestão da sua situação de saúde, sendo uma vontade e objetivo que a equipa de enfermagem demonstrou após a partilha do relatório e de conhecimento nesta área.

4. REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO

Atualmente as sociedades dos países mais desenvolvidos deparam-se com dificuldades e desafios, devido à existência de um crescente aumento do número de pessoas idosas e da elevada prevalência de problemas de saúde. Acrescendo a esta situação vão surgindo outras situações que condicionam os comportamentos e necessidades das pessoas idosas e das respetivas famílias.

Torna-se pertinente, refletir de forma crítica o percurso nos contextos selecionados para o estágio, no que concerne aos conhecimentos adquiridos, atividades realizadas e competências desenvolvidas na área da EMC, na intervenção à pessoa idosa.

O facto de a minha atividade profissional se desenvolver num internamento de Cardiologia, onde me deparo com alguma frequência com processos de descompensação da IC, principalmente em pessoas idosas, foi a alavanca necessária para embarcar neste percurso. A dificuldade em gerir a IC, como doença crónica é evidente e a problemática tornou-se alvo de pesquisa e de intervenção, prevenindo assim internamentos por IC nas pessoas idosas. Estes episódios podem desencadear alterações físicas, psicológicas, sociais e consequentemente aparecimento de outras doenças, dependência, institucionalização, hospitalização e até morte.

A gestão da IC em contexto de internamento é uma exigência temporária, a pessoa idosa ao ter alta clínica, vai encontrar no domicílio adversidades na gestão da sua doença crónica, daí o importante papel do enfermeiro especialista em ser capaz de intervir em diferentes contextos.

Consequentemente, cabe ressaltar que o cuidado prestado pelo enfermeiro não está presente apenas nas ocasiões de agudização, mas também atua em atividades de prevenção de doença e promoção da saúde, as quais corroboram significativamente para a qualidade de vida das pessoas idosas com IC (Silva et al., 2016).

Por este motivo as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo da realização do estágio permitiram dar uma resposta na partilha de conhecimento no âmbito do processo de envelhecimento, da avaliação multidimensional da pessoa idosa e família, recursos sociais e de saúde direcionados para a pessoa idosa e da investigação científica. Concomitantemente, conseguir interligar a ação numa determinada situação, de forma a transformar o “saber” em “saber fazer” na prática, foi um dos maiores desafios no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área de EMC, vertente pessoa idosa.

Existem instrumentos de trabalho, elaborados pela OE, sobre as competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas, como também os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

Existem quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista definidos pela OE, partilhados por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, como o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019). Neste regulamento estão esplanadas competências exigidas e os critérios de avaliação para a conceção de cuidados especializados.

Ao longo do percurso as atividades desenvolvidas foram realizadas, indo ao encontro da:

Responsabilidade profissional, ética e legal...

As atividades tiveram como enfoque um desenvolvimento da prática profissional e ética associado à prática de enfermagem e normas internas das instituições nos dois contextos. Situações vivenciadas relacionadas com questões socioeconómicas, alterações constantes das normas institucionais relacionadas com a pandemia Covid-19, condições habitacionais, condições nas prestações de cuidados em contexto domiciliário, nomeadamente no controlo de infeção. As mesmas implicaram a resolução de problemas com a pessoa idosa, através de intervenções de enfermagem e da equipa multidisciplinar com base numa tomada de decisão em termos deontológicos.

Ao longo do estágio a prática de cuidados e a tomada de decisão respeitaram os direitos humanos com contante preocupação em informar a pessoa idosa e família, garantindo a confidencialidade e segurança da informação. A preocupação passou por basear as mesmas numa evidência científica atualizada.

A realização da reflexão de situações vivenciadas ao longo do estágio contribuiu para o processo de crescimento profissional, agindo consoante os valores, costumes e cresças da pessoa idosa de forma tomar uma decisão que vai ao encontro do respeito individual de cada pessoa.

A realização dos estágios em plena pandemia Covid-19, permitiu identificar práticas de risco e promover, junto da equipa e da pessoa idosa, família e da equipa multidisciplinar, a adoção de medidas apropriadas com a utilização de equipamento proteção individual (EPI), em contexto hospitalar e em contexto domiciliário.

Melhoria contínua da qualidade...

A realização do projeto nos dois contextos de estágio, permitiu contribuir para o desenvolvimento da equipa de saúde através da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC. A consciencialização sobre a problemática e a promoção de intervenções especializadas de enfermagem, contribuíram certamente uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Várias atividades foram realizadas com o objetivo de cumprir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas. Essas atividades foram ao encontro do

desenvolvimento de um dossier com a informação atualizada sobre a problemática, realização de um poster com a informação resumida, e contida no “dossier digital” e a elaboração de um artigo para o jornal da USF, destinado a profissionais de saúde e comunidade.

A elaboração do “Guião para identificar os défices de autocuidado na família das pessoas idosas com Insuficiência Cardíaca (IC)” para a colheita de dados e a utilização da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, bem como do “Guia da pessoa com insuficiência cardíaca e família” e do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com insuficiência cardíaca e família”, resultaram de um trabalho conjunto da equipa multidisciplinar com a pessoa idosa e de uma definição de metas para uma possível melhoria de cuidados nas pessoas idosas inscritas no HDIC e respetiva família. Posteriormente o relatório realizado com os resultados após intervenções de enfermagem às pessoas idosas com IC e família, e partilhados com a equipa de enfermagem, permitiu melhorar a qualidade de cuidados.

O desenvolvimento de práticas de qualidade e colaboração em programas de melhoria foi evidente ao longo deste estágio, na utilização da evidência científica necessária para a avaliação da qualidade, utilização de escalas de avaliação multidimensional na realização do estudo de caso. Esta atividade revelou-se numa oportunidade de ter uma imagem mais real de cada pessoa idosa, família e dos seus problemas atuais. Possibilitou identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, adequar estratégias e elaborar planos de cuidados mais personalizados e centrados na pessoa. Com auxílio de guias orientadores de boas práticas elaborados em conjunto com equipa de saúde e professora orientadora.

No âmbito da promoção do ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, a maioria das atividades realizadas em contextos domiciliários, tiveram essa preocupação, respeitando a identidade cultural. Intervir na promoção da saúde da pessoa idosa e família, respeitando os hábitos de vida e em contexto domiciliário, evidencia o respeito pela identidade de cada pessoa, bem como a aplicação de princípios relevantes para garantir a segurança.

Gestão de cuidados...

As atividades no âmbito da gestão de cuidados foram desenvolvidas em dois contextos de cuidados diferentes (primários e os secundários).

A minha experiência profissional permitiu colaborar na tomada de decisão em diversas situações com a equipa multidisciplinar, mostrando a minha experiência num contexto diferente dos outros dois anteriormente citados.

A forma recorrente de negociar com outros elementos da equipa como assistente social e administrativos permitiu garantir a segurança e a qualidade de cuidados.

Durante o estágio, a receptividade, a colaboração e relação com os outros elementos da equipa multidisciplinar foi visível, visto que mostravam interesse e envolvimento nas atividades, de forma a garantir uma parceria de cuidados. Dado a minha experiência profissional estar relacionada com a área de cardiologia num internamento, a partilha de conhecimento, dúvidas e oportunidades eram frequentes, mesmo em contexto de cuidados de saúde primários.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais...

O investimento pessoal realizado ao longo do percurso de mestrado e de especialização permitiram que desenvolvesse competências neste âmbito.

A realização do estágio em situação de pandemia por Covid-19, permitiu gerir sentimentos e emoções de forma a não desistir do que tinha proposto inicialmente, dando uma resposta eficiente.

A participação em vários momentos de partilha de conhecimento, como 14th *Lisbon Summer Meeting*, 4th *Advances in Heart Failure*, XXVI Jornadas Cardiologia Santarém, V Congresso Internacional de EMC, Webinar intitulado Formação, Investigação e Exercício Clínico e por fim XIII Encontro Coração e Família que resultou numa apresentação de um poster, podendo considerar, que as limitações impostas pela pandemia foram apenas situações contornáveis que permitiram resolver situações complexas e desconhecidas, desenvolvendo competências profissionais e pessoais. Contudo existem aspetos que não foram desenvolvidos na sua plenitude como a gestão de conflitos das quais possa vir a melhorar futuramente.

A praxis especializada, baseou-se no desenvolvimento e partilha de conhecimento. A sessão formativa num dos contextos, a partilha de conhecimento em reuniões com a equipa multidisciplinar e a apresentação de um poster num evento são exemplos de atividades desenvolvidas que promoveram momentos de partilha de conhecimento, discussão e reflexão sobre a problemática em estudo.

As pesquisas de literatura desenvolvidas, nomeadamente a realização de uma RS foram importantes na fundamentação e orientação de cuidados prestados às pessoas idosas com IC e família. A publicação a breve prazo da RS, faz parte de um planeamento futuro, de modo a contribuir para o enriquecimento e desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e profissão.

Durante este percurso, foram igualmente desenvolvidas competências específicas do enfermeiro especialista em EMC (regulamento n. º429/2018). Neste mesmo documento orientador, é evidenciado a importância de cuidados especializados em EMC que passam pela conceção, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem realizadas às pessoas idosas com IC e famílias, com vista de uma deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação. Estas situações carecem de meios avançados de monitorização, observação e

terapêutica, prevenindo complicações em contexto: hospitalar, comunitário e nomeadamente no domicílio da pessoa idosa (regulamento n.º 429/2018).

Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção ...

No desenrolar do projeto foi possível desenvolver competências neste âmbito. O processo de desenvolvimento de competência é contínuo, este percurso permitiu consolidar conhecimentos e competências adquiridas em contexto profissional.

A minha experiência como membro dinamizador do grupo de coordenação local do PPCIRA em contexto profissional, permitiu partilhar conhecimento e orientações da DGS, no planeamento de cuidados, tanto no contexto de cuidados saúde primários como secundários, nomeadamente em situação de pandemia Covid-19. A promoção de precauções básicas de controlo de infeção foi constante prevenindo e controlando a infeção provocada por Sars-Cov2. O desafio passou pelo contexto hospitalar, USF e contexto domiciliário.

Decerto que para fortalecer as competências neste âmbito, outras atividades teriam de ser desenvolvidas, contudo, penso que futuramente irão surgir outras oportunidades para dar continuidade a este percurso.

Cuidar da pessoa idosa com IC e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica...

A prestação de cuidados à pessoa idosa e família, tornou-se num desafio constante no desenvolvimento de competências.

O estabelecimento de uma relação adequada com a pessoa idosa com IC e família, nos dois contextos foi algo desafiante, visto que são pessoas que tinham os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros orientadores do meu estágio, como pessoas de referência e inicialmente, não se encontravam tão recetivos à presença de outra pessoa. Esta situação demorou o seu tempo a ser contornada, mas com a ajuda das enfermeiras orientadora e com uma comunicação mais assertiva, consegui desenvolver uma relação com as pessoas idosas e família proporcionando uma maior proximidade no acompanhamento.

A pesquisa da literatura, a RS e a partilha entre os elementos da equipa multidisciplinar, foram o mote necessário para reconhecer a necessidade de intervir nas pessoas idosas com IC e família, na gestão da IC. O crescente aumento de pessoas idosas com IC internadas fez com que houvesse necessidade realizar intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa com IC e família na gestão da IC, prevenindo assim complicações que muitas vezes estão associadas aos internamentos.

A realização de um estudo de caso, com a avaliação multidimensional, proporcionou um momento de envolvimento da pessoa idosa com IC e família no cuidar, através das visitas

domiciliárias e até mesmo no contacto telefónico. A realização do “Guia da pessoa com insuficiência cardíaca e família” e do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com insuficiência cardíaca e família”, foram ferramentas utilizadas para apoiar a pessoa idosa com IC e família, avaliar o impacto que estas intervenções tiveram na vida das mesmas, nomeadamente na qualidade de vida. O registo no livro de forma a monitorizar sinais e sintomas, permitiu que a pessoa idosa com IC e família, valorizassem a sua capacidade para gerir a sua doença crónica e conseguissem fazer uma tomada de decisão adequada ao seu estado de saúde.

A constante atualização de conhecimento, na participação de eventos relacionados com a área da pessoa idosa com IC permitiram reconhecer situações de especial complexidade e implementar intervenções especializadas como: comunicar com a equipa médica, quando a pessoa idosa com IC aumenta pelo menos 3kg em 2 dias; aumento da utilização de almofadas para dormir, aumento de dispneia e edemas de forma a antecipar um internamento e atuar de forma preventiva.

A fundamentação na evidência científica contribuiu para uma tomada de decisão mais consciente e antecipatória. A atuação rápida e eficaz durante o estágio, contribuiu para um enriquecimento de conhecimento à pessoa idosa com IC e família na gestão da sua doença, munindo-as de competências para gerir a IC, com utensílios e com materiais que utilizam habitualmente, realizando cuidados personalizados e centrados na pessoa. Todas as atividades realizadas foram monitorizadas e documentadas, como foi referido anteriormente, com a fundamentação na evidência científica.

Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa idosa com IC e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica...

Intervir na promoção do autocuidado na pessoa idosa com IC e família, na gestão de sintomas desta doença crónica, foi possível com o recurso à educação para a saúde, prevenção de doença e literacia em saúde. A escolha do contexto domiciliário permitiu intervir num processo de transição entre o contexto comunitário e hospitalar.

A aquisição de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento permitiu relacionar as alterações e incapacidades inerentes ao mesmo, com os desafios provocados pela IC, como por exemplo, na promoção da realização de exercício físico numa pessoa idosa que potencialmente poderá ter alguma dificuldade na mobilização e aumento do cansaço.

Outra das atividades que permitiram desenvolver competências neste âmbito, foi a mobilização de conhecimento na intervenção e avaliação por via telefónica, utilizando assim tecnologias para a gestão da doença crónica.

A constante informação dada às pessoas idosas com IC e família, para que estas entrassem em contacto com equipa de saúde, caso houvesse manifestação de sinais e sintomas ou dúvidas acerca

da medicação, permitiu que se gerissem sinais e sintomas que potenciam a ocorrência de eventos adversos.

Por fim, as atividades de promoção da saúde, a partilha de conhecimento deste problema de saúde pública, bem como relembrar os possíveis cuidados preventivos, fizeram com que contribuísse, nos diferentes contextos, através de estratégias inovadoras de prevenção de riscos clínicos e não clínicos. Durante o percurso, o interesse e motivação constantes contribuíram para dar resposta às competências presentes nos regulamentos. Tendo em conta as suas especificidades nem sempre foi possível em contexto de estágio concretizá-las integralmente, mas penso que esta limitação está igualmente dependente da experiência prática que vamos adquirindo ao longo dos anos.

A realização do estágio, maioritariamente, em contexto domiciliário permite refletir sobre a aquisição de competências de Benner (2004). Através da sua obra “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de enfermagem”, é enfatizada a experiência profissional e o conhecimento prático como algo adquirido ao longo do tempo e com a aprendizagem experiencial.

Neste modelo está espelhado o modelo de competências de Benner (2004) adaptado do modelo de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem, sendo eles iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Ao longo da realização do estágio e do percurso académico e profissional, procurei aprofundar conhecimentos de forma mais especializada, através de uma Enfermagem Avançada.

Considerando a experiência profissional atual e o percurso anteriormente referido, o nível de proficiência estão alcançados. Pois apraz-me referir que existe a aptidão de demonstrar capacidade para perceber que uma determinada situação deve mudar, havendo o reconhecimento e a implementação de repostas consoante a evolução da situação. O envolvimento com a pessoa idosa com IC e família também é maior (Benner, 2004). Contudo, o objetivo futuro passa por continuar a desenvolver competências na área de EMC na vertente da pessoa idosa para alcançar níveis mais elevados, de forma autónoma.

No desenvolvimento de competências houve a necessidade de recorrer ao apoio de peritos na área, sendo os enfermeiros orientadores fundamentais para a aquisição das mesmas. De referir ainda que na sequência dos descritores de Dublin surgem as competências a serem desenvolvidas a nível de mestrado.

Os conhecimentos científicos e desenvolvimento do domínio de investigação, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, a capacidade de desenvolver juízos profissionais e tomada de decisão, a capacidade de comunicar as conclusões na área de especialidade e ainda a aprendizagem autónoma, (Decreto-Lei n.º 65/2018), foram explanadas ao longo da redação do relatório.

A componente prática assume um papel crucial na formação do enfermeiro especialista, promovendo novas aprendizagens. Pois segundo a minha reflexão, sem Enfermagem Avançada não existe Prática Avançada e sem Prática Avançada não existe Enfermagem Avançada. São áreas que deverão ser desenvolvidas pelos enfermeiros de forma a encaminhar para a excelência de cuidados, tornando-os mais personalizados e sustentados na evidência científica.

A participação das atividades realizadas ao longo de todo o percurso de estágio, até as que não estavam particularmente ligadas ao projeto, deram um forte contributo para o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Sendo motivador para prosseguir com futuros trabalhos de investigação e projetos na área de especialização de EMC na vertente da pessoa idosa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O respeito pela dignidade humana, deve ser algo presente ao longo de todo o ciclo de vida. O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida (WHO, 2002), daí a importância da promoção dos direitos humanos das pessoas idosas, neles consagram algumas linhas de ação respeitantes às pessoas idosas (Resolução do conselho de Ministros n.º 63/2015).

Nestas consagram-se o direito à não discriminação, nomeadamente em razão da idade (idadismo), direito à promoção da autonomia e participação, proteção contra a violência e os abusos, proteção social e emprego, promoção da saúde e acesso à justiça.

Fazendo uma analogia deste percurso académico com uma viagem, permito-me referir que o presente relatório deu visibilidade ao conhecimento académico e profissional no âmbito da enfermagem especializada, através da descrição e análise das atividades propostas e desenvolvidas nos dois locais de estágio.

Durante esta “viagem”, a promoção da autonomia e participação, promoção da saúde foram os conceitos chave de intervenção ao longo do estágio e do projeto, de modo a ir ao encontro das ações delineadas na promoção dos direitos humanos às pessoas idosas.

A aquisição de um conhecimento baseado na evidência, nos problemas de saúde identificados e nas respostas humanas, foi a descoberta constante para caracterizar uma enfermagem especializada.

Este relatório espelha o projeto de intervenção implementado, intitulado “Capacitar a pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca: Intervenção especializada de Enfermagem”, surge no âmbito de promover comportamentos de autocuidado na gestão da IC da pessoa idosa e família, através da promoção da saúde e consequentemente aumento da literacia em saúde.

A IC é uma problemática atual, considerada como um problema de saúde pública mundial e nacional e este projeto foi construído a partir da necessidade sentida pelos profissionais do HDIC face ao número de pessoas idosas internadas por má gestão da IC.

Esta preocupação foi reforçada pela literatura, sendo um problema presente e uma preocupação mundial, europeia e nacional, havendo orientações específicas da Sociedade Europeia de Cardiologia no autocuidado e a gestão da IC.

Os resultados obtidos nas pesquisas realizadas contribuíram para reforçar a necessidade de mais estudos portugueses sobre a criação e implementação de intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da gestão da IC direcionados para a população idosa e família.

Na elaboração deste projeto foi utilizada a teoria geral do défice de autocuidado de Dorothea Orém que se tornou numa ferramenta essencial, pertinente e condutora em todas as fases da metodologia do projeto. O mesmo promoveu o enriquecimento de aprendizagens profissionais, no

que se refere às equipas de enfermagem na USF e HDIC e contribuiu essencialmente para o desenvolvimento de um conjunto de saberes e competências a nível pessoal e profissional, mais propriamente na área de especialidade de EMC.

Ao implementar o projeto em vários contextos, como domiciliário, comunitário e ambulatório foi enriquecedor, devido à receptividade das pessoas, que foi surpreendente, devido à participação, discussão e partilha de experiências nas equipas de saúde.

Através da avaliação das intervenções de enfermagem promotoras de saúde, consegui aferir o aumento de conhecimento das pessoas idosas com IC e respetiva família relativamente ao défice de autocuidado apresentado no início do projeto. Permitiu ainda que as pessoas idosas com IC e família, obtivessem um maior conhecimento e sensibilização sobre a temática e desta forma tornarem-se mais autónomos e conscientes do problema para tomarem decisões fundamentadas e antecipadas. Não sendo algo estanque, visa continuar a ser aplicado no HDIC através da intervenção continuada e especializada da equipa de saúde.

Devido à aceitação do projeto e apoio, inspiração e motivação incondicional das equipas da USF e HDIC, conseguiu-se criar, organizar e implementar as atividades delineadas e outras que surgiram ao longo da implementação do projeto.

Todas as limitações e constrangimentos, sentidos durante esta “viagem”, nomeadamente na gestão do tempo pessoal, profissional e académico, relacionado com as exigências do trabalho individual pretendido por este ciclo de estudos, e o contexto pandémico, tornaram-se um desafio que contribuíram para um enriquecimento pessoal e profissional, de modo a gerir as expectativas. A superação e o contorno das dificuldades providenciaram e forneceram outras ferramentas para a aquisição de competências de mestre e de enfermeiro especialista, bem como um ininterrupto crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A experiência remetida ao contexto hospitalar, num internamento de cardiologia fez com que suscitasse interesse em procurar oportunidades de desenvolver competências especializadas na prática noutros contextos. A partilha profissional, a pesquisa da literatura, a aplicação de novo conhecimento, noutro contexto e a articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar na área, proporcionou uma viagem de enriquecimento para ambos, com uma reflexão contínua sobre os avanços da prática profissional.

De forma a concluir, posso salientar que a relação do aumento de prevalência da IC com o aumento do envelhecimento populacional coloca os enfermeiros especialistas em EMC, na intervenção à pessoa idosa, como elementos fundamentais, e mais capacitados para o exercício de boas práticas com base na evidências científica, estando envolvidos em constante formação e investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Hammouri, M. M., Rababah, J. A., Hall, L. A., Moser, D. K., Dawood, Z., Jawhar, W., & Alawawdeh, A. (2020). Self-care behavior: a new insight of the role of impulsivity into decision making process in persons with heart failure. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20(349). 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01617-8>
- Allida, S., Du, H., Xu, X., Prichard, R., Chang, S., Hickman, L.D., Davidson, P. M., & Inglis, S. C. (2020). mHealth education interventions in heart failure (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011845.pub2>
- Almeida, M. (2011). Autocuidado e promoção da saúde do idoso – Contributo para uma intervenção em Enfermagem (Doctoral dissertation, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84722/2/30764.pdf>
- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Arnold, S. (2019). Case management: an overview for nurses. *Nursing*, 49 (9), 43-45. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2020). Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030): *A/RES/75/131*. (Resolución aprobada por la Asamblea General el 14 de diciembre de 2020), <https://prospectcv2030.com/wp-content/uploads/2021/04/UNresoluci%C3%B3nDecadaEnvejecimientosaludable2021-2030.pdf>
- Belém, J. M., Alves, M. J. H., Quirino, G. S., Maia, E. R., Lopes, M. S. V., & Machado, M. F. A. S. (2018). Avaliação da Aprendizagem no Estágio Supervisionado de Enfermagem em Saúde Coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 849-867. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00161>
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Chiuve, S. E., Cushman, M., Dellings, F. N., Deo, R., Ferranti, S. D. de, Ferguson, J. F., Fornage, M., Gillespie, C., Isasi, C. R., Jiménez, M. C., Jordan, L. C., Judd, S. E., Lackland, D., Muntner, P. (2018). Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), 67- 492. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558>
- Benner, P. (2004). De principiante a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. In: A. M. Tomy & M. R Alligood (pp. 185-201). Loures: Lusociência
- Bezerra, I. M. P., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11-20. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>
- Buck, H. G., Harkness, K., Ali, M. U., Carroll, S. L., Kryworuchko, J., & McGillion, M. (2016). The Caregiver Contribution to Heart Failure Self-Care (CACHS): Further Psychometric Testing of a Novel Instrument. *RESEARCH IN NURSING & HEALTH*, 40(2), 165 – 176. <https://doi.org/10.1002/nur.21775>
- Cavalcante, L. M., Lima, F. E. T., Custódio, I. L., De Oliveira, S. K. P., De Meneses, L. S. T., De Oliveira, A. S. S., & Araújo, T. L. de (2018). Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2760–2767. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>

- Charais, C., Bowers, M., Do, O. O., & Smallheer, B. (2020). Implementation of a Disease Management Program in Adult Patients With Heart Failure. *Professional Case Management*, 25(6), 312–323. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000413>
- Conceição, A. P., Dos Santos, M. A., Dos Santos, B., & Da Cruz, D. de A. L. M. (2015). Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 578-586. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>
- Correia, A. L. F. D. (2017). Síndrome de Fragilidade no Idoso [Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra] Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82733/1/Ana%20Luisa%20Correia.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I -A Série, n.º 93. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: 1.ª série, n.º 161. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I – A série, n.º 109. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República, I Série I, n.º 157. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho conjunto n.º 861/99. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. (1999). Diário da República n.º 235/99, 2.ª série, 14986-15032. <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/1999/10/2S235A0000S00.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável - 2017-2025. *Direção Geral da Saúde*, 52. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2022). Resultados Preliminares Censos 2021: Breve Análise. <https://pns.dgs.pt/resultados-preliminares-censos-2021-breve-analise/>
- Floegel, T. A., Dickinson, J. M., DerAnanian, C., McCarthy, M., Hooker, S. P., & Buman, M. P. (2018). Association of Posture and Ambulation with function 30 days after Hospital Discharge in Older Adults with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 24(2), 126 – 130. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2018.01.001>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Portuguese Journal of Cardiology*, 37(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
- Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., Morais, J., & Cardoso, J. S. (2017). Pela Melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal- Documento de consenso. *Portuguese Journal of Cardiology*, 36(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Oxford Further Education Unit
- Gonçalves, V. da S. (2021). *Depressão e incapacidade funcional em idosos no Brasil: um estudo de base populacional* [Master's thesis, Faculdade de Medicina de São Paulo] Biblioteca Digital. <https://doi.org/10.11606/D.5.2021.tde-09092021-170721>
- Gouveia, M. R. de A., Ascensão, R. M. S. e S., Florentino, F., Da Costa, J. N. M. P. G., Broeiro-Gonçalves, P. M., Da Fonseca, M. S. F. G., & Borges, M. de F. P. F. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da

- população. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.09.006>
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T., & Martin, L. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256-266. <https://doi.org/10.1177/1474515116687178>
- Homem, F. B., Caetano, A. P., Reveles, A. F., Martins, H. I., Sousa, J. P., Rodrigues, L. M., & Azevedo, T. S. (2022). *Manual de Apoio à Consulta de Enfermagem ao Utente com Patologia Cardiovascular* (1ª Edição ed.). AstraZeneca.
- International Council of Nurses. (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Im, J., Mak, S., Upshur, R., Steinberg, L., & Kuluski, K. (2019). The Future is Probably Now': Understanding of illness, uncertainty and end-of-life discussion in older adults with heart failure and family caregivers. *Health expectations*, 22(6), 1331-1340. <https://doi.org/10.1111/hex.12980>
- Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., Koh, K. W. L., & Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guideline. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 212–222. <https://doi.org/10.1177/1474515119872853>
- Joanna Briggs Institute (2015). *Stytematic Review Resource Package*. Version 4.0
- Kennedy, M., Hatchell, K., DiMilia, P., Kelly, S., Blunt, H., Bagley, P., LaMantia, M., Reynolds, C., Crow, R., Maden, T., Kelly, L., Kihwele, J., & Batsis, J. (2021) Community health worker interventions for older adults with complex health needs: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(6), 1670–1682. <https://doi.org/10.1111/jgs.17078>
- Ketildottir, A., Ingadottir, B., & Jaarsma, T. (2019). Self-reported health and quality of life outcomes of heart failure patients in the aftermath of a national economic crisis: a cross-sectional study. *ESC Heart Failure*, 6(1), 111–121. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12369>
- King, A. J. L., Johnson, R., Cramer, H., Purdy, S., & Huntley, A. L. (2018). Community case management and unplanned hospital admissions in patients with heart failure: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1463–1473. <https://doi.org/10.1111/jan.13559>
- Krzesiński, P., Siebert, J., Jankowska, E. A., Galas, A., Piotrowicz, K., Stańczyk, A., Siwołowski, P., Gutknecht, P., Chrom, P., Murawski, P., Walczak, A., Szalewska, D., Banasiak, W., Ponikowski, P., & Gielera, G. (2021). Nurse-led ambulatory care supported by non-invasive haemodynamic assessment after acute heart failure decompensation. *ESC Heart Failure*, 8(2), 1018–1026. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13207>
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. de O. (2021). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (7), e20113. <https://doi.org/10.12707/RV20113>
- MacInnes, J., & Walton, A. (2016). Self-care and improved outcomes: an intervention by heart failure nurse specialists. *British Journal of Cardiac Nursing*, 11(2), 82–88. <https://doi.org/10.12968/bjca.2016.11.2.82>

- Martín - Lesende, I., Orruño, E., Mateos, M., Recalde, E., Asua, J., Reviriego, E., & Bayón, J. (2017). Telemonitoring in-home complex chronic patients from primary care in routine clinical practice: Impact on healthcare resources use. *European Journal of General Practice*, 23 (1), 136-143. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1306516>
- Martins, H. I. F. (2015). *O Autocuidado na Pessoa com Insuficiência Cardíaca*. [Unpublished master's thesis] Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mathew, S. & Thukha, H. (2018). Pilot testing of the effectiveness of nurse-guided, patient-centered heart failure education for older adults. *Geriatric Nursing*, 39(4), 376-381. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.11.006>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkien, J., Chionce, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., Lainscak, M., ... Skipelund, A. K. (2021). European Society of Cardiology: Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599 – 3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Moon, M. K. M., Yim, J., & Jeon, M. Y. (2018). The Effect of a Telephone-Based Self-management Program Led by Nurses on Self-care Behavior, Biological Index for Cardiac Function, Q1 and Depression in Ambulatory Heart Failure Patients. *Asian*
- Negarandeh, R., Zolfaghari, M., Bashi, N., & Kiarsi, M. (2019). Evaluating the Effect of Monitoring through Telephone (Tele-Monitoring) on Self-Care Behaviors and Readmission of Patients with Heart Failure after Discharge. *Applied Clinical Informatics*, 10 (2), 261-268. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1685167>
- Oliveira, F. A., Sousa, F. S., Cavalcante, S. L., Couto, A. R. M., De Almeida, A. N. S., & Branco, M. F. C. C. (2018). Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. *Revista Eletrônica de Extensão*, 15(28), 137-150. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2018v15n28p137>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar - padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Tomada de Posição – Gestão de Enfermagem nos cuidados de Saúde Primários*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001) *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.) St. Louis, MO: Mosby.
- Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. P. T., Batista, R. E. A., & Campanharo, C. R. V. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patints with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem*, 53, 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447>
- Paço, C.A.B.L. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice* [Master's thesis, Universidade de Lisboa – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas] Repositório. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Paço.pdf>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34 (3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

- 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 (Master's thesis, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70811/2/30857.pdf>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Filho, A. J. de A., (2014). Autocuidado: o Contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157 – 163. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Rei, C. L. N. S. P. (2017). Comportamentos de Saúde na Adesão ao Regime Terapêutico em idosos com Insuficiência Cardíaca: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o Autocuidado (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/21112>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 do Presidente do Concelho de Ministros. (2015). Diário da República, I Série, n.º 165. <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/63/2015/08/25/p/dre/pt/html>
- Rocha, E. (2017). A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36 (4), 283-285. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.02.007>
- Rodrigues, V. (2018). Health literacy. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37 (8), 679-680. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.008>
- Róin, T., Lakjuni, K. Á., Kyhl, K., Thomsen, J., Veyhe, A. S., Róin, Á., Jan, R., & Marin, S. (2019). Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1653139>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging and Innovation*, 6(1), 51 – 54. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-formação.pdf>
- Santos, S. S. C. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1035–1039. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>
- Sequeira, C. (2018) *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2nd ed.). Lidel.
- Silva, F. V. F., da Silva, L. de F., & Rabelo, A. C. S. (2016). Nursing care at home patient with heart failure: integrative review. *Revista Fundamental Care Online*, 8(4), 4914 – 4921. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4914-4921>

- Sousa, J. P., Neves, H., & Pais-Vieira, M. (2021). Does Symptom Recognition Improve Self-Care in Patients with Heart Failure? A Pilot Study Randomised Controlled Trial. *Nursing Report*, 11, 418-429. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020040>
- Sousa, J. S. D. P. (2019). *O Autocuidado em Pessoas Com Insuficiência Cardíaca* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32147/1/JoanaPereiraSousa_Tese.pdf
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), 45 -54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Souza, P. M. B. B., & Queluci, G. de C. (2014). A arte de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: considerações para a prática assistencial na enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 6(1), 153-167. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n1p153>
- Stamp, K. D., Prasun, M., Lee, C. S., Jaarsma, T., Piano, M. R., & Albert, N. M. (2018). Nursing research in heart failure care: a position statement of the american association of heart failure nurses (AAHFN). *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 47(2), 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.01.003>
- Sullivan, B. J., Marcuccilli, L., Sloan, R., Gradus-Pizlo, I., Bakas, T., Jung, M., & Pressler, S. J. (2016). Competence, Compassion, and Care of the Self: Family Caregiving Needs and Concerns in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 209–214. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000241>
- Tawalbeh, L. I. (2018). The Effect of Cardiac Education on Knowledge and Self-care Behaviors Among Patients with Heart Failure. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(2), 78 – 86. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000285>
- Timóteo, A. T., Silva, T. P., Moreira, R. I., Gonçalves, A., Soares, R., & Ferreira, R. C. (2020). Unidades de insuficiência cardíaca: estado da arte na abordagem da insuficiência cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(6), 341-350. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.02.007>
- Tsukada, Y. T., Kodani, E., Asai, K., Yasutake, M., Seino, Y., & Shimizu, W. (2021). Status of Medical Care and Manegement Requirements of Elderly Patients With Heart Failure in a Comprehensive Community Health Sytem – Survey of Genral Practitioners’ Views. *Circulation Reports*, 3 (2), 77-85. <https://doi.org/10.1253/circrep.CR-20-0132>
- Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Lelonek, M., Jankowska, E. A., Pawlak, A., Jaroch, J., Kolasa, J., Hetman, P., Straburzyńska-Migaj, E., Czapla, K., & Nessler, J. (2020). A curriculum for heart failure nurses: an expert opinion of the Section of Nursing and Medical Technicians and the Heart Failure Working Group of the Polish Cardiac Society. *Polish Heart Journal / Kardiologia Polska*, 78(6), 647–652. <https://doi.org/10.33963/KP.15405>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3rd ed). Edições Sílabo.
- Wang, T. C., Huang, J. L. Ho, W. C., & Chiou, A. F. (2016). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled tria. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(2), 157–167. <https://doi.org/10.1177/1474515115618567>

- Witwer. S. & Wallenstein, D. (2019). Education and Engagement of Patients and families. *American Academy of Ambulatory Care Nursing*, 41 (1), 1-16. <https://www.proquest.com/openview/965f5c5be9aee975454faa0566196e56/1?pq-origsite=gscholar&cbl=46506>
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia (2014). *Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers*. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Yu, D. S. F, Li, P. W. C., Yue, S. C. S. Wong, J., Yan, B., Yan, Tsang, K. K., & Chow, K. C. (2019). The effects and cost- effectiveness of an empowerment-based self-care programme in patients with chronic heart failure: A study protocol. *Journal Advanced Nursing*, 75(12), 3740– 3748. <https://doi.org/10.1111/jan.14162>
- Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. (1st ed) ARTMED.
- Zaharova. S., Litwack. K., Gopalakrishnan, S., Ellis, J., & Saltzberg, M. T. (2021). Self-management in Heart Failure: The Importance of Self-regulation but not Complexity of Condition. *Western Journal of Nursing Research*, 44(4), 375-382. <https://doi.org/10.1177/0193945921997428>

APÊNDICES

Apêndice I

Planeamento do projeto

Objetivo Geral: Desenvolver competências de mestre e de enfermeira especialista na área de prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na gestão da IC

Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
1.1. Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a gestão da IC na pessoa idosa e família	• Realização de uma Revisão Scoping (RS); • Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC; • Realização de um poster ou folheto formativo para promover o autocuidado na pessoa idosa para a gestão da IC e família; • Participação em formações sobre a temática (se possível);	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; <u>Materiais:</u> • Internet; • Computador;	• Elabora uma RS; • Identifica intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC; • Dissemina conhecimento através de um poster ou folheto formativo; • Frequenta formações (se possível);
1.2. Prestar cuidados à pessoa idosa com IC e família em diversos contextos	• Mobilização dos conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem em vários contextos; • Observação participativa da intervenção de um enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC; • Análise das práticas de cuidados na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC nos vários contextos;	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; • Enfermeiro orientador; • Enfermeira Perita em insuficiência cardíaca; <u>Materiais:</u> • Artigos científicos; • Guidelines;	• Presta cuidados, mobilizando conhecimentos e os princípios de aprendizagem; • Realiza um portefólio com reflexões da prática de cuidados segundo o ciclo de Gibbs; • Elabora planos de cuidados personalizados para as pessoas idosas com IC; • Descreve o resultado da análise das práticas à luz da evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro especialista; • Discussão do estudo de caso;

	- Realização de estudo de caso; - Mobilização dos princípios de aprendizagem;		
Objetivo Geral: Contribuir para o desenvolvimento da equipa de saúde na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
2.1. Divulgar o projeto nos diferentes campos de estágio	• Reunião com o enfermeiro chefe; • Reunião com equipa multidisciplinar;	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; • Enfermeiro orientador; • Equipa de saúde; <u>Materiais:</u> • Computador; • Sala de formação; • Projetor; • Microsoft Teams/Zoom;	• 70% dos elementos da equipa tomam conhecimento do projeto; • <i>Feedback</i> da equipa;
2.2. Analisar as práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC	• Reunião para discussão das práticas; • Análise dos registos; • Identificação das necessidades formativas, baseadas nas reuniões e análise dos registos;	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; • Enfermeiro orientador; • Equipa de saúde; <u>Materiais:</u> • Computador; • Sala de formação; • <i>Internet</i>;	• Atas das reuniões; • Resultado da análise dos registos de enfermagem; • Necessidades formativas identificadas na equipa de enfermagem;
2.3. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a problemática da gestão da Pessoa idosa com IC e família	• Realização de formação (de sensibilização) para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC; • Utilização de estudo de caso nos momentos formativos; • Promoção de momentos reflexivos, sobre a capacitação	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; • Enfermeiro orientador; • Equipa de saúde; <u>Materiais:</u> • Computador; • Sala de formação;	• Realiza formação (de sensibilização); • Promove momentos de reflexão;

	da pessoa idosa e família na gestão da IC;	• Projetor;	
2.4. Implementar estratégias baseadas na evidência científica, promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC	• Definição de estratégias com a equipa de enfermagem para implementar intervenções baseadas na literatura junto da pessoa idosa e família na gestão da IC; • Aplicação da Escala Europeia de Autocuidado na IC para identificar os défices de autocuidado nas pessoas idosas com IC; • Realização de um guião para identificar os défices de autocuidado na família da pessoa idosa com IC; • Realização de um instrumento de educação para a saúde sobre a pessoa idosa com IC, sinais e sintomas; • Realização de um instrumento de monitorização e avaliação de sinais e sintomas da IC; • Implementação das intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa e família na gestão da IC;	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; • Enfermeiro orientador; • Equipa de enfermagem; • Pessoa idosa com Insuficiência cardíaca e família; <u>Materiais:</u> • Computador; • Telefone; • Guião para colheita de dados; • Instrumento de educação para a saúde; • Guia de um instrumento de monitorização e avaliação de sinais e sintomas da IC;	• Partilha de conhecimentos com a equipa; • Analisa com a equipa de enfermagem os dados colhidos sobre o défice de autocuidado da pessoa idosa com IC; • Analisa com a equipa de enfermagem os dados colhidos sobre o défice de autocuidado da família da pessoa idosa com IC; • Promove momentos de reflexão sobre práticas dos cuidados; • Elabora guião de colheita de dados; • Em conjunto, com a equipa de enfermagem elabora o instrumento de educação para a saúde sobre a IC, sinais e sintomas; • Em conjunto, com a equipa de enfermagem elabora um instrumento de monitorização e avaliação de sinais e sintomas da IC; • Em conjunto com a equipa implementa intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa e família na gestão da IC;
2.5. Avaliar as estratégias das intervenções, promotoras da capacitação da pessoa	• Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas junto da	<u>Humanos:</u> • Professora orientadora; • Enfermeiro orientador;	• Resultados das auditorias que evidenciem:

idosa e família na gestão da IC	pessoa idosa e família na gestão da IC: - Aplicação e análise da Escala Europeia de Autocuidado na IC; - Aplicação e análise do guião para identificar os défices de autocuidado na família da pessoa idosa com IC; • Auditorias aos registos de enfermagem; • Realização do relatório final;	• Equipa de enfermagem; • Pessoa idosa com IC e família; <u>Materiais:</u> • Computador; • Guião para colheita de dados; • Instrumento de educação para a saúde; • Escala Europeia de Autocuidado na IC traduzida e validada para o contexto Português;	- % de pessoas idosas com autocuidado na gestão da IC a e família; - Identificação e % do défice de autocuidado das pessoas idosas na gestão da IC e família; • Apresenta os resultados obtidos à equipa; • A equipa realça os contributos do projeto e sugere aspetos a melhorar numa perspetiva futura;
---	---	--	--

Apêndice II
Cronograma do projeto

	2021												2022												
	outubro			novembro					dezembro				janeiro					fevereiro				Março			
	11 15	18 22	25 29	1 5	8 12	15 19	22 26	29 3	6 10	13 17	20 24	27 31	3 7	10 14	17 21	24 28	31 4	7 11	14 18	21 25	28 2	3 4	7 11	14 18	21 23
Objetivos Específicos																									
Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a gestão da IC na pessoa idosa e família																									
Prestar cuidados à pessoa idosa com IC e família em diversos contextos																									
Divulgar o projeto nos diferentes campos de estágio																									
Analisar as práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC																									
Sensibilizar a equipe multidisciplinar para a problemática da gestão da Pessoa idosa com IC e família																									
Implementar estratégias baseadas na evidência científica, promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC																									
Avaliar as estratégias das intervenções, promotoras da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC																									
Elaboração do relatório de estágio																									

Apêndice III
Revisão Scoping

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA PARA A GESTÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO SCOPING

CATARINA SILVA Enfermeira no serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; Discente do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [catarina1@campus.esel.pt]

IDALINA GOMES Professora Coordenadora da ESEL [idgomes@esel.pt]

MARIA EMILIA BRITO Professora Adjunta da ESEL [emilia.brito@esel.pt]

RESUMO:

Introdução: Uma das doenças com grande impacto na qualidade de vida das pessoas idosas e na sociedade é a insuficiência cardíaca. Com o envelhecimento populacional, a prevalência da insuficiência cardíaca tem sido crescente a nível mundial. Como problema de saúde global tem impacto na saúde individual e familiar e nos sistemas de saúde, sendo fundamental conhecer as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca.

Questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca?

Critérios de inclusão: Todos os estudos primários, secundários e revisões sistemáticas da literatura redigidos em português, inglês e espanhol que incluam intervenções promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca. Os idiomas selecionados foram artigos em Português, Inglês e Espanhol, no período entre 01/01/2016 a 31/12/2021.

Metodologia: Revisão scoping obedecendo às regras definidas pelo instituto *Joanna Briggs* em 2015, utilizando as bases de dados CINAHL *complete* e MEDLINE *complete* inseridas na plataforma ESBCOhost e de “revistas de livre acesso”.

Resultados: O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o PRISMA 2009 Flow Diagram, garantindo a qualidade metodológica dos mesmos. Incluíram-se 7 artigos que consideravam programas de gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família na capacitação.

Conclusão: Nas evidências científicas obtidas identificou-se a importância da capacitação da pessoa idosa e família e das intervenções da enfermagem na gestão da insuficiência cardíaca, no sentido de minimizar hospitalizações, mortalidade e aumentar qualidade de vida.

Palavras-chave: Pessoa idosa e Família, Insuficiência cardíaca, gestão, capacitação, intervenções de enfermagem

Introdução:

A população mundial tem vindo a envelhecer, sendo uma realidade que dita novos desafios e exigências na promoção da saúde e prevenção de doenças.

O aumento da prevalência das doenças crónicas está relacionado com o envelhecimento, estilo de vida e influencia ambiental, resultando num impacto negativo, tanto para as pessoas como para toda a sociedade, reduzindo a qualidade de vida das mesmas.

Uma das doenças com grande impacto na qualidade de vida das pessoas é a insuficiência cardíaca (IC).

A IC é uma patologia que se manifesta por vários sintomas (como por exemplo: dispneia, fadiga e membros inferiores edemaciados) que podem ser acompanhados por sinais (por exemplo: aumento pressão venosa jugular; edemas pulmonar e periférico). Estas alterações são provocadas por uma anomalia estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco

inadequado em repouso e/ou durante o exercício (Mcdonagh et al, 2021).

A identificação da etiologia da disfunção cardíaca é importante pois pode ser provocado por doença arterial coronária, hipertensão arterial, patologia valvular, arritmias, miocardiopatias, cardiopatia congénita, infeções, alguma terapêutica, distúrbios metabólicos, patologia endomiocárdica, patologia neuromuscular, patologia pericárdica e ainda amiloidose, sarcoidose e neoplasias (Mcdonagh et al, 2021).

A IC afeta mais de 26 milhões de pessoas em todo o mundo, e as pessoas idosas são as que enfrentam desafios adicionais como a multimorbilidade e a fragilidade, que aumentam a complexidade da doença (Im et al, 2019).

Segundo Fonseca (2017), a prevalência da insuficiência cardíaca aumenta com a idade principalmente a partir dos 65 anos, afetando assim 1-2% da população mundial e 6-10% das pessoas idosas e projeções indicam que a prevalência aumentará em 46% até 2030

(Benjamin, 2018). Segundo Fonseca (2017), existem vários episódios de descompensação que requerem várias idas ao serviço de urgência. A IC, é responsável por 1-4% de todas as hospitalizações, sendo a primeira causa de internamentos na europa e a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9%. Em Portugal, a prevalência global de IC crónica foi estimada em 4,36%, atingindo 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca 2018).

A IC resulta num conjunto de incapacidades físicas e funcionais e é caracterizada por exacerbações e sintomas imprevisíveis e potencialmente fatais que frequentemente resultam em readmissões hospitalares (Ketilsdottir, A., et al, 2019).

Todas estas complicações, associadas a alterações na visão, audição e défice cognitivo, comuns nas pessoas idosas (Róin, T. et al 2019) têm impacto na qualidade de vida e perda de independência, resultando numa deterioração progressiva pontuada por episódios graves de descompensação da doença (Yu et al, 2019), associada a elevado índice de internamentos hospitalares, das quais 40% são evitáveis por meio do autocuidado eficaz (Yu et al, 2019).

Cumulativamente a maior parte das pessoas idosas são viúvas e moram sozinhas e daí a importância de envolver a família, amigos ou cuidadores neste processo de doença, envolvendo-os num trabalho conjunto (Róin, T. et al 2019).

Segundo Jordão (2019), o conceito de família foi sofrendo algumas alterações e existem várias definições para distintas áreas, contudo é valorizado a relação e organização das famílias, sendo que na definição de família, o que é “relevante são os laços, e que família é quem os seus membros dizem que são” (Jordão, 2019, p.16).

Posto isto, a família é uma das fontes importantes de apoio, na qual estão incluídos os parentes e amigos (Silva et al, 2016).

A participação da família neste processo torna-se importante para ajudar a pessoa idosa na estabilização da doença através da gestão de comportamentos de autocuidado, com destaque na deteção de sinais ou sintomas (Mcdonagh et al, 2021).

Segundo Al-Hammouri et al (2020), quanto melhor o autocuidado em pessoas com IC, menor a gravidade dos sintomas, estando associado, este comportamento a elevados níveis de literacia em saúde.

De acordo com Buck et al (2016), citando Orem, Renpenning, & Taylor (2003), o autocuidado é definido como

as atividades que as pessoas realizam para manter as suas próprias vidas e estilos de vida. Motivo pelo qual o autocuidado é foco central no cuidado às pessoas com doença crônica (Sousa, 2019).

Na literatura são descritas três componentes essenciais do autocuidado da pessoa com IC como a manutenção que se refere à adesão ao tratamento e comportamentos saudáveis, a gestão de sintomas, que envolve monitorizar, reconhecer e interpretar os mesmos, e tomada de decisão também conhecido como resposta aos sintomas quando eles ocorrem (Jiang et al, 2020).

Consequentemente, a gestão adequada do autocuidado, faz com que haja menores taxas de mortalidade e admissão hospitalar (Sethares et al, 2017). Posto isto emerge o conceito de gestão como as ações que as pessoas, famílias e comunidade realizam para promover, manter ou restaurar a saúde e gerir as doenças (Ballester et al, 2020).

Este conceito é um componente importante na gestão de doenças crônicas e ajuda na prevenção de complicações e melhora a qualidade de vida das pessoas com IC (Zaharova et al, 2021).

Neste âmbito, a implementação das intervenções tende a ir ao encontro do *empowerment*, de forma a auxiliar na

gestão da vulnerabilidade causada pela doença crônica, promovendo comportamentos de responsabilização, participação e adoção de estilos de vida saudáveis. Esta abordagem baseada na capacitação, tem como objetivo, promover a capacitação da pessoa como agente ativo na tomada de decisão na gestão da doença e desenvolver a sua capacidade e motivação. Consequentemente irá haver uma melhoria dos comportamentos de autocuidado da pessoa com IC (Yu et al, 2019).

As intervenções de enfermagem na pessoa com IC variam de acordo com a idade, o meio cultural, o equilíbrio emocional e com a sua capacidade física e intelectual. O enfermeiro deve conhecer as pessoas, observando e reconhecendo o seu estilo de vida e a maneira como age e se adapta às mudanças que são impostas pela doença (Souza et al, 2014). Estas intervenções poderão ser feitas em vários contextos (Mcdonagh et al, 2021), como contexto hospitalar, comunitário, ambulatório e domiciliário.

Neste sentido elaborar uma revisão *scoping*, torna-se uma boa opção, sendo que esta revisão tem o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras

da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca.

Questão de Investigação

Para tal foi colocada a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca”. Na formulação da questão foi utilizado a mnemónica PCC, que significa População (P), Conceito (C) e Contexto (C).

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão fornecem um guia para os leitores e investigadores sobre a escolha dos artigos *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Muun, 2020).

Foi elaborado o quadro 1, com os critérios de inclusão utilizados para a elaboração desta revisão *scoping*, tendo em conta cada elemento da mnemónica (PCC), tipos de estudo, idioma e data de publicação.

POPULAÇÃO

- **Pessoa idosa** - Pessoa com 65 ou mais anos de idade (WHO, 2015).
- **Insuficiência cardíaca** - é uma patologia provocada por uma anomalia estrutural e/ou funcional do coração que resulta em pressões intracardíacas elevadas e/ou débito cardíaco inadequado em repouso e/ou durante o exercício (Mcdonagh et al, 2021).

- **Família** – Grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum (Moreira et al, 2018).

CONCEITO

- **Capacitação** – É um processo utilizado em múltiplos contextos, com o objetivo de aumentar a capacidade de pensar criticamente e agir de forma autónoma, tendo como resultado o bem-estar, saúde e qualidade de vida (Luz et al, 2020).
- **Autocuidado** - Atividades que as pessoas realizam para manter suas próprias vidas e estilos de vida (Orem, Rempennig, & Taylor (2003) citado por Buck et al, 2016).
- **Gestão** - ações que as pessoas, famílias e comunidade realizam para promover, manter ou restaurar a saúde e gerir as doenças. Podem ocorrer com ou sem o suporte de profissionais de saúde (Ballester et al, 2020).
- **Intervenções de enfermagem** – Qualquer tratamento executado por um enfermeiro, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, para melhorar os resultados do paciente, incluindo incluem cuidado direto e indireto (Guimarães et al, 2001).

CONTEXTO

Optou-se por não incluir a mnemónica contexto (C), porque ao limitarmos as intervenções de enfermagem ao contexto de vida da pessoa idosa com IC e família, não foram encontrados artigos como resultado da pesquisa

TIPOS DE ESTUDO

Serão incluídos os estudos primários, secundários e revisões sistemáticas da literatura de natureza qualitativa, quantitativa

IDIOMA

Artigos redigidos em Português, Inglês e Espanhol

DATA DA PUBLICAÇÃO

O período temporal considerado para a pesquisa corresponde entre 01/01/2016 a 31/12/2021

Quadro 1 - Critérios de inclusão

Estratégia de pesquisa

A revisão *scoping* foi desenvolvida de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Muun, 2020).

A estratégia de pesquisa teve como objetivo identificar estudos de investigação primários, secundários e literatura cinzenta sobre o tema em estudo.

Na estratégia de pesquisa estão incluídas três etapas. A primeira etapa, para a identificação dos artigos, foi realizada através de pesquisas convencionais em bases de dados eletrónicas, *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e o motor de busca *Google*, donde foram extraídas palavras-chave obtidas a partir da linguagem natural. Foram consultados os artigos mais relevantes para a temática em estudo e identificados os principais termos e palavras de pesquisa a utilizar.

Consequentemente, os termos existentes no título e nos resumos dos artigos, foram analisados e introduziram-se os termos de pesquisa em linguagem natural, tendo sido identificados os termos de indexação para cada uma das bases de dados.

Na segunda etapa, as palavras-chave pesquisadas em linguagem natural e termos indexados, foram utilizados numa segunda pesquisa, realizada no mês de novembro de 2021, nas bases de dados *MEDLINE Complete* e *CINAHL Complete*, através da plataforma *EBSCOhost*, tal como se pode verificar no quadro 2.

	Termos em linguagem natural	Termos indexados MEDLINE	Termos indexados CINAHL
População	Elderly Aged Aged, 80 and Over	Aged Aged, 80 and Over	Aged Aged, 80 and Over
	Family	Family	Family
	Heart Failure	Heart Failure	Heart Failure
Conceito	Empowerment	Empowerment	Empowerment
	Self-Management Self-Managed Self-Managing	Self-Management	Self-Management
	Self Care	Self Care	Self Care
	Nursing Interventions	----- ----- -	Nursing Interventions
	Nursing Care	Nursing Care	Nursing Care
	Cardiovascular Nursing	Cardiovascular Nursing	Cardiovascular Nursing
Contexto	----- ----- ---	----- ----- ---	----- ----- --

Quadro 2 - Termos utilizados

Conduzindo-se, concomitantemente, uma pesquisa em inglês relacionando os termos indexados ou em linguagem natural, através dos operadores booleanos “OR” e “AND”, tal como se pode verificar nos quadros 3 e 4.

Estratégia de pesquisa
Motor de busca: EBSCO Host
BASE DE DADOS: CINHAL

FRASE BOLEANNA: [(MM “Aged” OR Aged OR MM “Aged, 80 and Over” OR Aged, 80 and Over OR “Elderly” OR MM “Family” OR Family) AND (MM “Heart Failure” OR Heart Failure)] AND [(MM “Empowerment” OR Empowerment OR MM “Self-Management” OR Self-Management OR Self-Managing OR MM “Self Care” OR Self Care) AND (MM “Nursing Interventions” OR Nursing Interventions OR MM “Nursing Care” OR Nursing Care OR MM “Cardiovascular Nursing” OR Cardiovascular Nursing)]
FILTRO: • Limitadores: Texto completo • Data de publicação: 1 janeiro de 2016 a 31 de dezembro 2021 • Modo de pesquisa: frase booleana

Quadro 3 - Estratégia de pesquisa na CINAHL

Estratégia de pesquisa
Motor de busca: EBSCO Host
BASE DE DADOS: MEDLINE
FRASE BOLEANNA: [(Elderly OR MM “Aged” OR Aged OR MM “Aged, 80 and Over” OR Aged, 80 and Over OR “Elderly” OR MM “Family” OR Family) AND (MM “Heart Failure” OR Heart Failure)] AND [(MM “Empowerment” OR Empowerment OR MM “Self-Management” OR Self-Management OR Self-Managing OR MM “Self Care” OR Self Care) AND (Nursing Interventions OR MM “Nursing Care” OR Nursing Care OR MM “Cardiovascular Nursing” OR Cardiovascular Nursing)]
FILTRO: • Limitadores: Texto completo • Data de publicação: 1 janeiro de 2016 a 31 de dezembro 2021 • Modo de pesquisa: frase booleana

Quadro 4 - Estratégia de pesquisa na MEDLINE

Na terceira etapa, foi realizada uma última pesquisa, com o objetivo de adicionar estudos relevantes, analisando as referências bibliográficas de todos os estudos identificados. Foram excluídos os artigos que se encontravam duplicados, que não estivessem dentro do âmbito da temática, que não se encontravam disponíveis e que não estivessem redigidos em português,

inglês e espanhol. Como fontes de pesquisa foram incluídos todos os estudos publicados nos últimos 5 anos, de 2016 a 2021, com texto integral. O procedimento de identificação e seleção dos artigos, foi realizado por dois revisores de forma independente. Inicialmente foi feita uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e resumos, com o objetivo de rejeitar os que não respondiam aos critérios de inclusão e à pergunta de investigação. Relativamente aos artigos selecionados foi realizada uma leitura integral dos artigos e enquadrados os mesmos nos critérios de inclusão definido.

Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados é feita num fluxograma adaptado do fluxograma PRISMA, desenvolvido por Moher et al em 2009 (figura 1), de modo a permitir um mapeamento dos dados extraídos em função da questão colocada e dos objetivos propostos. Detalhadamente, foram identificados 46 artigos elegíveis na plataforma EBSCOhost, tendo sido acrescentado 1 outro artigo, obtido em outras fontes (revistas e google académico). Após remoção de artigos duplicados permaneceram 43 artigos, e depois da leitura do título e resumo ficaram 27

artigos. Dois desses artigos não se encontravam disponíveis para leitura, mesmo recorrendo ao serviço da biblioteca. Da leitura do texto integral, destes últimos citados, foram selecionados 7 artigos, que integramos na presente revisão *scoping*.

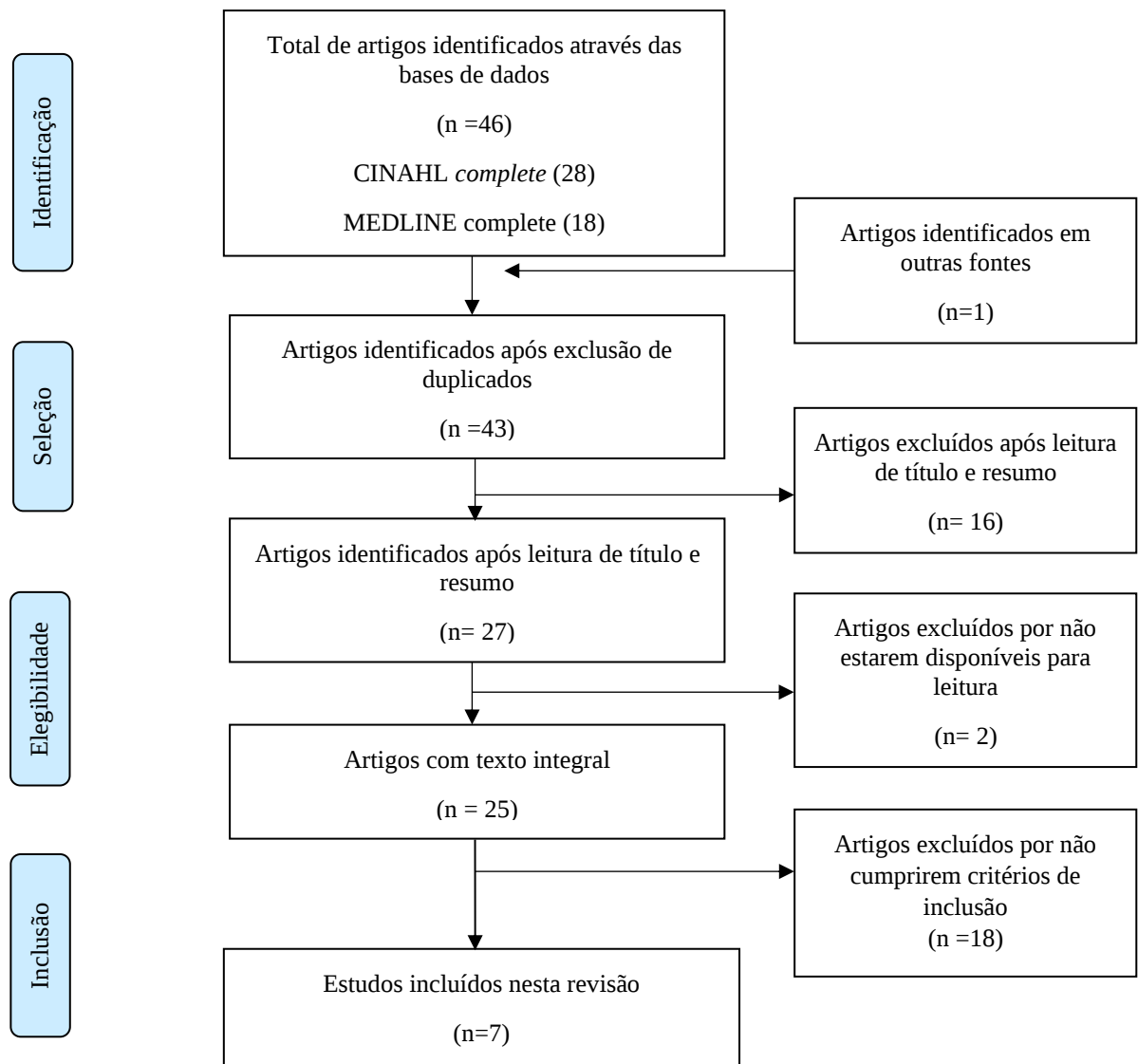


Figura 1- Fluxograma Ilustrativo do processo de seleção de artigos, adaptado de prisma 2009, flow diagram (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG., 2009)

Extração dos dados

Para a extração de resultados dos artigos selecionados, utilizámos como recurso um quadro de extração de dados. O quadro 5, permite visualizar um resumo lógico e descritivo dos resultados em acordo com o objetivo e questão da presente revisão *scoping*. A informação extraída inclui: título; autor(es); ano da publicação; país de origem; objetivos; metodologia/ métodos; participantes; intervenções; conclusões.

Artigo 1	
Título	The development and pilot study of a nurse-led HOME-based Heart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines
Autores	Ying Jiang, Shefaly Shorey, Hoang D Nguyen, Vivien Xi Wu, Choy Yee Lee, Lee Fung Yang, Karen Wei Ling Koh and Wenru Wang
Ano da publicação	2020
País de origem	Singapura
Objetivos	✓ Descrever o desenvolvimento e o teste piloto de uma intervenção enfermagem com vários componentes para um ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia de melhorar o comportamento de autocuidado entre doentes com IC na Singapura ✓ Descrever as intervenções desenhadas e implementadas de forma sistematizada, com implementação simultânea e/ou sequencial de vários estudos, ao longo das fases de desenvolvimento e viabilidade e pilotagem para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas.
Metodologia/métodos	O estudo foi desenvolvido com base no UK Medical Research Council for complex interventions
Participantes	10 participantes com diagnóstico de IC por meio de uma amostra consecutiva. 9 participantes conseguiram completar o estudo piloto, sendo que a maioria eram homens com média idade média de 69,7 anos e 60% dos participantes vivia com a família.
Intervenções	A intervenção deve ser multifatorial: ✓ Intervenções educacionais que maximizam a capacidade do paciente de compreender e implementar comportamentos de autocuidado. ✓ Intervenções comportamentais com foco na construção de habilidades ✓ Intervenções psicossociais que promovem crenças positivas e atitudes em relação ao tratamento prescrito e recomendações de autocuidado.
Conclusões	✓ Abordagem educacional, comportamental e psicossocial conduzida por enfermeiros pode melhorar a gestão da IC. ✓ A utilização de um manual educacional, um <i>kit</i> de ferramentas de autogestão e um aplicativo de <i>smartphone</i> melhoram o autocuidado das pessoas com IC em contexto domiciliar. ✓ O HOM-HEMP pode ajudar as pessoas a controlar a IC em casa, sendo que a transição do hospital para casa é crucial.
Artigo 2	
Título	Nursing care at home patient with heart failure: integrative review
Autores	Fabíola Vlória Freire Silva, Lúcia de Fátima da Silva, Ana Cleide Silva Rabelo

Ano da publicação	2016
Pais de origem	Brasil
Objetivos	Analisar a evidência científica acerca do cuidado de enfermagem no domicílio à pessoa com insuficiência cardíaca
Metodologia/métodos	Revisão integrativa da literatura com amostra final de 17 artigos. Questão: O que os estudos sobre os cuidados de enfermagem no domicílio para pessoas com IC têm identificado?
Participantes	Pessoas com IC e família em contexto domiciliário
Intervenções	A educação para a saúde, em contexto domiciliar deve estar direcionado para uma relação horizontal, dialógica, reflexiva entre os profissionais de saúde e a família, possibilitando que estas encontrem formas e alternativas de solucionar os problemas decorrentes da doença. As intervenções de enfermagem identificadas predominaram aquelas relacionadas ao nível afetivo, como a atenção e o carinho na forma como eles se sentem cuidados: ✓ Conforto, apoio e orientação à família, utilizando uma linguagem adequada considerando a realidade cultural e social de cada família.
Conclusões	✓ Alguns estudos caracterizam a população no domicílio, ressaltando que esta é composta por pessoas, na maioria, idosas. ✓ As publicações analisadas ressaltaram que o domicílio é um contexto para as práticas de enfermagem voltadas à educação para a saúde, com vista à capacitação do indivíduo e da sua família para realizar cuidados preventivos além de identificar sinais e sintomas preditivos de agravamentos da insuficiência cardíaca. ✓ A rede de suporte social é de fundamental importância na gestão de uma doença crônica e proporciona à pessoa o aumento da sua autoestima, de inserção familiar e domínio sobre o seu próprio ambiente.
Artigo 3	
Título	2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure
Autores	Theresa A. McDonagh, Marco Metra, Marianna Adamo, Roy S. Gardner, Andreas Baumgartner, Michael Böhm, Haran Burri, Javed Butler, Jelena Celutkić, Ovidiu Chioncel, John G.F. Cleland, Andrew J.S. Coats, Maria G. Crespo-Leiro, Dimitrios Farmakis, Martine Gilard, Stephane Heymans, Arno W. Hoes, Tiny Jaarsma, Ewa A. Jankowska, Mitja Lainscak, Carolyn S.P. Lam, Alexander R. Lyon, John J.V. McMurray, Alexandre Mebazaa, Richard Mindham, Claudio Muneretto, Massimo Francesco Piepoli, Susanna Price, Giuseppe M.C. Rosano, Frank Ruschitzka, Anne Kathrine Skibelund, ESC Scientific Document Group
Ano da publicação	2021
Pais de origem	Itália
Objetivos	✓ Auxiliar os profissionais de saúde para as melhores estratégias de gestão para uma pessoa com IC. ✓ Facilitar a tomada de decisão dos profissionais de saúde na prática diária
Metodologia/métodos	Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da IC aguda e crônica
Participantes	Pessoas com insuficiência cardíaca e cuidadores e/ou familiares
Intervenções	✓ A educação para a saúde direcionada visa melhorar a capacidade das pessoas com IC no autocuidado e monitorização.

	✓ O cuidado integral e multidisciplinar pode traduzir-se numa redução do número de reinternações por IC e/ou causas gerais, redução da mortalidade e melhoria da qualidade de vida nomeadamente nas pessoas com mais de 65 anos de idade. ✓ As intervenções multidirecionais são obrigatórias devido ao número elevado de pessoas com IC.
Conclusões	✓ As diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia, permitirá implementar os princípios do cuidado coordenado e avaliar adequadamente a eficácia das intervenções educacionais em pessoas com IC. ✓ A educação para a saúde da pessoa com IC e família é uma das intervenções de enfermagem frequentes e inclui tópicos educacionais recomendados pela Associação de enfermeiros de IC.
Artigo 4	
Título	Self-care and improved outcomes: an intervention by heart failure nurse specialists
Autores	Julie MacInnes and Anita Walton
Ano da publicação	2016
Pais de origem	Reino Unido
Objetivos	Avaliar se uma intervenção educativa realizada por uma equipa de enfermeiras especialistas em IC, como parte dos cuidados habituais, melhora o comportamento de autocuidado em pessoas com IC.
Metodologia/métodos	Realizou-se uma pesquisa quantitativa por meio do questionário para Cuidar de Si Mesmo com insuficiência cardíaca para avaliar os níveis de comportamento de autocuidado pré e pós intervenção
Participantes	Pessoas com internamentos em hospitais e serviços de ambulatório com média de 73,5 anos de idade.
Intervenções	Intervenção consiste em: ✓ Informações, educação, conselhos práticos e apoio para iniciar e manter estratégias de autocuidado como parte de um plano de cuidados para todas as pessoas com IC. Intervenção passa pela: ✓ Adesão a comportamentos de estilos de vida, medicação, monitorização e gestão dos sintomas, promovendo o bem-estar, procurando ajuda e conseguir comunicar as alterações existentes.
Conclusões	✓ Uma intervenção educacional por uma enfermeira especialista em IC é eficaz na melhoria geral do autocuidado em pessoas com IC. ✓ A relação construída entre o enfermeiro e a pessoa com IC pode melhorar a adesão às mudanças de estilo de vida recomendadas e apresenta uma oportunidade para os enfermeiros oferecerem um programa de cuidado individualizado e centrado na pessoa.
Artigo 5	
Título	Competence, Compassion, and Care of the Self: Family Caregiving Needs and Concerns in Heart Failure
Autores	Barbara-Jean Sullivan, Linda Marcuccilli, Rebecca Sloan, Irmina Gradus-Pizlo, Tamilyn Bakas, Miyeon Jung and Susan J. Pressler.
Ano da publicação	2016
Pais de origem	Estados Unidos da America

Objetivos	Obter uma compreensão mais profunda da experiência de cuidadores de uma pessoa com IC e descrever as necessidades e preocupações expressas pelos mesmos.
Metodologia/métodos	Metodologia qualitativa descritiva. Foram utilizadas perguntas abertas como parte de um estudo longitudinal
Participantes	✓ 63 pessoas com insuficiência cardíaca com média de idades de 69 anos. ✓ 63 cuidadores familiares.
Intervenções	As intervenções pode ser: ✓ Coaching por telefone, psicossociais e educacionais As intervenções passam por: ✓ Aconselhar, informar e dar suporte emocional às pessoas com IC e cuidadores familiares. A intervenção telefónica: ✓ Perguntas específicas dos cuidadores relacionadas às tarefas de assistência à IC pode ser uma oportunidade para a troca de conhecimento e ideias, ajudar a aliviar o stress e aumentar a confiança do cuidador. As intervenções podem incluir: ✓ trabalhar com os cuidadores para criar um cronograma de cuidados de gestão que inclua a participação de outros membros da família e assistência de indivíduos pagos para realizar tarefas específicas (por exemplo, empregada de limpeza).
Conclusões	✓ Preparar as pessoas com IC e famílias ao longo da gestão da IC tem potencial para facilitar a transição de papéis para as pessoas com IC e família. ✓ A aquisição de conselhos de cuidadores familiares de pessoas com IC ajudará no desenvolvimento de intervenções eficazes destinadas a reduzir a sobrecarga geral do cuidador, melhorando as relações interpessoais no início da IC. ✓ A família pode precisar de encaminhamento para outros profissionais de saúde para apoio emocional e obterem os recursos necessários para realizar as tarefas de cuidado das pessoas com IC e ao mesmo tempo que mantêm a saúde do cuidador familiar. ✓ Intervenções individualizadas são importantes para responder às necessidades e preocupações dos cuidadores familiares, o envolvimento de cuidadores familiares e desenvolvimento de intervenções personalizadas podem resultar numa maneira mais eficaz de abordar os cuidadores familiares com as suas necessidades e preocupações.
Artigo 6	
Título	Community case management and unplanned hospital admissions in patients with heart failure: A systematic review and qualitative evidence synthesis.
Autores	King, A. J. L. , Johnson, R., Cramer, H., Purdy, S., & Huntley, A. L.
Ano da publicação	2018
Pais de origem	Reino Unido
Objetivos	Compreender o contexto de intervenção do gestor de caso da pessoa com IC e o contributo do gestor de caso na redução de admissões hospitalares.

Metodologia/métodos	Revisão sistemática e qualitativa com amostra final de 6 artigos
Participantes	Estudos que na maioria têm pessoas com IC com faixa etária de 72-97 anos, 63-90 anos, 60-88 anos e 73-94 anos
Intervenções	Intervenções do gestor de caso: ✓ Envolvem a monitorização de sinais e sintomas, e educação para a saúde Na presente revisão é referido que as pessoas com IC devem permanecer no seu domicílio, continuar com as atividades normais e gerir a doença de forma a evitar internamentos por descompensação.
Conclusões	✓ Intervenções por parte dos profissionais de saúde, são destacadas como um contributo do aumento da qualidade de vida. ✓ As pessoas com IC destacam o aumento da qualidade do atendimento que receberam através de intervenções de gestor de caso. ✓ Os profissionais de saúde descrevem melhorias no relacionamento entre os profissionais e pessoas com IC através de intervenções de gestor de caso. ✓ Os profissionais de saúde descrevem preocupações sobre os recursos, treino e conflito interprofissional.
Artigo 7	
Título	Nursing research in heart failure care: a position statement of the american association of heart failure nurses (AAHFN)
Autores	Kelly D. Stamp, Marilyn Prasun, Christopher S. Lee, Tiny Jaarsma, Mariann R. Piano and Nancy M. Albert Kelly D. Stamp, Marilyn Prasun, Christopher S. Lee, Tiny Jaarsma, Mariann R. Piano and Nancy M. Albert
Ano da publicação	2018
Pais de origem	Estados Unidos da América
Objetivos	✓ Descrever as mudanças epidemiológicas no atendimento à insuficiência cardíaca ao longo do tempo e o presente impacto social da IC. ✓ Descrever avanços e resultados globais em enfermagem na IC. ✓ Refletir sobre os cuidados de enfermagem nas pessoas com IC, potenciais novos desenvolvimentos e lacunas. ✓ Alertar para desenvolvimento de projetos que devem ser usados para promover validade, sustentabilidade e financiamento de pesquisas futuras em enfermagem na IC.
Metodologia/métodos	Revisão narrativa da literatura
Participantes	Todas as pessoas com IC, mas com especial atenção às pessoas idosas, família e enfermeiros.
Intervenções	Intervenções de gestão: ✓ Monitorização das pessoas com IC após a alta hospitalar, muitas vezes envolvendo a chamada telefónica, acompanhamento e visitas domiciliárias. Intervenções clínicas: ✓ Acompanhamento em clínicas de IC. Intervenções multidisciplinares: ✓ Abordagem holística que preenche a lacuna entre a admissão hospitalar e alta do acompanhamento das visitas domiciliárias.

	As intervenções antes da alta hospitalar: ✓ Educação para a saúde, comunicação e coordenação da IC entre os membros da equipa, bem como a implementação de planos de cuidados individualizados. A educação para a saúde da pessoa com IC e família é uma das intervenções de enfermagem, inclui tópicos educacionais.
Conclusões	✓ Os enfermeiros são essenciais, para cuidar das pessoas com IC e das suas famílias. ✓ Deve haver uma participação das pessoas nos seus cuidados (autocuidado) e intervenções para melhorar os resultados. ✓ Tipos de intervenções mais bem-sucedidas na reeducação de readmissões e manter ou reduzir o custo utilizou visitas domiciliárias em conjunto com contacto telefónico. ✓ Entre as pessoas com IC que estavam anteriormente hospitalizados, as intervenções do gestor de caso liderados por enfermeiros de IC reduziram as readmissões e a duração do internamento.

Quadro 5 - Extração de dados Artigos

Discussão

A presente revisão *scoping* teve como objetivo, mapear a evidência científica relativamente às intervenções de enfermagem promotoras na capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC.

Foram identificados sete artigos de vários países, com publicações datadas entre 2016 e 2021 (5 anos). Quanto ao ano de publicação, verifica-se que três ocorreram no ano 2016, dois em 2018, e um, respetivamente em 2020 e 2021. A data de conclusão dos mesmos aconteceu maioritariamente no ano de 2017 (3 artigos) e os restantes foram em 2013, 2015, 2018 e 2019.

Os estudos incidiram em pessoas idosas com IC e família de vários países, sendo que dois ocorreram, respetivamente, no Reino Unido e Estados Unidos da América e os restantes em Singapura, Brasil e Itália. Não existindo nenhum estudo desenvolvido em Portugal.

Os estudos selecionados tiveram como fundamento a média de idades ser 65 ou mais anos, sem critério de género com IC e família de pessoas idosas com IC. As intervenções de enfermagem enumeradas nos sete artigos estão apresentadas no quadro 6. Foram obtidas através de revisão narrativa da literatura, revisões sistemáticas e qualitativas,

revisão integrativa da literatura, pesquisas quantitativas, diretrizes a nível europeu e estudo desenvolvido com base no *UK Medical Research Council for complex interventions*.

Na análise dos artigos selecionados foi consensual a importância das intervenções promotoras de enfermagem na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC, de forma que estas pessoas obtenham a maior qualidade de vida e menor número internamentos.

Um dos artigos (artigo 1) refere que a intervenção deve ser multifatorial e que este tipo de intervenção permite que a pessoa tome decisões de autocuidado no contexto de vida quotidiana e o desenvolvimento de competências que integram as estratégias de autocuidado para a IC nas rotinas diárias.

É referido também que uma abordagem educacional psicossocial domiciliar, que combina o uso de um manual educacional, um *kit* de ferramentas de autogestão e um aplicativo de smartphone para melhorar a autogestão das pessoas com IC, pode garantir que todos os domínios do autocuidado da IC sejam abordados aumente o apoio social dos cuidadores e profissionais de saúde.

Concomitantemente, um dos aspectos comuns à maioria dos artigos é a importância das intervenções de enfermagem em contexto domiciliário. Tal como é referido no artigo um, a transição do hospital para o domicílio é crucial.

No artigo 2 salienta-se a importância dos cuidados domiciliários como ajuda e suporte. O conforto de ser cuidado no próprio domicílio é um fator que reforça a importância de se trabalhar com a família para o cuidado à pessoa idosa, visto que o cuidado domiciliar diminui o número de hospitalizações e os custos com estas, diminuindo a demanda dos serviços de saúde.

As pessoas e as suas famílias precisam de ser capacitadas inicialmente, mas também precisam ser acompanhados regularmente. O objetivo é que a própria família consiga resolver suas necessidades de cuidados quotidianos, considerando os recursos que ela tem disponível em casa.

O papel do enfermeiro em contexto domiciliar envolve várias metas, como a avaliação das necessidades de saúde da pessoa e da família, estabelecimento de relacionamento com a pessoa e família, e os conhecimentos, práticas e abordagens ideias para cuidar. No artigo 6 é mencionada a importância para as

pessoas com IC manterem-se em casa e continuar com as suas vidas e atividades normais.

Outro aspeto importante, tal como é mencionado no artigo quatro, consiste na informação, educação, conselhos práticos e apoio para iniciar e manter estratégias de autocuidado como parte de um plano de cuidados para todas as pessoas. O autocuidado pode ser considerado como adesão a comportamentos de estilo de vida, medicação, monitorização e gestão de sintomas, promovendo o bem-estar.

Denotámos ainda que as intervenções de *coaching* por telefone pode fornecer uma oportunidade para a troca de conhecimentos e ideias, ajudar a aliviar o stress e aumentar a confiança do familiar e da pessoa (artigo 5).

Este tipo de intervenção, segundo o artigo 7, em conjunto com visitas domiciliárias são uma mais-valia na redução de readmissões.

Uma vez que as evidências apoiam intervenções individualizadas, esta pode ser considerada uma abordagem eficaz para corroborar as necessidades e preocupações dos familiares e da pessoa com IC.

O artigo 6 faz referência à importância do gestor de caso, pois pode contribuir com o seu sucesso na redução de internamentos hospitalares.

As intervenções do gestor de caso envolvem o monitoramento de sinais e sintomas, educação e informação.

Autores do artigo anteriormente citado, sugeriram ainda que as intervenções de autogestão poderiam ter um efeito benéfico na vida das pessoas com IC. Pessoas com IC que relataram autocuidado mais eficaz tiveram melhor qualidade de vida, menor mortalidade e taxas de readmissão do que aqueles que relatam autocuidado insatisfatório (artigo 7).

Todos os artigos evidenciam a importância das intervenções de enfermagem no cuidar das pessoas com IC e das suas famílias. De referir a importância do trabalho multidisciplinar, incluindo o enfermeiro de IC, como membro da equipa (artigo 3). Este deve desempenhar um papel ativo na monitorização da condição física e psíquica da pessoa com IC, acompanhando-a no internamento hospitalar, planear a intervenção após a alta hospitalar e envolver a pessoa e/ou a família no autocuidado, cooperação efetiva e comunicação com a equipa.

Por fim referimos como principais limitações desta revisão, o condicionamento linguístico, que se restringiu a Português, Inglês e Espanhol, e ainda o número restrito de artigos nos últimos 5 anos. Uma das

limitações encontradas na realização desta revisão *scoping*, foi a população encontrada nos artigos. Poucos foram aqueles que abordaram somente a pessoa idosa com IC, contudo ao longo da leitura, a grande maioria dos participantes são pessoas com idade de 65 ou mais anos.

Nesta revisão não foi identificado o nível de evidencia de cada artigo consultado, visto não fazer parte dos critérios de uma revisão *scoping*.

Intervenções de enfermagem promotoras na capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca
Intervenções educacionais
Intervenções comportamentais
Intervenções psicossociais
Intervenções do gestor de caso
Intervenções <i>coaching</i>
Intervenções por via telefónica

Quadro 6- Intervenções referidas pelos artigos da revisão *scoping*

Considerações finais

A realização desta revisão *scoping* permitiu demonstrar que nos últimos cinco anos, em Portugal, não existem estudos sobre as intervenções de enfermagem promotoras na capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da IC. Neste sentido os dados obtidos nos estudos, revelam que a prevalência da IC

tem aumentado nos últimos anos a nível mundial e servem como dados de referência com o objetivo de alertar sobre um problema potencial.

O impacto negativo que a IC provoca na população idosa e família, nomeadamente na qualidade de vida, e consequentemente, nos gastos do serviço Nacional de Saúde, faz com que deva existir uma atuação em diferentes níveis. Um maior investimento a nível académico, profissional e das instituições de saúde para o desenvolvimento de estudo, programas e ações direcionadas para IC poderão melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e família, evitar internamentos e consequentemente menos gastos em saúde.

Para tal, a população idosa e família, deverá ser retratada de forma realista de modo a desenvolver medidas preventivas adequadas e eficazes, atuando não só a nível hospitalar, mas aumentar a atuação em contexto de ambulatório e domiciliário.

A realização desta revisão *scoping*, trouxe a consciencialização da importância de atuar em contexto domiciliário, atuando consoante as necessidades da pessoa idosa e família, com os utensílios/materiais que utilizam diariamente, de forma a gerir a IC. Ou seja, a intervenção de enfermagem deve

ser ajustada às necessidades específicas de cada pessoa e família, promovendo a capacitação para o autocuidado.

De salientar que a influência exercida pelos enfermeiros, através procura constante de melhoria do conhecimento na área e experiência, torna-se importante para a melhoria do autocuidado da pessoa idosa com IC e família. Para além disso, uma outra estratégia poderá ser os a utilização de novas tecnologias, manuais educativos e telefones como meios para capacitar a pessoa idosa e família na gestão da IC.

A falta de investimento em Portugal, torna-se evidente salientar, pois o impacto negativo na sociedade e o aumento da prevalência, poderia abrir novos horizontes para o desenvolvimento de estudos nesta área, promovendo a qualidade de vida e autonomia na gestão da IC nas pessoas idosas e família.

Referências bibliográficas

Al-Hammouri, M., M., Rababah, J. A., Hall, L., A., Moser, D., K., Dawood, Z., Jawhar, W. & Alawawdeh, A. (2020). Self-care behavior: a new insight of the role of impulsivity into decision making process in persons with heart failure. *BMC*

- Cardiovascular Disorders*, 20 (349). DOI: 10.1186/s12872-020-01617-8
- Aromataris E, & Muun Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In JBI Manual for Evidence Synthesis. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01
- Ballester, M., Orrego, C., Heijmans, M., Alonso-Coello, P., Versteegh, M. M., Mavridis, D., Groene, O., Immonen, K., Wagner, C., Canelo-Aybar, C., Sunol, R., & COMPAR-EU consortium (2020). Comparing the effectiveness and cost-effectiveness of selfmanagement interventions in four high-priority chronic conditions in Europe (COMPAR-EU): a research protocol. *BMJ open*, 10(1). DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034680
- Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. (2018). Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), 67-492. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000055
- Buck, H., Harkness, K., Ali, M., Carroll, S., Kryworuchko, J. & McGillion, M. (2016). The Caregiver Contribution to Heart Failure Self-Care (CACHS): Further Psychometric Testing of a Novel Instrument. *Research in Nursing & Health*, 1-12. DOI: 10.1002/nur.21775
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I. & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Portuguese Journal of Cardiology*, 37(2), 97-104. DOI: 10.1016/j.repc.2017.11.010
- Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., Franco, F., Rodrigues, T., Morais, J. & Cardoso, J. (2017). Pela Melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal- Documento de consenso. *Portuguese Journal of Cardiology*, 36(1), 1-8. DOI: 10.1016/j.repc.2016.10.006
- Guimarães, H. & Barros, A. (2001). Classificação das intervenções enfermagem. *Revista Escola Enfermagem Universidade São*

- Paulo, 35 (2), 130-134. Acedido em 15/01/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z9kFxqkg764RYF6dTLyqdsK/?format=pdf&lang=pt>
- Im, J., Mak, S., Upshur, R., Steinberg, L. & Kuluski, K. (2019). The Future is Probably Now?: Understanding of illness, uncertainty and end-of-life discussion in older adults with heart failure and family caregivers. *Health expectations*, 22, 1331-1340. DOI: 10.1111/hex.12980
- Jordão, T. (2019). A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação (dissertação de mestrado). Acedida em: 15/01/2022. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4854/1/Tânia%20Mesquita%20Jordão%202019.pdf>
- Ketilsdottir, A., Ingadottir, B. & Jaarsma, T. (2019). Self-reported health and quality of life outcomes of heart failure patients in the aftermath of a national economic crisis: a cross-sectional study. *ESC Heart Failure*, 6, 111-121. DOI: 10.1002/ehf2.12369
- Luz, E., Bastos, F. & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-10. DOI: 10.12707/RV20025
- McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S., Baumbach, A., Böhm, M. ... Skibellund, A. (2021). European Society of Cardiology: Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42 (36), 3599 - 3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (The PRISMA Group) (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. Disponível em: https://www.hvt-journal.com/docs/author_corner/PRISMA-2009-Flow-Diagram-MS-Word.pdf
- Moreira, T., Rollo, A., Torre, R., & Cruz, M. (2018). Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. *Revista Portuguesa*

- Medicina Geral Familiar*, 34, 229-36. Acedido em: 15/01/2022. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12482/11450>
- Róin, T., Lakjuni, K., Kyhl, K., Thomsen, J., Veyhe, A., Róin, Á., Jan, R. & Marin, S. (2019). Knowledge about heart failure and self-care persists following outpatient programme- a prospective cohort study from the Faroe Islands. *International Journal Of Circumpolar Health*, 78 (1). DOI: 10.1080/22423982.2019.1653139.
- Sethares, K., Asselin, M. (2017). The effect of guided reflection on heart failure self-care maintenance and management: A mixed methods study. *Heart & Lung*, 1-7. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.03.002
- Silva, F., Silva L., Rabelo, A. (2016). Nursing care at home patient with heart failure: integrative review. *Revista Online de Pesquisa*, 8 (4), 4914-4921. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4914-4921
- Sousa, J., (2019). O Autocuidado em Pessoas Com Insuficiência Cardíaca (Tese de Doutoramento). Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32147/1/JoanaPereiraSousa_Tese.pdf
- Souza, P. & Queluci, G. (2014). A rate de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: considerações para a prática assistencial na enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 6(1), 153-167. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p153
- World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. Acedido em 18/02/2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2019). O autocuidado pode ser uma parte eficaz dos sistemas nacionais de saúde. Acedido em: 09/07/2021. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/02-04-2019-self-care-can-be-an-](https://www.who.int/news/item/02-04-2019-self-care-can-be-an)

effective-partof-national-
health-systems

Yu, D., Wong, J., Yan, B., Yan, Tsang, K. & Chow, K. (2019). The effects and cost- effectiveness of an empowerment-based self-care programme in patients with chronic heart failure: A study protocol. *Journal Adv Nurs*, 75, 3740– 3748. DOI: 10.1111/jan.14162

Zaharova, S., Litwack, K., Gopalakrishnan, S., Ellis, J. & Saltzberg, M. (2021). Self-management in Heart Failure: The Importance of Self-regulation but not Complexity of Condition. *Western Journal of Nursing Research*, 1–8. DOI: 10.1177/0193945921997428

Apêndice IV

Resumo submetido nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém

TÍTULO: Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família

SUB-TÍTULO: Que intervenções de Enfermagem?

AUTORES: Catarina Silva, Maria Emília Brito

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma problemática emergente e preocupante na população portuguesa e principalmente na população idosa. É uma doença crónica grave que afeta mais de 26 milhões de pessoas em todo o mundo, reduzindo significativamente a qualidade de vida, aumenta o risco de hospitalização e mortalidade (Ding et al, 2020). Afeta aproximadamente 1 em cada 100 pessoas com idade acima de 65 anos, e a sua prevalência está a aumentar com o envelhecimento da população a nível mundial (Guo et al, 2019). Em Portugal, a prevalência global de IC foi estimada em 4,36%, atingindo 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca, 2018). A IC é responsável por 1-4% de todas as hospitalizações, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9% (Fonseca, 2017). Dados provisórios de 2016, indicam um aumento de internamentos em Portugal, por IC com mais 3169 internamentos comparativamente a 2011, representando assim um aumento de 20,3% (DGS, 2017). Existem vários fatores que contribuem para a diminuição do número de hospitalizações como a criação de programas multidisciplinares dedicados à gestão da IC (Fonseca, 2018).

OBJETIVOS

Identificar intervenções de enfermagem promotoras da gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família.

METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura recorrendo à plataforma *ESBCOhost* nas bases de dados *CINAHL complete* e *MEDLINE complete*.

RESULTADOS

São descritas três componentes essenciais do autocuidado na IC: manutenção que se refere à adesão ao tratamento e comportamentos saudáveis; gestão de sintomas, que envolve monitorizar, reconhecer e interpretar os mesmos; e tomada de decisão também conhecida como resposta aos sintomas quando estes ocorrem (Jiang et al, 2020).

Neste sentido é necessária uma intervenção eficaz para promover a gestão da IC, tendo em conta que existe um défice de conhecimento sobre a IC, a atribuição incorreta dos sintomas da IC e a baixa compreensão da associação entre os sintomas e a doença (Jiang et al, 2020). Para diminuir a taxa de readmissão hospitalar e de mortalidade, é importante apoiar a pessoa com IC e família, além de criar acompanhamentos adequados (Negarandeh et al, 2019) na gestão do

autocuidado, passando pela educação para a saúde, promoção da adesão ao plano de tratamento e recomendações de autocuidado (Jiang et al, 2020).

DISCUSSÃO

Os enfermeiros têm um papel no controle da IC ajudando as pessoas idosas a desenvolver competências durante as diferentes fases da doença (Oscalices, 2019).

Devem capacitar as pessoas com IC passando por explicar as causas, sintomas e evolução da doença, bem como estilo de vida saudável, (Krzesinesqui et al, 2021), como por exemplo: praticar exercícios consoante os sinais e sintomas; evitar grandes volumes de ingestão de líquidos (1,5L/-2L por dia); ter uma alimentação saudável (por exemplo evitar mais 5 g de sal por dia); ser capacitado sobre imunização para algumas doenças; evitar hábitos tabágicos e etanólicos (McDonagh et al, 2021).

Segundo Krzesinesqui et al (2021), a capacitação na autogestão e monitorização de sinais e sintomas passa por: reconhecer mudanças nos sinais e sintomas, e ser capaz de reagir; como e quando entrar em contato com um profissional de saúde; fornecer informações individualizadas para apoiar a autogestão, por exemplo, aumento da dispneia, edemas ou aumento súbito de peso superior 2 kg em 3 dias (McDonagh et al, 2021).

Estas intervenções de autocuidado poderão ser feitas em vários contextos com a participação de um familiar, cuidador ou amigo de modo a acompanhar a pessoa com IC, envolvendo-os num trabalho conjunto (McDonagh et al, 2021).

Apêndice V

Poster: “Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que intervenções de Enfermagem”

1. Enfermeiro(a) servidora do Hospital de Santa Rita, CHULQ, Mestrando do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem/Médico-Cirúrgica, na Área de intervenção: Pessoa Idosa da ESEL (catarina@campus.esel.pt).

INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

METODOLOGIA

RESULTADOS

DISCUSSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oscalices M., Okuno, M., Batista, R., Campanharo C. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem* 53, 1-7. DOI: 10.1590/S1980-220X2017039803447

Apêndice VI

Resumo submetido no XIII Encontro coração e família

TÍTULO: Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que intervenções de Enfermagem?

INTRODUÇÃO: A Insuficiência Cardíaca (IC) problemática na população idosa. Afeta aproximadamente 1 em cada 100 pessoas 65 ou mais anos e a sua prevalência está a aumentar com o envelhecimento (Guo et al, 2019). Em Portugal, a prevalência global de IC foi estimada em 4,36%, atingindo 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca, 2018). A IC é responsável por 1-4% das hospitalizações, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9% (Fonseca, 2017). A criação de programas multidisciplinares dedicados à gestão da IC, contribuem para a diminuição do número de hospitalizações (Fonseca, 2018).

OBJETIVOS: Identificar intervenções de enfermagem promotoras da gestão da IC na pessoa idosa e família.

METODOLOGIA: Revisão narrativa da literatura recorrendo à plataforma ESBCOhost nas bases de dados CINAHL complete e MEDLINE complete.

RESULTADOS: São descritas 3 intervenções de enfermagem promotoras da gestão da IC na pessoa idosa e família: promoção da adesão ao regime terapêutico ou medicamento; gestão de sintomas, que envolve monitorizar, reconhecer e interpretar os mesmos; e tomada de decisão também conhecida como resposta aos sintomas quando estes ocorrem (Jiang et al, 2020). Neste sentido é necessária uma intervenção de enfermagem para promover a gestão da IC (Jiang et al, 2020), apoiando a pessoa com a pessoa idosa com IC e família neste processo (Negarandeh et al, 2019).

DISCUSSÃO: As intervenções de enfermagem passam por capacitar as pessoas idosas com IC e família na gestão da doença: explicar a patologia, as causas, sintomas e evolução da doença, bem como estilo de vida saudável, (Krzesinesqui et al, 2021): praticar exercícios; evitar a ingestão de grande volume de líquidos; alimentação saudável; sobre a vacinação; evitar hábitos tabágicos e etanólicos (McDonagh et al, 2021). A capacitação na autogestão e monitorização de sinais e sintomas passa por: reconhecer mudanças nos sinais e sintomas, e ser capaz de reagir; como e quando entrar em contato com um profissional de saúde; fornecer informações individualizadas para apoiar a autogestão (Krzesinesqui et al, 2021). Estas intervenções poderão ser feitas em vários contextos com a participação de um familiar, cuidador ou amigo envolvendo-os num trabalho conjunto (McDonagh et al, 2021).

Apêndice VII

Publicação efetuada no jornal da Unidade Saúde Familiar

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: COMO GERIR?



A USF Rodrigues Miguéis, à data, tem cerca de 46,5% pessoas com mais de 65 anos.

A partir dos 65 anos, existe uma tendência para o aparecimento de uma ou mais doenças associadas o que poderá reduzir a qualidade de vida da pessoa. Esta evidência resulta num impacto negativo, tanto para as pessoas individualmente como para toda a sociedade.

Uma das doenças com grande impacto na qualidade de vida das pessoas é a insuficiência cardíaca.

A insuficiência cardíaca ocorre quando existe uma alteração estrutural e/ou funcional do coração, em que o coração não bombeia sangue suficiente para suprimir as necessidades do organismo.

Pode ter como causas a doença arterial coronária, hipertensão arterial, patologia valvular, arritmias, miocardiopatias, cardiopatia congénita, infeções, alguma terapêutica, distúrbios metabólicos, patologia endomiocárdica, patologia neuromuscular, patologia pericárdica e ainda amiloidose, sarcoidose e neoplasias.

Os sinais e sintomas desta doença são a dispneia, aumento do peso, cansaço, tornozelos/ pés/ pernas/abdómen edemaciados (inchados), necessidade de dormir com mais almofadas, edema pulmonar, ritmo cardíaco acelerado e perda de apetite.

Para evitar a descompensação desta doença deve haver, por exemplo uma administração correta da medicação, alimentação saudável (evitando a ingestão de sal

superior 5g por dia), cessação tabágica e evitar bebidas alcoólicas, redução de ingestão de líquidos (evitar mais do que 1,5L/2L por dia) e adaptação da atividade física consoante os sinais e sintomas.

A gestão de sinais e sintomas é igualmente importante e envolve vigiar e monitorizar: o peso avaliado em jejum e comparar com valores dos dias anteriores (ter em **atenção ao aumento do peso superior 2Kg em 3 dias**); verificar se tem de aumentar o número de almofadas para dormir; verificar se os pés/tornozelos/pernas/abdómen estão edemaciados (inchados); verificar se tem maior dificuldade no desempenho das tarefas diárias.

É de realçar que a insuficiência cardíaca tem um grande impacto na vida da pessoa e daí a importância de reconhecer os sinais e sintomas de alerta de agravamento da doença, prevenindo hospitalizações e readmissões. Este problema, caso não seja prevenido, tem grandes repercussões tanto na pessoa com insuficiência cardíaca como na sua família, nos serviços de saúde e na sociedade em geral.

Posto isto, é importante que haja a participação de um familiar, cuidador ou amigo, de modo a acompanhar a pessoa com insuficiência cardíaca neste processo.

A comunicação com o médico e/ou enfermeiro de referência são fundamentais, ajudando na gestão da resposta aos sinais e sintomas quando estes ocorrem.

Enfª Catarina Alexandra Simões Silva, Estudante do Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, com supervisão da [REDACTED]

Apêndice VIII

Resumo da participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico, subordinado ao tema: “E se não houvesse enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”

V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico

Nos dias 26/10, 27/10 decorreu o V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico.

Foram afloradas áreas temáticas distintas como revisão sistemática da literatura e escrita científica, diversos cursos como *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e cuidados paliativos não oncológicos, conferências onde se discutiu o papel do enfermeiro especialista nas questões de liderança e onde emerge a liderança dos enfermeiros especialistas na prevenção no controlo de infeção. Foi evidenciada a resposta multidisciplinar à pessoa em situação crítica, em contexto pandémico e onde decorre por exemplo a necessidade de refletir sobre as estratégias para a promoção da literacia em saúde. Mencionada ainda a ampla contribuição dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na sua intervenção à pessoa em situação de doença crónica, os desafios para enfermagem especializada na pessoa idosa com doença crónica, telemonitorização na pessoa em situação crónica, projetos europeus na área do doente crónico, entre outros.

Neste evento, para além das mesas que decorram nestes dias, painéis e conferencias, decorreram 2 grupos de trabalho que nem todos tiveram acesso, nos quais se discutiram e debateram, segundo a presidente executiva do congresso, 2 desafios emergentes, que são eles: a investigação em enfermagem médico-cirúrgica como prioridade e a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados na área de médico-cirúrgica, ajudando no futuro a responder à questão e tema do evento “E se não houvesse enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica?”.

Os momentos de reunião proporcionados, possibilitaram a discussão e o debate entre todos, tanto enfermeiros especialistas na área de médico-cirúrgica bem como estudantes inscritos no evento, de modo a ultrapassar um dos desafios latentes referido ao longo do evento, que é o reconhecimento dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na prática de enfermagem.

Dos temas abordados, foi feita uma apresentação de dados de atuação, que justifica a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, deixando a reflexão sobre a intervenção em vários contextos, intervenções essas que vão desde o hospital à comunidade.

Esteve inerente, durante os discursos que cada vez mais, com o envelhecimento da população, é importante valorizar a formação, a qualidade de cuidados e promoção de intervenções especializadas junto da pessoa idosa, com a avaliação avançada das necessidades em saúde das pessoas, cuidadores ou família, gestão da transição dos cuidados e também das circunstâncias que podem provocar alterações específicas na população idosa. A questão da liderança clínica dos especialistas nas equipas multiprofissionais e por fim a questão da investigação que é muito importante, havendo uma atuação com base na investigação e no desenvolvimento científico que promovam as práticas claramente baseadas na evidência.

Não só o assunto da pessoa idosa esteve inserido no tema da doença crónica mas também temas como a telemonitorização que demonstraram como é que o enfermeiro especialista de enfermagem médico cirúrgica deve contribuir para a vanguarda nos cuidados, no papel preponderante na decisão clínica e na referenciação, sendo que esta tecnologia trouxe no ponto de vista dos cuidados antecipatórios sobre as necessidades das pessoas e houve um impacto significativo, nomeadamente na taxa de utilização do serviço nacional de saúde e por inerência nos custos em saúde.

Foi ainda demonstrado que os cuidados especializados à pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, ambulatorio, domiciliário e comunitário, através da hospitalização domiciliária por exemplo. Em qualquer dos contextos, o que se pretende é cuidar da pessoa e maximizar o ambiente terapêutico da pessoa que vive com doença crónica. A mais-valia do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica vai muito para além do procedimento de técnicas, incluindo também a sua capacidade em antecipar em tempo útil situações de agudização, na sua capacidade de atuação em situações de urgência e na sua tomada de decisão.

A criação de projetos, contribuição e o envolvimento do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é de extrema relevância na área da doença crónica promovendo assim a qualidade de cuidados na vida das pessoas na diversidade de doenças crónicas, nomeadamente na pessoa idosa.

O desafio constante passa pelo enfermeiro não olhar para a doença, mas sim para a pessoa na sua dimensão holística porque com o envelhecimento da população, a pessoa tem mais predisposição para a multimorbilidades e a relevância, bem como o impacto que tem para cada pessoa é diferente. O enfermeiro não deve fazer esta fragmentação de cuidados em saúde em que é só dada importância por exemplo ao reumatismo, ou

hipertensão arterial e é nesta fragmentação de cuidados de saúde que vamos perdendo a qualidade e continuidade de cuidados.

A estratégia para a promoção da literacia em saúde foi também tema, tendo em conta que existem cada vez mais pessoas idosa com doenças crónicas, que têm baixos níveis de escolaridade, poucos estudos e baixos rendimentos. Foi óbvio através dos dados apresentados, verificar que sem literacia em saúde as pessoas ficam mais doentes, há mais mortes prematuras e a literacia em saúde “salva-vidas”, havendo menos internamentos e menos mortes. É importante que as pessoas tenham mais autocuidado, conheçam os fatores de risco e sejam mais proativos na sua saúde. A literacia é um desafio para todos e são necessárias ações específicas para implementar a autonomia dos cidadãos, qualificação e competência dos enfermeiros especialistas. O cidadão tem o dever de exigir os melhores cuidados e para isso tem de ser empoderado através da literacia em saúde, envolvido e responsabilizado pela promoção da sua saúde. Sendo assim, impõe-se aos enfermeiros, enquanto agentes determinantes na promoção da literacia em saúde, o desenvolvimento de iniciativas promotoras do empoderamento dos cidadãos.

Outro dos temas abordados foi a questão da liderança na prevenção e no controlo da infeção. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica segundo a preletora, constrói, ensina, verifica e monitoriza ideia da prevenção e do controlo de infeção. Existe uma responsabilidade na formação de pares e elos dinamizadores. Apesar de ter sido uma apresentação simplificada do trabalho realizado na prevenção e no controlo da infeção, a liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, passa por pensar e fazer acontecer mesmo que seja um processo complexo e desafiante.

De forma a concluir, neste evento foi evidente que, que vivemos numa sociedade cada vez mais globalizada onde a troca de experiência e conhecimento são fundamentais para engrandecer a visibilidade da excelência dos cuidados prestados aos destinatários dos serviços de enfermagem.

A partilha, o debate e a reflexão que este congresso promoveu em torno das quatro áreas de especialização da enfermagem médico-cirúrgica, pautaram-se pelos enunciados publicados no regulamento 429/2018, regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica, nas áreas de enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatoria e crónica.

O perfil de competências específicas visa providenciar um padrão regulador para a certificação das competências e transmitir aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais de saúde.

Como tema do congresso, foi-se respondendo à questão colocada na sessão solene, se não houvesse enfermeiros especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de maneira a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem? Foi notório, ao longo deste evento que muitos dos ganhos em saúde, devem-se a cada um dos especialistas enfermagem médico-cirúrgica que estiveram presentes e partilharam a sua experiência como voz ativa em projetos inovadores por exemplo, aplicando as competências e partilhando experiências, nos variados contextos, proporcionando o progresso nesta profissão e especialidade. Em Portugal existem 5339 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e esta pandemia veio comprovar que a especialização dos profissionais de saúde é fundamental em tempos de crise, desde que seja tido em conta, adequação, dotação e qualificação, pois sem isto não será possível prestar cuidados especializados de qualidade que as pessoas têm direito, tal como partilhado.

Por fim, importa realçar que o enfermeiro especialista deve deter o conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem tendo em conta as respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde. É essencial este tipo de evento para que haja uma oportunidade de partilha de experiências, conhecimento e refletir sobre a prática de enfermagem médico-cirúrgica, onde a intervenção é tao relevante, através do elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, estabelecidos no conjunto de competências especializadas. A investigação e formação são pilares fundamentais para alcançar qualidade dos cuidados de enfermagem, na medida em que o conhecimento adquirido é utilizado para o desenvolver uma prática baseada na evidencia, melhorar a qualidade de cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Apêndice IX

Resumo da participação nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém

TÍTULO: Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família

SUB-TÍTULO: Que intervenções de Enfermagem?

AUTORES: Catarina Silva, Maria Emília Brito

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma problemática emergente e preocupante na população portuguesa e principalmente na população idosa. É uma doença crónica grave que afeta mais de 26 milhões de pessoas em todo o mundo, reduzindo significativamente a qualidade de vida, aumenta o risco de hospitalização e mortalidade (Ding et al, 2020). Afeta aproximadamente 1 em cada 100 pessoas com idade acima de 65 anos, e a sua prevalência está a aumentar com o envelhecimento da população a nível mundial (Guo et al, 2019). Em Portugal, a prevalência global de IC foi estimada em 4,36%, atingindo 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca, 2018). A IC é responsável por 1-4% de todas as hospitalizações, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9% (Fonseca, 2017). Dados provisórios de 2016, indicam um aumento de internamentos em Portugal, por IC com mais 3169 internamentos comparativamente a 2011, representando assim um aumento de 20,3% (DGS, 2017). Existem vários fatores que contribuem para a diminuição do número de hospitalizações como a criação de programas multidisciplinares dedicados à gestão da IC (Fonseca, 2018).

OBJETIVOS

Identificar intervenções de enfermagem promotoras da gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família.

METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura recorrendo à plataforma *ESBCOhost* nas bases de dados *CINAHL complete* e *MEDLINE complete*.

RESULTADOS

São descritas três componentes essenciais do autocuidado na IC: manutenção que se refere à adesão ao tratamento e comportamentos saudáveis; gestão de sintomas, que envolve monitorizar, reconhecer e interpretar os mesmos; e tomada de decisão também conhecida como resposta aos sintomas quando estes ocorrem (Jiang et al, 2020).

Neste sentido é necessária uma intervenção eficaz para promover a gestão da IC, tendo em conta que existe um défice de conhecimento sobre a IC, a atribuição incorreta dos sintomas da IC e a baixa compreensão da associação entre os sintomas e a doença (Jiang et al, 2020). Para diminuir a taxa de readmissão hospitalar e de mortalidade, é importante apoiar a pessoa com IC e família, além de criar acompanhamentos adequados (Negarandeh et al, 2019) na gestão do autocuidado, passando pela educação para a saúde, promoção da adesão ao plano de tratamento e recomendações de autocuidado (Jiang et al, 2020).

DISCUSSÃO

Os enfermeiros têm um papel no controlo da IC ajudando as pessoas idosas a desenvolver competências durante as diferentes fases da doença (Oscalices, 2019).

Devem capacitar as pessoas com IC passando por explicar as causas, sintomas e evolução da doença, bem como estilo de vida saudável, (Krzesinesqui et al, 2021), como por exemplo: praticar exercícios consoante os sinais e sintomas; evitar grandes volumes de ingestão de líquidos (1,5L/-2L por dia); ter uma alimentação saudável (por exemplo evitar mais 5 g de sal por dia); ser capacitado sobre imunização para algumas doenças; evitar hábitos tabágicos e etanólicos (McDonagh et al, 2021).

Segundo Krzesinesqui et al (2021), a capacitação na autogestão e monitorização de sinais e sintomas passa por: reconhecer mudanças nos sinais e sintomas, e ser capaz de reagir; como e quando entrar em contato com um profissional de saúde; fornecer informações individualizadas para apoiar a autogestão, por exemplo, aumento da dispneia, edemas ou aumento súbito de peso superior 2 kg em 3 dias (McDonagh et al, 2021).

Estas intervenções de autocuidado poderão ser feitas em vários contextos com a participação de um familiar, cuidador ou amigo de modo a acompanhar a pessoa com IC, envolvendo-os num trabalho conjunto (McDonagh et al, 2021).

Apêndice X

Resumo da participação no XIII Encontro coração e família

XIII Encontro Coração e Família

Nos dias 25/11, 26/11 e 27/11 decorreu o XIII Encontro Coração e Família, dirigido a profissionais e estudantes de áreas ligadas à saúde, sendo que o último dia foi destinado à comunidade. Este evento foi dividido em três áreas, dando ênfase no primeiro dia aos novos desafios que o Covid-19 veio criar direta e indiretamente ao contexto da Cardiologia. No segundo dia foram mencionados fatores de risco das doenças cardiovasculares, bem como das últimas inovações tecnológicas no seu tratamento. O último dia foi dedicado à comunidade, de modo a promover a partilha e procura de respostas aos anseios das pessoas com doença cardíaca e seus familiares.

Ao longo deste evento houve espaço destinado à apresentação oral de comunicações livres ou posters de trabalhos científicos desenvolvidos na área da cardiologia, de forma a promover novos valores e proporcionar discussão sobre outras perspetivas. Neste contexto realizei um resumo para submeter no XIII Encontro Coração e Família sobre um poster intitulado: “Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que Intervenções de Enfermagem?”. A submissão do resumo foi aceite e apresentado neste evento, no primeiro dia, proporcionando momento de discussão no final da apresentação. Este momento teve como objetivo contribuir e colaborar na divulgação de resultados de modo a estarmos mais atentos na procura de ganhos em saúde nas pessoas com problemas cardíacos.

No início foram apresentados dados que demonstraram que a Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia muito prevalente em Portugal e exige muito dos sistemas de saúde porque uma pessoa com IC utiliza muitos recursos de saúde, nomeadamente internamentos e serviços de urgência. Para reduzir estes números tem que haver um investimento no tratamento farmacológico e não-farmacológico. Este investimento pode ser feito através de um trabalho conjunto em equipa multidisciplinar, sendo que o enfermeiro tem um papel importante na equipa, ajudando na prevenção das hospitalizações e na gestão da IC.

Não foram abordados, apenas, assuntos sobre a IC, mas maioritariamente houve o enfoque e apresentação de dados sobre a alteração dos estilos de vida provocados pela pandemia e alternativas para melhorar.

Os cinco níveis de prevenção foram referidos como principais estratégias para melhorar os estilos de vida saudáveis e foram enunciadas medidas adotadas no nosso país para promover os hábitos de vida saudáveis. Foram destacadas várias medidas, como a

Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, referente à utilização do tabaco que pretendeu prevenir o tabagismo, como fator de risco para doenças cardiovasculares. Mais tarde a Lei n.º 75/2009 de 12 de agosto foi publicada com o intuito de melhorar os hábitos alimentares que estabelecia o teor do sal no pão e ainda restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas, como a Lei n.º 30/2019, 23 de abril.

Uma das medidas implementadas em 2017 foi ainda o projeto piloto “Um serviço Nacional de saúde promotor da atividade física – Modelo Português” aplicado em algumas unidades de ACES e unidades hospitalares. No âmbito dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares a prevenção primária e secundária foram mencionadas com maior destaque, em termos de rastreio de fatores de risco, através da avaliação da pressão arterial, perfil lipídico e glicemia. Torna-se igualmente importante promover estilos de vida saudáveis através da promoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática de exercício físico.

Evidenciou-se a importância de haver uma consciência sobre a possibilidade de encaminhamento das pessoas para as áreas que necessitam de intervenção como consultas de nutrição e cessação tabágica.

Foi ainda referido a importância do encaminhamento para um profissional de atividade física e ainda para as equipas de tratamentos do *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências* (SICAD), no caso de apresentarem comportamentos de dependência e adição.

Posto isto, mesmo com as restrições devido à pandemia os profissionais de saúde podem e devem ser proativos na promoção de estilos de vida saudáveis.

Apresentaram ainda dados do inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto da pandemia Covid-19. Após a versão em 2020, compararam comportamentos da população portuguesa em 2021 e em relação aos hábitos alimentares verifica-se que houve uma alteração nos hábitos alimentares e há um ligeiro predomínio de melhoria nos comportamentos. A principal razão deve-se ao aumento do número de refeições efetuadas no domicílio, havendo um maior consumo de produtos hortícolas e de água, e houve uma diminuição de ingestão de refeições pré-preparadas. Relativamente à atividade física, os dados evidenciam que as pessoas mantiveram-se mais ou igualmente ativas. Na atividade física estruturada/organizada à um predomínio nas caminhadas, e na atividade física integrada nas tarefas diárias há um predomínio nas limpezas domésticas e subir e descer escadas.

Relativamente à ingestão de álcool, dados apresentados pelo SICAD, verificou-se que os jovens diminuíram o consumo de álcool, estando este associado à diminuição de atividade social, mas por outro lado, a restante população começou a ingerir mais álcool.

Foram apresentados exemplos de educação para a saúde e de literacia em saúde, utilizados para divulgar uma mensagem e contribuir para os ganhos em saúde da população.

Foram abordados assuntos como a importância do exercício físico nas pessoas idosas. O exercício físico é benéfico nesta população desde que cumpram alguns pressupostos como ambiente controlado, intensidade mais baixa, sem dor e exercícios globais-multiarticulares, promovendo a musculatura dos membros inferiores para ajudar a manter a autonomia nas tarefas diárias e evitar quedas por exemplo.

Não só o exercício físico foi mencionado como um tópico importante para prevenir doenças cardiovasculares mas a alimentação saudável também tem igual importância, nomeadamente na ingestão do sal.

Foi feita uma apresentação dos dados de consumo de sal da população portuguesa alimentos com mais sal, bem como alternativas para a redução da quantidade de sal na alimentação.

Houve vários contributos para ajudar e capacitar a pessoa para uma alimentação saudável, como a leitura do rotulo para identificar a quantidade de sal no produto e a leitura do código de cores para que seja mais fácil a discriminação da quantidade de sal.

Posto isto foi evidenciado também a *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) que foi criada especialmente com enfoque na hipertensão arterial e tem vindo a contribuir para a melhoria dos ganhos em saúde.

Através de dois estudos de caso apresentados de duas pessoas com IC, verificou-se que a atuação por parte da equipa multidisciplinar nos fatores de risco pode influenciar na melhoria de sinais e sintomas.

A partilha de vários profissionais de diversas áreas da saúde contribuiu para uma melhor compreensão de vários temas, fazendo com que possamos capacitar estas pessoas da melhor forma promovendo qualidade de vida às mesmas.

É de concluir que este evento contribuiu para que consiga capacitar a pessoa idosa com IC nos comportamentos de autocuidado que vão ao encontro da alimentação saudável e exercício físico por exemplo. Ainda de referir que tornou-se igualmente importante ouvir as partilhas das pessoas com problemas cardíacos e seus familiares.

Apêndice XI

Reflexões da prática de cuidados

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica Área
de intervenção em Enfermagem à pessoa Idosa**

Estágio com relatório

Reflexões da prática de cuidados

Catarina Alexandra Simões da Silva


Lisboa
janeiro 2022

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica Área
de intervenção em Enfermagem à pessoa Idosa**

Estágio com relatório

Reflexões da prática de cuidados

Catarina Alexandra Simões da Silva

Professora Orientadora:
Idalina Delfina Gomes
Professora Coorientadora:
Maria Emília Campos Brito

**Lisboa
Janeiro, 2022**

Índice

Introdução

1.	Situações vivenciadas na prática de cuidados	5
1.1.	Situação Um	5
1.2.	Situação Dois	8
1.3.	Situação Três	11
2.	Considerações finais.....	13
3.	Referências bibliográficas	14

Introdução

As presentes reflexões da prática de cuidados surgem, como proposta de indicador de avaliação das atividades e resultados esperados para o desenvolvimento do projeto intitulado “Capacitar a pessoa idosa e família na gestão da insuficiência cardíaca: Intervenções especializadas de enfermagem”, no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório com Estágio do 12º Curso de Pós-Licenciatura/Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa.

A reflexão torna-se uma atividade presente no nosso quotidiano, mas nem sempre com o intuito de aprendizagem através do nosso pensamento.

O ciclo reflexivo de Gibbs (1998), irá estar presente transmitindo o conhecimento obtido, desenvolvido e aprofundado, tornando-se enriquecedor. O mesmo apresenta seis etapas e pode ser aplicado em qualquer situação de modo a refletir sobre a mesma. Nas presentes situações vivenciadas na prática irão ser enunciadas as etapas do ciclo reflexivo anteriormente citadas, passando pela descrição, detalhada da situação analisada, a percepção e avaliação da mesma, reflexão sobre o que foi positivo ou menos positivo e o que correu bem ou menos bem, a análise da situação numa perspetiva ampliada, conclusão, e ação, pois uma reflexão leva-nos a planear as áreas e competências que são necessárias trabalhar.

Este documento tem como objetivo apresentar reflexões sobre três situações vivenciadas ao longo das semanas de estágio, que decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca (HDIC) da área geográfica de Lisboa. Procurei refletir sobre a minha vivência profissional em estágio, recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs, fazendo sempre a ligação entre a evidência científica e o desenvolvimento de competências na prática de cuidados.

Esta análise reflexiva das três situações da prática de cuidados irá mobilizar conhecimentos adquiridos noutras UC, promovendo a minha autonomia, capacidade reflexiva, desenvolvimento pessoal e profissional. Estando sempre presente o método de aprendizagem e reflexivo.

O mesmo é constituído por várias partes com a introdução, situações vivenciadas na prática de cuidados, considerações finais e referências bibliográficas de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1. Situações vivenciadas na prática de cuidados

1.1. Situação Um

A situação de cuidados que irei descrever reporta-se a vivência com uma pessoa idosa, o Sr. Francisco (nome fictício), escolhendo chamar a pessoa pelo nome fictício, salvaguardando a sua identidade e anonimato.

Foi realizada uma visita domiciliária em contexto de cuidados de saúde primários, para sensibilização da administração da vacina da gripe e do Covid-19 a uma pessoa idosa que se encontrava acamada.

Durante essa visita encontrava-se o esposo (Sr. Francisco), com 86 anos e a filha que é cuidadora da mãe. Ao avaliar a pressão arterial do esposo, este referiu que tinha insuficiência cardíaca (IC) e que fazia “medicação todos os dias para a pressão arterial e para o coração” (SIC). Mencionou ainda que era acompanhado na consulta de cardiologia e HDIC da área geográfica de Lisboa de 6 em 6 meses.

Nesse momento, questionou-me a razão de só poder beber 1,5L por dia, sendo que essa informação tinha sido fornecida pela enfermeira do HDIC. Naquele momento foi feita educação para a saúde, sobre comportamentos de autocuidado associados a esta patologia, pois segundo Jiang et al (2020) o autocuidado envolve adesão ao tratamento, avaliação e controlo dos sintomas. Expliquei como é que a ingestão elevada de fluídos poderia ser um problema e eventuais sinais e sintomas de descompensação da patologia em questão. Os sinais e sintomas passam pelo aparecimento de edemas, dificuldade respiratória e aumento de cansaço. Para Sousa et al (2021), o objetivo é melhorar a capacidade das pessoas com IC de reconhecerem que o aumento dos sintomas, pode levar a hospitalizações. O mesmo autor refere que as pessoas com IC consideram a sobrecarga de fluídos e o reconhecimento de sintomas como os mais difíceis de detetar e gerir pelas próprias. É importante que haja uma gestão diária de fluídos, planeando uma ingestão de 1,5l de líquidos por dia (incluindo sopa, leite, água, café, chá e iogurte por exemplo) e reforçar a importância de contactar o médico ou enfermeiro de referência quando o aumento dos sintomas ou aumento de peso de dois quilogramas (Sousa et al, 2021).

Para além da ingestão de fluídos, abordei o senhor sobre a importância da alimentação saudável e dos malefícios da elevada ingestão de sal, sendo que o mesmo referiu de forma mais repentina que: “com a minha idade tenho direito a comer tudo o que quero” (SIC).

Após estas últimas palavras do senhor, surgiu um silêncio por parte de ambos. Cada vez mais existe um aumento da prevalência de pessoas idosas com IC e normalmente estas pessoas apresentam sintomas que afetam as suas capacidades funcionais e qualidade de vida, que resultam em hospitalizações (Sezgin et al, 2017). As pessoas idosas, normalmente apresentam várias doenças crónicas, tal como a IC e sentirem que têm que cumprir com restrições associadas a essas doenças crónicas, torna este processo ainda mais difícil.

Sem dúvidas que estas pessoas já têm muitas limitações e referir que tem que deixar de comer alguns alimentos e deixar beber determinadas bebidas, representaria uma perda de “alguns prazeres da sua vida”.

Nesta experiência vivenciada, apesar da intervenção inicial ser direcionada à cuidadora da esposa do Sr. Francisco, tornou-se importante interagir com o Sr. Francisco, não só porque tinha IC e défice de conhecimento em determinadas áreas, mas porque aquele diálogo fez com que refletisse e ficasse a pensar nas suas palavras. Como aspeto positivo retirei o fato de conseguir transmitir alguma informação pertinente sobre a IC, de modo a capacitá-lo, mas por outro lado fiz com que o Sr. Francisco visse a minha intervenção como uma imposição e não uma negociação, ao referir várias vezes que não podia ter certos comportamentos, comer alguns alimentos e beber determinadas bebidas.

Numa perspetiva ampliada, apesar de a intervenção não ter corrido da melhor forma, a forma repentina como o Sr. Francisco respondeu não ajudou, fazendo com que ficassem sem reação no momento, mas o meu comportamento desencadeou esta reação. Desta situação aprendi a tentar resolver e encontrar alternativas no momento, quebrando o silêncio surgido na conversa.

Consequentemente esta situação contribuiu para o meu percurso de desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista, como por exemplo em técnicas de comunicação que me permitirão adaptar a comunicação à pessoa, identificando primeiro as necessidades da pessoa, no reconhecimento da gestão da doença crónica como um fator de stress e ainda na capacidade para lidar com questões complexas.

Essencialmente esta experiência pode ter sido influenciada pela má comunicação, pois basta a pessoa não entender uma palavra para a frase não fazer sentido para a própria e consequentemente, a pessoa agir consoante o que pensa que percebeu e ouviu.

Teria ainda a alternativa de ter um discurso de negociação, fazendo com que o Sr. Francisco sempre que tivesse uma dúvida, entraria em contacto com a enfermeira de família, como elemento que se encontrava presente na situação de modo a pedir ajuda

caso necessitasse. Como aprendizagem, percebi que a comunicação não foi feita da forma mais correta, e que em para situações futuras, terei mais cuidado na maneira como comunico.

Numa situação semelhante à ocorrida, terei que me focar e avaliar melhor a forma como comunico e as palavras que utilizo, de modo a atingir melhores resultados na capacitação das pessoas idosas e suas famílias na gestão da IC.

1.2. Situação Dois

Nesta situação de prestação de cuidados, irei reportar uma vivência com um casal de pessoas idosas, o Sr. Alberto e a Sr^a. Luz (nomes fictícios). Dirigiram à USF para consulta com médico de família após internamento por IC descompensada por parte do Sr. Alberto que também apresentava demência num estado avançado.

O Sr. Alberto e a Sr^a. Luz, antes do contacto com o médico de família dirigiram-se ao gabinete da enfermeira de família (enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção da pessoa idosa) para que, tanto eu como a enfermeira de família, pudéssemos capacitá-los e prevenir internamentos por IC.

Iniciei a abordagem à Sr^a. Luz, questionando sobre como tinha corrido o internamento, mas verifiquei que esta encontrava-se exausta referindo que “não me sinto muito bem, mas tenho que ter força para continuar a cuidar dele” (SIC). Naquele momento não direccionou o seu discurso para a minha questão e eu não interrompi.

A mesma encontra-se à espera de uma vaga para descanso do cuidador na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Este casal era acompanhado pela assistente social devido a contacto prévio pela enfermeira de família.

Questionada sobre o que sentia especificamente, referiu: “sinto uma dor no peito, cansada e às vezes sem força... hoje por exemplo só de pensar que tinha que o vestir para sair de casa, apanhar táxi e vir para o centro de saúde, nem dormi toda a noite e comecei logo a ficar com uma pontada no coração” (SIC). A Sr^a. Luz, de forma lábil e emotiva referiu que o único filho que tinha, encontrava-se internado numa instituição há um ano, após um acidente de viação, e que o objetivo era conseguir uma vaga para o seu esposo, nessa mesma instituição, para posteriormente conseguir visitar os dois em simultâneo. Até essa situação ser resolvida é acompanhada pela assistente social e tem acompanhamento domiciliário para prestação de cuidados de higiene no período da manhã.

A Sr^a. Luz referiu que não tinham família na zona de Lisboa, e manifestou que o que mais lhe custa neste momento era mudar a fralda porque o Sr. Alberto, este colabora muito pouco e segundo a mesma “se não mudar frequentemente a fralda, a roupa fica toda suja” (SIC). Questionada sobre a correta utilização da fralda esta exemplificou, a colocação de uma fralda com um boneco e verificou-se que estava a colocar a fralda de forma incorreta. De seguida, com o mesmo boneco, expliquei e exemplifiquei como devia proceder para utilizar corretamente a fralda.

Por fim, a Sr^a. Luz, emocionada, agradeceu a ajuda e dirigiu-se para a consulta com o médico de família, visto que o mesmo já tinha solicitado a presença de ambos.

Quando este casal se dirigiu ao gabinete da enfermeira de família, o objetivo de intervenção era outro e senti que teria uma oportunidade para intervir na temática em estudo. Logo que comecei a ouvir a Sr^a. Luz percebi que essa não era a prioridade naquele momento, sentindo que de facto, existem mais problemas para além daqueles que são documentados e visíveis. Segundo Andrade et al (2020), o envelhecimento acarreta um aumento nas perdas, tanto físicas quanto sociais, défices cognitivos e motores, aparecimento de doenças crónicas, fraqueza muscular, e comprometimento da capacidade funcional da pessoa idosa. Fui sentindo que, ao longo da consulta ouvir a Sr^a. Luz e perceber as suas dificuldades era mais importante do que capacitá-los para a gestão da IC e que a própria sentiu-se muito agradecida por aquele momento de educação para a saúde.

Após esta situação, verifico que foi benéfico ter acontecido este momento, apesar de ter outro objetivo de intervenção. Talvez a abordagem inicial não tenha sido feita da melhor maneira, porque não tive uma visão holística e queria intervir apenas na capacitação da gestão da IC, prevenindo futuros internamentos.

Ao explicar e exemplificar a correta utilização da fralda num boneco, consegui aplicar alguns dos dez princípios psicopedagógicos das aprendizagens significativas de Zabala & Anau (2010). Este tema foi abordado na UC Supervisão Clínica e foi benéfico aplicá-lo nesta situação. Foi utilizado o princípio pedagógico “Esquemas de conhecimento e conhecimentos prévios” ao intervir, tendo em conta que há o conhecimento de que algo não está certo na utilização da fralda, contudo tornou-se pertinente a formação acerca da correta utilização da mesma. Foi ainda utilizado o princípio pedagógico “Vinculação profunda entre os novos conteúdos e os conhecimentos prévios”, ao perguntar sobre o que já sabe, foi tido em conta seus conhecimentos prévios para introduzir novos conteúdos ou aprofundar outros. No fundo, adequou-se o que se está a ensinar ao conhecimento prévio.

Serviu como contributo para refletir sobre o papel do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção da pessoa idosa, sobre o cuidar de pessoas idosas e família em situação de doença crónica e /ou crónica agudizada e sua família em contexto extra-hospitalar na área de enfermagem médico-cirúrgica vertente de especialização pessoa idosa. Ao observar de forma participativa a intervenção entre a enfermeira de família contribuiu para refletir sobre a articulação entre as entidades e serviços prestadores de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde

primários e diferenciados bem como a ação na área de intervenção da pessoa idosa mobilizando conhecimentos, científicos, técnicos e éticos do cuidado em enfermagem. Foi notório que esta situação contribuiu para ganhos de saúde da pessoa idosa, com a intervenção do enfermeiro.

Apesar de a Sr^a. Luz, com a conversa, ter demonstrado alguma labilidade emocional, talvez tenha sido o momento que a mesma precisaria para partilhar com alguém um dos seus problemas, e tanto eu como a enfermeira de família tentámos apaziguar a sua preocupação e angústia, deixando-a desabafar e procurarmos arranjar alternativas de ajuda.

A educação para saúde foi feita ao encontro das necessidades educativas da Sr^a. Luz, neste caso e identificam-se cuidados especializados a estas pessoas idosas que necessitam de ajuda. Importante também de referir que ao exemplificar como utilizar corretamente uma fralda, houve capacitação da pessoa idosa com o uso de comunicação não verbal recorrendo à capacidade de memória visual.

Após esta avaliação, se me deparasse com a mesma situação novamente teria uma abordagem inicial diferente. É muito importante realizar uma avaliação inicial das situações e só depois poder intervir seguindo o que entendo como resposta mais correta para o mesmo problema. Não posso olhar para uma pessoa tendo só “aquele” problema, mas como um todo e que poderão existir mais problemas não só relacionados com patologias, mas sociais ou familiares que poderão colocar em causa a saúde. Segundo Andrade et al (2020), o enfermeiro tem um papel importante na promoção do autocuidado, priorizando o autocuidado na realização das atividades diárias, que dependem ou não do agravamento parcial ou total da função.

Ajudou-me a desenvolver competências de mestre e de enfermeira especialista ao construir estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa idosa e ao identificar/ estabelecer oportunidades de melhoria, mesmo não sendo os que inicialmente estavam estabelecidos. Por fim desenvolvi a capacidade para lidar com questões complexas e desenvolver soluções e respostas para as mesmas.

Neste caso, como futura enfermeira especialista na área de médico-cirúrgica, na área de intervenção à pessoa idosa, terei que intervir na pessoa idosa de forma holística, não me focando apenas no que eu acho que é importante intervir, mas sim no que é pertinente e prioritário intervir naquele momento.

1.3. Situação Três

A terceira e última situação reportada refere-se a uma visita domiciliária realizada pela equipa de enfermagem do HDIC, com o intuito de verificar a preparação e administração de medicação da Sr^a. Lúdia (nome fictício).

Nesta situação vivenciada, quando eu e a enfermeira do HDIC nos encontrávamos a verificar a preparação da medicação, verificámos que a Sr^a. Lúdia não tinha muitos medicamentos e a mesma referiu que ainda “não tinha ido à farmácia comprar” (SIC).

Referi imediatamente que a administração da medicação era um dos aspetos mais importantes na gestão da IC, e que os medicamentos iriam ajudá-la a ter mais qualidade de vida. Quando mencionei o referido, a Sr^a. Lúdia começou a chorar referindo que “o dinheiro da reforma não dá para a casa e para os medicamentos e neste momento tive que fazer uma escolha” (SIC).

A Sr^a. Lúdia ao desabafar de forma lábil e emotiva sobre a razão pela qual não fazia uma correta administração de medicamentos, provocou um silêncio e de imediato coloquei a minha mão sobre o ombro da mesma e referi que iríamos encontrar uma solução, nomeadamente falar com a assistente social do hospital.

A enfermeira que me acompanhava tentou também acalmar a Sr^a. Lúdia, perguntando se não tinha família ou alguém que a pudesse ajudar. A resposta foi que não tinha ninguém e que geria a situação sozinha.

A visita domiciliária acabou com o compromisso que iríamos falar com a assistente social, o mais rápido possível, mas que até a situação ficar resolvida, o HDIC iria facultar a medicação em falta.

A adesão à medicação é um dos aspetos importantes para o autocuidado da IC e senti que tinha um papel importante ao demonstrar quão importante é cumprir com a medicação prescrita. No momento que a Sr^a. Lúdia referiu que não comprava a medicação por questões monetárias, senti tristeza pela mesma estar a passar pela situação referida, mas também senti que deveria ter perguntado primeiro qual o motivo porque não comprava a medicação em vez de enunciar a importância do cumprimento medicamentoso. A minha abordagem fez com que a Sr^a. Lúdia ficasse mais lábil e com vergonha da situação. Contudo, muitas vezes as pessoas idosas têm dificuldade e constrangimento em partilhar as suas fragilidades de forma clara e aberta e penso que o facto de a Sr^a. Lúdia, tê-lo feito demonstrou confiança em mim e na enfermeira que me acompanhava.

Desta vivência retiro aspectos positivos, porque caso não tivesse acontecido não iríamos saber que a Sr^a. Lídia se encontrava naquela situação e não conseguiríamos tentar arranjar uma solução. Contudo a minha prioridade deveria ter sido perceber o porquê do sucedido e não capacitá-la para a importância da administração dos medicamentos, como se a opção do incumprimento medicamentoso fosse a falta de conhecimento. Apesar de tudo, penso que a visita domiciliária correu bem, no que diz respeito ao compromisso final feito por parte das enfermeiras presentes. Foram tomadas medidas de apoio (facultada medicação pelo HDIC) até haver uma resposta social de apoio.

O papel da enfermeira que me acompanhava foi fundamental, apaziguando a situação, ao dar o seu contributo, claramente que ajudou a Sr^a. Lídia a ficar mais calma, dado que ambas as profissionais referiram o mesmo e procuravam uma solução.

Depois de avaliar a situação consigo tirar algumas conclusões. Esta vivência foi constrangedora mas não podia ter corrido da melhor forma, pois fez com que eu percebesse que nem sempre as pessoas recorrem ao incumprimento medicamentoso por opção. Os comportamentos das mesmas têm uma justificação e antes de capacitá-las tem que existir uma avaliação e perceber o porquê da situação acontecer, antes de qualquer intervenção.

A justificação do comportamento irá influenciar a intervenção realizada pelo enfermeiro. Se me deparasse novamente com uma situação semelhante teria essa mesma atitude.

Neste tipo de situações necessito de fazer uma melhor avaliação inicial, para depois encontrar uma solução e intervir da melhor maneira. Ao ter esse comportamento futuramente irei evitar situações como a da Sr^a. Lídia.

Como futura enfermeira mestre e especialista na área de médico-cirúrgica, na área de intervenção à pessoa idosa, terei que desenvolver competências para abordar temas difícil e frágeis que me possam surgir.

2. Considerações finais

A elaboração destas reflexões sobre a prática de cuidados, tornou-se um desafio, mas permitiu que refletisse sobre situações vivenciadas que aconteceram no meu percurso de estágio.

Permitiu-me identificar o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) no meu percurso de estágio, nomeadamente na melhoria contínua da qualidade, no que diz respeito à identificação de oportunidades de melhoria, no estabelecimento de prioridades de melhoria e selecionar estratégias de melhoria para proporcionar maior qualidade de vida à pessoa idosa e família por exemplo.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal refleti e contribui para a construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa idosa e família, e participei na construção da tomada de decisão em equipa. Ao longo da minha reflexão tentei basear a praxis clínica em evidência científica indo assim ao encontro do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. As competências comuns de enfermeiro especialista não foram as únicas identificadas, sendo que o presente documento permitiu também identificar o desenvolvimento de competências do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), na capacidade de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, intervindo assim da melhor forma ou refletir sobre o que poderia fazer melhor numa situação complexa idêntica. Foi ainda importante saber aplicar os conhecimentos e ter uma capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares,

As vivências descritas e refletidas sob o ciclo reflexivo de Gibbs permitiram desenvolver competências que futuramente serão mobilizadas na prestação de cuidados como futura mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidar à pessoa idosa.

3. Referências bibliográficas

- Andrade, M., R., L., Leite, F., A., Alves, J., P., Diniz, Í., V., A., Manoel Freire de Oliveira Neto, M., F., O. (2020). Desafios enfrentados pelos idosos acerca da perda gradativa de autonomia: revisão integrativa. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73514>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Oxford Further Education Unit
- Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V., X., Lee, C. Y., Yang, L., F., Koh, K., W., L., Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guideline. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 212–222. DOI: 10.1177/1474515119872853
- Regulamento n.º 140/ 2019 (2019). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II (n.º 26 de 2019-02-06), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Sezgin, D., Mert, H., Ozpelit, E., Akdeniz, B. (2017). The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 17-26. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013
- Sousa, J., P., Neves, H., Pais-Vieira, M. (2021). Does Symptom Recognition Improve Self-Care in Patients with Heart Failure? A Pilot Study Randomised Controlled Trial. *Nursing Reports*, 11, 418-429. DOI: 10.3390/nursrep11020040
- Zabala, A., Arnau, L. (2010). Como aprender e ensinar competências, in: Araújo, C. (Eds.). São Paulo: ARTMED

Apêndice XII

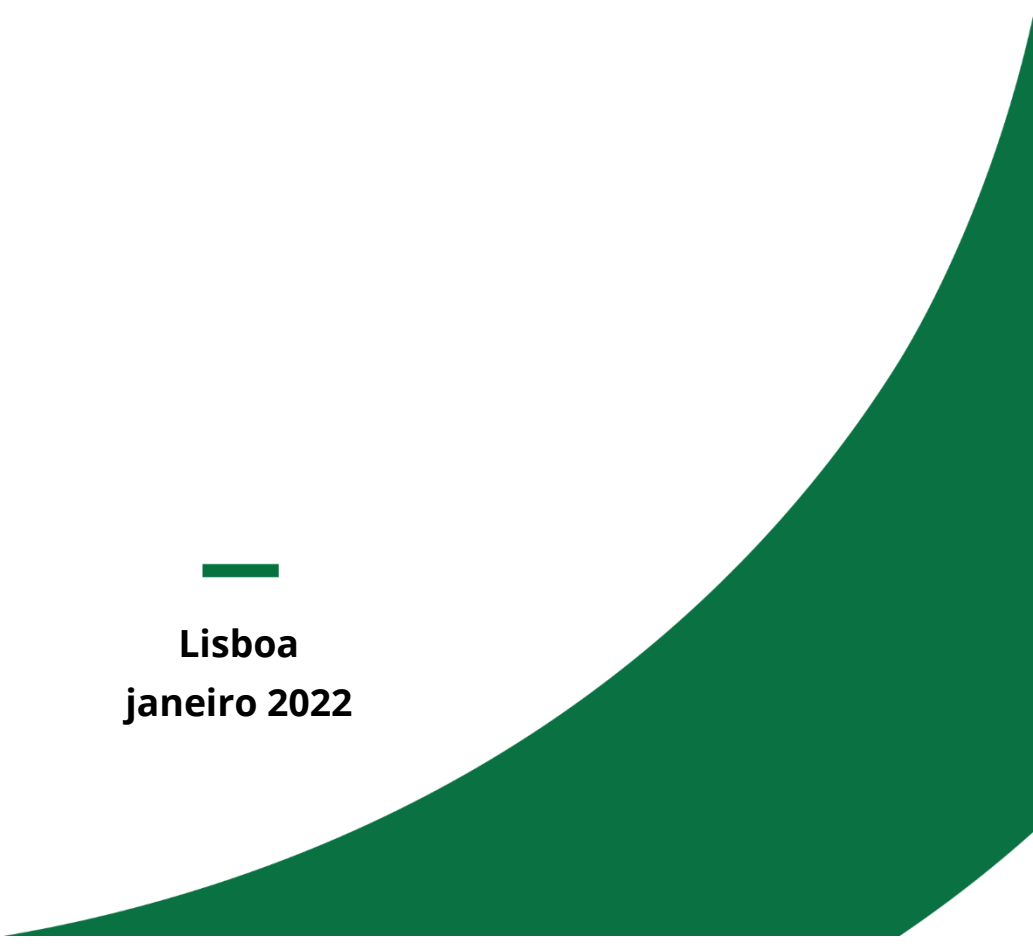
Estudo de caso

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica Área
de intervenção em Enfermagem à pessoa Idosa**

Estágio com relatório

Uma pessoa idosa com Insuficiência Cardíaca

**Lisboa
janeiro 2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica Área
de intervenção em Enfermagem à pessoa Idosa**

Estágio com relatório

Uma pessoa idosa com Insuficiência Cardíaca

Catarina Alexandra Simões da Silva

Professora Orientadora:
Idalina Delfina Gomes
Professora Co-Orientadora:
Maria Emília Campos Brito

Lisboa
Janeiro, 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. A PESSOA IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	7
2. ESTUDO DE CASO	11
2.1. Identificação da pessoa idosa e família	12
2.1.1. Genograma	13
2.1.2. Ecomapa	15
2.2. Antecedentes pessoais	16
2.2.1. Medicação	17
2.3. História atual	17
2.4. Avaliação multidimensional segundo o modelo de autocuidado de Orem	18
2.5. Plano de Cuidados	23
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO I	35
ANEXO II	37
ANEXO III	39
ANEXO IV	41
ANEXO V	43
ANEXO VI	45
ANEXO VII	47
ANEXO VIII	49
ANEXO IX	51
ANEXO X	53
ANEXO XI	55
ANEXO XII	57

INTRODUÇÃO

A elaboração de um estudo de caso tornou-se pertinente de forma a desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa e tendo em conta a implementação do projeto intitulado “*Capacitar a pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca: Intervenção especializada de Enfermagem*” em contexto de estágio na Unidade Curricular Estágio com relatório.

O modelo teórico de enfermagem utilizado para melhor compreensão do tema em estudo é o de Dorothea Orem com Teoria Geral do Défice do Autocuidado. Segundo Orem (2001), esta teoria geral é composta por três teorias relacionadas entre elas: a teoria do autocuidado segundo a qual descreve como e o porquê das pessoas cuidarem de si próprias; a teoria do défice de autocuidado que explica a razão das pessoas poderem ser ajudadas através da enfermagem; por ultimo a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. Consequentemente, esta teoria é um resumo do conhecimento sobre o autocuidado, das atividades de autocuidado, das necessidades de autocuidado terapêutico, do défice de autocuidado e da ação de enfermagem.

A escolha deste modelo conceptual incide por apresentar pressupostos e tópicos que são uma mais-valia, como por exemplo o conceito autocuidado que é definido como “desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Orem, 2001, p.223). Tudo isto torna-se enriquecedor no desenvolvimento de conhecimento da temática em estudo, através do estudo de caso de modo a “explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenómeno” (Andrade et al, 2017, p. 2.).

Segundo Andrade et al (2017), no âmbito de enfermagem, o método estudo de caso tem sido utilizado em diferentes vertentes como por exemplo saúde do idoso, contribuindo assim para a melhoria das práticas ao investigar os cuidados de enfermagem sob a ótica da pessoa identificada, familiares e profissionais.

Tornou-se assim pertinente a identificação de uma pessoa idosa com insuficiência cardíaca (IC), no sentido de elaborar um estudo de caso durante a realização do estágio em contexto clínico, nomeadamente no Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca (HDIC).

A IC é uma doença crónica que afeta mais de 26 milhões de pessoas em todo o mundo, reduzindo significativamente a qualidade de vida, aumenta o risco de hospitalização e mortalidade (Ding et al, 2020). Afeta aproximadamente 1 em cada 100 pessoas com idade acima de 65 anos, e a sua prevalência está a aumentar com o envelhecimento da população a nível mundial (Guo et al, 2019). Em Portugal, a prevalência global de IC foi estimada em 4,36%, atingindo 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e 16,14% acima dos 80 anos (Fonseca 2018). A IC, é responsável por 1-4% de todas as hospitalizações, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9% (Fonseca, 2017).

Torna-se importante aumentar a consciencialização para a IC, o que facilitará o diagnóstico precoce, a referenciação das pessoas e possibilitará uma gestão correta da IC (Fonseca, 2018). Capacitar as pessoas com IC, torna-se benéfico, para que estas, posteriormente consigam tomar uma decisão na procura de cuidados de saúde e consequentemente evitar admissões hospitalares (Sousa, 2019).

Foi assim identificada uma pessoa idosa do sexo masculino com 70 anos de idade em contexto ambulatorio e domiciliário nomeadamente em visita domiciliária e consulta em regime de ambulatorio no HDIC. De referir que neste caso foi dado o consentimento verbal e colaboração para a descrição dos factos. Contudo não irão ser referenciados nomes relacionando esse facto com a proteção de dados referentes às pessoas idosas e seus familiares.

Para a identificar as problemáticas associadas a esta pessoa idosa e família, foram utilizadas algumas escalas de avaliação como escala de Barthel, a escala de APGAR familiar, a escala de Borg, o questionário de qualidade de vida Minnesota - Avaliação basal, a escala de Lawton & Brody, a escala de Morse, a classificação funcional da marcha de Holden, a escala de depressão geriátrica, a escala de avaliação da situação socio-familiar de Gijon, a escala europeia de autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca (EACPIC) e medida de adesão aos tratamentos (MAT).

A linguagem segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) irá ser utilizada para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, utilizada nos registos informáticos em ambos os ensinamentos clínicos.

Este trabalho inclui a exposição da problemática recorrendo à evidência científica, apresentação e caracterização da pessoa idosa, a apreciação e o respetivo plano de cuidados, segundo o modelo de autocuidado de Orem, por fim serão apresentadas as considerações finais.

1. A PESSOA IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Portugal tal como outros países da Europa, tem registado um aumento da longevidade e da população idosa (Direção Geral de Saúde, 2017). Este aumento tem um impacto avassalador na sociedade, exigindo adaptações por parte de alguns serviços como os sistemas de saúde (DGS, 2017). Consequentemente as alterações e adaptações referidas anteriormente devem-se ao facto do envelhecimento ser constituído por mudanças biológicas, associado aos danos cumulativos moleculares e celulares, provocados pelo avanço da idade. Estes danos biológicos levam a uma perda progressiva fisiologicamente, provocando o maior risco de doenças e um declínio gradual da pessoa (OMS, 2015).

Torna-se assim relevante compreender o envelhecimento humano para perceber as dificuldades com que as pessoas idosas se deparam.

Muitas vezes é difícil para os profissionais de saúde e famílias, separar os fatores biológicos dos patológicos, desvalorizando as queixas da pessoa idosa, atrasando o diagnóstico precoce e o tratamento (Sequeira, 2018).

Segundo OMS (2015), aos 65 anos de idade a deficiência auditiva, visual e o declínio físico como os movimentos relacionados com a idade, resultam consequentemente em doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, doenças respiratórias crónicas, cancro e demências. O envelhecimento é associado ao risco de sofrer mais do que uma doença ao mesmo tempo, conhecido como multimorbilidade.

Devido às várias alterações nos sistemas orgânicos, muitas vezes ao mesmo tempo, as capacidades funcionais e psicológicas podem comprometer a sua independência e autonomia (Sequeira, 2018), e consecutivamente a sua qualidade de vida. Consequentemente, a multimorbilidade tem um impacto crescente na sociedade e o seu interesse deve-se à sua associação com a complexidade do cuidado que esta acarreta, redução da qualidade de vida, incapacidade funcional, mortalidade e custos em saúde (Gonçalves, 2021). Esta multimorbilidade pode ser caracterizada por doenças crónicas ou agudas e a complexidade no estado de saúde e funcional das pessoas idosas faz com que haja uma reflexão sobre as medidas de promoção da saúde nestas pessoas com o objetivo de atingir um bem-estar na pessoa idosa (OMS, 2015).

Segundo Conceição (2015) as doenças crônicas são as principais causas de mortalidade no mundo e quanto maior a prevalência de pessoas idosas maior a prevalência de doenças crônicas. Com o número de doenças crônicas a aumentar devido ao aumento de envelhecimento populacional, consequentemente existe um aumento de estratégias de educação para a saúde para a adesão dessas pessoas ao tratamento com o objetivo de diminuir reinternamentos e óbitos (Oscalices, 2019).

A IC é a causa mais comum de hospitalizações em indivíduos com mais de 65 anos de idade (Uchmanowicz et al, 2020).

Esta doença tem uma relação direta com a idade e com as multimorbilidades mais comuns no processo de envelhecimento (Cavalcante et al, 2018). Sendo a IC uma doença crônica, existe uma necessidade de mudança de hábitos para que as pessoas tenham uma qualidade de vida após o diagnóstico (Cavalcante et al, 2018).

Tendo em conta que a minha experiência como enfermeira num serviço de Cardiologia-Internamento em contexto hospitalar, é de que maior parte das pessoas que se encontram internadas com IC são pessoas idosas e procuram ajuda, numa fase avançada da doença, havendo alguma resistência em pedir ajuda antecipada e com dificuldade em identificar sinais e sintomas de alerta associados à doença.

Com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de IC é importante que exista promoção da saúde, pois a IC continua a estar associada à utilização frequente de cuidados de saúde e mortalidade prematura (Stamp et al, 2018).

A IC é uma doença progressiva que normalmente desenvolve-se ao longo tempo e está associado ao funcionamento físico e à qualidade de vida prejudicados, devido à elevada sintomatologia (Stamp et al, 2018).

Todas as alterações do processo de envelhecimento e a problemática da IC na população idosa, justifica a intervenção de enfermagem como fulcral para prevenir complicações associadas.

A gestão da IC e o autocuidado incluem informações gerais sobre a doença da IC, adesão à medicação, consultas de acompanhamento, monitorização de sinais e sintomas, modificações na dieta, atividade e exercícios e restrição na utilização do álcool e tabaco (Charais et al, 2020).

As intervenções de enfermagem passam por capacitar as pessoas idosas com IC e família na gestão da doença: explicar a patologia, as causas, sintomas e evolução da doença, bem como estilo de vida saudável, (Krzesinesqui et al, 2021): praticar exercícios; evitar a ingestão de grande volume de líquidos (ingestão recomendada 1,5L – 2L);

alimentação saudável, nomeadamente hipossalina; sobre a vacinação; evitar hábitos tabágicos e etanólicos (McDonagh et al, 2021). A capacitação na autogestão e monitorização de sinais e sintomas passa por: reconhecer mudanças nos sinais e sintomas, e ser capaz de reagir; como e quando entrar em contato com um profissional de saúde; fornecer informações individualizadas para apoiar a autogestão (Krzesinesqui et al, 2021).

As pessoas devem ser capacitadas para serem proativas na monitorização de sinais e sintomas de descompensação da doença da IC, como o aumento de peso, edema, dispneia, cansaço e comunicar essas mudanças ao médico ou enfermeiro de referência (Charais et al, 2020).

A maioria do suporte das pessoas com IC é fornecida por membros da família. A evidência científica confirma como o apoio da família afeta positivamente a gestão e os resultados das pessoas com IC, a qualidade de vida dos mesmos e dos seus familiares e a incidência de hospitalizações dos mesmos. É importante envolver os membros da família nos cuidados e é ao mesmo tempo pertinente para estas pessoas reconhecer os desafios que a IC representa para os membros da família, a função familiar e os relacionamentos dentro da família (Gusdal et al, 2017).

Ver a família como recurso implica valorizar a presença dos seus elementos no cuidado, convidando-a a participar no cuidado da pessoa com insuficiência cardíaca e considerá-la como parceira (Gusdal et al, 2017).

Os enfermeiros são essenciais para cuidar das pessoas com IC e das suas famílias. Existe um crescente conhecimento científico de enfermagem que inclui, capacitação da participação das pessoas nos seus cuidados (autocuidado) e intervenções para melhorar os resultados de cada pessoa. Contudo continua a ser necessário melhorar a qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias, garantindo que as pessoas com IC e suas famílias recebam cuidados holísticos baseados na evidência científica (Stamp et al, 2018).

Consequentemente, deve-se enfatizar o papel do enfermeiro na IC, como elo dinamizador, tanto em contexto de internamento quanto em ambulatório ou domiciliário. É um elemento da equipa multidisciplinar que desempenha papel fundamental e prático na monitorização objetiva do estado físico e mental da pessoa, participando na coordenação do cuidado hospitalar, planeamento intervenções oportunas após a alta do hospital, envolvendo a pessoa e/ou sua família no autocuidado, cooperação e comunicação com a equipa multidisciplinar (Uchmanowicz et al, 2020).

É de extrema importância a transmissão de informação e de cuidados da fase hospitalar para a comunidade. A correta capacitação das pessoas com IC pode evitar novas admissões por exacerbação da doença (descompensação) (Uchmanowicz et al, 2020). O encaminhamento para unidades de cuidados direcionados para pessoas com IC, com equipes qualificadas, incluindo enfermeiros peritos em IC, irá aumentar a eficácia da prevenção e do tratamento da IC, e melhorar o acesso a cuidados altamente especializados e integrais (Uchmanowicz et al, 2020).

Por fim, é nesta perspectiva que o presente trabalho foi elaborado, de forma a analisar a prática de cuidados na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC de forma a melhorar a sua condição de vida e a dos seus familiares.

2. ESTUDO DE CASO

A situação apresentada é de uma pessoa do sexo masculino com idade de 70 anos, que está inscrito no HDIC pertencente à área de Lisboa, sendo acompanhado em visita domiciliária desde 2013.

Este Sr. ao qual denominaremos de Sr. C de forma a garantir o seu anonimato e confidencialidade, foi diagnosticado com IC no ano de 2012. Este Sr. coabita com a esposa, também ela idosa, e numa primeira abordagem, durante a visita domiciliaria, a esposa refere que o esposo já teve múltiplos internamentos por IC descompensada, porque têm dificuldade em cumprir com cuidados inerentes a esta doença.

Um dos requisitos universais de autocuidado é precisamente a prestação de cuidados relacionada com a alteração estrutural e funcional do coração, tendo-se verificado que o sr. C e a esposa tinha dificuldades neste processo da doença.

Era evidente que havia fatores condicionantes na necessidade de autocuidado havendo consequências como múltiplos internamentos.

O enfermeiro tem um papel extremamente importante perante o controlo da IC, ajudando as pessoas a desenvolver competências para ativar o autocuidado. Através de estratégias educativas, pode estabelecer intervenções adequadas no tratamento, favorecendo a compreensão da doença, maior adesão terapêutica e autocuidado em relação à IC (Oscalices, 2019).

Um dos instrumentos importantes de avaliação para avaliar estratégias e otimizar o plano terapêutico de cada pessoa, é também a literacia em saúde (Oscalices, 2019).

Segundo Rodrigues (2018), a literacia em saúde é importante na promoção da saúde e na prevenção da doença. Níveis inadequados de literacia em saúde, estão negativamente relacionado com a gestão de doenças crónicas e monitorização das mesmas (Pedro et al, 2016).

A pessoa idosa e o enfermeiro tornam-se parceiros de cuidados através da promoção, manutenção e prevenção da doença. Estas intervenções irão estimular o autocuidado, conforto e bem-estar tanto das pessoas idosas como da família. A família não deverá ser

descurada neste processo e deve ser igualmente capacitada, de forma a ajudar a pessoa idosa com insuficiência cardíaca.

Por fim, os requisitos anteriormente citados devem ser alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros, correspondendo às necessidades identificadas pela teórica geral de déficit de autocuidado (Queirós et al, 2014).

2.1. Identificação da pessoa idosa e família

Caracterização

- Nome fictício: Sr. C
- Idade: 70 anos
- Estado civil: Casado
- Habilitações literárias: 5º ano
- Profissão: Segurança na reforma
- Crenças religiosas: Católico
- Naturalidade: Lisboa
- Nacionalidade: Portuguesa
- Morador: Venda do Pinheiro

O sr. C vive com a esposa, tem dois filhos biológicos, sendo que a filha e o neto moram a 500 metros da sua casa. A esposa é a principal cuidadora, eleita pelo sr. C, e está reformada. Segundo o sr. C tem pouco contacto com o filho, mas contacta diariamente com a filha e com o neto que tem 11 anos de idade. Os dois filhos têm uma relação conflituosa. Tem duas irmãs com quem contacto frequentemente. O neto almoça praticamente todos os dias na casa do sr. C e esposa, permanecendo em casa dos mesmos após as aulas. Como rendimentos, o casal vive da reforma, refere que vai chegando para as despesas. A habitação é uma vivenda alugada de r/c e 1º andar, com dois lances de escadas, mas que segundo o sr. C não tem dificuldade em subir, e quando se cansa mais percebe que algo não está bem. No passado tinha como atividade de lazer halterofilismo e participou em várias competições entre 1977 e 1999. Durante este período de tempo, segundo o sr. C fazia esteroides anabolizantes e muita proteína, reconhecendo neste momento que pode ter sido a causa para a IC. Refere que “naquela altura não sabia o que me davam mas fazia tudo para ter mais força e músculo” (SIC). Frequentou vários cursos de formação de nutricionista, massagista, preparador físico para ter a licença de treinador

e posteriormente abriu um ginásio por conta própria. Segundo o mesmo “quando comecei a sentir alguns sintomas e a verificar que a modalidade passava por um contexto de estética e não tanto por desporto, senti que estava a enganar os alunos e que estava a contribuir para algo que não fazia bem à saúde” (SIC). Desde que começou a ficar doente, ficou um pouco mais solitário e que tem contacto apenas com a família próxima (filhos, esposa, neto, irmãs e cunhada) e com alguns colegas da modalidade de halterofilismo. O sr. C participa num blogue onde ele e os amigos partilham histórias e informações sobre a atualidade.

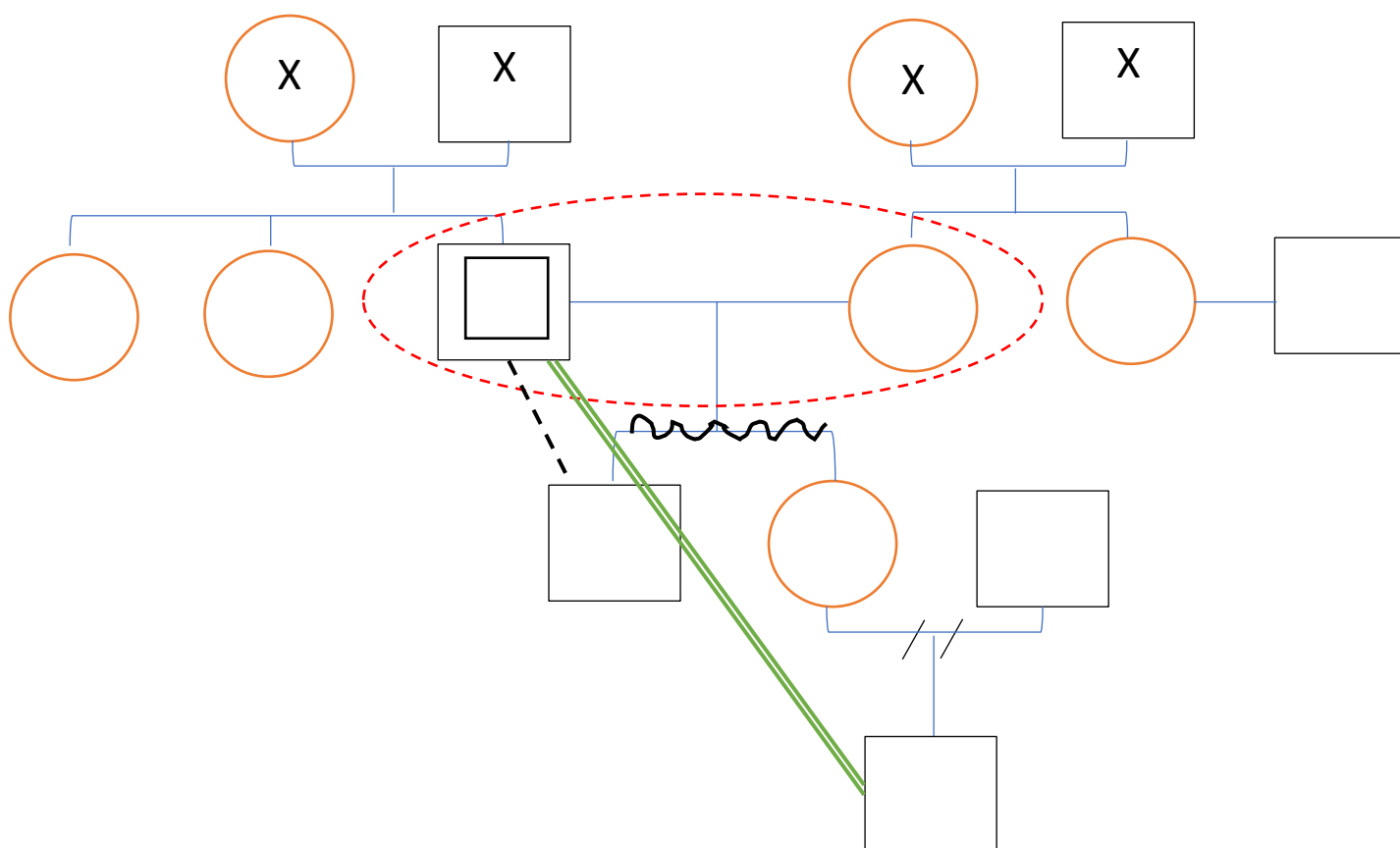
Tem um cão e um gato que cuida, refere que são uma grande companhia. Como atividades de lazer pratica elíptica durante 15 minutos 3xsemana, quando o tempo está bom faz caminhada de mais ou menos 1500 metros com esposa e cunhada e costuma ir ao computador para ver notícias de desporto. Não gosta de sair de casa mas vai ao supermercado regularmente a pé e segundo o mesmo faz 3km ida e volta, parando pelo caminho quando se sente cansado. Questionado sobre o número de quedas nos últimos meses este referiu “na minha vida só cai uma vez na tropa” (SIC). Tem uma horta com alfaces, tomates, rabanetes e couves, mas refere que é a esposa que cuida dela. Em relação aos hábitos e estilos de vida, refere que nunca fumou e que bebe álcool pontualmente uma cerveja sem álcool. Refere ainda que “a minha esposa tem um grande papel na minha vida” (SIC), “Tem tanta importância que por exemplo, ela não é a favor da vacinação da gripe e eu nunca me vacinei...só faço as vacinas que me obrigam a fazer”. (SIC)

O sr. C tem conhecimento do seu diagnóstico e refere que “tento ter cuidado para não ser um fardo para ninguém” (SIC).

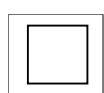
De forma a permitir uma colheita de dados de forma sistémica e obter uma perspetiva abrangente (Santos, 2019), utilizei três ferramentas como o genograma, a escala de APGAR familiar, escala de avaliação da situação sócio-familiar de Gijon e o ecomapa.

2.1.1. Genograma

Considerando a família como um elemento fundamental no processo de doença crónica, procedeu-se à elaboração de um genograma, facultando assim dados sobre relações e dinâmicas familiares entre os seus membros, como relacionamentos, transições, padrões relacionais, ocupação e saúde ao longo do tempo (Santos, 2019).



Legenda do genograma:



Caso índice homem (idoso)



Sexo feminino



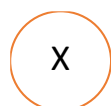
Sexo masculino



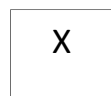
Vivem no mesmo lar



Casal com filhos



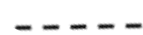
Óbito sexo feminino



Óbito sexo masculino



Ligação próxima



Ligação distante



Relação conflituosa



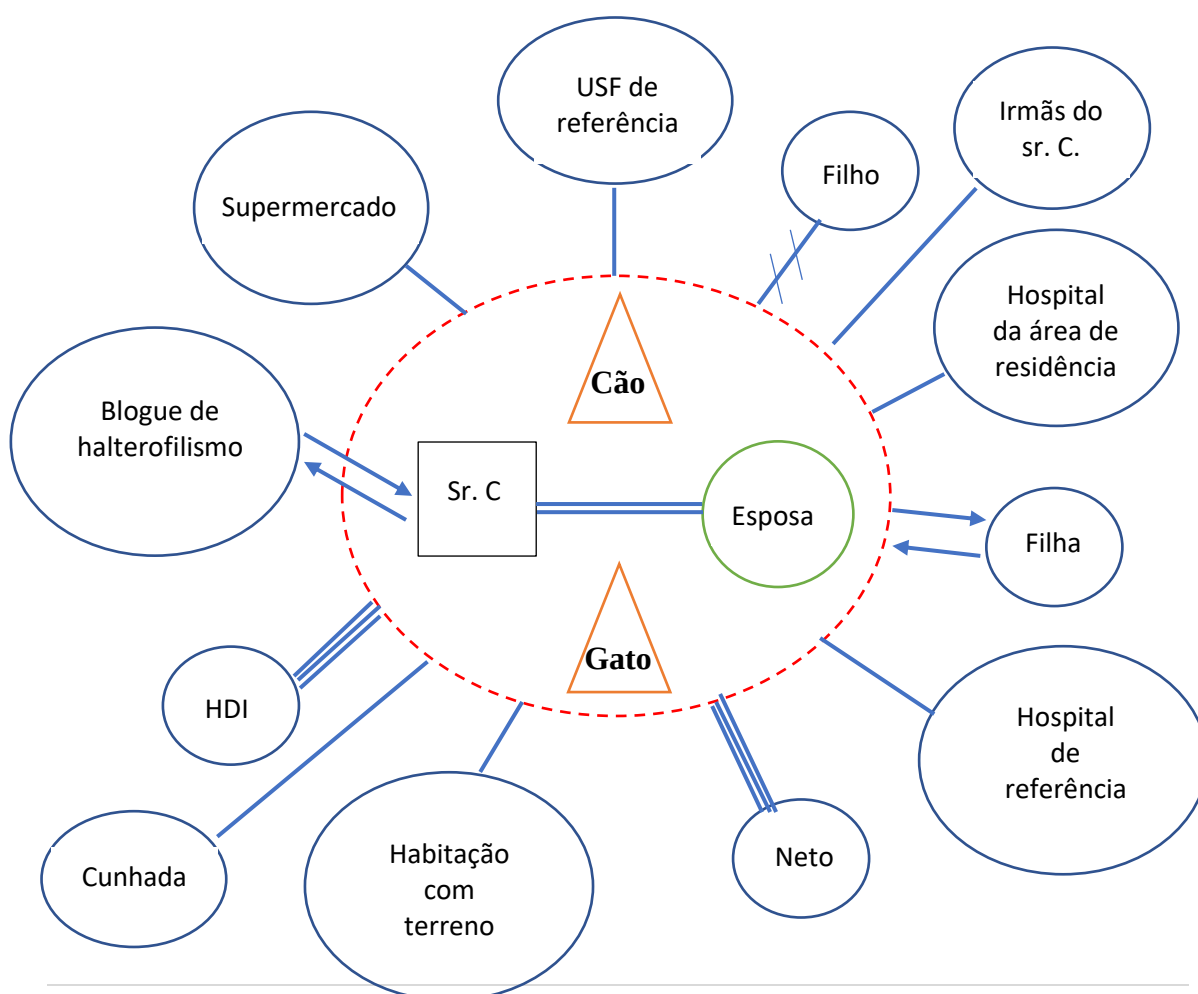
Separação

Ao realizar o genograma observa-se que não existem ascendentes familiares vivos, mas o Sr. C deixa descendentes, apesar de os dois filhos terem uma relação conflituosa e o filho ter uma relação distante com o pai. O neto é uma das pessoas com quem tem uma relação próxima, referindo que “é o meu cúmplice” (SIC).

Segundo a escala de APGAR familiar aplicada ao Sr. C, revela uma pontuação de 5, o que revela uma família com moderada disfunção (ANEXO I). O sr. C menciona ainda que a sua família costuma visitá-lo diariamente. Em relação à escala de avaliação da situação sociofamiliar de GIJON, obteve-se uma pontuação de 6, o que revela ter uma situação intermédia (ANEXO II).

2.1.2. Ecomapa

Através do ecomapa consegue-se compreender as interações desta família com os sistemas mais amplos, evidenciando assim o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (Santos, 2019).



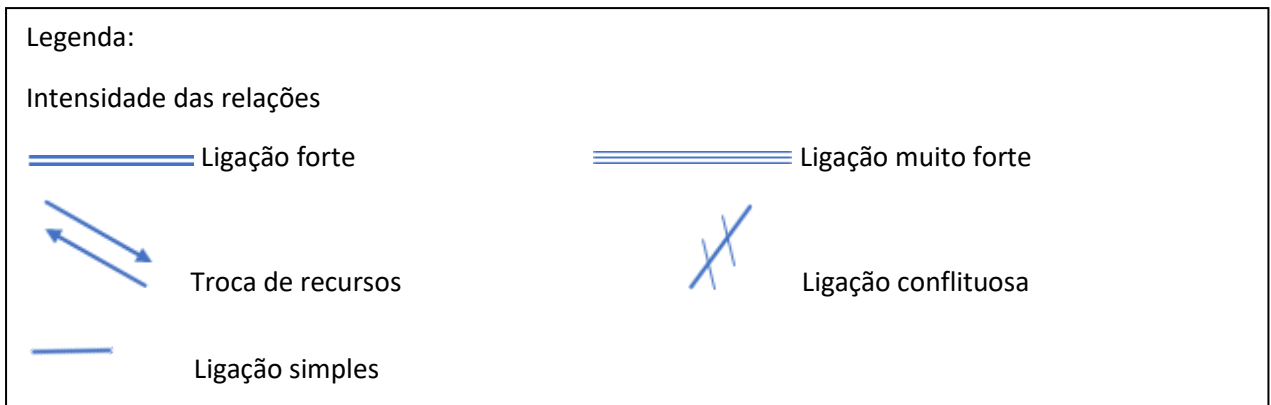


Ilustração 2 - Ecomapa familiar com legenda

2.2. Antecedentes pessoais

O Sr. C referiu várias vezes que “na minha família várias pessoas morreram com problemas de coração, nomeadamente a irmã do meu pai tinha angina de peito, o meu avô tinha problemas de coração e a minha mãe também” (SIC).

Como antecedentes pessoais foi diagnóstico IC no ano 2012, tendo implantado nesse mesmo ano um *Cardiac Resynchronization Therapy - Pacemaker* (CRT-P). Apresenta miocardiopatia dilatada, hipertensão arterial, insuficiência grave da válvula Mitral, insuficiência grave da válvula tricúspide, hipertensão arterial, fibrilhação auricular, anemia crónica (multifatorial), doença renal crónica estadio III e vários internamentos por IC.

Em 2012 começou a apresentar cansaço a pequenos esforços, dispneia e edema e após realizar exames complementares de diagnóstico foi diagnosticado IC.

Tal como foi referido anteriormente, segundo o Sr. C a esposa “é anti-vacinas e incentiva-me a não fazer vacinas. Nunca fiz a vacina da gripe por exemplo. As vacinas do plano nacional de vacinação tenho todas” (SIC). De referir que a vacinação contra a gripe e pneumocócica deve ser considerada para prevenir a hospitalização por IC (McDonagh et al, 2021).

2.2.1. Medicação

Medicamentos	Dose	Via	Frequência
Lasix	40 mg	Oral	Jejum e lanche
Pantoprazol	40 mg	Oral	Jejum
Diulo	5 mg	Oral	Jejum às 2ªF, 4ªF e 6ªF
Apixabano	5 mg	Oral	Pequeno-almoço e jantar
Sertralina	50mg (½ comprimido)	Oral	Pequeno-almoço
Espironolactona	25mg	Oral	Pequeno-almoço
Insulina Tresiba	oito unidades	Oral	Pequeno-almoço
Jardiance	10mg	Oral	Almoço
Amiodorona	200mg (½ comprimido)	Oral	Almoço
Bisoprolol	5mg (½ comprimido)	Oral	Lanche
Ramipril	1,25mg	Oral	Jantar
Cloreto de potássio	600 mg	Oral	Jantar

Quadro 1 - Medicação atual

2.3.História atual

Sr. C teve vários episódios de internamento por IC e é acompanhado regularmente no Hospital de referência nas consultas de IC, bem como no HDIC em ambulatório e visitas domiciliares.

O último internamento ocorreu em maio de 2021 por IC descompensada e suspeita de infecção por Sars-Cov2.

No final do mês de novembro foi programada uma visita domiciliar por parte da equipe de enfermagem do HDIC de modo a vigiar comportamento, avaliar sinais vitais, avaliar cansaço, avaliar edemas, executar técnica de colheita de sangue para análise, reforçar importância da adesão terapêutica, alimentar e hídrica e alertar para consulta do HDIC.

Durante a visita domiciliar o sr. C encontrava-se acompanhado pela esposa, aparentemente bem-disposto e recetivo. Apresentava pele pálida, hidratada, cianose labial mas com saturações de oxigênio, de 98% em ar ambiente.

Referiu que durante a semana anterior sentiu-se mais cansado, recorreu ao médico de família e realizou exames complementares de diagnóstico como avaliação analítica ao sangue e eletrocardiograma. Associou este episódio à grande quantidade de humidade que uma divisão da casa apresentava, sendo que era onde passava mais tempo. Segundo o Sr. C “melhorei ao sair da divisão. Tinha muita humidade” (SIC). Este episódio não foi

reportado à equipa de enfermagem do HDIC. Relativamente aos exames que realizou a pedido do médico de família, apresentava alterações no valor de hemoglobina associadas à anemia crónica e o eletrocardiograma apresentava ritmo de fibrilação auricular com frequências cardíacas entre 95bpm e 115bpm.

Nesta mesma visita domiciliária verificou-se que, apesar do Sr. C não apresentar edemas, após avaliação com sinal de godet +, dormir apenas com uma almofada por não apresentar dispneia paroxística noturna e apresentar cansaço muito leve, tal como foi avaliado através da escala de Borg (ANEXO III) quando sobe um lance de escadas, subindo sem parar ao 1º andar, existia fatores condicionantes na necessidade de autocuidado.

Durante a visita domiciliária a esposa do Sr. C referiu várias vezes que ele não quer contactar o HDIC porque não consegue associar os sinais e sintomas que aparecem à doença, desvalorizando sempre as situações. Foi mencionado ainda que, nem sempre existe um cumprimento da adesão ao regime alimentar e restrição hídrica associado à doença e após a validação da folha da medicação verificou-se que nem sempre a medicação era administrada de forma correta.

Posto isto, tornou-se evidente para a equipa de enfermagem, incentivar e capacitar a pessoa idosa e família para a gestão de insuficiência cardíaca, fornecendo ferramentas para o autocuidado, de modo a terem mais qualidade de vida e uma voz ativa no processo da doença. Relativamente à qualidade de vida, foi utilizado o questionário de qualidade de vida Minnesota, de modo a perceber quantas vezes, no último mês a IC o impediu de viver normalmente o dia-a-dia. Verificou-se que na maioria, a IC condicionou algumas vezes a qualidade de vida do Sr. C (ANEXO IV)

2.4. Avaliação multidimensional segundo o modelo de autocuidado de Orem

Segundo Queirós et al (2014), Orem identificou três tipos de requisitos de autocuidado: universais; de desenvolvimento; e de desvio de saúde.

Os requisitos universais têm as suas origens naquilo que é conhecido, sobre a integridade estrutural ou funcional humana, comuns a todas as pessoas (Queirós et al, 2014). São eles:

✓ Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida

O sr. C nega alterações a nível respiratório e refere “só sinto dificuldades respiratórias quando começo a ficar com alterações no coração” (SIC). Durante a visita domiciliária apresentava-se eupneico a ar ambiente com 98% saturação de oxigénio e sem dispneia, apesar de apresentar pele e mucosas descoradas e com cianose labial.

Relativamente à alimentação, esta é confeccionada pela esposa que segundo o sr. C “a minha esposa tem muito cuidado e tenta fazer uma alimentação com pouco sal mas depois o meu neto, às escondidas, dá-me coisas que gosto muito e que me fazem mal. Não consigo resistir” (SIC). Refere ainda que nem sempre cumpre com as restrições alimentares que são colocadas pela equipa médica e de enfermagem do HDIC porque “há alimentos e comidas que gosto muito e não consigo deixar de comer. Gosto muito de enchidos, azeitonas e tremço por exemplo.” (SIC). Neste momento o Sr. C apresenta um peso 70,2Kg e de altura 1,67m, com índice de massa corporal (IMC) de 25,2Kg/m², apresentando uma classificação de peso normal.

O sr. C apresentava-se aparentemente hidratado e referiu que “bebo água suficiente, mas nunca controlo a quantidade de líquidos que ingiro” (SIC) e “às vezes bebo uma cerveja, mas não contabilizo como líquido tal como a sopa” (SIC).

Era evidente que havia fatores condicionantes na necessidade de autocuidado e o sr. C e esposa apresentavam dificuldades no processo de adesão ao regime alimentar e restrição hídrica, inerentes a esta patologia.

✓ Prestação de cuidados associados com a eliminação

Quanto aos cuidados associados à eliminação, o sr. C refere que urina muito e “não percebo porque é que estou sempre a urinar. Mas quando deixo de urinar muito passados uns dias estou internado” (SIC). Relativamente à eliminação intestinal, refere que não existe qualquer alteração, mas “também não tenho o cuidado de reparar se as fezes são escuras ou se têm sangue” (SIC).

Relativamente a este requisito, o sr. C referiu ainda que tinha obstipação, ficando vários dias sem evacuar.

✓ Preservação entre o equilíbrio entre atividade e descanso

O sr. C refere que durante o dia vai alternando a sua atividade física com momentos de descanso.

Como já foi referido anteriormente vai realizando elíptica durante 15 minutos 3xsemana, por vezes caminhadas com esposa e cunhada. Vai maioritariamente a pé ao supermercado, tendo necessidade de parar durante o caminho e segundo o sr. C “pelo caminho existem bancos de jardim e eu sempre que tenho necessidade, paro e descanso um pouco”. (SIC). O sr. C refere ainda que apesar de estar reformado os dias vão sendo diferentes e não tem uma rotina de atividades.

Durante a sua atividade refere nunca ter caído, contudo foi feita avaliação do risco de queda através da escala de Morse, verificando-se que tem baixo risco de queda com uma pontuação de 15 (ANEXO V).

Apresenta ainda uma marcha independente, apos avaliação da marcha através da Classificação Funcional da Marcha de Holden, apresentando-se na categoria 5 (ANEXO VI).

Por apresentar cansaço a pequenos esforços a realizar algumas atividades de autocuidado, tornou-se pertinente validar a sua funcionalidade através da escala de BARTHEL, verificando-se que apresenta uma pontuação de 100, o que revela que o sr. C é uma pessoa idosa independente (ANEXO VII). Foi ainda utilizada a escala de Lawton & Brody para avaliar o estado funcional nas atividades de vida diárias, apresentando pontuação de 6 que indica que o idoso é independente (ANEXO VIII).

✓ Preservação entre o equilíbrio entre solidão e interação social

Tal como foi referido anteriormente, o sr. C refere que não gosta muito de sair de casa, e ficou mais solitário tendo apenas contacto com a família próxima (filhos, esposa, neto, irmãos e cunhada) e com alguns colegas da modalidade de halterofilismo. Utiliza o blogue para partilhar o seu testemunho e experiências sobre a modalidade.

Fez ainda várias referências à importância das visitas domiciliárias por parte da equipa do HDIC e que “é sempre uma alegria receber-vos em casa porque assim também nos fazem companhia durante uns minutos.” (SIC).

Foi incentivado várias vezes por parte da equipa de enfermagem para conviver mais e não isolar-se tanto.

✓ Prevenção dos riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano

O sr. C, tem conhecimento do seu diagnóstico e refere que desde os últimos internamentos tem tentado ser mais cumpridor com os comportamentos de autocuidado de forma a gerir a doença e evitar internamentos. Apesar de apresentar dificuldades no

processo da doença, revela autonomia nas suas atividades, recetividade às visitas domiciliárias e ao acompanhamento que a equipa de enfermagem faz, participando muitas vezes na interação.

- ✓ Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal

O sr. C revelou que desde que soube do diagnóstico de IC, isolou-se mais em casa e refere que “tento ter cuidado para não ser um fardo para ninguém” (SIC). Demonstra alguns receios de ficar mais cansado nas suas atividades de vida, não conseguindo acompanhar as outras pessoas. Apesar de não querer falar muito sobre o assunto, este poderá ser um dos motivos para que o sr. C se tenha isolado mais em casa e tenha restrito o seu contacto social com a família mais próxima, exceto com os colegas que mantem contato mas virtualmente.

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, foi utilizada a escala de Depressão geriátrica (ANEXO IX), revelando uma pontuação de 7 que indica presença de alguns sintomas depressivos na pessoa idosa.

Ao descrever os requisitos universais, passarão a ser descritos os requisitos de desenvolvimento. Estes são todos aqueles que promovem momentos da vida e previnem situações nocivas que possam dificultar o processo ou seja, estão associados a um evento particular (Queirós et al, 2014).

O sr. C refere que sempre foi muito protegido pela mãe e que até mesmo na sua ida para a tropa “sentia um certo controlo. A minha mãe ia ao quartel perguntar aos meus superiores se eu tinha uma boa alimentação ou se era necessária mais roupa por causa do frio. Foi algo que me marcou muito porque sentia-me envergonhado e não gostava de fazer o mesmo com os meus filhos” (SIC). Consequentemente, “não passei por dificuldades financeiras e tive sempre o apoio da minha esposa” (SIC).

Relativamente à IC, segundo o sr. C, todos os internamentos por IC foram eventos marcantes na vida do próprio, mas refere que “o último internamento, fez com que percebesse que tinha que alterar hábitos para não ter novos internamentos” (SIC). O internamento referente à implantação do CRT-P foi porque “senti que estava a piorar” (SIC). Este evento fez com que tentasse gerir a doença de modo a prevenir novos

internamentos, admitindo que “para além da comida e dos líquidos não sei identificar sinais de descompensação porque muitas vezes desvalorizo” (SIC).

Os requisitos de desvio de saúde do autocuidado existem para as pessoas que têm um diagnóstico médico ou necessitam de um tratamento. As necessidades de cuidados que as pessoas sentem durante o processo de doença, são determinadas como características dos desvios de saúde (Queirós et al, 2014). Neste caso o sr. C com diagnóstico de IC, tem algumas necessidades. Estas necessidades foram identificadas através do défice de autocuidado ao ser preenchida a EACPIC (ANEXO X), pelo sr. C.

Por fim, quanto à necessidade de autocuidado terapêutico, como já foi referido anteriormente o sr. C teve necessidade de apoio da equipa de enfermagem, como agente de autocuidado terapêutico para a capacitação na gestão da insuficiência cardíaca, incluindo a esposa que é um suporte para o mesmo neste processo. Segundo Queirós et al (2014), um agente de autocuidado terapêutico é definido como alguém que cumpre a responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outros. A referir que a equipa de enfermagem tem um papel crucial, nos requisitos para o autocuidado, capacitando-o no conhecimento da doença, sinais e sintomas da mesma, bem como na adesão ao regime alimentar e restrição hídrica. Relativamente ao cumprimento medicamentoso, pois através da MAT (ANEXO XI) verificou-se que esposa começou a gerir a medicação porque o sr. C não cumpria com a adesão medicamentosa. De Referir ainda a importância de capacitar estas duas pessoas idosas para a administração da vacina da gripe para evitar possíveis complicações associadas ao diagnóstico de IC.

Pode-se concluir que o sr. C necessitará de encorajamento em vários requisitos para o autocuidado, podendo o enfermeiro ser o agente impulsionador.

2.5. Plano de Cuidados

Após descrever a informação recolhida do sr. C à luz do modelo conceptual de Orem, irá ser elaborado um plano de cuidados, tendo como princípios os diagnósticos de enfermagem segundo CIPE.

Requisitos de autocuidado	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida	06/12/2021 - Adesão ao Regime Dietético comprometido - Conhecimento sobre o regime de ingestão de líquidos comprometido	03/01/2022 - Monitorizar peso diariamente - Ensinar sobre peso - Educar sobre regime dietético - Educar sobre regime de ingestão de líquidos - Monitorizar ingestão de líquidos Dar instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família]	04/02/2022 - Sr. C reconhece a importância da avaliação peso diário - Sr. C avalia o peso 3 vezes por semana; - Sr. C esclarece dúvidas sobre o preenchimento do instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família] - Sr. C reconhece a importância da monitorização da ingestão de líquidos
	17/12/2021 Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão presente		

		• Ensinar a preencher instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família] • Dar material de leitura [Guia da pessoa com Insuficiência cardíaca e família] • Envolver família	• Sr. C reconhece a importância da restrição de líquidos • Sr. C começou a utilizar garrafa com medidor de líquidos • Sr. C reconhece alimentos de risco • Sr. C reconhece alternativas aos alimentos de risco • Sr. C reconhece importância da dieta hipossalina
Prestação de cuidados associados com a eliminação	17/12/2021 • Obstipação, presente	03/01/2022 • Instruir sobre a vigilância eliminação intestinal • Instruir sobre ingestão de fibra	04/02/2022 • Sr. C reconhece sinais de alerta na eliminação intestinal
Preservação entre o equilíbrio entre atividade e descanso	17/12/2021 • Adesão ao Regime de Exercício comprometido	03/01/2022 • Elogiar adesão ao regime de exercício	04/02/2022 • Sr. C reconhece medidas de conservação de energia

	• Intolerância à Atividade presente	• Reforçar adesão ao regime de exercício • Ensinar sobre sinais de desconforto • Ensinar sobre técnicas de conservação de energia • Dar material de leitura [Guia da pessoa com Insuficiência cardíaca e família]	• Sr. C adequa a atividade física à situação de saúde • Sr. C reconhece limitações da atividade física • Sr. C reconhece benefícios da atividade física
Preservação entre o equilíbrio entre solidão e interação social	17/12/2021 • Capacidade para socializar comprometida	03/01/2022 • Incentivar a capacidade de socializar-se • Aconselhar a socializar-se	04/02/2022 • Sr. C reconhece a necessidade de alargar a rede de interação social; • Sr. C reforça a importância dos cuidados domiciliares prestados pela equipa de enfermagem do HDIC
Prevenção dos riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano	06/12/2021 • Conhecimento da família sobre a doença comprometido 17/12/2021	03/01/2022 • Elogiar aceitação do estado de saúde • Ensinar sobre doença • Avaliar conhecimento sobre a doença	04/02/2022 • Sr. C e esposa conhecem o conceito da doença • Sr. C e esposa sabem como atuar perante uma situação de agudização

	• Conhecimento sobre a sua situação de doença comprometido • Potencial para melhorar o conhecimento da doença presente • Arritmia presente • Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão presente • Capacidade para participar no planeamento de cuidados presente • Comportamento de procura de saúde comprometido • Conhecimento sobre saúde em viagem comprometido	• Ensinar sobre arritmia • Contratualizar para adesão • Ensinar família sobre comportamento de procura de saúde • Ensinar sobre comportamento de procura de saúde • Ensinar sobre saúde em viagem • Dar material de leitura [Guia da pessoa com Insuficiência cardíaca e família]	• Sr. C e esposa sabem como prevenir uma situação de agudização • Sr. C e esposa reconhecem cuidados a ter em viagem • Sr. C e esposa reconhecem o significado da adesão aos cuidados de saúde • Sr. C e esposa reconhecem benefícios da adesão aos cuidados de saúde • Sr. C e esposa sabem as consequências da não adesão aos cuidados de saúde
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos	17/12/2021 • Medo de ser sobrecarga para outros, presente	03/01/2022 • Incentivar a capacidade de socializar-se	04/02/2022 • Sr. C reconhece a necessidade de alargar a rede de interação social;

grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal	Risco de humor depressivo	Prevenir humor depressivo	
Requisitos de desenvolvimento	06/12/2021 - Autogestão da doença, comprometido - Potencial para melhorar o Conhecimento para promover autovigilância - Capacidade para participar no planeamento de cuidados, presente - Capacidade da família para participar no planeamento de cuidados, Em Grau Elevado - Controlo de sintomas, comprometido	03/01/2022 - Incentivar a monitorizar sintomas - Ensinar a monitorizar sintomas - Monitorizar doença - Ensinar sobre o Controlo de sintomas - Dar instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família] - Ensinar a preencher instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da	04/02/2022 - Sr. C e esposa sabem como atuar perante uma situação de agudização - Sr. C sabe como prevenir uma situação de agudização - Sr. C reconhece medidas de conservação de energia - Sr. C reconhece os sinais de alerta - Sr. C sabe como atuar numa situação de agudização - Sr. C sabe os sinais e sintomas de agravamento

		pessoa com Insuficiência Cardíaca e família] • Dar material de leitura [Guia da pessoa com Insuficiência cardíaca e família]	• Sr. C sabe identificar os fatores de risco não modificáveis • Sr. C sabe identificar os fatores de risco modificáveis • Sr. C esclarece dúvidas sobre o preenchimento do instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família]
Requisitos de desvio de saúde do autocuidado	06/12/21 • Regime Medicamentoso, comprometido • Regime de imunização, comprometido • Autocuidado, comprometido • Processo de tomada de decisão da família comprometido	03/01/2022 • Educar sobre regime medicamentoso • Promover adesão à medicação utilizando caixa para comprimidos • Implementar regime de imunização [vacina contra a gripe sazonal] • Promover autocuidado	04/02/2022 • Sr. C sabe preparar a medicação mediante estratégias selecionadas • Sr. C reconhece alguns efeitos secundários da medicação • Sr. C reconhece os benefícios da medicação

		• Promover monitorização • Promover tomada de decisão • Promover tomada de decisão da família • Dar instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família] • Ensinar a preencher instrumento de monitorização [Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família] • Dar material de leitura [Guia da pessoa com Insuficiência cardíaca e família]	• Sr. C sabe como atuar perante uma situação de agudização • Sr. C vacinou-se contra a gripe pela primeira vez • Sr. C sabe o esquema de prescrição da terapêutica • Sr. C esclarece dúvidas sobre o preenchimento do instrumento de avaliação • Sr. C e esposa sabem como atuar perante uma situação de agudização • Sr. C e esposa sabem como prevenir uma situação de agudização • Sr. C e esposa reconhecem os sinais de alerta • Sr. C e esposa sabem como atuar numa situação de agudização
--	--	--	--

			• Sr. C sabe os sinais e sintomas de agravamento • Sr. C sabe identificar os fatores de risco não modificáveis • Sr. C sabe identificar os fatores de risco modificáveis
--	--	--	--

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente estudo de caso, constitui uma atividade importante na análise prática de cuidados na promoção do autocuidado da pessoa idosa e família na gestão da IC num terminado contexto.

Foi possível, demonstrar o papel do enfermeiro na capacitação da pessoa e família na gestão de IC, de modo a ajudar a gerir a doença. Reconquistar a autonomia do sr. C e da sua família, tornou-se um desafio, mas um aspeto importante para que sejam capazes de enfrentar as dificuldades do dia a dia, utilizando os meios disponíveis. A reconstrução da autonomia permite que as pessoas idosas participem no seu processo de doença e na tomada de decisão sobre suas necessidades para evitar complicações futuras, como internamentos.

O envelhecimento acarreta várias multimobilidades que muitas vezes limitam a pessoa idosa e incentivá-las ao autocuidado torna-se muito pertinente.

No caso explanado, os problemas e défices de autocuidado identificados do Sr. C, permitiu planear um conjunto de intervenções, com o intuito de assegurar o autocuidado do mesmo e da família na gestão de IC.

Durante os quatro momentos de encontro com o sr. C, foi evidente a evolução do comportamento do mesmo, através dos resultados obtidos de intervenções implementadas, tal como se pode verificar na reavaliação do défice de autocuidado através da EACPIC (ANEXO XII). Foi possível prestar cuidados personalizados, especializados e individualizados, consoante as suas necessidades, demonstrando assim que a intervenção de enfermagem é uma mais-valia, nomeadamente em contexto domiciliário. As intervenções foram realizadas tendo em conta o que está descrito na evidencia científica. Foram criadas estratégias para fornecer ao sr. C e família habilidades para gerir a IC, sempre com um discurso de negociação para que não houvesse um sentimento de obrigação.

Para melhor compreensão das dificuldades encontradas, foram aplicadas várias escalas de avaliação multidimensional que permitiram uma imagem mais fiel da pessoa idosa e dos seus problemas atuais. Possibilitaram também adequar estratégias e elaborar plano de cuidados mais personalizado, possibilitando uma resposta adequada a sua situação atual.

Torna-se importante referir que, a elaboração desta atividade permitiu desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, alargando o conhecimento sobre o envelhecimento e a prestação de cuidados em contexto domiciliário.

Por fim, este estudo de caso permitiu que me sentisse mais capacitada a identificar necessidades, antecipar défices no autocuidado e consequentemente, construir estratégias para a prevenção de complicações, como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa. Prestar cuidados de qualidade ao sr. C e família permitiu capacitá-los, promovendo a autonomia, no sentido de tomar decisões, lidar de forma informada com a situação de saúde e gerir a suas atividades de vida com sentimento de satisfação.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S.R., Ruoff, A.,B., Piccoli, T., Schmitt, M.,D., Ferreira, S.,A., Xavier, A.,C.,A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1-12. DOI: 10.1590/0104-07072017005360016
- Barton, C., Edmunds, L., & Masters, J. (2018). Contemporary challenges in heart failure nursing: BSH 2018. *British Journal of Cardiac Nursing*, 13(10), 488–490. DOI: 10.12968/bjca.2018.13.10.488
- Cavalcante, L. M., Lima, F. E. T., Custódio, I. L., de Oliveira, S. K. P., de Meneses, L. S. T., de Oliveira, A. S. S., & de Araújo, T. L. (2018). Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2604–2611. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0480
- Charais, C., Bowers, M., Do, O. O., & Smallheer, B. (2020). Implementation of a Disease Management Program in Adult Patients With Heart Failure. *Professional Case Management*, 25(6), 312–323. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000413
- Gonçalves, V. (2021). Depressão e incapacidade funcional em idosos no Brasil: um estudo de base populacional (dissertação de mestrado). DOI: 10.11606/D.5.2021.tde-09092021-170721
- Gusdal, A. K., Martin, L., Josefsson, K., & Thors Adolfsson, E. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256–266. DOI: 10.1177/1474515116687178
- Krzesiński, P., Siebert, J., Jankowska, E. A., Galas, A., Piotrowicz, K., Stańczyk, A., Siwołowski, P., Gutknecht, P., Chrom, P., Murawski, P., Walczak, A., Szalewska, D., Banasiak, W., Ponikowski, P., Gielera G. (2021). Nurse-led ambulatory care supported by non-invasive haemodynamic assessment after acute heart failure decompensation. *Wiley Online Library*, 8, 1018–1026. DOI: 10.1002/ehf2.13207
- McDonagh, T., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R.S.,Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Celutkien, J., Chionce, O., Cleland, J. G., Coats, A. J., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S. (2021). European Society of Cardiology: Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42 (36), 3599 - 3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368
- Oscalices, M., Okuno, M., Batista, R., Campanharo, C. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patints with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem*, 53, 1-7. DOI: 10.1590/S1980-220X2017039803447
- Pedro, A., Amaral, O., Escoval, A. (2016).

Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34 (3), 259-275. DOI: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Rodrigues, V. (2018). Literacia em Saúde. *Portuguese journal of Cardiology*, 37(8), 679- 680. DOI: 10.1016/j.repc.2018.07.001

Santos, E., J., J. (2019). Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família – construção de um programa de desenvolvimento de competências (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4709/1/EvaJoãoSantos.pdf>

Sequeira, C. (2018) Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lidel. Lisboa.

Stamp, K. D., Prasun, M., Lee, C. S., Jaarsma, T., Piano, M. R., & Albert, N. M. (2018). Nursing research in heart failure care: a position statement of the american association of heart failure nurses (AAHFN). *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 47(2), 169–175. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2018.01.003

Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Lelonek, M., Jankowska, E. A., Pawlak, A., Jaroch, J., Kolasa, J., Hetman, P., Straburzyńska-Migaj, E., Czapla, K., & Nessler, J. (2020). A curriculum for heart failure nurses: an expert opinion of the Section of Nursing and Medical Technicians and the Heart Failure Working Group of the Polish Cardiac Society. *Polish Heart Journal / Kardiologia Polska*, 78(6), 647–652. DOI: 10.33963/KP.15405

ANEXO I

Escala de APGAR familiar

APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ① 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ① 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ① 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ① 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ① 0
Pontuação de 7 a10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

- A sua família costuma visitá-lo(a)?:

- Diariamente ☒
- Semanalmente ☐
- Quinzenalmente ☐
- Mensalmente ☐
- Trimestralmente ☐
- Semestralmente ☐
- Anualmente ☐

ANEXO II

Escala de avaliação da situação socio-familiar de Gijon

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DE GIJON

Aplicabilidade: Aplicável ☐ Não Aplicável ☐

1. SITUAÇÃO FAMILIAR	
1	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família sem conflito.
2	Vive com cônjuge/ companheiro de idade semelhante.
3	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família e/ ou outros, mas não podem ou não querem cuidá-lo.
4	Vive sozinho, com filhos e/ ou familiares próximos que não dão resposta a todas as necessidades.
5	Vive sozinho, família distante, sem cuidador, sem família.

2. RELAÇÕES E CONTACTOS SOCIAIS	
1	Mantém relações fora do domicílio.
2	Relaciona-se com a família/ vizinhos/ outros, sai de casa.
3	Apenas se relaciona com a família, sai de casa.
4	Não sai de casa, recebe família ou visitas (» 1 semana).
5	Não sai de casa nem recebe visitas (« 1 semana).

3. APOIO DA REDE SOCIAL	
1	Não necessita de nenhum apoio.
2	Recebe apoio da família e/ ou vizinhos.
3	Recebe apoio social formal suficiente (Centro de Dia, Ajudante Familiar, vive num Lar, etc....).
4	Tem apoio social mas é insuficiente.
5	Não tem apoio social e necessita.

PONTUAÇÃO	
10	Deterioro social severo (alto risco de institucionalização)
6-9	Situação intermédia
5	Situação social boa (baixo risco de institucionalização)

Total 6

ANEXO III

Escala de Borg

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
①	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouca intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO IV

Questionário de qualidade de vida Minnesota - Avaliação basal

Questionário de qualidade de vida Minnesota – Avaliação Basal

As seguintes questões dizem respeito à forma como a sua Insuficiência cardíaca condicionou a sua vida **durante o último mês**. Se alguma das questões não se aplica, assinale 0 com uma cruz (x). Se as questões se aplicam, assinale 1, 2, 3, 4, ou 5, conforme as seguintes opções:

0	1	2	3	4	5
Não impediu	Poucas vezes	Algumas vezes	Uma boa parte das vezes	A maioria das vezes	Muitas vezes

Durante o último mês, quantas vezes a sua Insuficiência Cardíaca o impediu de viver normalmente o dia-a-dia, porque:

	0	1	2	3	4	5
1. Tive as pernas ou os tornozelos inchados.		X				
2. Tive de me sentar ou deitar durante o dia para descansar.			X			
3. Tive dificuldade em subir escadas ou passear.			X			
4. Tive dificuldade nas lides domésticas ou do jardim.			X			
5. Tive dificuldade em sair de casa para ir a qualquer lado.			X			
6. Tive dificuldade em dormir de noite.		X				
7. Tive dificuldade em combinar actividades com a família ou amigos.				X		
8. Tive dificuldade em trabalhar no emprego.		X				
9. Tive dificuldade em realizar actividades de lazer como anteriormente.			X			
10. Tive dificuldade nas relações sexuais.			X			
11. Tive falta de apetite, mesmo para os meus pratos preferidos.		X				
12. Tive falta de ar.			X			
13. Senti-me cansado ou com falta de energia.			X			
14. Tive de ser Internado no hospital.	X					
15. Tive dificuldade em pagar a medicação.		X				
16. Tive efeitos secundários da medicação.		X				
17. Senti-me um fardo para os meus familiares e amigos.			X			
18. Senti falta de controlo na minha vida. Senti-me dependente de outros.		X				
19. Senti-me preocupado.				X		
20. Tive dificuldade em concentrar-me ou lembrar-me das coisas.		X				
21. Senti-me deprimido.		X				

ANEXO V

Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

ANEXO VI

Classificação funcional da marcha de Holden

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

ANEXO VII

Escala de Barthel

1. Alimentação	
Independente	☒ 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5
Dependente	☐ 0
2. Transferências	
Independente	☒ 15
Precisa de alguma ajuda	☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	☐ 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	☒ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
4. Utilização do WC	
Independente	☒ 10
Precisa de alguma ajuda	☐ 5
Dependente	☐ 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	☒ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	☒ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☐ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	☐ 5
Imóvel	☐ 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	☒ 10
Precisa de ajuda	☐ 5
Dependente	☐ 0
8. Vestir	
Independente	☒ 10
Com ajuda	☐ 5
Impossível	☐ 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	☒ 10
Acidente ocasional	☐ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	☐ 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	☒ 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	☐ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	☐ 0
TOTAL	

100

ANEXO VIII

Escala de Lawton & Brody

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☒ Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☒ É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☒ É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- ☒ Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☒ Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☒ Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☒ Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☒ Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☒ Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☒ Lava sozinho toda a sua roupa
- ☒ Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☒ A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☒ Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☒ É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☒ Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☒ É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☒ Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☒ Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ Incapaz de manusear o dinheiro

ANEXO IX

Escala de depressão geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	☒ 0	SIM	☐ 1	NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.3) Você sente que sua vida está vazia?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.4) Você se aborrece com frequência?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	☒ 0	SIM	☐ 1	NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	☒ 0	SIM	☐ 1	NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	☒ 0	SIM	☐ 1	NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	☐ 0	SIM	☒ 1	NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	☐ 1	SIM	☒ 0	NÃO

Pontuação: 7

ANEXO X

Escala Europeia Autocuidado para Pessoa com Insuficiência Cardíaca

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

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

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

ANEXO XI

Medida adesão aos tratamentos

Medida de Adesão aos Tratamentos

(MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

ANEXO XII

Escala Europeia Autocuidado para Pessoa com Insuficiência Cardíaca

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

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

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

Apêndice XIV

Plano de sessão da formação

Plano de Sessão

Local: Unidade Mãe-Solado (Cardiologia II)

Data: 21 de fevereiro de 2022

Hora: 14:00h

Formador (a): Enfermeira Catarina Silva - Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa

Tema da sessão: Capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da Insuficiência Cardíaca: Intervenção especializada de enfermagem

População-Alvo: Equipa Multidisciplinar

Objetivos:

- **Objetivo(s) geral(ais):** Refletir sobre a capacitação da pessoa idosa na gestão da Insuficiência Cardíaca
- **Objetivos específicos:** Analisar ou discutir a intervenção de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC, recorrendo ao estudo de caso; Identificar benefícios da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

Duração da sessão: 20 minutos

Seleção de conteúdos:

- Problemática da Insuficiência Cardíaca na pessoa idosa;
- O modelo de enfermagem de autocuidado de Orem;
- Um estudo de caso de uma pessoa idosa com Insuficiência Cardíaca;
- Intervenção do Enfermeiro na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da Insuficiência Cardíaca

Recursos didáticos: Apresentação em PowerPoint

Instrumento(s) de avaliação: *Checklist*

Documentação de apoio a distribuir: Exemplar do “Guia da pessoa com Insuficiência cardíaca e família” e do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”

Apêndice XV

Avaliação da formação/formador

Avaliação da sessão de formação realizada na

Tema da sessão: Capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da Insuficiência Cardíaca: Intervenção especializada de enfermagem

Destinatários/ formandos: Equipa Multidisciplinar

Formador (a): Enfermeira Catarina Silva - Estudante Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa

Objetivo Geral:

- Refletir sobre a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC

Objetivos Específicos:

- Analisar ou discutir a intervenção de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC, recorrendo ao estudo de caso.
- Identificar benefícios da capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC.

Tema a abordar:

- Objetivos da sessão;
- Problemática da IC na pessoa idosa;
- O modelo de enfermagem de autocuidado de Orem;
- Um estudo de caso de uma pessoa idosa com IC;
- Intervenção do enfermeiro na capacitação da pessoa idosa e família na gestão da IC;
- Referências bibliográficas;

Início da sessão: 14:00h

Duração da sessão: 30 minutos

Data: 21 de fevereiro de 2022

Local:

Conteúdo	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Os assuntos tiveram interesse					
Os temas foram de fácil compreensão					
Métodos/recursos didáticos					
Adequação dos métodos didáticos					
Os métodos facilitaram a compreensão					
Os recursos facilitaram a compreensão					
Intervenção do Formador					
Foi claro nas intervenções					
Cumpriu os objetivos propostos					
Conseguiu promover a participação dos formandos					
Utilizou linguagem acessível					
Equilibrou a distribuição do tempo pelos temas					
Dominou os conteúdos apresentados					
Organização da sessão					
As instalações foram adequadas					
A duração da formação foi adequada					
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado					
Apoio Logístico					
Instalações					
Meios audiovisuais					

Apêndice XVI

Resultados obtidos da avaliação

Conteúdo	Muito pouco	Pouco	Suficiente	Muito	Bastante
Os assuntos tiveram interesse	---	---	---	27,27%	72,73%
Os temas foram de fácil compreensão	---	---	---	27,27%	72,73%
Métodos/recursos didáticos	---	---	18,18%	18,18%	63,64%
Adequação dos métodos didáticos	---	---	9,09%	36,36%	54,55%
Os métodos facilitaram a compreensão	---	---	9,09%	27,27%	63,64%
Os recursos facilitaram a compressão	---	---	---	45,45%	54,55%
Intervenção do Formador					
Foi claro nas intervenções	---	---	---	9,09%	90,91%
Cumpriu os objetivos propostos	---	---	---	9,09%	90,91%
Conseguiu promover a participação dos formandos	---	---	---	36,36%	63,64%
Utilizou linguagem acessível	---	---	---	9,09%	90,91%
Equilibrou a distribuição do tempo pelos temas	---	---	---	9,09%	90,91%
Dominou os conteúdos apresentados	---	---	---	9,09%	90,91%
Organização da sessão					
As instalações foram adequadas	---	---	9,09%	9,09%	81,82%
A duração da formação foi adequada	---	---	---	18,18%	81,82%
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado	---	---	---	18,18%	81,82%
Apoio Logístico					
Instalações	---	---	9,09%	9,09%	81,82%
Meios audiovisuais	---	---	9,09%	9,09%	81,82%

Apêndice XVII

Guião de identificação do défice de autocuidado na família das pessoas idosas com
Insuficiência Cardíaca

Guião para identificar os défices de autocuidado na família das pessoas idosas com Insuficiência Cardíaca (IC)

(Elaborado segundo o modelo concetual de Dorothea Orem, Escala Europeia de autocuidado na IC e evidência científica)

Qual o nome da doença do seu familiar?

Esta doença é considerada crónica?

O que sabe sobre esta doença ser crónica?

Diga 3 sintomas mais frequentes na insuficiência cardíaca:

Diga 3 fatores que podem ser mudados e que podem ajudar na intervenção:

Diga 3 fatores que não podem ser mudados:

O que causa a insuficiência cardíaca?

Quais os sinais de descompensação da Insuficiência Cardíaca?

Quais os cuidados com a alimentação?

Quais os alimentos de risco?

Como faz o tempero da comida?

Qual a quantidade de líquidos que deve ser ingerido por dia?

Qual a importância da vacina da gripe todos os anos?

Qual a importância da avaliação do peso na pessoa com IC?

Quem é que gere a medicação? O que sabe sobre a medicação para a IC?

Quais os sinais e sintomas que tem que vigiar no seu familiar?

O seu familiar faz a Monitorização/registo dos sinais e sintomas? Como é que faz? Participa no registo?	
Quando é que deve incentivar o seu familiar com IC a pedir ajuda ao médico e enfermeiro?	
Incentiva o seu familiar a fazer exercício físico? Como adaptam o exercício físico?	
Refira 2 benefícios do exercício físico?	
Incentiva o seu familiar a contactar o médico/enfermeiro quando apresenta sinais de descompensação?	
Quantas vezes no último ano incentivou o seu familiar a contactar o médico/enfermeiro a pedir ajuda?	

Apêndice XVIII

Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família



HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA



**GUIA DA PESSOA COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E
FAMÍLIA**

Ajudar a viver melhor

Elaborado e organizado por:

Catarina Silva (Estudante de Mestrado e Especialidade em Enfermagem
Médico-Cirúrgica)



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	5
2. A MEDICAÇÃO	13
3. A ALIMENTAÇÃO	23
4. A ATIVIDADE FÍSICA	31
5. A ATIVIDADE SEXUAL	32
CONCLUSÃO	33

AJUDAR A VIVER MELHOR

INTRODUÇÃO

Este pequeno guia dirige-se às pessoas com insuficiência cardíaca e família.

Tem como objetivo orientar o leitor levando-o a descobrir como tirar o melhor partido dos recursos pessoais e da comunidade, em todo o processo da doença.

Como cada pessoa é diferente, as suas dúvidas e problemas também o são. A equipa de saúde do Hospital de Dia está sempre disponível para o ajudar a ultrapassar todas as dificuldades relacionadas com a doença, informando e orientado, de modo a ajudá-lo a viver melhor com a sua doença.

Sabia que a Insuficiência Cardíaca afeta cerca de 400 mil Portugueses, 15 milhões de Europeus e apresenta-se como uma das principais causas de hospitalizações em todo o mundo?



CONCLUSÃO

A Insuficiência Cardíaca é uma doença crónica.

Para o resto da sua vida vai ter de tomar medicação e de adotar um estilo de vida saudável.

Cada pessoa é única e tem um tratamento personalizado, quer na medicação, quer no estilo de vida.

O objetivo é cumprir o melhor possível os programas que lhe são propostos, para viver mais e melhor.

E lembre-se de **cumprir**:

- ✓ Restrição sódica (sal)
- ✓ Restrição hídrica (líquidos)
- ✓ Medicação



Caso tenha alguma dúvida, contacte o(s) enfermeiro(s) do Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca:

Horário: 08h às 15h – Dias Úteis	
Secretariado	Hospital de Dia

5. A ATIVIDADE SEXUAL

Muitas pessoas com Insuficiência Cardíaca e os seus parceiros preocupam-se com o **efeito da atividade física sobre o coração**. Nada na atividade sexual a torna mais perigosa do que qualquer outra atividade física.

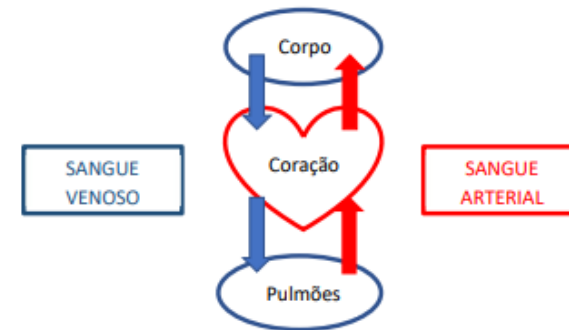
Assim que tiver **indicação para reiniciar a sua atividade sexual**, deve ter os seguintes cuidados.

- Retomar a atividade sexual gradualmente, **dando especial atenção aos preliminares** para início da relação;
- Eleger **momentos tranquilos**, sem stress psíquico;
- Se sentir **falta de ar, dor de qualquer natureza ou se perceber que o coração “acelera”**, muito além do habitual durante a relação, deve **interromper de imediato**. Posteriormente deve **comunicar** o sucedido ao enfermeiro/médico.
- Certas doenças como a Insuficiência Cardíaca e alguns **medicamentos podem desencadear** em certas pessoas, **problemas sexuais**, nomeadamente problemas na excitação e em atingir o orgasmo; no entanto, e em regra, **são fenómenos passageiros** que não deverão ser impeditivos de novas tentativas;

1. A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

1.1. Coração... como funciona?

O **coração** é um músculo que bombeia sangue para o organismo. O sangue transporta oxigénio e nutrientes para todas as partes do corpo. O coração está dividido em dois lados que funcionam em conjunto: um direito e um esquerdo. O lado direito recebe o sangue venoso de todo o corpo, envia-o para os pulmões para receber oxigénio. O sangue oxigenado dos pulmões retorna ao lado esquerdo do coração que o bombeia para as artérias distribuindo-o por todo o corpo.



Este processo garante que existem sempre nutrientes e oxigénio suficientes para que o organismo funcione de forma eficiente.

1.2. O que é Insuficiência Cardíaca?

Significa que existe uma alteração estrutural e/ou funcional do coração. O coração não bombeia sangue suficiente para corresponder às necessidades do organismo.



É uma doença crônica que pode surgir como consequência de outras doenças como é o caso da:

Doença arterial coronária:

- Enfarte agudo do miocárdio; Angina de peito

Doenças do ritmo cardíaco:

- Fibrilhação auricular

Doença Valvular Cardíaca:

- Insuficiência mitral; Estenose aórtica

Doença do miocárdio e do pericárdio:

- Miocardite; Miocardiopatia hipertrófica; Pericardite

Outras:

- Hipertensão arterial; Cardiopatia congênita; Infecções; Alguma terapêutica; Distúrbios metabólicos; Patologia neuromuscular; Amiloidose; Sarcoidose; Neoplasia.

4. A ATIVIDADE FÍSICA

4.1. O que deve saber sobre a atividade física?

A atividade física regular é um ótimo meio para manter um estado de espírito otimista, a autoestima e um bom nível de atividade. **A quantidade e tipo de atividade bem como intensidade do esforço deve ser adaptada à capacidade física de cada pessoa.**

Deve ter em atenção as condições do tempo e evitar muito calor, muito frio, vento e chuva.

As fases de aquecimento e arrefecimento devem ser sempre respeitadas, para isso, deve fazer alongamentos antes e após qualquer atividade física.

A **atividade física** tem a dupla função de melhorar o aporte de oxigénio mantendo os **pulmões eficientes e manter o tônus e força de músculos**. Esta será tão mais eficiente, quanto menor a ajuda necessária para o coração da pessoa com insuficiência cardíaca, quando submetido a um esforço.

É melhor que realize a **atividade física ao final da manhã**, ou **final da tarde**, com 1h30m de intervalo das refeições. Avalie o **pulso antes** e logo **após** terminar a sessão de atividade física.

No caso de sentir **aumento da fadiga** em determinada atividade física, **suspenda-a por alguns dias** e depois volte a tentar.

SUGESTÃO: UMA CAMINHADA DIÁRIA!

Salsa crua e coentros crus
Pimenta moída
Carne e peixe
Espinafres, couve de bruxelas

3.5. Alimentos ricos em vitamina K:

Se está medicado com Varfine deve limitar o uso de alimentos ricos em vitamina K, que podem diminuir a eficácia deste medicamento, veja os exemplos que se seguem:

Salsa (folhas cozinhadas)	Cenoura crua
Coentros (folhas cozinhadas)	Rúcula
Couve-de-bruxelas cozida	repolho
Brócolos cozidos	Ovo cozido
Couve-flor crua	Abate
Acelga cozida	Fígado
Espinafre cru	Morangos
Alface	Frango

Mas o que é uma doença crónica?



É uma doença de **longa duração**, que **acompanha** a pessoa **durante a vida** e requer **tratamentos e terapias longas ou complexas**. Normalmente, ocorrem períodos de agravamento (**descompensação**) que são próprios da doença.

Contudo, se **cumprir as indicações** que lhe são dadas e aprender a conhecer o seu corpo (capacidades e limitações), este processo pode decorrer sem afetar gravemente a sua **qualidade de vida**.



Quando tem insuficiência cardíaca, o seu corpo irá adaptar-se e tentar manter a quantidade de sangue de que o corpo precisa. Isto é designado por **compensação**.

Contudo o coração começa a:

- Aumentar o número de batimentos (taquicardia) para bombear mais sangue para o corpo;
- Aumentar o tamanho (dilatação) para aumentar a quantidade de sangue que consegue bombear, assim torna-se um músculo cardíaco mais forte e mais espesso (hipertrofia), para o ajudar a bombear com mais força.

Uma vez que o coração já está fraco, estas alterações farão com que o coração se esforce ainda mais, acabando por enfraquecê-lo ainda mais, originando períodos de **descompensação** que são acompanhados por **sinais e sintomas**.



SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA:

O coração não vai bombear o sangue oxigenado para o corpo, não conseguindo suportar a carga aparecendo **sintomas** como:

Edemas (inchaço)

Dispneia (Falta de ar)

Aumento do peso

Cansaço (fadiga)

Tonturas

Tosse ou pieira

Perda de apetite

Batimentos cardíacos acelerados

Necessidade de urinar durante a noite

O álcool, além de causar doenças do fígado, também prejudica muito outros órgãos, como o coração.



Consumo diário de álcool	
Homem	Mulher
Até 2 copos pequenos	Até 1 copo pequeno

Não se esqueça de que também as bebidas alcoólicas devem ser incluídas na quantidade de líquidos permitida diariamente.

3.4. Alimentos ricos em potássio:

Existe uma relação entre a **Insuficiência cardíaca**, os **medicamentos** e o **potássio**. Alguns diuréticos ao removerem líquido em excesso no corpo também **eliminam potássio**. A **falta de potássio pode causar fraqueza muscular** o que não se pretende nas pessoas com Insuficiência Cardíaca.

Frutas frescas: banana, laranja e melão
Frutos secos: Damasco seco, figo seco, favas secas, lentilhas, passas de uvas, ameixa seca, amêndoa, Tâmara seca, amendoim, pinhão, noz, avelã
Sumos de laranja, ananás e toranja
Feijão branco, feijão frade, feijão manteiga, grão de bico
Batatas e batatas doces

3.3. Ingestão de líquidos

A insuficiência cardíaca faz com que o corpo **retenha líquidos** no organismo. O **coração tem de se esforçar mais**, porque o líquido extra aumenta o volume de sangue que o coração tem de bombear para o organismo.

Recomenda-se uma **INGESTÃO DE 1,5L DE ÁGUA E/OU LÍQUIDOS** (incluindo leite, iogurtes líquidos, café, sopa ...) em pessoas com Insuficiência cardíaca.



Para evitar a **desidratação** pode beber mais **1 ou 2 copos de água** durante os períodos de maior **calor, maior humidade ou vômitos**.

Se tiver **vômitos ou diarreia**, ter em **atenção** sempre o **aumento de peso** para **avaliar a retenção de líquidos**.

Como aprender a viver com Insuficiência Cardíaca?

O caminho passa por si!

Não existe cura para a Insuficiência Cardíaca, mas existem várias ações práticas que pode realizar para **cuidar de si** e manter a **qualidade de vida**.



Com os cuidados e o apoio adequados, a insuficiência cardíaca **não deve impedi-lo de fazer a maior parte das coisas de que gosta**, desde que tenha noção dos seus próprios limites.

Existem medidas práticas que pode adotar para o ajudar a lidar com a doença como:

• Ter apoio emocional e social

Ajuda a gerir melhor a doença e ter uma atitude mais positiva em relação à vida



• Estilo de vida saudável

- ✓ Restrição salina (Sal)
- ✓ Restrição hídrica (Líquidos)
- ✓ Fazer exercício físico
- ✓ Não fumar



• Vigiar a tensão arterial, pulso e peso



- **Viajar**

Levar lista atualizada de todos os medicamentos e levar consigo medicamentos na bagagem de mão.

- **Vacinação**

Minimiza o risco de infecções respiratórias, uma vez que podem agravar a insuficiência cardíaca. Vacina da gripe e/ou pneumonia.



- **Gerir a medicação**

A folha da medicação do hospital de dia ajuda a controlar os medicamentos que tem de tomar e quando.



- **Aprender a conhecer os seus limites de modo a manter a sua autonomia**



- **Colocar dúvidas sempre que surjam**



3.2.2. Alimentos com mais sal:



Fermento em pó
Cubo de carne de galinha/vaca para caldo
Enchidos e queijo
Azeitona
Bacalhau/ Polvo/ Camarão cozido
Porco toucinho
Bolacha de aveia
Molho de tomate "Ketchup"
Margarina
Salsichas
Tremoço cozido e salgado
Creme vegetal

- Ao utilizar o sal, privilegie o sal marinho ou sal dos himalaia em vez de sal fino (sal de mesa);
- Verifique a informação no rótulo relativo ao conteúdo de sal ou sódio como:

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS ALIMENTOS por 100g				
	GORDURA Saturada	GORDURA Saturada	AÇÚCAR	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3,75g e 17,5g	entre 1,5g e 5g	entre 5g e 22,5g	entre 0,5g e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Para informações consulte: www.alimentacaoemvaldopo.pt

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS BEBIDAS por 100ml				
	GORDURA Saturada	GORDURA Saturada	AÇÚCAR	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 3,75g e 8,75g	entre 1,25g e 2,5g	entre 5g e 11,25g	entre 0,3g e 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Para informações consulte: www.alimentacaoemvaldopo.pt

Opte por alimentos e bebidas com nutrientes maioritariamente na categoria verde, modere aqueles com um ou mais nutrientes na categoria amarela e evite aqueles com um ou mais nutrientes na categoria vermelha.

Como temperar a comida:

Temperar a comida com ervas aromáticas (coentros, salsa, alecrim, tomilho, cebolinho, hortelã, louro, manjeriço, orégãos,...), especiarias (caril, cravinho, pimenta, cominho, noz-moscada,...), limão, lima, alho, cebola, e vinagre evitando assim o uso do sal e tornando a sua comida mais apetitosa.



FATORES DE RISCO:

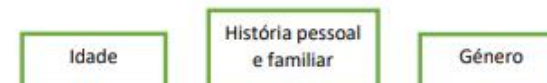
As pessoas com insuficiência cardíaca são aconselhadas a evitar fatores de risco que contribuem para o agravamento da doença.

Os mais comuns e que podemos mudar são:



➔ No Hospital de Pulido Valente existe uma consulta destinada a ajudar as pessoas a deixarem de fumar!

Existem ainda fatores de risco que não podemos mudar como:



Quando e como pedir ajuda?

Deve pedir imediatamente ajuda se sentir:

- Dores persistentes no tórax que não aliviam com trinitrato de glicerilo (NTG/nitroglicerina);
- Falta de ar grave e persistente;
- Desmaios.

Deve informar o seu médico o mais rapidamente possível se:

- Aumentar a falta de ar;
- Acordar mais vezes devido à falta de ar;
- Tiver necessidade de mais almofadas para dormir confortavelmente;
- Tiver frequência cardíaca acelerada ou agravamento das palpitações.

Deve falar com o seu médico ou enfermeiro se verificar algum dos sintomas seguintes:

- Aumento súbito de peso;
- Dor ou inchaço progressivo no abdómen;
- Maior inchaço nas pernas ou nos tornozelos;
- Perda de apetite e náusea;
- Aumento da fadiga;
- Agravamento da tosse.

3.2. Porquê reduzir o sal?

A insuficiência cardíaca faz com que o corpo **retenha sal e água** adicionais, o que provoca a **acumulação de líquidos** no organismo. Por sua vez causa edemas (inchaço) e **congestão** dos pulmões o que provoca falta de ar.

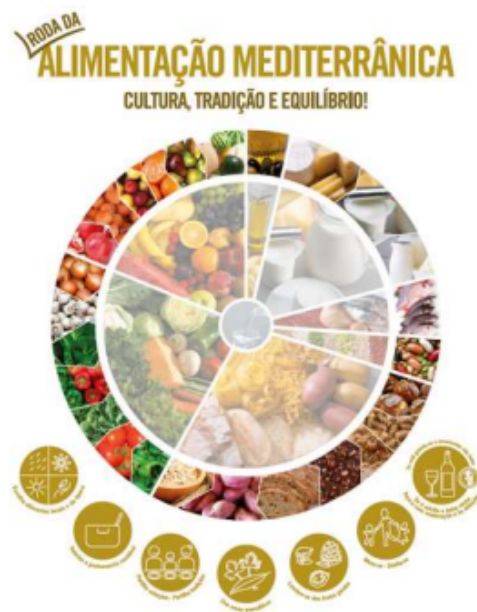


O coração tem de se esforçar mais, porque o líquido extra aumenta o volume de sangue que o coração tem de bombear para o organismo, para além disso, o sal causa sede. Assim, se ingerir muitos alimentos salgados, terá tendência a ingerir mais líquidos.

A ingestão de sal está limitada a 5g/dia (1 colher de chá rasa).

3.2.1 Como evitar o sal:

- Escolha alimentos frescos;
- Limite os alimentos embalados em salmoura (pickles, legumes em conserva, azeitonas,...);
- Cozinhe o arroz, massa, e as batatas com uma quantidade reduzida de sal;
- Evite as refeições congeladas, sopas enlatadas, caldos, molhos e fast-food;
- Lave os alimentos enlatados, como o feijão, para remover algum sal;



A Insuficiência Cardíaca está geralmente associada a alterações súbitas de peso.

O aumento de peso obriga a um trabalho suplementar do coração que é precisamente o que se tenta evitar.

2. A MEDICAÇÃO

É muito importante tomar os medicamentos para a Insuficiência Cardíaca. Cada medicamento e a respetiva dose são escolhidos especificamente para cada pessoa, para que obtenha os **melhores resultados possíveis no tratamento**.



Os medicamentos podem ajudar a **controlar os sintomas e melhorar a sua qualidade de vida**. É fundamental tomar a medicação conforme a **prescrição**, cumprindo rigorosamente a **dose e o horário**.

2.1. O que deve saber sobre a medicação?

- Antes de tomar os medicamentos deve verificar: O **nome**; A **quantidade/dosagem**; O **horário**;
- Deve conhecer todos os medicamentos que toma e para que os toma;
- Efeitos secundários dos medicamentos que toma;
- Se considerar difícil lidar com um dos seus medicamentos devido aos efeitos secundários, é importante falar com o seu médico ou enfermeiro;
- Deve guardar os medicamentos em lugar seco e ao abrigo da luz;
- Não iniciar ou interromper um medicamento sem conselho médico;

2.2. Sugestões e ferramentas para se lembrar de tomar os medicamentos:

- **Utilize a folha do Hospital de Dia** com a medicação descrita com os nomes dos medicamentos, a dose e a hora do dia, que o ajudará a lembrar-se dos medicamentos que tem de tomar e quando;
- **Leve a folha** da medicação consigo quando tiver **consulta com o médico ou enfermeiro** para mostrar as suas dúvidas sobre os medicamentos que toma;
- Leve uma cópia da folha da medicação sempre na sua carteira e leve-a a qualquer consulta médica, mesmo que não seja da especialidade de Cardiologia;
- Caso tenha e utilize uma **caixa de comprimidos**, com etiquetas dos dias da semana e das horas do dia, peça a um **familiar ou ao enfermeiro para verificar a caixa aquando da sua preparação**, para saber se está tudo correto;
- Programe um **alarme para se lembrar** de tomar um medicamento a uma determinada hora (caso seja necessário);
- **Informe os seus familiares e/ou amigos** sobre o calendário de medicação, para que possam lembrá-lo;
- Crie um hábito ou uma rotina ao tomar o medicamento para o ajudar a lembrar-se;
- Lembre-se de levar os medicamentos consigo quando sair de casa, para garantir que os toma à hora certa;

3. A ALIMENTAÇÃO

3.3. O que deve saber sobre a alimentação:

Um consumo alimentar adequado tem como objetivo a melhoria do estado nutricional de cada pessoa e tem um impacto direto e positivo na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional, como o caso da insuficiência cardíaca.



Para que o seu corpo tenha nutrientes para a manutenção de uma boa saúde, tem que haver uma alimentação completa, variada e equilibrada, incluindo todos os grupos da roda de alimentos.

Recomendações:

- Consumo moderado de carne e peixe, principalmente sardinha, carapau, cavala, atum (...);
- Ingestão de 3 a 4 porções de fruta diária (1 porção = 160g);
- Preferir cereais pouco processados e tubérculos como por exemplo, batata doce, castanha, massa e arroz integrais, flocos de aveia, pão de centeio, broa (...);
- Utilize o azeite com moderação como gordura;
- Consuma com moderação alimentos gordos;
- Dieta rica em legumes, à base de cozidos e grelhados;
- Nunca esquecendo dos alimentos locais e da época.

Atorvastatina (Zarator®)	Fluvastatina (Lescol®, Vascol®)	Pravastatina (Pravacol®)
Rosuvastatina (Crestor®, Visacor®)	Sinvastatina (Zocor®)	Pitavastatina (Livazo®)

No Hospital de Dia poderá ter a necessidade de fazer medicação endovenosa (EV) como: Diuréticos e Ferro.

2.4. Orientações:

Em cada consulta não hesite questionar o seu médico e enfermeiro:

- Caso tenha que começar um medicamento novo, questione quais os possíveis efeitos secundários associados ao medicamento e qual a sua atuação para controlar a Insuficiência Cardíaca.
- Questionar se pode fazer algo para reduzir os efeitos secundários.

- Peça novas receitas e compre os medicamentos com antecedência;
- Se tiver dificuldades em organizar os comprimidos, fale com um enfermeiro;
- Se **não poder sair de casa** e tiver **dificuldade em tomar** os comprimidos poderá solicitar visita do enfermeiro em regime de visita domiciliária para organizar os comprimidos numa caixa própria.

2.3. Medicamentos usados no tratamento da Insuficiência cardíaca:

Para o tratamento da Insuficiência Cardíaca existem 3 grupos de medicamentos que deve conhecer.

2.3.1. Medicamentos que ajudam a aliviar os sintomas por retenção de líquidos

Este grupo é constituído essencialmente pelos diuréticos. Durante o tratamento da Insuficiência Cardíaca há momentos em que pode precisar de mais diurético e outros momentos em que pode não precisar de diurético nenhum. Algumas pessoas com Insuficiência cardíaca passam muito tempo sem precisar de tomar diurético enquanto outros podem precisar sempre de uma dose estável para se sentirem bem.

- **Diuréticos:** Têm como função ajudar os rins na eliminação de líquidos sob a forma de urina.

Furosemda (LASIX®)	Metolazona (DIULO®)	Hidroclorotiazida (HydroDIURIL®)
Chlortalidonum (Hygroton®)	Indapamida (NatriliX®, Fludex®)	Hidroclorotiazida e cloridrato de amilorida (MODURETIC®)

2.3.2. Medicamentos que alteram o prognóstico da Insuficiência Cardíaca

São medicamentos que não só ajudam a melhorar a sua qualidade e vida, mas que reduzem a probabilidade de ser internado ou outro tipo de complicação devido à Insuficiência Cardíaca.

Neste grupo incluem-se 4 classes de medicamentos que ajudam o coração a funcionar melhor. É normal que o seu médico tente que faça um medicamento de cada uma destas classes e a dose desses medicamentos será aumentada de forma a obter o maior efeito benéfico de cada medicamento. Em algumas situações, pode não ser possível ter todas as classes de medicamentos ou a dose mais alta de cada medicamento, porque a pessoa não tolera os efeitos adversos como alteração da função renal e hipotensão (tonturas). Assim a dose ideal é diferente de pessoa para pessoa.

- **Inibidores dos recetores da angiotensina e neprilisina (ARNI):** É a combinação de dois medicamentos (sacubitril e valsartan) que interferem no coração para

Deve **comunicar**, por exemplo ao médico de família, dentista e farmacêutico, que está a fazer anticoagulante.

É fundamental que comunique exatamente quando fez a última dose de um anticoagulante. Não deve suspender o anticoagulante sem indicação médica prévia.

- **Anti-agregantes plaquetários:** Tornam o sangue mais fluido e diminuem a probabilidade de se formarem coágulos nas placas de gordura que se formam no interior das artérias e que causam obstrução das artérias. Se teve um enfarte nunca deve interromper o anti-agregante sem falar com o seu Cardiologista previamente.

Ácido Acetilsalicílico (Aspirina®, AAS®)	Clopidogrel (Plavix®)	Ticlopidina (Ticlid®)
--	---------------------------------	---------------------------------

- **Anti-dislipidémicos:** Servem para diminuir o “colesterol mau” (LDL) e aumentar o “colesterol bom” (HDL) e para prevenir a progressão das placas de gordura que se formam no interior das artérias.

- **Digitálicos:** Têm como ação estimular o coração a contrair-se com mais força e diminuem a frequência cardíaca ajudando o coração a trabalhar melhor.

Digoxina (Lanoxin®)	Metildigoxina (Lanitop®)
-------------------------------	------------------------------------

- **Anticoagulantes, incluindo novos anticoagulantes orais (NOAC):** Têm a função de manter o sangue mais fluido e impedem a formação ou o crescimento de coágulos sanguíneos.

Varfarina (Varfine®)	Acenocumarol (Sintrom®)	Rivaroxabano (Xarelto®)
Apixabano (Eliquis®)	Dabigatranol (Pradaxa®)	Edoxabano (Lixiana®)

Caso faça anticoagulantes, devido ao **risco de hemorragia**, é importante que **informe** imediatamente o seu **médico** se:



- ✓ Sinais de hemorragia anormal;
- ✓ Nódos negros sem explicação;
- ✓ Hemorragia nas gengivas;
- ✓ Hemorragia no nariz;
- ✓ Sangue na urina ou fezes;

melhorar a função cardíaca, ajudam a controlar a retenção de sal, água e reduzem a tensão arterial.

Sacubitril/Valsartan (Entresto®, Neparvis®)

- **Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA):** têm como função dilatar os vasos sanguíneos venosos e arteriais.

Enalapril (Vasotec®, Renitec®)	Lisinopril (Prinivil®)	Perindopril (Coverex®, Coversyl®)
Ramipril (Triatec®)	Captopril (Capoten®)	

- **Antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA):** Têm como função dilatar os vasos sanguíneos venosos e arteriais, influenciar o rim de forma a evitar a retenção de sal e água e alterar a estrutura cardíaca de forma a otimizar a função cardíaca.

Candesartan (Atacand®)	Losartan (Cozaar®)	Olmesartan (Olmetec®, Olsar®)
Telmisartan (Micardis®)	Irbesartan (Avapro®, Aprove!®)	Valsartan (Diovan®)

- **Beta-bloqueantes:** Têm como principal função a redução do número de batimentos do coração, reduzindo assim o consumo de energia e oxigênio pelo coração e prevenindo arritmias.

Bisoprolol (Concor®)	Carvedilol (Dibloc®)	Metoprolol (Lopressor®)
Timolol (Betim®)	Sotalol (Darob®)	Propanolol (Inderal®)
Nebivolol (Nebilet®)		

- **Antagonistas dos recetores da aldosterona:** Ajudam a reduzir a tensão arterial, a acumulação de líquidos e por conseguinte, protegem o coração ajudando também a melhorar a função cardíaca. Como efeitos adversos pode ocorrer hipotensão (tonturas) e ginecomastia (aumento da região mamaria).

Espironolactona (Aldactone®)	Eplerenona (Inspra®)
--	--------------------------------

- **Inibidores do SGLT2 (Cotransportador de sódio-glicose):** Foram medicamentos inicialmente desenvolvidos para tratar a diabetes que têm como principal função açúcar do sangue através do rim, levando à perda de açúcar na urina. Posteriormente percebeu-se que também era útil em doentes não diabéticos com Insuficiência Cardíaca porque ajuda a eliminar líquido e sal. Para além disso tem um efeito

benéfico no coração ajudando a melhorar a função cardíaca. Como efeitos adversos pode ocorrer candidíase genital e infeção urinária.

Dapagliflozina (Forxiga®)	Empagliflozina (Jardiance®)	Canagliflozina (Invokana®)
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

2.3.3. Outros medicamentos que podem ajudar no tratamento da Insuficiência Cardíaca

- **Inibidores dos nós sinuais:** Reduz os batimentos cardíacos e reduz a frequência dos impulsos do nódo sinusal, que é o local na aurícula direita que controla a frequência cardíaca.

Ivabradina (Procoralan®)

- **Nitratos/Vasodilatadores:** Têm como função a dilatação dos vasos venosos e arteriais diminuindo assim a carga de trabalho do coração.

Dinitrato de isossorbida (Flindix®)	Mononitrato de isossorbida (Monoket®, Imdur®, Ismo retard®)	Dinitrato de isossorbida (Flindix®)
Nitroglicerina (Nitromint®, Nitradisc®)		

Apêndice XIX

Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência
Cardíaca e família



HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA



AJUDAR A VIVER MELHOR

**LIVRO DE REGISTO E
MONITORIZAÇÃO DE SINAIS E
SINTOMAS DA PESSOA COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E
FAMÍLIA**

Ajudar a viver melhor

Elaborado e organizado por:

Catarina Silva (Estudante de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

NOTAS:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

INTRODUÇÃO

Este livro é seu e nele pode registar todos os sinais e sintomas que o ajudem a gerir a Insuficiência Cardíaca.

A Monitorização e o registo dos valores da pressão arterial, frequência cardíaca, nível de cansaço, o inchaço das pernas, a falta de ar e o aumento do número de almofadas para dormir ajuda a controlar a sua doença.

Faça a comparação dos valores de vigilância para que possa avaliar a necessidade de entrar em contacto com a equipa do Hospital de Dia de Insuficientes cardíacos.

DADOS PESSOAIS

Nome:

Morada:

Localidade:

Telefone:

Médico/a:

Enfermeiro/a:

Data de Consultas:

Data de exames:

Caso tenha alguma dúvida, contacte o(s)
enfermeiro(s) do Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca:

Horário: 08h às 15h – Dias Úteis	
Secretariado	Hospital de Dia

Mês _____

20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Mês _____ 20__

Semana de ____ a ____			
	Peso (Kg)	TA (mm/Hg)	Frequência cardíaca (bpm)
2ª Feira			
3ª Feira			
4ª Feira			
5ª Feira			
6ª Feira			
Sábado			
Domingo			

Semana de ____ a ____					
	Ausente	Melhor	Igual	Pior	Novo
Inchaço					
Número de almofadas para dormir					
Falta de ar					
Cansaço					

Apêndice XX

Poster: “A medicação na insuficiência cardíaca”

A MEDICAÇÃO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



MUITO IMPORTANTE :

- ✓ **TOMAR SEMPRE OS MEDICAMENTOS**
- ✓ **AJUDAM A CONTROLAR os sintomas e melhoram a qualidade de vida**
- ✓ **Tomar a medicação CONFORME A PRESCRIÇÃO, CUMPRINDO RIGOROSAMENTE a DOSE e o HORÁRIO**

PARA O TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EXISTEM 3 GRUPOS DE MEDICAMENTOS QUE DEVE CONHECER

MEDICAMENTOS QUE AJUDAM A ALIVIAR OS SINTOMAS POR RETENÇÃO DE LÍQUIDOS

01

- **DIURÉTICOS** (p.e. Lasix, Diulo, Moduretic)

MEDICAMENTOS QUE ALTERAM O PROGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

02

- **ARNI** (p.e. Sacubitril/Valsartan), **IECAS** (p.e. Enalapril, Lisinopril, Ramipril), **ARA** (p.e. Candesartan, Losartan, Valsartan)
- **BETA-BLOQUEANTES** (p.e. Bisoprolol, Carvedilol, Nebivolol)
- **ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA ALDOSTERONA** (p.e. Espironolactona)
- **INIBIDORES SGLT2** (p.e. Dapagliflozina, Empagliflozina, Canagliflozina)

OUTROS MEDICAMENTOS QUE PODEM AJUDAR NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

03

- **INIBIDORES DO NÓDULO SINUSAL** (p.e. Ivabradina)
- **NITRATOS/ VASODILATADORES** (p.e. Flindix, Nitromin)
- **DIGITÁLICOS** (p.e. Digoxina)
- **ANTICOAGULANTES** (p.e. Varfine, Sintrom, Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana)
- **ANTI-AGREGANTES PLAQUETÁRIOS** (p.e. Aspirina, Clopidogrel)
- **ANTI-DISLIPIDÉMICOS** (p.e. Atorvastatina, Pravastatina, Rosuvastatina, Sinvastatina)

Apêndice XXI

Poster: “A medicação na insuficiência cardíaca”

A MEDICAÇÃO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



MUITO IMPORTANTE :

- ✓ **TOMAR SEMPRE OS MEDICAMENTOS**
- ✓ **AJUDAM A CONTROLAR os sintomas e melhoram a qualidade de vida**
- ✓ **Tomar a medicação CONFORME A PRESCRIÇÃO, CUMPRINDO RIGOROSAMENTE a DOSE e o HORÁRIO**

PARA O TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EXISTEM 3 GRUPOS DE MEDICAMENTOS QUE DEVE CONHECER



Apêndice XXII

Orientações para avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem
implementadas junto da pessoa idosa e família na gestão da
Insuficiência Cardíaca – Via telefónica

Orientações para avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas junto da pessoa idosa e família na gestão da Insuficiência Cardíaca (IC) – Via telefónica

- ✓ Antes de realizar o contato telefónico:
 - Consultar o guião elaborado e utilizado para identificar os défices de autocuidado na família das pessoas idosas com IC.
 - Consultar Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca preenchida pela pessoa idosa.
- ✓ Durante o contato telefónico:
 - Cumprimentar e apresentar-se (nome próprio e apelido) como enfermeira e estudante de mestrado em enfermagem na área de especialização enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa, utilizando um tom de voz claro e calmo.
 - Questionar a identidade da pessoa que atende a chamada telefónica (sempre que possível, realizar a chamada com a Pessoa Idosa e/ou família).
 - Validar com a Pessoa Idosa e/ou família a qualidade do som da chamada e/ou capacidade auditiva da Pessoa Idosa e/ou família.
 - Informar sobre a finalidade do contacto telefónico (avaliação da intervenção realizada na visita domiciliária).
 - Questionar a Pessoa Idosa e/ou família se o momento é oportuno para conversarem sobre o instrumento de educação para a saúde (guia da pessoa com insuficiência cardíaca e família) e de monitorização e registo de sinais e sintomas (livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com insuficiência cardíaca e família).
 - Informar sobre os objetivos do contato e validar se a Pessoa Idosa e/ou família os compreendeu.
 - Questionar a Pessoa Idosa sobre o que recorda da informação transmitida na visita domiciliar seguindo a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (proceder ao preenchimento da escala).
 - Questionar a família sobre o que se recorda da informação transmitida na visita domiciliária, seguindo o guião elaborado e utilizado para

identificar os défices de autocuidado na família das pessoas idosas com IC (proceder ao preenchimento do instrumento).

- Esclarecer dúvidas, informar e validar a sua compreensão durante o contato.
- Confirmar a compreensão da informação transmitida.
- Sintetizar e validar a informação fornecida.

✓ Final do contato telefónico

- Informar a Pessoa Idosa e/ou família que o contato terminou e que vai desligar.
- Despedir-se.
- Desligar a chamada depois da pessoa desligar.
- Sempre que necessário, transmitir informação importante ao medico assistente e/ou enfermeiro do Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca;

Referências bibliográficas

- Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes, M. P. & Gomes, B. (2020). A script for nursing intervention on elderly people with chronic pain by telephone consultation. In J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology* (pp. 213–218). Switzerland: Springer. DOI: [10.1007/978-3-030-41494-8_21](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_21)
- Mistraletti, G., Gristina, G., Mascarin, S., Iacobone, E., Giubbilo, I., Bonfanti, S., Fiocca, F., Fullin, G., Fuselli, E., Bocci, M., Mazzon, D., Gusti, G., Galazzi, A., Negro, A., Iaco, F., Gandolfo, E., Lamiani, G., Leo, S., Gribaudo, M., Piccinni, M., Riccioni, L., Giannini, A., Livigni, S., Maglione, C., Vergano, M., Marinangeli, F., Lovato, L., Mezzeti, A., Drigo, E., Vegni, E., Calva, S., Aprile, A., Losi, G., Fontanella, L., Calegari, G., Ansaloni, C., Pugliese, F., Manca, S., Orsi, L., Moggia, F., Scelsi, S., Corcione, A. & Petrini, F. (2020). How to communicate with families living in complete isolation. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 0, 1-12. DOI: [10.1136/bmjspcare-2020-002633](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002633)
- National Health System England (2020). Specialty guides for patient management during the coronavirus pandemic clinical guide for the management of remote consultations and remote working in secondary care during the coronavirus pandemic. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/covid-19/specialty-guides/specialty-guide-virtual-working-and-coronavirus>.
- Planetree International (2020). Communicating optimal caring in telemedicine. Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2020/08/Telemedicine-COVID-19-Public.pdf>
- Relveiro, F. (2017). Implementação da consulta de enfermagem para atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia (Relatório de estágio). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/19103>
- Sullivan, B.-J., Marcuccilli, L., Sloan, R., Gradus-Pizlo, I., Bakas, T., Jung, M., & Pressler, S. J. (2016). Competence, Compassion, and Care of the Self: Family Caregiving Needs and Concerns in Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 209–214. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000241

Apêndice XXIII

Relatório final após intervenções promotoras para a capacitação da pessoa idosa e
família na gestão da Insuficiência Cardíaca

Relatório final após intervenções promotoras para a capacitação da pessoa idosa e família na gestão da Insuficiência Cardíaca

A elaboração deste relatório, surge do desenvolvimento das atividades integradas no projeto de estágio que procuram intervir na capacitação da pessoa idosa e sua família na gestão da Insuficiência Cardíaca (IC).

No presente estágio, ocorreram três momentos, dois de avaliação e um de intervenção, com o objetivo de promover a capacitação da pessoa idosa e sua família na gestão da IC.

Na fase inicial foi identificado o défice de autocuidado das pessoas idosas através do uso da escala europeia de autocuidado na IC e do uso do guião, elaborado para identificar os défices de autocuidado na família das pessoas idosas com IC. Este guião foi elaborado devido à inexistência de um instrumento que avaliasse o autocuidado na família das pessoas com IC.

Esta primeira avaliação teve início a 30 de novembro de 2021 onde privilegiou-se as visitas domiciliárias para obtenção dos dados iniciais. Para a aplicação da escala europeia de autocuidado na IC e do guião foi solicitado o consentimento verbal das pessoas idosas e respetivas famílias.

A escala europeia de autocuidado na IC foi aplicada a onze pessoas idosas e o guião foi aplicado a doze familiares, sendo que uma pessoa idosa tinha diagnosticado demência. Foi identificado o défice de autocuidado ao familiar dessa pessoa idosa com demência.

Após identificar os défices de autocuidados de todos os participantes, foram analisados os resultados e posteriormente foi elaborado um “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” com o objetivo de orientar a pessoa com IC, levando-a a descobrir como tirar o melhor partido dos recursos pessoais e da comunidade, em todo o processo da doença e um “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”, de modo a que a pessoa com IC possa registar todos os sinais e sintomas e gerir a doença da melhor maneira.

A 3 de janeiro 2022, iniciou-se a intervenção de enfermagem (início do segundo momento) a estas pessoas explicando os princípios de autocuidado recomendados para a gestão da IC, na pessoa idosa e sua família, utilizando as visitas domiciliárias para intervir de forma individualizada e personalizada. Contudo o “Guia da pessoa com Insuficiência

Cardíaca e família” e o “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” são iguais para todos.

Passados dois meses da identificação dos défices de autocuidado e um mês da implementação do “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” e do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”, foi efetuada uma avaliação com aplicação da escala europeia de autocuidado para pessoas com IC e guião para a família das pessoas idosas, constituindo o dito terceiro momento desta.

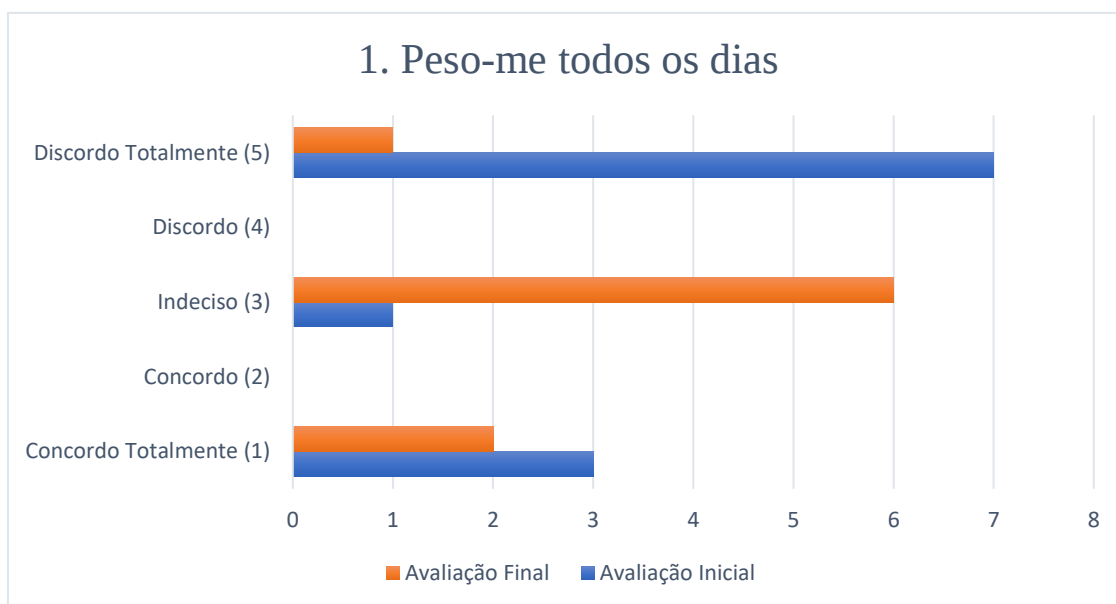
Esta segunda avaliação foi realizada por via telefónica devido à pandemia que alterou a dinâmica/disponibilidade do serviço

Após finalizada esta segunda avaliação foi feita uma comparação dos défices de autocuidado na primeira intervenção e na segunda intervenção, percebendo assim a evolução após as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa idosa e família para a gestão da insuficiência cardíaca.

- Pessoas idosas com IC

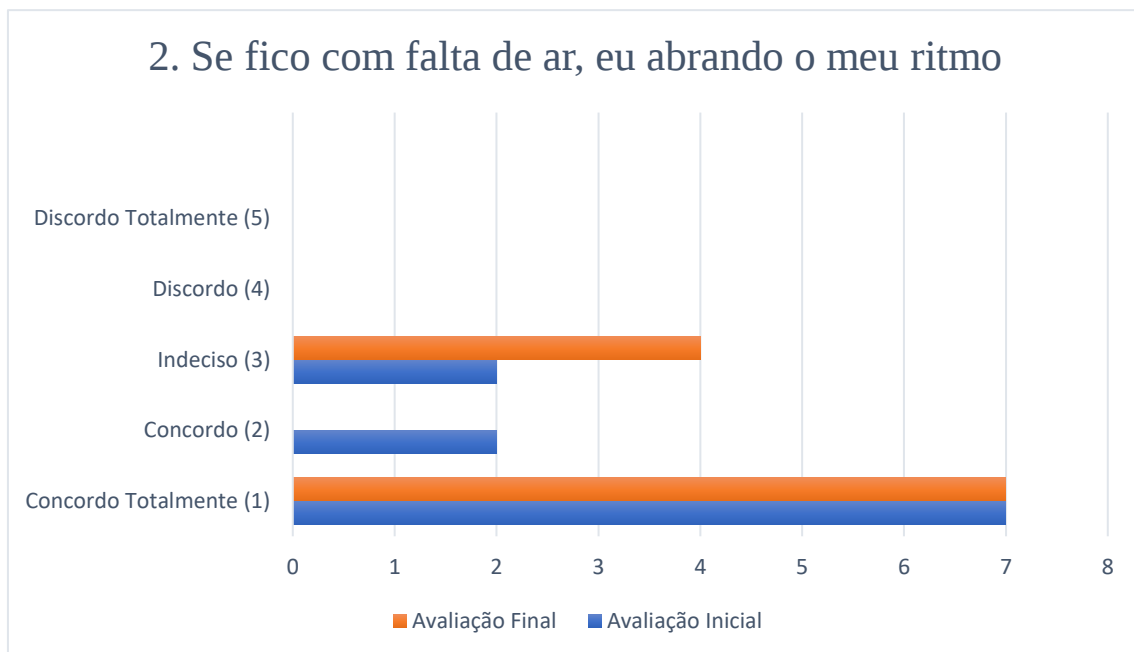
A aplicação da escala europeia de autocuidado na IC, foi bastante facilitadora e de fácil preenchimento para as pessoas idosas envolvidas, necessitando pontualmente de ajuda e colaboração de um profissional de saúde.

No ponto “1. Peso-me todos os dias”, houve melhorias entre a primeira avaliação e a segunda, tal como podemos ver no gráfico seguinte.



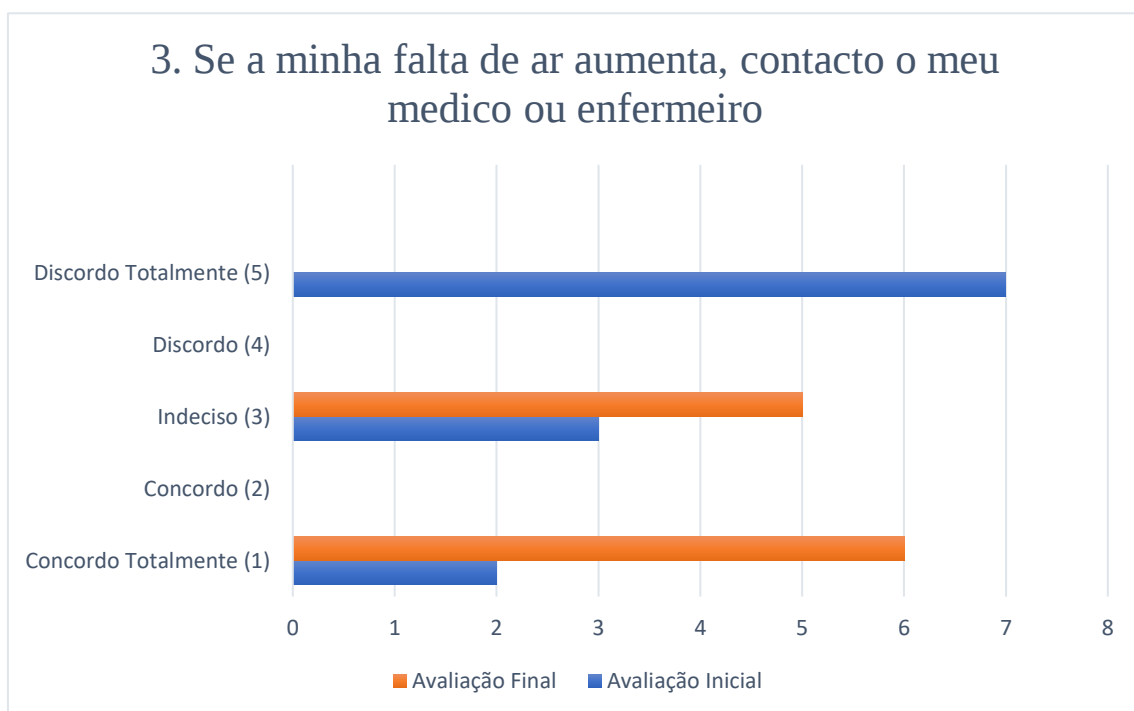
Na avaliação inicial sete pessoas idosas assinalaram o número “5 – Discordo Totalmente”, considerando que havia um grande défice de autocuidado na avaliação do peso. Após a intervenção de enfermagem, houve uma evolução, pois apesar de duas pessoas avaliarem o peso todos os dias, as restantes fazem avaliação do peso pelo menos duas a três vezes por semana, assinalando o número “3 – Indeciso”. Foi referido pelas pessoas idosas que o valor da avaliação do peso foi registado no “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”.

No ponto “2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo”, os dados foram os seguintes:



Neste ponto, verifica-se que após a intervenção enfermagem as pessoas idosas que abrandavam o ritmo quando sentiam falta de ar, continuaram a fazê-lo, mas duas pessoas que o faziam inicialmente, assinalaram o número “3 – Indeciso” por considerarem não ser necessário. Conclui-se assim que não houve uma evolução positiva.

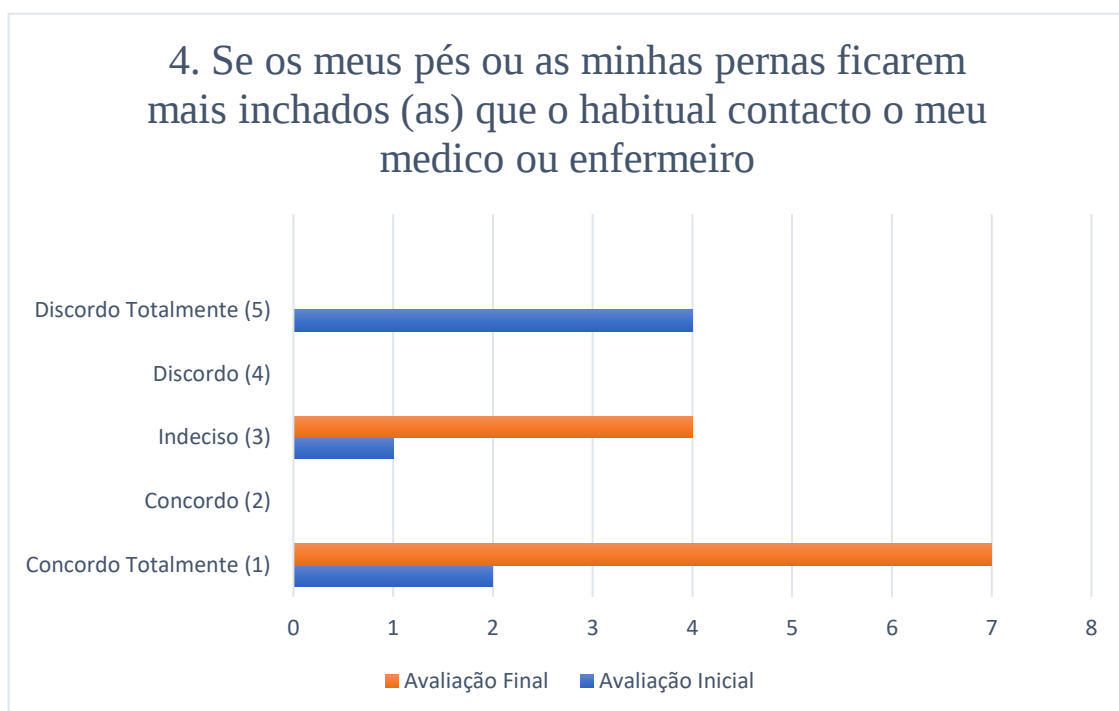
Seguidamente, no ponto “3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu medico ou enfermeiro”, verifica-se o oposto do ponto anterior.



Na avaliação inicial sete pessoas referiram que não contactavam o medico ou o enfermeiro quando aumentavam as queixas de falta de ar, porque consideravam “normal” este aumento. Contudo há a referir que as pessoas idosas têm várias patologias associadas e não conseguem identificar quais os sinais e sintomas das mesmas. Após intervenção de enfermagem, houve uma melhoria significativa dos resultados, pois independentemente da patologia, estas pessoas perceberam que devem pedir ajuda quando este sintoma surge ou piora.

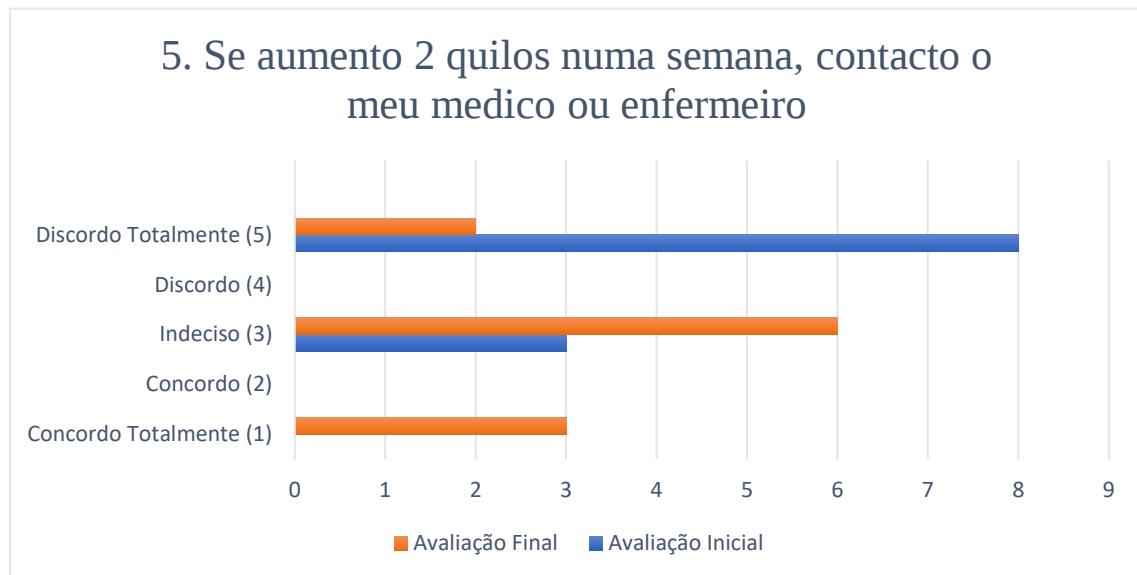
Esta evolução foi acompanhada pelo registo no “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”, de modo que percebessem se a falta de ar era ausente, se estava melhor, pior, igual ou se era simplesmente um sintoma novo.

Ao analisar o ponto “4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual contacto o meu médico ou enfermeiro”, a evolução foi significativamente positiva.



Inicialmente quatro pessoas idosas assinalaram o número “5 – Discordo totalmente”, sendo que após a intervenção de enfermagem, sete pessoas identificavam este sinal como uma possível descompensação da doença e que contactavam o medico ou enfermeiro nesse caso, assinalando o número “1. Concordo totalmente”. Na avaliação final, nenhuma pessoa assinalou o número “5 – Discordo totalmente”.

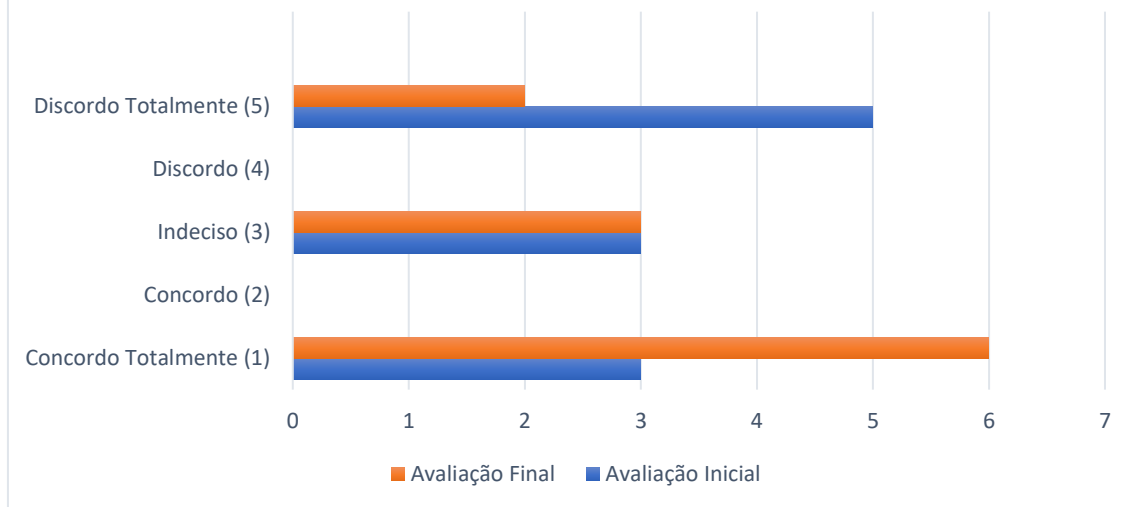
Associado ao ponto “1. Peso-me todos os dias”, e após a intervenção de enfermagem, o ponto “5. Se aumento dois quilos numa semana, contacto o meu medico ou enfermeiro” as pessoas idosas começaram a registar a avaliação do peso no “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” e a interpretar os valores da avaliação do peso.



Pode-se verificar que houve uma melhoria significativa. Inicialmente nenhuma pessoa idosa assinalou o número “1 – Concordo totalmente” e oito pessoas assinalaram o número “5 – Discordo totalmente”. Na avaliação final três pessoas assinalaram o número “1 – Concordo totalmente” e são duas pessoas assinalaram o número “5 – discordo totalmente”. As restantes pessoas encontram-se indecisas relativamente ao contato do medico e enfermeiro aquando do aumento de dois quilos numa semana.

Uma das intervenções com grande foco e importância para o autocuidado da IC é a restrição hídrica, e no ponto “6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 – 2 litros por dia), verificou-se um aumento da adesão dos intervenientes à monitorização da ingestão de água.

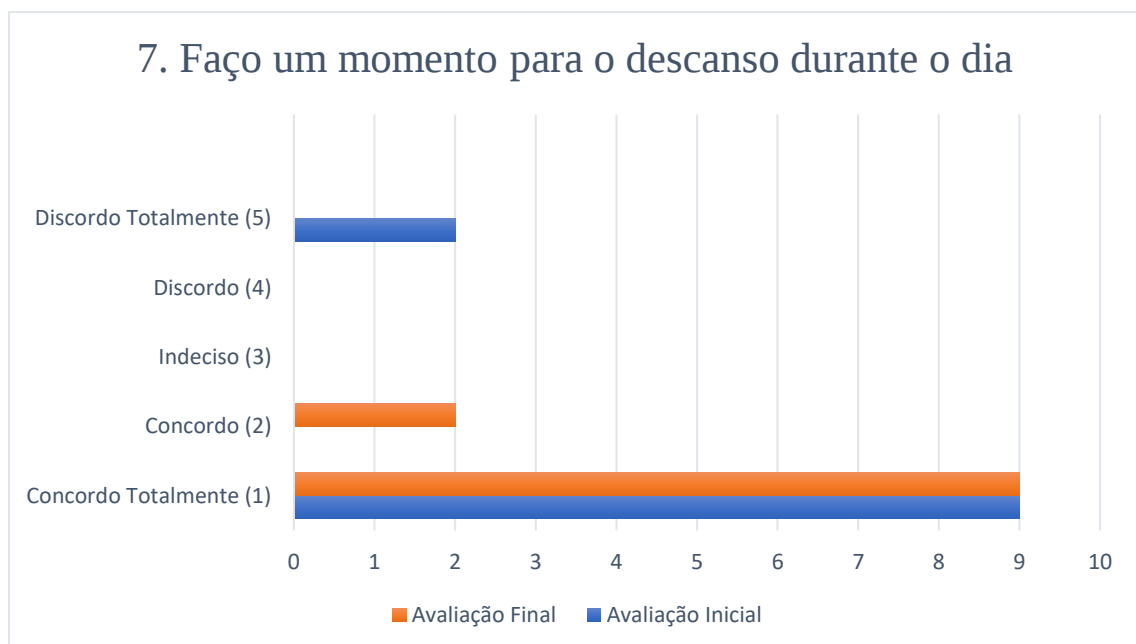
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 – 2 litros por dia)



Das cinco pessoas idosas que inicialmente assinalaram o número “5 – Discordo totalmente”, três assinalaram o número “1 – Concordo totalmente”. Verificando-se uma evolução positiva e significativa tendo em conta a amostra. Importante referir que durante as visitas domiciliárias, para além de explicar a importância da restrição hídrica, foram também incentivadas a contabilizar a quantidade de líquidos ingeridos com utensílios domésticos, os quais agora são utilizados diariamente.

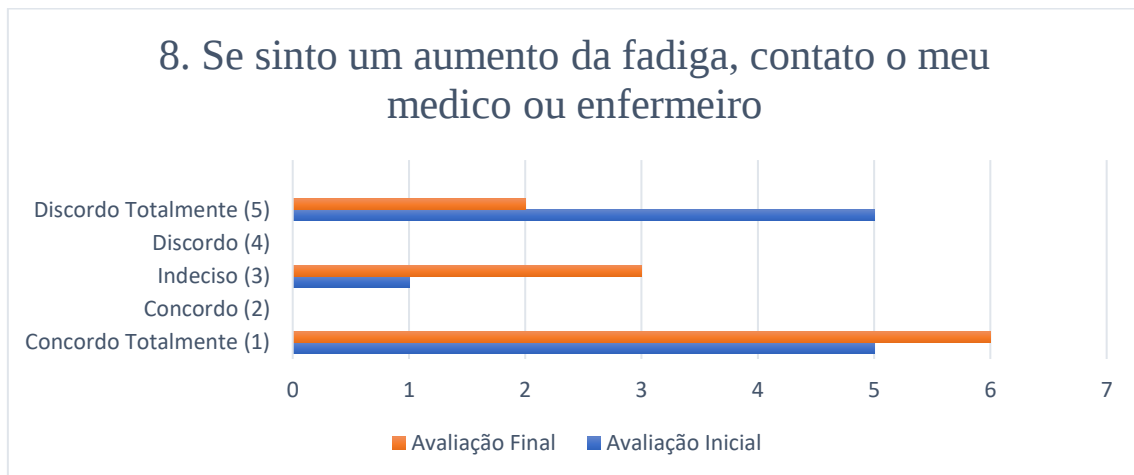
Na avaliação do ponto seguinte “7. Faço um momento para o descanso durante o dia”, os resultados foram basicamente sobreponíveis desde a primeira avaliação até ao momento da segunda avaliação. O momento de descanso já era realizado pelas pessoas

7. Faço um momento para o descanso durante o dia



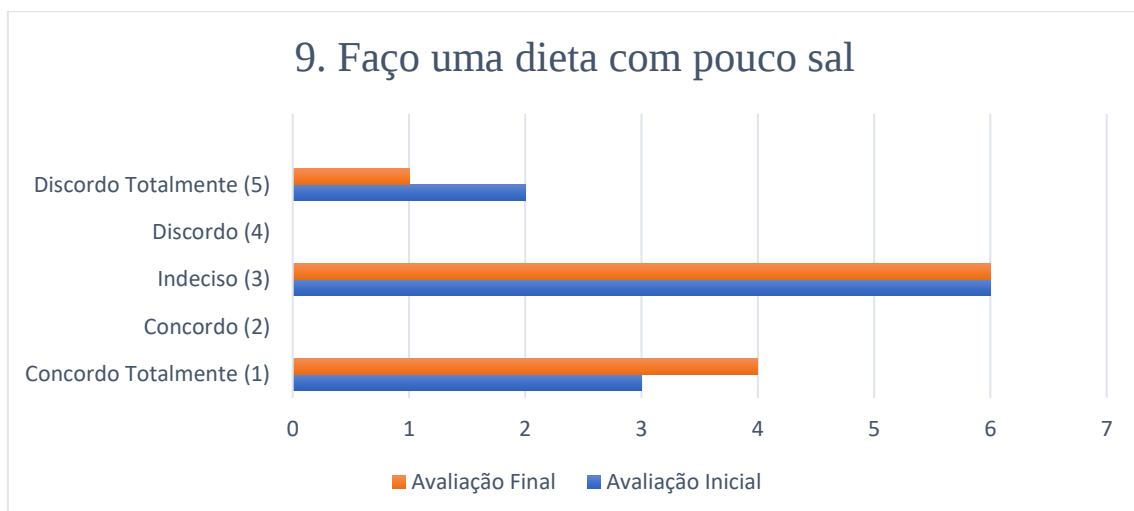
idosas, sendo que apenas em duas pessoas idosas melhoraram esse hábito, tal como se verifica no gráfico seguinte.

Da avaliação feita do ponto “8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro” constatou-se uma melhoria apesar de em três pessoas idosas no momento do seu preenchimento se encontrarem indecisas quanto à opção a escolher e e duas assinalarem o número “5 – Discordo totalmente”, tal como podemos verificar no gráfico seguinte.



Contudo, pode-se verificar que as pessoas idosas habitualmente já solicitavam ajuda quando sentiam aumento da fadiga.

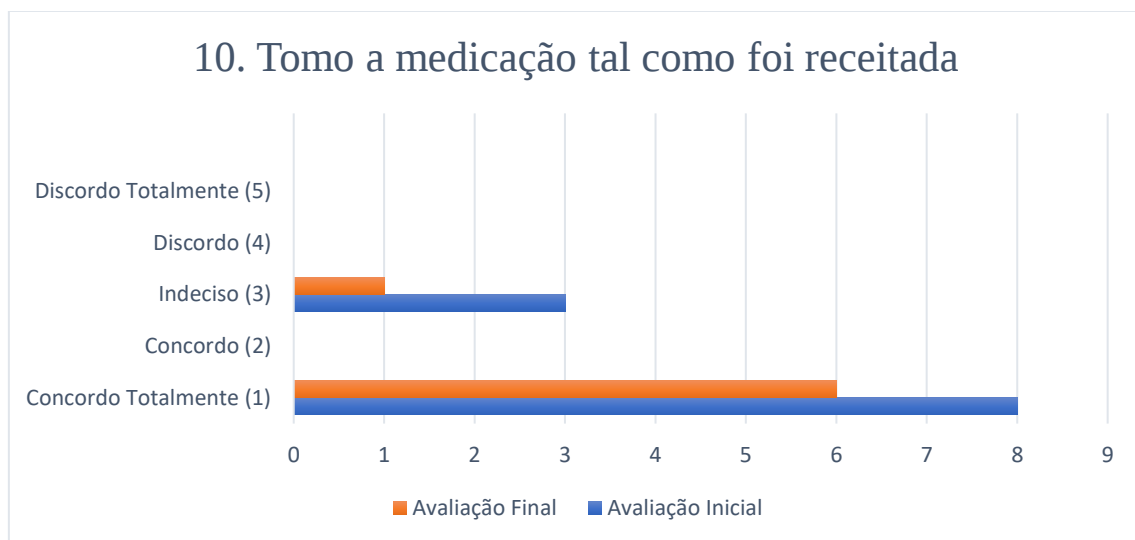
No ponto “9. Faço uma dieta com pouco sal”, comparando a avaliação inicial e a final, houve uma discreta melhoria, conforme se demonstra no gráfico.



Esta discreta melhoria apresentada deve-se ao facto de as pessoas idosas terem hábitos e rotinas já enraizados que dificilmente os conseguem mudar. Sendo necessário continuar a intervir neste parâmetro, de forma a consciencializar melhor as pessoas idosas

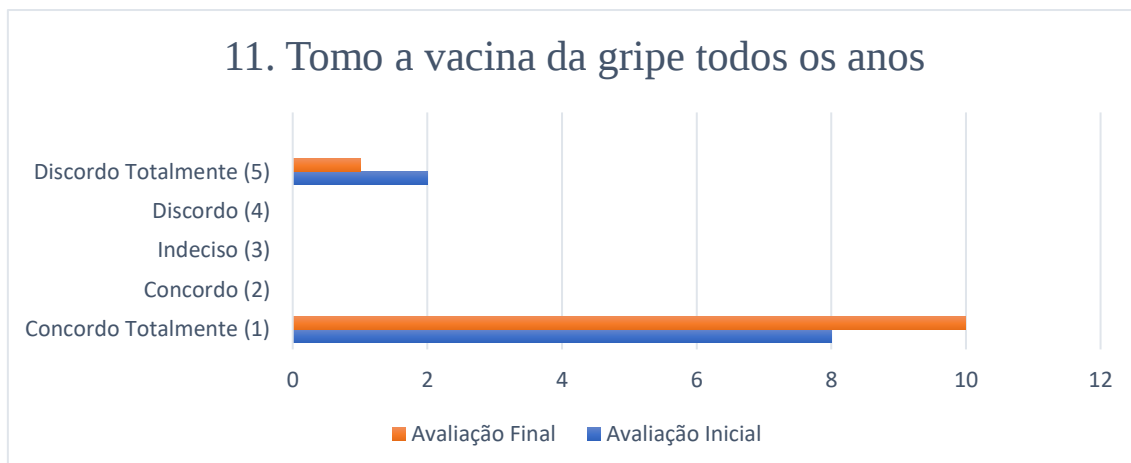
do risco que o consumo de sal lhes pode trazer. Há a referir que estas pessoas têm alguma dificuldade em cumprir com a restrição salina, mas foram mencionadas várias vezes estratégias para reduzir na quantidade de sal, bem como restringir o consumo de alimentos com muito sal. Essa informação para além de ser referida oralmente, consta no “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”.

Posteriormente, no ponto “10. Tomo a medicação tal como foi receitada”, constata-se uma preocupação em cumprir com a terapêutica prescrita. Na avaliação final uma das pessoas idosas ainda assinalou o número “3 – Indeciso”, por considerar que por vezes se engana.



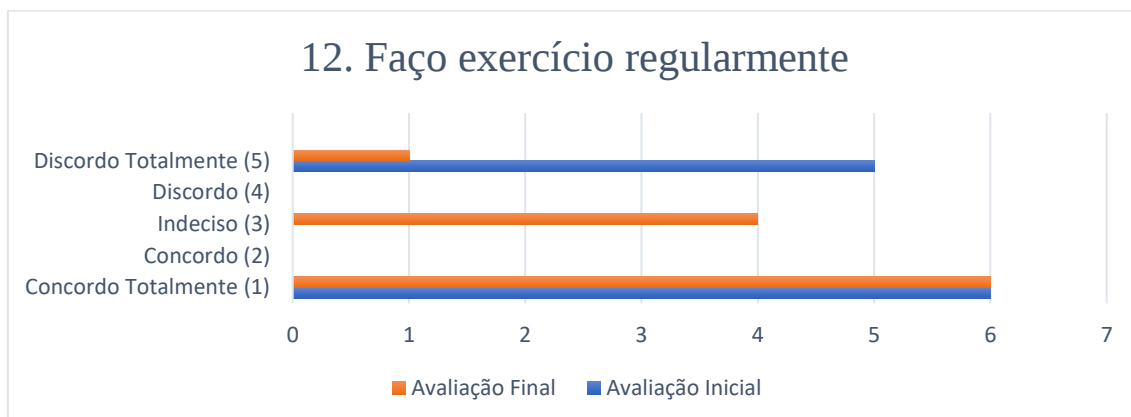
Para incentivar e promover o cumprimento da terapêutica, foi fornecido uma folha de apoio, onde consta toda a medicação, bem como dosagens e respetivos horários. Também para melhorar a adesão ao cumprimento terapêutico, foi fornecida informação sobre a ação dos medicamentos, efeitos secundários, bem como cuidados a ter com determinados medicamentos.

No ponto “11. Tomo a vacina da gripe todos os anos”, verifica-se que a maioria das pessoas idosas adere á vacinação anualmente.



É importante referir que duas pessoas idosas que inicialmente não faziam a vacina da gripe, no momento da avaliação final uma delas, fez questão de fazer a vacina da gripe apos intervenção de enfermagem. Essa pessoa corresponde à pessoa escolhida para fazer o estudo de caso.

Por último, mas não menos importante, o ponto “12. Faço exercício regularmente”, este parâmetro sofreu algumas melhorias. Inicialmente cinco pessoas idosas assinalaram o número “5 – Discordo totalmente”, mas na avaliação final só uma pessoa idosa continua a não fazer exercício regularmente. As restantes fazem regularmente ou esporadicamente exercício.



O cumprimento de realização de exercício físico, encontra-se limitado por outros problemas de saúde, que limitam as pessoas idosas a fazer exercício regularmente. Foi referido várias vezes que as dores nas pernas limitam este tipo de atividade.

- Família da pessoa idosa com IC

O objetivo era intervir não só nas pessoas idosas, mas também na família das mesmas. A família poderia ser qualquer pessoa que a pessoa idosa considerasse como família, podendo ser por exemplo um amigo, daí ser identificada a pessoa significativa para aquela pessoa idosa

Na literatura não foi encontrado nenhum instrumento que avaliassem o défice de autocuidado da família da pessoa com IC. Nesse contexto foi contruído um guião com perguntas para fazer essa mesma identificação, tendo em conta os aspetos importantes para o autocuidado na IC, evidenciados na literatura.

Na primeira questão “Qual o nome da doença do seu familiar?”, seis pessoas responderam “Insuficiência Cardíaca” e as outras seis pessoas referiram não saber o nome da doença. Concomitantemente, as duas questões a seguir “Esta doença é considerada crónica?” e “O que sabe sobre esta doença ser crónica?”, também obtiveram o mesmo número de resposta, sendo que seis pessoas responderam, que não sabiam se a IC era uma doença crónica, não sabendo explicar o que é uma doença crónica. Após intervenção de enfermagem, nomeadamente ao fornecer o “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família” e explicando a informação contida, constatou-se uma evolução positiva. Na avaliação final, três familiares continuavam com algumas dificuldades em responder às questões acima mencionadas, mas as restantes conseguiam explicar o conceito da IC, que esta doença era crónica e o porquê de ser crónica.

Relativamente aos pontos “Diga 3 fatores de risco que podem ser mudados e que podem ajudar na intervenção” e “Diga 3 fatores de risco que não podem ser mudados”, só três pessoas conseguiram responder, aos fatores modificáveis, sendo unânime as respostas como sedentarismo, álcool e tabagismo. No que toca aos fatores não modificáveis todos os familiares responderam que não sabiam.

Na avaliação final seis familiares conseguiram referir três fatores de risco modificáveis, dando respostas como o stress, sedentarismo, hipertensão arterial, consumo de álcool, tabagismo e obesidade. Quanto aos fatores de risco não modificáveis três familiares responderam, dando ênfase à idade, história familiar e género, verificando-se uma evolução positiva.

A questão “O que causa a insuficiência cardíaca?” obteve a palavra enfarte como única resposta de sete familiares. Os restantes não sabiam responder. Na avaliação feita

via telefónica, dez familiares souberam responder à, dando várias respostas como enfarte, arritmias e hipertensão arterial.

Seguidamente na questão “quais os sinais de descompensação da Insuficiência Cardíaca?” e no ponto “Diga 3 sintomas mais frequentes na insuficiência cardíaca” só uma pessoa conseguiu responder, referindo o edema dos membros inferiores como um sinal de descompensação e sintoma frequente na IC. Sem dúvida que da avaliação inicial, um dos grandes défices de autocuidado é a falta de conhecimento dos sinais e sintomas da doença. No “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”, este aspeto foi mencionado e ilustrado de forma diferente da restante informação. Na avaliação final, os doze familiares sabiam responder às questões acima referidas, mencionando vários sinais e sintomas de alerta como a falta de ar, aumento do peso, batimentos cardíacos acelerados e o cansaço.

Quanto às questões “Quais os cuidados com a alimentação?”, “Quais os alimentos de risco?” e “Como faz o tempero da comida?” os doze familiares sabiam responder, sendo que os mesmos referiram que a alimentação deve ser feita com pouco sal, contudo referiram também que fazem o tempero da comida com sal. Relativamente aos alimentos de risco, cinco familiares mencionaram alguns alimentos de risco e os restantes referiram não saber responder. Mais tarde, quando questionados novamente com as mesmas perguntas seis familiares identificaram-me alguns alimentos de risco e quatro referiram ter começado a experimentar temperar a comida com ervas aromáticas ou especiarias. Os restantes mantiveram as respostas da avaliação inicial.

De referir que as três pessoas dizem ter começado a verificar a informação no rótulo relativo ao conteúdo de sal e sódio, tal como esta explicado e mencionado no “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”.

A quantidade de líquidos que deve ser ingerido por dia foi um dos assuntos abordados com as pessoas significativas. As doze famílias responderam que deve ser entre 1,5 – 2l. Contudo foi verificado que referiam-se à ingestão da água como o único líquido durante o dia, havendo necessidade de capacitá-los nesse âmbito, informando-os que nos líquidos estão incluídos o leite, iogurtes, café ou sopa por exemplo.

Na avaliação inicial, dez famílias responderam de forma correta à questão “Qual a importância da vacina da gripe todos os anos?”. Uma das famílias que não soube responder, refere que é contra a vacinação. Por telefone, na avaliação final todos responderam, sabendo a importância da vacinação. Importante de referir que o familiar que inicialmente era contra qualquer tipo de vacinação, vacinou-se contra a gripe, sendo

ela pessoa idosa também, bem como o familiar com IC também se vacinou após intervenção de enfermagem.

A importância da avaliação do peso na pessoa com IC também foi questionada e inicialmente nenhuma das pessoas significativas sabia responder. Após a capacitação sete famílias, estas já identificavam a importância dessa intervenção, quando questionadas na avaliação final. Importante referir que três das sete famílias mencionaram que após intervenção de enfermagem incentivam a pessoa idosa a avaliar e registar o valor do peso no “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”.

Quanto ao regime medicamentoso nas questões “Quem é que gere a medicação? O que sabe sobre a medicação para a IC?”, verificou-se na avaliação inicial que dez em doze famílias gerem a medicação da pessoa idosa e sabem identificar para que serve cada medicamento, bem como os efeitos secundários mais frequentes. Na avaliação final, constatou-se que as dez famílias continuam a gerir a medicação e nas outras duas famílias quem gere a medicação é a pessoa idosa. Contudo as famílias referem que optaram por estratégias para não se esquecerem da administração da medicação, tal como foi ensinado durante a intervenção de enfermagem.

Na questão “Quais os sinais e sintomas que tem que vigiar no seu familiar?”, tal como no ponto “Diga 3 sintomas mais frequentes na insuficiência cardíaca” só uma pessoa respondeu, referindo o edema dos membros inferiores. Contudo após a intervenção de enfermagem e o fornecimento do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”. Na avaliação final todas as famílias referiram que o fato de terem o livro acima citado, relembra-os dos sintomas e sinais que tem que vigiar no seu familiar.

Em relação à monitorização/registo dos sinais e sintomas, quatro famílias mencionaram que os seus familiares fazem pelo menos a avaliação da pressão arterial e registam numa folha, mas que eles não participam no registo. Após o fornecimento do “Livro de registo e monitorização de sinais e sintomas da pessoa com Insuficiência Cardíaca” as doze famílias continuam a referir que não participam no registo pois referem que ajudam noutros aspetos.

Das doze famílias das pessoas idosas, sete referiram de forma unânime que incentivam o seu familiar a fazer exercício físico. Uma refere que não incentiva porque o seu familiar não quer fazer exercício regularmente e as restantes referem que nem sempre incentivam, devido às limitações das mesmas. Após a intervenção de educação para a

saúde, a família da pessoa idosa que não quer fazer exercício física continua a não incentivar a pessoa, mas as restantes referem incentivar e arranjar estratégias para que estes consigam ter momentos de descanso durante a atividade. No aspeto “Refira 2 benefícios do exercício físico”, inicialmente duas famílias responderam a este aspeto mencionando ser importante para evitar o sedentarismo e saúde mental. Após a capacitação na gestão da IC, dez famílias sabiam responder à questão colocada.

Por último, na avaliação inicial, onze famílias não souberam responder à questão “Quando é que deve incentivar o seu familiar com IC a pedir ajuda ao médico e enfermeiro?”. A única familiar que respondeu, referiu que normalmente ela contacta por iniciativa própria quando o seu familiar começa com as pernas edemaciadas, mas quando questionado na avaliação final todos referiram que iriam incentivar quando apresentassem alguns sintomas que se encontram descritos no “Guia da pessoa com Insuficiência Cardíaca e família”. Concomitantemente, a questão seguinte “Incentiva o seu familiar a contactar o médico/enfermeiro quando apresenta sinais de descompensação?”, obteve os mesmos resultados da questão anterior, tanto na avaliação inicial como na final.

A questão final foi “Quantas vezes no último ano incentivou o seu familiar a contactar o médico/enfermeiro a pedir ajuda?”, onze deram a mesma resposta que foi “nenhuma”, mas um familiar respondeu sete ou oito vezes, sendo que não incentivou, mas contactou por iniciativa própria.

Elaborado por:

Catarina Silva

18/02/2022

ANEXOS

Anexo I

Certificado da apresentação do poster: “Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que intervenções de Enfermagem”



Certifica-se que

Catarina Alexandra Simões da Silva

participou no **XIII Encontro Coração e Família**,
que decorreu em formato online e presencialmente,
no Auditório HGSA no Centro Hospitalar Universitário do Porto,
de 25 de Novembro a 27 de Novembro de 2021,

e apresentou o/a **Poster**:

****Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família: Que intervenções de enfermagem***

Autores: Catarina Alexandra Simões da Silva; Maria Emília Campos Brito

ORGANIZAÇÃO:



APOIO CIENTÍFICO:



WORLD HEART
FEDERATION



U.PORTO



ICBAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS
BIOMÉDICAS E BIOMÉDICAS
SCHOOL OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

PARCEIROS:

eventQualia

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE

Prof. Doutor João Lopes Gomes
O Presidente da Delegação Norte da FPC

Anexo II

Menção honrosa atribuída à apresentação do poster

XIII ENCONTRO CORAÇÃO E FAMÍLIA



MENÇÃO HONROSA

Para os devidos efeitos, certifica-se que o trabalho

**Gestão da insuficiência cardíaca na pessoa idosa e família:
Que intervenções de enfermagem?**

da autoria de

Catarina Alexandra Simões da Silva ¹ e Maria Emília Campos Brito ²

¹ Hospital de Santa Marta ² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

foi selecionado para apresentação no painel de Comunicações Livres do XIII Encontro Coração e Família, que decorreu de 25 a 27 de Novembro de 2021, tendo sido distinguido com uma menção honrosa.


Prof. Doutor João José Lopes Gomes
Presidente



Anexo III

Certificado de participação no *4th Advances in Heart Failure 2021 – Digital Edition*

4th Advances in Heart Failure 2021

17 e 18 de Setembro

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos declara-se que

Catarina Silva

participou na reunião **4th Advances in Heart Failure 2021 - Digital Edition**, que decorreu nos dias 17 e 18 de setembro 2021.

Porto, 18 de setembro 2021

Prof. Doutor José Silva-Cardoso

Silva Cardoso

Prof. Doutora Elisabete Martins

Elisabete Martins

ORGANIZATION

U. PORTO

FM
UP

Anexo IV

Certificado de participação no *14th Lisbon Summer Meeting 2021*

14th LISBON SUMMER MEETING

1st and 2nd of OCTOBER 2021

CENTRO CULTURAL DE BELÉM

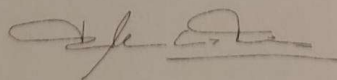
CERTIFICATE

This hereby certify that,

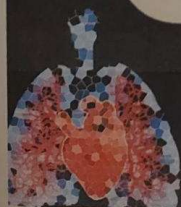
CATARINA ALEXANDRA SIMÕES DA SILVA

attended the

14th Lisbon Summer Meeting 2021, held on
the 1st and 2nd of October, 2021, at the Centro
Cultural de Belém, Lisbon.



Rui Cruz Ferreira
Scientific Co-Director



Anexo V

Certificado de participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgico, subordinado ao tema: “E se não houvesse enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica?”

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Catarina Alexandra Simões da Silva**, com o documento de identificação n.º 14346724, participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de 16 horas.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica





LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola
Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420

Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



CINTESIS



figueira
da foz para todos

Anexo VI

Certificado de participação nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém



CERTIFICADO

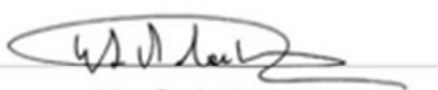
Catarina Alexandra Simões Da Silva

Esteve presente nas XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém,
realizado por Via Digital de 29 a 30 Outubro de 2021



SANTARÉM, 30 DE OUTUBRO DE 2021

O Presidente das
XXVI Jornadas de Cardiologia de Santarém



Vitor Paulo Martins

Anexo VII

Certificado de participação no Webinar do departamento Enfermagem Médico-cirúrgica/Adulto e idoso da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa:
“Formação, Investigação e Exercício Clínico”

Certificado

Certifica-se que Catarina Alexandra Soares da Silva participou no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo VIII

Certificado de participação no XIII Encontro Coração e Família



Certifica-se que

Catarina Alexandra Simões da Silva

participou no **XIII Encontro Coração e Família**,
que decorreu em formato online e presencialmente,
no Auditório HGSA no Centro Hospitalar Universitário do Porto,
de 25 de Novembro a 27 de Novembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO:



APOIO CIENTÍFICO:



PARCEIROS:



Prof. Doutor João Lopes Gomes
O Presidente da Delegação Norte da FPC

Anexo IX

Folha para avaliação inicial do Hospital de Dia

NOME:

Sv: _____ P: _____ SO2: _____ PESO: _____

Nº ALMOFADAS: _____ EDEMAS _____

Nº X PÁRA A SUBIR 1º ANDAR: _____

CANSAÇO: _____ BORG: _____ RESPIRAÇÃO: _____

ALIMENTAÇÃO: _____ RESTRIÇÃO HÍDRICA _____

RESTRIÇÃO SÓDICA _____

ATIV FÍSICA: _____ COMPORTAMENTOS: _____

ELIMINAÇÃO: _____

INTERCORRENCIAS:

MEDICAÇÃO:

Anexo X

Escala europeia de autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

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

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

Anexo XI

Autorização da autora para a utilização da escala europeia de autocuidado na
insuficiência cardíaca



Fernanda Ávila <fe_feavila@hotmail.com>
para Paulino, miguelpadilha@esenf.pt, mim ▾

📧 sexta, 28/05/2021, 18:52 ★ ↩ ⋮

Boa Tarde Exma. Sr^a Enf^a Catariana Silva

Primeiramente gostaríamos de agradecer o contato e o interesse em utilizar a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca.

Da minha parte, do Professor Paulino Sousa e do Professor Miguel Padilha, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autorizamos o uso da referida escala.

No anexo envio a escala traduzida e adaptada por nós e a minha dissertação de mestrado.

Quando finalizado o seu estudo, gostaríamos de ter acesso aos resultados.

Em caso de dúvidas, mantemo-nos a disposição,

Com os melhores cumprimentos,

Fernanda Ávila