



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

Relatório de Estágio

**Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com
Diabetes e Cuidadores Informais para Promoção do
Cuidado-de-Si**

Olinda Maria Carrudo Nunes Leite



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

**Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com
Diabetes e Cuidadores Informais para Promoção do
Cuidado-de-Si**

Olinda Maria Carrudo Nunes Leite



Orientadora: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes



Lisboa

2022

“Escolhi os turnos porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós, um dia, precisaremos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fontes de saber.
Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito a vida.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela disponibilidade, exigência e motivação ao longo deste percurso.

Aos meus pais por sempre valorizarem o meu esforço e dedicação, assim como, pelo apoio incondicional.

À minha filha por ser a minha âncora e o meu ponto de abrigo nos bons e nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido pelo carinho, companheirismo e apoio nesta caminhada.

Aos meus orientadores de estágio pela sua disponibilidade, pelos momentos de reflexão e partilha de sábios conhecimentos.

Ao meu grupo de trabalho da turma do 12º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem pela amizade e apoio.

À minha equipa pela apoio e compreensão na necessidade de flexibilidade horária.

Não menos importante a todas as pessoas idosas e familiares cuidadores a quem tive a oportunidade de conhecer e cuidar ao longo deste percurso formativo o que me fez crescer na essência do cuidar.

Imensamente grata!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA -American Diabetes Association

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECI - Estatuto do Cuidador Informal

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CPU – Consulta Pós-Urgência

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM2 – Diabetes Mellitus Tipo2

ECI – Estatuto Cuidador Informal

EE – Enfermeiro Especialista

HbA1c – Hemoglobina Glicada

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development

PRR – Plano de Reconstrução

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SRC-OE – Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

RESUMO

Atualmente o envelhecimento da população e consequentemente o aumento da prevalência das doenças crônicas tornam-se numa das transformações sociais e de saúde mais significativas do século XXI. A identificação desta problemática leva à necessidade de identificar novas respostas. Perante este cenário agravado pela pandemia por Sars-Cov-2, importa destacar a necessidade da gestão das doenças crônicas, nomeadamente a Diabetes Mellitus Tipo2 (DM2). As evidências científicas têm realçado que o uso a teleconsulta pode ser eficaz no tratamento e melhoria dos resultados clínicos em pessoas idosas com DM2, nomeadamente através da telemonitorização. Neste sentido, o cuidado de enfermagem através da teleconsulta por telefone pode ajudar a promover condições que permitam à pessoa idosa promover o Cuidado-de-Si própria, de acordo com o seu projeto de vida, mas também ao familiar cuidador assegurar o Cuidado do Outro em situação de dependência parcial ou total, de acordo com o modelo de parceria de Gomes (2021).

No âmbito da pandemia por SARS-Cov-2, surgiu a necessidade de reestruturar e implementar a teleconsulta de enfermagem direcionada à população idosa com Diabetes Mellitus Tipo2 (DM2) incluindo os familiares cuidadores na USFX utilizando a metodologia de projeto. Desta forma, elaborámos um projeto de estágio que pretendeu dar continuidade a um já iniciado anteriormente pelas mestrandas que estagiaram anteriormente nesta unidade (Oliveira, A. & Moniz, S., 2021). O projeto que desenvolvemos teve como objetivo desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores através da teleconsulta de enfermagem e simultaneamente contribuir para a capacitação dos profissionais de enfermagem de uma USF no desenvolvimento de competências para a implementação da mesma.

Como resultado das atividades desenvolvidas, salientamos a realização de uma revisão scoping que nos permitiu mapear a evidência da temática em estudo, a realização de um planeamento estruturado para teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e a implementação e avaliação do mesmo com a realização de um estudo qualitativo com a metodologia de estudo de caso múltiplos, que permitiu perceber a capacitação das pessoas idosas para o Cuidado-de-Si com a implantação desta intervenção. Desta forma podemos concluir que os maiores ganhos da teleconsulta de enfermagem são a possibilidade de prestar cuidados de maior proximidade, vigilância e resposta adequada e atempada perante situações complexas/urgentes como é o caso da DM2.

Palavras-Chaves: Pessoa idosa/Familiar Cuidador, Diabetes Mellitus Tipo2, Teleconsulta de enfermagem, parceria, Cuidado- de Si

ABSTRACT

Nowadays, the aging of the general population, and consequently, the increase in the prevalence of chronic diseases, became one of the most significant social transformations of the XXI century. The existence of this problem created a need for new answers and new solutions. Given this scenario, aggravated by the pandemic of Sars-Cov-2, it's important to highlight the need to manage chronic diseases, namely, Type 2 Diabetes Mellitus (DM2). The scientific evidence has emphasized the effectiveness of the teleconsultation concept in the treatment, and improvement of clinical results in elderly people affected with DM2, namely through a process of telemonitorization. In this sense, nursing care through teleconsultation by phone can help promote certain conditions that allow the elderly person to adopt a Self-Care regime, according to their life project, but also for the family caregiver to ensure the Care of the Other in a situation of partial or total dependence, according to the partnership model by Gomes (2021).

In the context of the SARS-Cov-2 pandemic, the need arose to restructure and implement a nursing teleconsultation, aimed at the elderly population with Type 2 Diabetes Mellitus (DM2), including family caregivers at USFX, using the project methodology. In this way, we created an internship project that intended to continue the one already started by the master's students who had previously been interns in this Health Care Unit (Oliveira, A. & Moniz, S., 2021). The project we prepared, was aimed at the development of specialist and master nursing skills in the clinical care of elderly people with DM2, and family caregivers, through a nursing teleconsultation and simultaneously contributing to the training of nursing professionals in a USF in the development of skills for its implementation.

As a result of the activities developed, we emphasize, the elaboration of a scoping review that allowed us to map the evidence of the subject under study, the creation of structured planning for a nursing teleconsultation for the elderly person with DM2, and the implementation and evaluation of the patient with the realization of a qualitative study, using the methodology of multiple case studies, which made it possible to perceive the capacity of elderly people for Self-Care with the implementation of this intervention. In this way, we can conclude that the greatest gains from nursing teleconsultation are the possibility of providing closer care, surveillance, and adequate and timely response to complex/urgent situations such as DM2.

Keywords: Elderly/Family Caregiver, Type 2 Diabetes Mellitus, Nursing Teleconsultation, Partnership in healthcare

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1.1 Envelhecimento da população e a Diabetes Mellitus Tipo2: consulta de enfermagem/teleconsulta de enfermagem como estratégias de intervenção de enfermagem...	14
1.1.1 Teleconsulta de enfermagem do conceito à intervenção na prestação de cuidados às pessoas idosas com Diabetes Tipo2 e familiar cuidador no contexto dos centros de saúde amigos das Pessoas idosas	18
1.2. Teleconsulta de enfermagem tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si	21
2. METODOLOGIA.....	24
2.1. Metodologia de projeto.....	24
2.2 - Caracterização dos locais de estágios	25
2.2.1. Consulta Pós Urgência de um Hospital em Lisboa	25
2.2.2 – Unidade de Saúde Familiar.....	25
2.4. Considerações éticas	26
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	27
3.1. Atividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências desenvolvidas	27
3.1.1. Revisão Scoping	27
3.1.2. Participação no Projeto “Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa”	28
3.2. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio da consulta pós urgência em contexto hospitalar	30
3.2.1. Prestação de cuidados de enfermagem por teleconsulta (telefone)	30
3.2.2. Realização de Estudo de Caso	31
3.2.3. Desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem das pessoas idosas com DM2 e outras comorbilidades	32
3.3. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio da USF.....	34
3.3.1. Implementação da Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com DM2 e familiares cuidadores para promoção do Cuidado-de-Si.....	34
3.3.2. Programação da implementação da teleconsulta de enfermagem	36
3.3.3. Entrevista semiestruturada no âmbito da investigação/estudo casos múltiplos.....	43
4. REALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO DE PARES E FORMAÇÃO PESSOAL.....	51

5 . REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM.....	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

ANEXOS

Anexo I - Guião do Contacto Telefónico de Enfermagem na CPU

Anexo II- Formações realizadas como formanda

APÊNDICES

Apêndice I – Análise SWOT

Apêndice II – Objetivos gerais/Objetivos específicos

Apêndice III – Revisão Scoping

Apêndice IV – Estudo de caso desenvolvido na CPU

Apêndice V – Protocolo de articulação entre a CPU e a USF

Apêndice VI – Estudo caso múltiplo realizado na USF

Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados das entrevistas semiestruturadas

Apêndice VIII– Consentimento informado e esclarecido

Apêndice IX – Formação realizada na USF

Apêndice X – Documentos de apoio à formação realizada na USF

Apêndice XI – Plano de sessão

Apêndice XII– Folha de presenças

Apêndice XIII – Grelha de avaliação

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro nº 1 – Consulta de enfermagem presencial - Sistematização das intervenções de enfermagem com o objetivo de monitorizar a Diabetes Mellitus Tipo2 na Pessoa Idosa com base no Modelo de Parceria de Gomes (Gomes et al.,2021).</i>	36
<i>Quadro nº2 – Orientação conceptual: validação da adesão ao regime terapêutico não medicamentoso</i>	37
<i>Quadro nº3 - Orientação conceptual: validação da adesão ao regime terapêutico medicamentoso..</i>	38
<i>Quadro nº4 – Orientação conceptual: avaliação do risco de ulceração do pé, marcha, calçado/meias, cuidados aos pés e acuidade visual</i>	39
<i>Quadro nº5 - Orientação conceptual: avaliação do risco vascular</i>	39
<i>Quadro nº 6 – Resumo terapêutico</i>	42

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa. Este tem como objetivo descrever de forma crítica e reflexiva as atividades realizadas para a implementação do projeto de estágio e as competências de Enfermeiro Especialista (EE) e Mestre (Decreto-lei nº65/2018, 2018; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019) desenvolvidas, sustentado pelo projeto denominado “Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Diabetes e Cuidadores Informais para Promoção do Cuidado-de-Si”.

O estágio foi desenvolvido em contexto de Consulta Pós-urgência (CPU) de um hospital e numa Unidade Saúde Familiar (USF) em Lisboa.

É inquestionável que o envelhecimento representa uma conquista para a sociedade. No entanto, este fenómeno origina mudanças físicas, psicológicas e sociais que desafiam a prestação de cuidados de enfermagem a esta população. Estas mudanças aumentam o número de pessoas que vivem com doenças crónicas e consequentemente tornam-se mais dependentes nas suas atividades de vida diária. Neste sentido, a identificação desta problemática tem evidenciado a necessidade de formular novas respostas, exigindo adaptações a vários níveis, particularmente por parte dos sistemas de saúde e educação (Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, 2017). Perante este cenário agravado pela pandemia por Sars-Cov-2, importa destacar a necessidade da gestão das doenças crónicas, nomeadamente a Diabetes Mellitus Tipo2 (DM2). Esta é considerada também uma pandemia a nível mundial e que surge de uma relação entre hábitos de vida inadequados, com elevado consumo de hidratos de carbono, os quais interferem na ação e produção de insulina ou predisõem à resistência da mesma (Casarin, Donadel, Dalmagro, Oliveira, Boleta-Ceranto, Zardeto, 2022). As pessoas com esta situação de doença apresentam características específicas tais como o atraso no diagnóstico, devido a uma longa fase assintomática, e necessidade de vigilância regular das complicações, com a realização de consultas de enfermagem frequentes de acompanhamento e monitorização da doença, o que requer cuidados e suporte clínico a longo prazo (Caetano et al., 2020).

Assim neste percurso formativo percebemos a necessidade de desenvolver competências no sentido de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DM2/familiares cuidadores, para a promoção do Cuidado-de-Si.

O desenvolvimento deste trabalho dá continuidade a um projeto já existente na Unidade de Saúde Familiar (USF), intitulado “Instituições de Ensino e Saúde Amigas da Pessoas Idosas”, coordenado pela Professora Doutora Idalina Gomes, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este tem como objetivo a criação de parcerias com instituições hospitalares e de cuidados de

saúde primários (CSP), de forma a proporcionar a segurança, independência, dignidade e autonomia da pessoa idosa na promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016). Os profissionais de saúde da USFX aderiram ao projeto com o propósito de melhorar os cuidados prestados às pessoas idosas. Estes encontram-se sensibilizados para a problemática do envelhecimento populacional a nível mundial, nacional e em contexto da USF.

Este trabalho, inserido no projeto anteriormente referido, surge da necessidade de dar continuidade aos esforços desenvolvidos pelas mestrandas que estagiaram anteriormente na USF, através do trabalho “Consulta telefónica à Pessoa Idosa Diabética: Uma intervenção em Parceria” (Oliveira, A. & Moniz, S., 2021), com a finalidade de implementar a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores. O interesse por esta temática resultou do diagnóstico da situação realizado em ambos os contextos clínicos, da evidência científica e do meu interesse nesta área.

As evidências científicas têm realçado que o uso da teleconsulta pode ser eficaz no tratamento e melhoria dos resultados clínicos em pessoas idosas com DM2, nomeadamente através da telemonitorização (Tchero, H. et al., 2018; Sarveswaren, G. et al., 2021). Esta é definida como uma intervenção realizada por um profissional de saúde, utilizando as tecnologias da informação, com a finalidade de avaliar, planear e implementar um plano de cuidados (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2019). Permite ainda um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde e um melhor acesso das pessoas idosas aos cuidados de saúde, tornando-se uma mais-valia na educação para a saúde, tratamento, prevenção e encaminhamento precoce para uma consulta presencial, assim como reduz o acesso ao serviço de urgência (Sarveswaren, G. et al., 2021, 2022; Gomes, I. et al., 2021, 2022; Shahabi, N., Kolivnad, M., Abbasi, N., 2022). Contudo, entre as tecnologias da comunicação e informação, as comunicações móveis, nomeadamente o telefone, podem ser considerados um recurso de fácil acesso, que se encontra disponível em todas as unidades de saúde e de acesso fácil às pessoas idosas/familiares cuidadores (Cooper, K., Alexander, L., 2018; Gomes et al., 2021; Shahabi, N., Kolivnad, M., Abbasi, N., 2022).

Neste sentido, o cuidado de enfermagem através da teleconsulta por telefone¹ deve promover condições que permitam à pessoa idosa o Cuidado-de-Si própria, de acordo com o seu projeto de vida, mas também ao familiar cuidador² assegurar o Cuidado do Outro em situação de dependência parcial

¹ **Teleconsulta por telefone** – Neste trabalho optamos pela teleconsulta via telefone, uma vez que entre as tecnologias da comunicação e informação, as comunicações móveis, nomeadamente o telefone, podem ser considerados um recurso de fácil acesso às pessoas idosas, uma vez que estes possuem pelo menos um telefone em casa, facilitando a implementação do TC. (Cooper, K., Alexander, L., 2018; Gomes et al., 2021; Shahabi, N., Kolivnad, M., Abbasi, N., 2022).

² **Familiar Cuidador** – Optamos pela designação familiar cuidador por ser a designação que mais se adequa ao contexto desenvolvido neste trabalho. Sendo esta a pessoa que presta cuidados todos os dias a outra pessoa que necessite de cuidados, devido a problemas de saúde sejam eles por doenças crónicas ou velhice. Esta pode ser um familiar, amigo ou vizinho (Family Caregiver Alliance, 2006).

ou total, de acordo com o modelo de parceria de Gomes (2021). Este modelo encontra-se estruturado em cinco fases: Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Controle de Si ou o Cuidado do Outro. Ainda, tendo em conta estas premissas este modelo constitui a base para a implementação deste projeto por permitir estabelecer com a pessoa idosa/familiar cuidador uma relação de confiança que possibilite diagnosticar os problemas de enfermagem, planejar e implementar intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas. Sendo que esta parceria facilita a aquisição de conhecimentos e habilidades que contribuem para uma tomada de decisão informada e esclarecida.

Assim, este projeto teve como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores na teleconsulta de enfermagem; contribuir para capacitar os profissionais de enfermagem no desenvolvimento de competências para a implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores; desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem por teleconsulta (telefone) e contribuir para o desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USFX de forma a garantir a continuidade dos cuidados das pessoas idosas com DM2.

Tendo em conta os objetivos definidos o desenvolvimento deste trabalho baseou-se na metodologia de projeto uma vez que se foca “na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 3).

A estrutura deste relatório encontra-se dividida por capítulos após a introdução em que se dá a justificação da temática, o desenvolvimento e o objetivo que se pretende com o mesmo: o primeiro capítulo contempla o enquadramento teórico do projeto, com uma abordagem ao processo de envelhecimento a nível mundial e nacional e ao conceito de DM2 como uma doença crónica associada ao envelhecimento. Ainda neste capítulo faz-se uma abordagem à teleconsulta de enfermagem como estratégia de intervenção no contexto dos centros de saúde amigos das pessoas idosas, de acordo com modelo de intervenção de parceria para a promoção do Cuidado-de-Si. Segue-se o segundo capítulo, que espelha a metodologia utilizada, a caracterização dos locais de estágio e as considerações éticas. O terceiro capítulo corresponde à implementação do projeto, onde se descrevem as atividades desenvolvidas, analisam-se os resultados obtidos e abordam-se as competências desenvolvidas de forma a dar resposta aos objetivos traçados. No quarto capítulo, desenvolve-se a reflexão e uma análise crítica sobre as competências de enfermeiro especialista e mestre adquiridas na prática avançada de enfermagem. Por fim a conclusão, referências bibliográficas e apêndices/anexos.

A elaboração deste documento e as referências bibliográficas foram redigidas de acordo com as orientações da norma American Psychological Association (7ª edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo tem como objetivo explicitar o referencial teórico mobilizado para o presente projeto de estágio, baseado na evidência científica, de forma a sustentar o problema de enfermagem identificado e as intervenções desenvolvidas relativamente à implementação de uma consulta telefónica à pessoa idosa e familiar cuidador com DM2. Assim começamos por desenvolver os conceitos de envelhecimento, DM2 e teleconsulta de enfermagem, bem como as estratégias de intervenção e os benefícios da implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa e/ou familiar cuidador. Posteriormente, apresentamos a importância das unidades de saúde amigas das pessoas idosas, nomeadamente os CSP, ao desenvolverem uma prática clínica fundamentada para implementar a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiar cuidador, baseada no Modelo de Intervenção de Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2021).

1.1 Envelhecimento da população e a Diabetes Mellitus Tipo2: consulta de enfermagem/teleconsulta de enfermagem como estratégias de intervenção de enfermagem

O Instituto Nacional de Estatística (INE)(2020) refere que o número de pessoas com 65 ou mais anos passará de 2,2 para 3 milhões, entre 2018-2080. Este é apontado como um dos valores mais elevados entre os países da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2020).

A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a década (2021-2030) do envelhecimento saudável sob a liderança da WHO. Esta tem como objetivo diminuir as desigualdades em saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, famílias e comunidades, intervindo em quatro áreas fundamentais: modificar a forma como agimos, pensamos e sentimos em relação ao envelhecimento; desenvolver ações na comunidade que permitam a capacitação das pessoas idosas; promover cuidados integrados e centrados na pessoa e proporcionar sempre que necessário cuidados de longa duração de qualidade (WHO, 2021).

Envelhecer é um processo dinâmico, gradual e inevitável que consiste numa diminuição progressiva da capacidade física e mental a que se pode associar o desenvolvimento de doenças e outras transições de vida associadas, nomeadamente a reforma, residência em lares e morte do companheiro/amigos (WHO, 2021).

Segundo a WHO (2020) as ações para melhorar o envelhecimento saudável são fundamentais e necessárias de forma a prevenir as doenças, promover a saúde e manter a capacidade funcional. O aumento da esperança média de vida ao longo das últimas décadas tem levado a que muitos anos sejam vividos com algumas doenças crónicas. Cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos referem ter pelo menos uma limitação nas suas atividades de vida diária (OECD, 2020a - Health at a Glance, 2020).

Assim o envelhecimento da população tem levado ao aumento da prevalência das doenças crónicas associadas ao envelhecimento, tais como a DM2, doenças cardiovasculares, depressões, demência, entre outras, originando um aumento da morbilidade e fragilidade, com consequente dependência.

A DM2, que é o nosso foco de preocupação neste trabalho, representa um grupo de distúrbios metabólicos que se caracterizam e identificam pela presença de hiperglicemia decorrentes de alterações na secreção de insulina, ação da mesma e simultaneamente o metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, estando associada a várias complicações (WHO, 2019). Esta é uma doença crónica progressiva que tem vindo a aumentar, segundo a WHO (2020) prevê-se um aumento de cerca de 10% na população mundial nos próximos 20 anos. Na faixa etária dos 20-79 anos, estima-se um aumento de 463 milhões (9,3%) em 2019 para 578 milhões (10,2%) até 2035 e 700 milhões (10,9%) em 2045 (International Diabetes Federation, 2019). Deste modo, tendo em conta as suas complicações, torna-se urgente desenvolver estratégias no sentido de melhorar a eficácia do tratamento, de forma a controlar as mesmas, adotando formas de comunicação eficientes entre os clientes e profissionais de saúde de modo a promover ações de educação para a saúde que possam prevenir e controlar esta situação de doença, nomeadamente nas pessoas idosas.

A crescente necessidade de cuidados de saúde da pessoa idosa com DM2 associada à deficiente resposta em tempo útil dos serviços de saúde durante o tratamento e controle da doença são fatores que induzem à incorreta gestão da doença e dificuldade na deteção precoce de complicações (International Diabetes Federation, 2019). Por outro lado, a pandemia por SARS-CoV-2, veio agravar esta situação, uma vez que dificultou a acessibilidade destes doentes aos cuidados de saúde. Em concordância com o referido, um inquérito realizado a nível europeu (Eurofound, 2021), constatou que 34% dos portugueses referiram ter abdicado de um exame ou tratamento médico imprescindível e 44% terem recorrido a serviços de teleconsulta nos primeiros doze meses da pandemia.

Assim, a WHO (2021) lançou um novo pacto global para agilizar ações de combate à diabetes, onde realça que esta constitui um fator de risco para outras doenças crónicas, referindo ainda que uma grande percentagem das pessoas hospitalizadas por SARS-CoV-2 apresentam uma condição crónica associada. De acordo com a WHO (2021) e a Diabetes Canadá (2021), o vírus SARS-CoV-2 pode dar origem a complicações e sintomas de maior gravidade em algumas pessoas idosas portadoras de diabetes, com outras condições crónicas de saúde associadas. Esta realidade envolve uma crescente complexidade das necessidades de saúde das pessoas idosas. Deste modo, é necessário adotar uma abordagem centrada na pessoa que precisa de incidir na prevenção da doença, promoção da saúde, gestão do risco e prevenção de complicações. Daqui decorre a importância do papel do enfermeiro especialista no desenvolvimento de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, respeitando a sua individualidade e garantindo a sua dignidade (Gomes, 2021), que permitam promover a saúde das pessoas idosas com DM2. Importam também desenvolver estratégias organizacionais e

integradas com os vários níveis de cuidados, permitindo uma transição harmoniosa dos cuidados. Ferreira (2018) refere que esta transição deve ser eficaz, levando ao aumento da acessibilidade a consultas de especialidade, obtendo cuidados de qualidade decorrentes de uma maior vigilância e gestão das doenças crónicas o que passa por adoção de estratégias tecnológicas inovadoras. A este propósito a WHO (2021, p.1) refere que “(...) a inovação será um dos principais componentes do pacto, com foco no desenvolvimento e avaliação de tecnologias de baixo custo e soluções digitais para o tratamento da diabetes (...)”.

Deste modo, a teleconsulta de enfermagem associada à consulta de enfermagem presencial pode constituir uma forma inovadora de aproximar as pessoas idosas e enfermeiros. Nouri, Khoong, Lyles, Karliner, (2020) evidenciam que a consulta por telefone é a mais indicada na abordagem à pessoa idosa, uma vez que a utilização de outras ferramentas digitais, como por exemplo o vídeo, muitas vezes não se adequa à população idosa uma vez que pode exigir a disponibilidade de um membro da família/amigo para os ajudar a enfrentar os desafios tecnológicos ou ter acesso a um dispositivo com acesso à internet. De forma a garantir o sucesso da teleconsulta via telefónica torna-se necessário desenvolver um processo de parceria e partilha entre o profissional e a pessoa idosa/familiar cuidador, onde ambos troquem informações, abordagens terapêuticas e delineiem planos de cuidados (SRC - OE, 2021). Deste modo, importa salientar que a eficácia da teleconsulta de enfermagem no controle da diabetes varia de acordo com a idade do cliente, o tipo de abordagem digital (telefone, videoconsulta, entre outras) e a duração do atendimento (número de consultas e periodicidade) (Nouri, et al., 2020). De facto a teleconsulta por telefone pode ser uma ferramenta útil para a autogestão da DM2, uma vez que se mostra eficaz no controlo glicémico e consequente melhoria da hemoglobina glicada, o que de acordo com a literatura produz um efeito significativo num curto período de tempo (Pereira et al, 2021 e Esmaeilpour-BandBonni et al., 2021).

A American Diabetes Association (ADA) (2022), vai ao encontro do anteriormente descrito quando refere que a existência de estratégias de melhoria da prestação de cuidados em pessoas com doenças crónicas, como a diabetes, são um meio facilitador na promoção do autocuidado (como é o caso da teleconsulta de enfermagem). Na diabetes, a promoção de uma adesão terapêutica eficaz implica uma abordagem regular que permita motivar o cliente para a mudança de comportamentos, tendo como suporte a educação para a saúde. No entanto, para que este acompanhamento se torne eficaz, como enfermeiros especialistas na área de intervenção à pessoa idosa temos o dever de avaliar antecipadamente o contexto habitacional, as barreiras financeiras, a literacia em saúde e os recursos comunitários locais, de forma a proporcionar às pessoas idosas e/ou familiar cuidador apoio na autogestão no seu processo saúde/doença. Este deve integrar na sua avaliação inicial, periodicamente e sempre que houver uma mudança no tratamento ou evolução da doença, as atitudes em relação à diabetes, as expectativas em relação ao tratamento e aos resultados clínicos, sentimentos, sintomas de depressão e/ou de ansiedade relacionados com a doença. É de igual modo relevante ter conhecimento

dos recursos financeiros, sociais e emocionais, não esquecendo as suas capacidades cognitivas e, sempre que possível, incluir a família/cuidador nesta avaliação (ADA,2022).

Além do que foi descrito, é da nossa responsabilidade, enquanto enfermeiros especialistas na área de intervenção à pessoa idosa, realizar uma triagem de síndromes geriátricas que podem interferir na autogestão da doença e consequentemente diminuir a qualidade de vida (ADA, 2022). Paralelamente, a avaliação do controle glicêmico tem um papel fundamental na gestão, eficácia e segurança do tratamento nas pessoas com DM2, sendo que, este controle é avaliado através da monitorização da glicemia que o cliente avalie a resposta individual da sua autogestão terapêutica. Para isto, é necessário ser o próprio a analisar se está ou não a atingir as suas metas glicêmicas (80-130 mg/dl em jejum e 80-180 mg/dl à noite). Este controle glicêmico deve ser acompanhado com o controle dos valores da hemoglobina glicada (7,0- 7,5 %) (ADA,2022). Para a correta avaliação da glicemia capilar é ainda essencial realizar educação para a saúde no âmbito do procedimento correto para a execução da mesma e os hábitos a adotar para manter a glicemia dentro dos valores de referência.

O tratamento da diabetes nas pessoas idosas deve incluir uma boa adesão não medicamentosa (como por exemplo, a alimentação saudável e a atividade física), sendo que o início de um tratamento farmacológico se torna imprescindível na maioria dos casos. Consequentemente, a prescrição medicamentosa e a monitorização da mesma nas pessoas idosas com diabetes exige cuidados específicos, sendo a metformina a medicação de primeira linha nas pessoas idosas com DM2. Contudo, este fármaco apresenta alguns efeitos secundários nomeadamente gastrointestinais e a diminuição do apetite, que podem ser uma barreira para algumas pessoas idosas (ADA,2022).

A decisão sobre a melhor estratégia no tratamento das pessoas idosas com diabetes, depende da expectativa de vida e da capacidade funcional, estabelecendo-se um tratamento farmacológico individualizado de acordo com as capacidades e as comorbilidades de cada pessoa, não esquecendo que o objetivo do tratamento farmacológico é evitar oscilações glicêmicas, sejam hipoglicemia ou hiperglicemias (ADA, 2022).

A intervenção do enfermeiro tem como objetivo a mudança de comportamentos através da educação para a saúde sobre a verificação regular dos níveis de glicose, administração de insulina, adesão à medicação, deteção precoce de complicações e promoção de comportamentos saudáveis (Shahsavari, Bavarsad, 2020). Tendo em conta o referido, é necessário implementar estratégias perspetivando uma abordagem centrada na pessoa idosa e/ou familiar cuidador, de forma a desenvolver práticas de Cuidado-de-Si. Contudo, não se pode esquecer a importância do familiar cuidador como suporte fundamental à pessoa idosa no seu processo saúde/doença. O enfermeiro deve reconhecer o nível de conhecimento das pessoas idosas e/ou familiar cuidador, promovendo uma parceria entre todos os intervenientes neste processo (Gomes, 2021). As complicações e fragilidade das pessoas idosas com diabetes são muitas vezes incapacitantes para o seu autocuidado, sendo que os familiares cuidadores

podem tornar-se parceiros na adesão com qualidade ao regime terapêutico (Rodrigues, M., Martins, M., 2019).

De forma a dar resposta às necessidades de cuidados das pessoas idosas com DM2, nomeadamente em contexto de pandemia, o acesso à saúde digital com predominância da teleconsulta pode ser uma solução eficaz, aplicada às pessoas idosas com doenças crónicas controladas. Esta possibilita um acompanhamento de proximidade e facilita a acessibilidade na comunicação com o profissional de saúde e vice-versa, dispensa a obrigatoriedade de deslocações às unidades de saúde, permite programar as consultas de acordo com a disponibilidade de ambas as partes (melhor gestão de tempo), possibilita a promoção da educação para a saúde e transmite a uma sensação de segurança às pessoas idosas e/ou familiar cuidador (Almeida, C., Coelho, I., Martins, P., Guarda, L., 2021).

1.1.1 Teleconsulta de enfermagem do conceito à intervenção na prestação de cuidados às pessoas idosas com Diabetes Tipo2 e familiar cuidador no contexto dos centros de saúde amigos das Pessoas idosas

De acordo com a OE (2021, p.2) “a consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem, devem basear-se em orientações internacionais e nacionais tendo em vista as boas práticas”. Importa ainda referir que a consulta de enfermagem é aquela que é realizada por um enfermeiro.

Assim, em conformidade com Portaria n.º 207/2017 (2017), a consulta é uma atividade em saúde onde se avalia a situação clínica da pessoa e planeiam cuidados, o que implica um registo que compreenda a identificação do utente, a data e hora assim como os profissionais e as tomadas de decisão. Esta pode ser realizada presencialmente, de forma não presencial e/ou através das tecnologias da informação e comunicação.

A OE (2021, p.4), de acordo com Portaria nº207/2017 (2017), define teleconsulta de enfermagem como “(...) consulta de enfermagem, no âmbito da telessaúde, realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente (...)”.

Desta forma, a teleconsulta de enfermagem, reproduzindo a consulta de enfermagem, pode ser realizada em tempo real (síncrona), realizada distante do utente, recorrendo à utilização de sistemas de comunicação que permitam a interação entre os intervenientes, requerendo registo obrigatório no processo clínico do utente. Pode ainda ser realizada em tempo diferido (assíncrona) onde o utente e/ou representante legal e/ou cuidador envia ao(s) enfermeiro(s) de referência os dados obtidos, que posteriormente os analisa e avalia (OE, 2021).

Deste modo, a telenfermagem usa as “(...) tecnologias da informação e comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo a interação entre o enfermeiro e a pessoa, à distância (...)”, sendo que esta engloba a teleconsulta, a telemonitorização, telereabilitação e telerastreio,

ajustadas ao domínio das competências do profissional de enfermagem (OE, 2021, p.3). A teleconsulta permite otimizar a gestão de recursos, melhorar o acesso dos utentes aos cuidados, diminuir o número de deslocações e proporcionar a capacitação do utente/cuidador na gestão da saúde (SPMS, 2019). Perante o descrito importa salientar que, o primeiro contacto deverá ser sempre presencial. A eleição da consulta de enfermagem presencial realizada na instituição ou no domicílio, deve ser privilegiada de acordo com as necessidades da pessoa idosa/família.

No entanto, sempre que uma unidade de saúde mostra intenção de instituir a teleconsulta de enfermagem torna-se recomendável a construção de um procedimento interno com os termos e as condições de prestação das intervenções de enfermagem, de forma a harmonizar as práticas entre os profissionais. Neste deve constar em que situações a teleconsulta pode suceder a consulta presencial, quais os dados a recolher, onde são registados e quem tem acesso aos mesmos, assim como quais os recursos que os profissionais têm na sua organização para a realizar e como é obtido o consentimento informado³. O procedimento deve ainda conter como funciona a transição para a consulta presencial, de forma a garantir que não existem interrupções relevantes na continuidade dos cuidados, e como se garante a liberdade de escolha do enfermeiro em não utilizar a teleconsulta. Já em contexto de teleconsulta, o enfermeiro deve realizar uma breve referência à forma como os atos de enfermagem se irão processar (SRC-OE, 2021).

A implementação de uma teleconsulta de enfermagem exige da parte do enfermeiro uma atitude empática, compreensiva, sem julgamentos, genuinidade, versatilidade, comprometimento, paciência e interesse. Esta contribui para a verbalização acerca de pensamentos, emoções e sentimentos, dando sempre espaço à realização de perguntas (SRC-OE, 2021; Gomes, Sobreira, Cruz, Almeida, Souto, 2022).

Mediante o exposto, a teleconsulta e a telemonitorização devem ser instituídas particularmente em situações de doenças crónicas, tal como a diabetes, com o objetivo de detetar precocemente sinais e sintomas de descompensação, permitindo intervir antecipadamente (SPMS, 2019). Com o mesmo propósito, Shahsavari, A., Bavarsad, M.B., (2020) referem que a telenfermagem deve ser considerada uma estratégia de acompanhamento. Estes autores sugerem ainda que uma interação telefónica semanal por parte dos enfermeiros e consultas médicas mensais podem constituir ganhos em saúde.

³ Segundo a norma n.º15/2013 da DGS, atualmente em vigor, o processo de informação e consentimento informado deve ficar registado e fundamentado no processo clínico.

O consentimento informado deve ser prestado por escrito sempre que se proceda a intervenções como: fotografias, vídeo ou som (artigo 192.º/1/d) do Código Penal e Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD); e ii) quando se pratiquem quaisquer atos próprios da medicina ou enfermagem por via telemática: teleconsulta, telerastreio, telemonitorização, telerradiologia e telecirurgia (Norma n.º 010/2015 DGS).

De forma a reforçar os benefícios do uso da teleconsulta por telefone, Pereira, P., Santos, J., Cortez, D., Reis, I., Torres, H. (2021) referem no seu estudo que no que diz respeito às práticas de autocuidado e empoderamento na DM2, a abordagem por via telefónica promove o desenvolvimento das práticas de autocuidado e promove uma comunicação efetiva entre os intervenientes, uma vez que proporciona o diálogo e a reflexão, permitindo uma maior responsabilização do cliente com a sua condição saúde/doença.

Em suma, todas as teleconsultas de enfermagem de seguimento (telefone) constituem uma oportunidade para informar e capacitar os cuidadores informais, em caso de dependência ou não das pessoas idosas, através da telemonitorização ou teleformação, permitindo dar resposta a constrangimentos e inseguranças sentidas por estes (Andrade, 2019). No entanto, para que se obtenha êxito neste processo, o enfermeiro deve promover programas de educação para a saúde baseados na construção de um processo de parceria, promovendo o Cuidado-de-Si próprio ou Cuidado-do-Outro (Gomes, 2021).

A DM2 pode ser evitável tendo em conta os vários fatores de risco, nomeadamente o regime alimentar e o regime de exercício físico. Estes podem ser modificáveis através de estratégias preventivas eficientes e mudanças no estilo de vida. Assim, os CSP são fundamentais na educação para a saúde de pessoas com diabetes (OECD, 2020a).

Um dos desafios da reforma dos CSP passa pela conceção de cuidados mais centrados na pessoa, tendo em conta as suas características individuais e as suas trajetórias de vida. Deste modo é necessário intervir de forma preventiva, adequada ao seu bem-estar e em parceria com o familiar cuidador, permitindo dar respostas de proximidade e desenvolvimento de programas de apoio às pessoas e familiares cuidadores (Ministério do Planeamento, & Agência para o Desenvolvimento e Coesão IP. (2021). Esta reforma vai ao encontro ao paradigma do sistema de saúde amigos das pessoas idosas, exigindo a organização de um contínuo de cuidados que permita antecipar as suas necessidades, envolvendo os mesmos e o familiar cuidador no planeamento e tomada de decisão dos cuidados de saúde. Assim é possível garantir a personalização dos cuidados (Trust et al., 2018).

Neste contexto, WHO (2004) propôs o projeto “Age-friendly Primary Health Care”, visando ações de promoção da saúde com qualidade e prevenção de doenças, tendo em conta os seguintes critérios: educação dos profissionais de saúde, disponibilidade, acessibilidade, abrangência, qualidade, não discriminação, coordenação entre os CSP, hospitais e organização de redes de apoio comunitário que abranjam o conhecimento dos recursos disponíveis na área habitacional das pessoas idosas.

Para além do referido, Rayan, Zeh, Rozo, Liu (2022) realçam a importância de sete princípios orientadores a serem respeitados na implementação de melhorias no cuidado às pessoas idosas, seja em ambiente hospitalar ou de CSP. Estes princípios correspondem à resiliência, autonomia e qualidade de vida, humanização e respeito, mais pessoas idosas e/ou familiares cuidadores informados e habilitados,

existência de parcerias centradas na pessoa, responsabilidade e segurança, prestação de cuidados planeados, acessíveis e sensíveis às necessidades das pessoas idosas e uma prática clínica baseada nas evidências.

Desta forma, o atendimento amigável das pessoas idosas é uma prioridade organizacional, exigindo-se um compromisso de recrutamento ou desenvolvimento dos recursos humanos de forma que estes tenham conhecimentos, habilidades e comportamentos fundamentais para cuidar de pessoas idosas. Simultaneamente devem promover a implementação de indicadores de monitorização dos cuidados prestados às pessoas idosas. Desta forma, os cuidados devem ser isentos de preconceitos face à idade e respeitar sempre as necessidades individuais das pessoas idosas, devem proteger a autonomia, dignidade e escolha das pessoas idosas face ao processo de cuidados, proporcionar um ambiente que reduza as vulnerabilidades e promova o conforto, segurança e independência (Rayan, D., Zeh, W., Roza, J., Liu, B., 2022).

Em conformidade com o descrito anteriormente, a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiar cuidador em CSP pode e deve fazer parte do processo de cuidados amigo das pessoas idosas pois, para além de se tornar uma forma inovadora no cuidar, é expectável obter ganhos em saúde. Neste contexto, a teleconsulta de enfermagem permite-nos, enquanto enfermeiros especialistas na área de intervenção à pessoa idosa, incentivar as organizações de saúde a adequarem os seus serviços de modo a introduzir novas estratégias que promovam a melhoria dos cuidados, a emancipação e dignidade das pessoas idosas. O enfermeiro deve revelar-se como parceiro das pessoas idosas e familiar cuidador na promoção da sua autonomia perante competências de ação e decisão de acordo com os objetivos definidos, permitindo que esta assuma ou assegure o Cuidado-de-Si e capacitando as pessoas idosas para irem ao encontro do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

1.2. Teleconsulta de enfermagem tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si

No domínio da prática de enfermagem avançada torna-se fundamental os princípios científicos e as conceções teóricas, nomeadamente os modelos e as teorias, uma vez que a compreensão do desenvolvimento da qualidade em saúde deve ser sustentada pelos mesmos. Estes permitem-nos adotar mecanismos e facultar conhecimentos de forma a melhorar a prática clínica através da descrição, explicação e controlo dos fenómenos, promovendo um pensamento sistemático sobre a prática de enfermagem.

Assim, face à complexidade dos cuidados à pessoa idosa com diabetes em teleconsulta de enfermagem, o enfermeiro especialista na área de intervenção à pessoa idosa deve construir um plano de intervenção em parceria, vendo a mesma como responsável pelo seu próprio projeto de vida, utilizando os seus próprios recursos, ou outros existentes, para gerir a sua situação de saúde/doença e promover o autocuidado (Gomes, Mela, Guerreiro, Lopes, Gomes, 2020). Importa salientar que esta

relação de parceria implícita no cuidado à pessoa idosa/família/cuidador representa um processo dinâmico. A reciprocidade, a negociação, o compromisso, o envolvimento, uma comunicação eficaz entre os intervenientes, a partilha de ideias e conhecimentos refletem-se num mesmo objetivo (Gomes,2016).

A teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiar cuidador, implementada na USF, tem por base o Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si desenvolvido por Gomes, Mela, Guerreiro, Lopes (2020). Esta requer, segundo Gomes et al.(2022), a construção do processo de parceria entre o enfermeiro, a pessoa idosa e o familiar cuidador. Este processo desenvolve-se em cinco fases centradas no projeto de vida da pessoa idosa: *Revelar-se, Envolver-se, Capacitar e Possibilitar e Assumir* o Cuidado-de-Si ou do Outro. Este modelo permite estabelecer uma relação de confiança entre a pessoa idosa e o enfermeiro, possibilitando adequar ferramentas e assegurar uma tomada de decisão conjunta.

A primeira fase, *Revelar-se*, corresponde ao momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Esta não se pode dissociar da segunda fase, *Envolver-se*, onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes. Assim, nestas fases, no âmbito da teleconsulta, o enfermeiro realiza uma análise dos dados socio-biográficos e clínicos da pessoa idosa através da sua base de dados clínica, cria um ambiente adequado ao acolhimento e mostra disponibilidade. Desta forma, o enfermeiro inicia o contacto telefónico à hora marcada, cumprimenta a pessoa, apresentando-se (nome, apelido, categoria profissional, local de trabalho e objetivo da consulta) (Gomes, 2021), utilizando um tom de voz claro e sereno, validando com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador a qualidade do som da chamada (Nova Scotia College of Nursing, 2021); confirma a sua identidade, questiona se a pessoa se encontra sozinha ou acompanhada (familiar cuidador); verifica com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador o contexto de vida e a história de saúde/doença, com base nos dados consultados inicialmente. Este centra os cuidados na promoção do Cuidado-de-Si ou do Outro, promovendo um ambiente de socialização (Gomes et al. 2022), colocando perguntas abertas que promovam afirmações de auto-motivação e facilitem a comunicação, permitindo que a pessoa idosa fale mais e consequentemente aumente a sua consciência face à sua situação de saúde. Para além do referido, conhece as expetativas da pessoa face à diabetes através de uma escuta reflexiva, enquadrando o que foi dito pela pessoa (fazendo, por exemplo, um resumo do que foi dito de acordo com os objetivos negociados) (Nova Scotia College of Nursing, 2021; Gomes et al. 2022).

A terceira fase engloba os conceitos *Capacitar e Possibilitar*. *Capacitar* corresponde a uma ação conjunta que promova o sucesso da tomada de decisão, baseando-se na informação recolhida anteriormente. O *Possibilitar*, responsabiliza o enfermeiro pelo cuidado do outro ou o seu cuidador,

uma vez que a pessoa idosa não possui capacidade para participar na tomada de decisão. Nesta fase, durante a teleconsulta, o enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção de forma a perceber o que a pessoa idosa sabe sobre si, sobre a sua doença, o que a preocupa e se conseguirá assegurar o Cuidado-de-Si própria. Deste modo deve validar as informações e clarificar dúvidas existentes, por parte da pessoa e/ou familiar cuidador; realizar educação para a saúde de acordo com orientações específicas sobre a diabetes; validar as intervenções transmitidas, utilizando o método “teach-back⁴” e assegurar a perceção da informação fornecida. Possibilita ainda a articulação com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar (Gomes et al. 2022).

A quarta fase traduz-se em *Comprometer-se*. Nesta, ambos os intervenientes (enfermeiro/pessoa idosa e familiar cuidador) juntam esforços de forma a atingir os objetivos traçados, visando a sua independência. Assim, nesta fase da teleconsulta, o enfermeiro participa e apoia a tomada de decisão das intervenções acordadas, que façam sentido para si e para o outro, avaliando e refletindo sobre a capacidade da pessoa idosa e/ou familiar cuidador para assumir ou responsabilizar-se pelo Cuidado-de-Si (Gomes et al. 2022).

A última fase engloba dois conceitos que se baseiam no nível de autonomia da pessoa idosa. Se a pessoa idosa tem capacidade para gerir o seu projeto de vida, importa perceber se esta é capaz de assumir a gestão do *Cuidado de Si Próprio*. Caso evidencie um nível de autonomia que não lhe permite uma tomada de decisão sobre os cuidados, o enfermeiro promove ações que possibilitem a continuidade do seu projeto de vida através do seu familiar cuidador. Este responsabilizar-se-á pelos cuidados da pessoa idosa, ou seja o *Cuidado do Outro*. Sendo assim, nesta fase da teleconsulta, o enfermeiro avalia a informação apreendida pela pessoa idosa e familiar cuidador assegurando e validando os compromissos estabelecidos em parceria com os mesmos, clarifica dúvidas, avalia a importância da teleconsulta, assegura o contacto em caso de dúvidas, programa a próxima consulta de acordo com as necessidades identificadas e regista em processo clínico (Gomes et al., 2022).

Cada uma destas fases têm objetivos e intervenções programadas, embora em contexto real elas se possam misturar e ocorrer em simultâneo.

⁴ **Teach-Back** - É uma técnica de comunicação que pode ajudar os clientes a lembrar ou entender informações importantes no que diz respeito ao seu diagnóstico e tratamento, ou seja, uma forma de verificar a compreensão solicitando ao cliente que descreva em suas palavras o que eles precisam saber ou fazer sobre a sua saúde.

2. METODOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo dar a conhecer a metodologia utilizada e o desenho do projeto de estágio, os objetivos, descrever os locais de estágio, as considerações éticas, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos.

2.1. Metodologia de projeto

A metodologia do trabalho de projeto é fundamentada na pesquisa de um problema real, da sua análise e das estratégias e intervenções promotoras para a sua resolução, sendo baseada na evidência científica. Esta envolve cinco etapas, que não devem ser consideradas isoladas, nomeadamente: o diagnóstico de situação; a definição de objetivos; o planeamento; a execução e avaliação; e a divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

No **diagnóstico da situação** deve-se descrever a realidade do local onde se quer atuar de modo a implementar estratégias resolutivas e pertinentes. Este realizou-se no estágio decorrido na USF, no âmbito do projeto “USF amiga das pessoas idosas”. A USF tem como objetivo ser considerada amiga das pessoas idosas de forma a capacitar os profissionais de saúde para a prestação de cuidados a pessoas idosas, particularmente na prevenção da fragilidade, assim como promover um ambiente funcional e seguro, baseado no modelo de promoção do Cuidado-de-Si (USF, 2019).

No âmbito da USF amiga das pessoas idosas, desenvolveu-se o projeto “Teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com diabetes tipo2 e cuidadores informais para promoção do Cuidado-de-Si”. Este projeto teve como **objetivos gerais**: desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores na teleconsulta de enfermagem; contribuir para capacitar os profissionais de enfermagem no desenvolvimento de competências para a implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores; desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem por teleconsulta (telefone) e contribuir para o desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF de forma a garantir a continuidade dos cuidados das pessoas idosas com DM2. O **planeamento** foi elaborado previamente à realização do estágio e em simultâneo foi realizada uma análise SWOT (Apêndice I). Nesta etapa para além dos objetivos gerais foram ainda delineados os objetivos específicos (Apêndice II). A fase **execução** corresponde às atividades/estratégias desenvolvidas durante a realização dos estágios numa CPU de um Centro Hospitalar em Lisboa nos meses de outubro e novembro de 2021 e numa USF em Lisboa entre os meses de novembro de 2021 e fevereiro de 2022.

2.2 - Caracterização dos locais de estágios

De forma a desenvolver o projeto selecionamos dois locais de estágio. O primeiro numa CPU de um hospital em Lisboa, no período de 11 de outubro a 11 novembro 2021. O segundo decorreu na USF, no período de 12 novembro 2021 a 25 fevereiro de 2022. Estes locais foram escolhidos, tendo em conta o projeto, por permitir compreender a transição de cuidados entre a CPU e os utentes inscritos nesta USF, sempre que recorrem ao Serviço de Urgência (SU) e também pelo facto na CPU o contacto com os clientes ser realizado através de consultas telefónicas.

2.2.1. Consulta Pós Urgência de um Hospital em Lisboa

A CPU encontra-se integrada na especialidade de medicina interna, com o objetivo de criar uma rede de articulação entre o SU de Medicina Interna, as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) e a unidade de medicina interna do hospital. Permite assim o acompanhamento médico e de enfermagem após a alta do SU, de acordo com as necessidades de acompanhamento dos clientes (Proposta Criação Consulta Pós Urgência, 2019).

Nesta consulta, o acompanhamento de enfermagem é realizado através de consultas de enfermagem telefónicas que têm como objetivo avaliar a necessidade de antecipar uma consulta presencial, orientar para um novo atendimento no SU, manter os cuidados no âmbito do domicílio ou instituição e/ou encaminhar para a UCSP. Este acompanhamento é realizado tendo em conta a situação de doença dos clientes e o grau de dependência para o autocuidado, incluindo sempre que necessário a família/cuidador.

2.2.2 – Unidade de Saúde Familiar

A unidade onde realizamos o ensino clínico tem como missão a prestação de cuidados de saúde individualizados e familiares, de autonomia organizacional, funcional e técnica. É constituída por uma equipa que engloba médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e a tempo parcial psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional e uma fisioterapeuta. É então integrada no modelo organizacional B. (USF, 2019).

De salientar que este modelo de organização de cuidados pretende potenciar as aptidões e competências dos profissionais, com a finalidade de aumentar a eficácia, eficiência e acessibilidade dos clientes aos CSP.

2.4. Considerações éticas

Inicialmente foi pedida autorização para a realização deste projeto e da sua integração no protocolo de investigação denominado “USF Amiga das Pessoas Idosas”. Este protocolo tem parecer favorável da comissão de ética para a saúde da ARSLVT, com a referência 8911/CES/2019.

Durante a realização deste projeto, os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) foram cumpridos, assim como o Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiros Especialistas (OE,2019). Assim, importa referir que foi pedido consentimento informado e esclarecido aos participantes, sendo informado que a recusa não teria qualquer implicação na prática dos cuidados.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo apresentamos as atividades foram desenvolvidas por forma a alcançar os objetivos traçados, bem como as competências desenvolvidas e os resultados alcançados.

Ao longo deste percurso, procurou-se sempre progredir tendo em conta as oportunidades, aprendizagens, enriquecimento pessoal e o desenvolvimento de conhecimentos, de acordo com as competências de enfermeira especialista e mestre.

3.1. Atividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências desenvolvidas

3.1.1. Revisão Scoping

No contexto atual da prática clínica torna-se imprescindível incluir modelos de enfermagem capacitados para inovar e melhorar o sistema de saúde, tendo por base uma prática avançada de enfermagem que se suporte em conhecimentos especializados, habilidades multifacetadas de tomada de decisão e competências clínicas (International Council of Nurses, 2020) por forma a atingir a excelência dos cuidados.

Neste sentido, ao longo da implementação do projeto, realizou-se uma revisão scoping que permitiu mapear a evidência de acordo com a temática em estudo, incluindo as intervenções e/ou fenómenos de interesse. Esta deve ser mapeada de acordo com a localização da prestação de cuidados, fonte e origem, entre outros que se tornem relevantes, permitindo explorar o quem, como e com que propósito determinado conceito é utilizado em um determinado campo de ação (JBI, 2017). Assim, definimos a seguinte questão de investigação: Que benefícios e ganhos em saúde tem a teleconsulta de enfermagem na pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores na autogestão da doença? Esta questão seguiu o formato PCC sendo (P) População: Pessoas idosas com DM2 e familiares cuidadores; Conceito ©: Teleconsulta de enfermagem; Cuidados de Enfermagem; (C) Contexto: cuidados de saúde primários. Como critérios de inclusão foram privilegiados os artigos com foco na teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2. Foram determinados ainda como critério de inclusão: estudos com referência a cuidados à pessoa idosa com DM2; artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; estudos baseados em metodologia quantitativa ou qualitativa; revisões de literatura; estudos disponíveis nas bases em texto integral de livre acesso e o ano da publicação, de preferência até cinco anos (a partir de 2017) Como critério de exclusão, foi estabelecido a ausência de explicitação metodológica dos artigos.

Esta revisão baseou-se na metodologia proposta pelo JBI (2017). Decorreu da pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete.

Da pesquisa realizada obtiveram-se 250 artigos. Após a análise dos artigos estes reduziram-se a 8. Da análise desses 8 artigos, pudemos verificar que existe a necessidade de reformular os serviços de saúde hospitalares e os CSP de forma a criar estruturas físicas e práticas de cuidados amigas das

peessoas idosas (Apêndice III). A teleconsulta de enfermagem por via telefónica poderá ser uma estratégia promotora desta prática em pessoas idosas com DM2 e familiar cuidador pois segundo a evidência científica tem-se mostrado bastante significativa na educação para a saúde e monitorização dos valores da glicémia capilar e da hemoglobina glicada. Torna-se evidente que a educação para a saúde e a telemonitorização constituem os elementos-chave para o sucesso da prestação de cuidados de enfermagem por teleconsulta via telefone. Em todo este processo é de extrema importância envolver o familiar cuidador, permitindo a partilha de experiências e a promoção do Cuidado-de-Si Próprio ou do Outro. Salienta-se também que a telenfermagem realizada, além de promover um envolvimento entre os intervenientes, proporciona o desenvolvimento de práticas de autocuidado, reflexão e diálogo nas pessoas idosas.

Contudo, existem outras formas de teleconsulta aplicadas às pessoas idosas, como por exemplo a videoconferência. Esta exige da parte das organizações recursos materiais mais complexos, formação dos profissionais e uma maior promoção, por parte das políticas de saúde, da literacia digital nas pessoas idosas, capacitando-as e tornando-as mais autónomas digitalmente.

Em suma, a concretização da revisão exigiu perspicácia, o que permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação secundária e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE,2019). Permitiu ainda, de acordo com o Decreto-Lei nº65/2018 (2018), desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos e capacidades de resolução de problemas complexos perante novas situações e em função disto, ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a eles subjacentes de forma clara.

No âmbito das atividades desenvolvidas no contexto e competências desenvolvidas no âmbito da investigação importa ainda destacar a necessidade de aprofundar competências e conhecimentos sobre a técnica focus-group⁵, uma vez que participei no projeto “Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa”. Neste intervim através da realização de entrevistas telefónicas e organização/participação em focus-group.

3.1.2. Participação no Projeto “Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa”

Em Portugal, o Estatuto do Cuidador Informal (ECI), engloba um conjunto de normas que regulam os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada. Foi revisto recentemente de acordo com a Lei nº100/2019, 2019.

⁵ **Focus-Group** – Método de pesquisa qualitativa realizada através da discussão de grupo com o objetivo de extrair complexas experiências pessoais, crenças, percepção e atitudes perante um tema pouco conhecido por meio de uma interação moderada (Morgan, 2019). A interação que decorre no interior do grupo corresponde à principal fonte de produção de dados, tendo em conta o tom de voz, a comunicação gestual e o envolvimento emocional (Amado, 2014).

Ser cuidador informal é uma tarefa bastante exigente uma vez que são pessoas que cuidam de outras pessoas em situação de dependência. Este pode ser considerado cuidador principal ou não principal. O principal corresponde à pessoa que vive com a pessoa em situação de dependência e cuida da mesma de forma permanente, mas não recebe qualquer remuneração pelos cuidados prestados, embora possa ter acesso ao subsídio de apoio ao cuidador informal. O não principal é a pessoa que acompanha e cuida de forma não permanentemente. Esta pode ser ou não renumerada pela atividade ou pela prestação de cuidados, garantindo a conciliação com a sua atividade profissional e caso seja estudante pode beneficiar do estatuto. De acordo com a Lei nº100/2019 (2019) apenas uma pessoa pode ser reconhecida como cuidador principal, embora esta permita que sejam reconhecidos até três cuidadores não principais.

O projeto “Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa” surge da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a Câmara Municipal de Lisboa e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Este projeto teve como objetivo caracterizar os cuidadores informais existentes no Conselho de Lisboa e foi coordenado pela professora Dr.^a Adriana Henriques da ESEL. Neste âmbito, fui convidada pela Professora Doutora Idalina Gomes a participar no projeto. Na primeira fase deste estudo de carácter transversal colaborei na colheita de dados realizada através do preenchimento de um instrumento de colheita de dados, via chamadas telefónicas. Numa segunda fase colaborei na organização e participei nos focus-groups de cuidadores informais, sob a orientação da investigadora Professora Doutora Idalina Gomes.

Com a participação nos focus-groups pude tomar consciência de que os cuidadores devem ser incluídos no plano de cuidados da pessoa cuidada e capacitados para gerir/lidar com o processo saúde/doença. Estes devem ser vistos como alguém que colabora com os profissionais de saúde, contudo isto só é possível quando o cuidador reúne as condições necessárias para exercer o seu papel. Nesta perspetiva, deve-se assumir que a sobrecarga para o cuidador informal constitui uma problemática real na comunidade e, concomitantemente, é uma prioridade de intervenção para a melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde, principalmente para as pessoas idosas. O papel de cuidador tem repercussões ao nível da vida pessoal, familiar, laboral e social, tornando-os mais vulneráveis. Neste sentido e de acordo com a Lei nº 100/2019 (2019), o cuidador informal deve ter apoio de um profissional de referência, designado pelos serviços de saúde e da segurança social da área de residência da pessoa cuidada, com o objetivo de os capacitar, formar, aconselhar, acompanhar e informar sobre os apoios existentes na sua comunidade. Os profissionais de saúde, antes de intervirem na formação dos cuidadores, devem ter consciência de que estes adquirem competências através da acumulação de experiências e que os seus interesses de aprendizagem são direcionados para a obtenção de conhecimentos que os possam auxiliar e aplicar na prática, por forma a diminuir a sua sobrecarga. Constatei ainda que os cuidadores informais que participaram nos focus-groups evidenciaram a

importância dos contactos telefónicos realizados pelos profissionais de saúde, verbalizando sentimentos de conforto e carinho.

Em conclusão, considero que a participação nas entrevistas telefónicas e nos focus-groups de uma investigação tão relevante e pertinente como esta permitiram-me crescer enquanto futura enfermeira especialista, possibilitando desenvolver competências/aprendizagens de interpretação de informação e dados, organização de focus-groups e discussão das implicações na prática clínica. Esta investigação tornou evidente o papel do enfermeiro no acompanhamento das transições de vida da família, ajudando-as na antecipação das mesmas, promovendo transições saudáveis. Enquanto enfermeiros devemos desenvolver intervenções que apoiem o familiar cuidador desde o início do desempenho do seu papel através da realização de educação para a saúde focada nas suas necessidades específicas, como parceiros na gestão dos cuidados e na promoção do Cuidado-de-Si e do Outro.

Desta forma, indo ao encontro dos objetivos deste trabalho torna-se também evidente a importância do seguimento da pessoa idosa e familiar cuidador após a alta, devendo existir sempre um contacto telefónico para avaliação de eventuais necessidades de cuidados da pessoa idosa ou do seu familiar cuidador. Esta intervenção permite, posteriormente, o seguimento e avaliação das intervenções por consulta de enfermagem presencial/teleconsulta de enfermagem (telefone), como será desenvolvido nas atividades desenvolvidas em contexto de estágio.

3.2. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio da consulta pós urgência em contexto hospitalar

3.2.1. Prestação de cuidados de enfermagem por teleconsulta (telefone)

O estágio realizado na CPU teve a duração de cinco semanas. Foram traçados os seguintes objetivos: desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem por teleconsulta (telefone) e contribuir para o desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF de forma a garantir a continuidade dos cuidados das pessoas idosas com DM2.

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo foram realizadas consultas de enfermagem telefónicas de acompanhamento/avaliação a pessoas idosas com DM2 que recorreram ao serviço de urgência por descompensação metabólica/outras comorbilidades e posteriormente encaminhados para a CPU. Estas consultas foram realizadas com base na gestão da perceção do estado de saúde, sinais e sintomas, regime terapêutico e decisão de encaminhamento para cuidados na comunidade, baseados no algoritmo da triagem de Manchester (adotado pela equipa da CPU através do “Guião do Contacto Telefónico de Enfermagem” (Anexo I). No entanto, após a consulta telefónica, e sempre que se

justificasse, as pessoas idosas foram encaminhadas para uma consulta de enfermagem presencial. Esta é realizada, sempre que possível, pelo enfermeiro que realizou a consulta telefónica. Este método permitiu-nos estabelecer e/ou reforçar a relação terapêutica, cuidar a pessoa idosa de forma holística, reconhecendo as suas potencialidades e capacidades para agir e decidir.

Pelo facto da CPU não se encontrar estruturada com base num modelo teórico de enfermagem que fundamenta as intervenções de enfermagem realizadas, foi realizado um estudo de caso com base no modelo de parceria de Gomes (2016), que me permitiu refletir enquanto enfermeira e futura mestre e especialista na área de intervenção à pessoa idosa sobre a importância de traduzir o conhecimento com base num modelo teórico numa prática fundamentada.

3.2.2. Realização de Estudo de Caso

De modo a enquadrar os cuidados prestados e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre, foi realizado um estudo de caso (Apêndice IV) que teve por base o modelo de cuidados em parceria para promoção do Cuidado- de- Si de Gomes (2016, 2020). Este permite que a pessoa idosa assuma um papel ativo no processo de cuidar, que tome decisões conscientes e informadas no sentido de atingir os seus objetivos e satisfazendo as suas necessidades de acordo com o seu projeto de vida (Gomes, 2016). É ainda relevante o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança de modo a capacitar a pessoa idosa e/ou familiar cuidador a assumir o controlo do Cuidado-de-Si/Cuidado-do-outro. O estudo de caso centrou-se numa situação de cuidados de uma pessoa idosa com DM2 e teve como objetivo compreender e analisar a história de saúde da pessoa idosa; apreciar e observar a pessoa idosa e elaborar um plano de cuidados, segundo o modelo anteriormente referido, de acordo com as necessidades e projeto de vida da pessoa idosa, baseando as intervenções na evidência científica. Desta forma, este estudo de caso permitiu-me refletir, enquanto enfermeira e futura mestre e especialista, na necessidade de existir um modelo que permita traduzir o conhecimento teórico em prática clínica fundamentada e da importância de acompanhar as pessoas idosas com DM2 de forma sistemática, intervindo o mais precocemente possível, diminuindo a recorrência frequente aos serviços de urgência, os custos financeiros e obter resultados positivos.

A realização deste estudo de caso permitiu-me ainda refletir sobre a importância e a necessidade de adoção/elaboração de estratégias facilitadoras na continuidade dos cuidados à pessoa idosa e/ou familiar cuidador do contexto hospitalar, neste caso da CPU para os CSP.

3.2.3. Desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem das pessoas idosas com DM2 e outras comorbilidades

De maneira a promover a continuidade dos cuidados deve existir uma rede de articulação intra-hospitalar ou a nível dos CSP que permita uma transição de cuidados que assegurem a continuidade dos mesmos na transferência do cliente entre diferentes serviços/unidades de saúde. Devem ocorrer num contexto que inclua o cliente, o familiar cuidador, os enfermeiros que prestam os cuidados e os que irão dar continuidade aos mesmos. Todo este processo exige uma coordenação entre as unidades de saúde e uma comunicação eficaz.

A alta hospitalar é um momento que exige planeamento, preparação e educação para a saúde do cliente e familiar cuidador, principalmente quando se tratam de pessoas idosas com doenças crónicas, uma vez que a permanência dos clientes nos serviços de saúde são cada vez mais reduzidas e consequentemente originam altas precoces, o que constitui uma fragilidade na transferência dos cuidados. Tendo em conta este cenário, o acompanhamento após a alta é fundamental para identificar dúvidas (Aued, Bernardino et al., 2021). No entanto, a articulação hospital/outros serviços de saúde ainda é pouco eficaz, sendo que os enfermeiros especialistas têm um papel fundamental no desenvolvimento desta articulação e coordenação.

Neste âmbito e de forma a dar resposta ao objetivo e contribuir para o desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF de forma a garantir a continuidade dos cuidados das pessoas idosas com DM2, foram desenvolvidas competências de articulação entre a CPU e a USF com base num plano de ação desenhado com a equipa de enfermagem da CPU e apresentado ao enfermeiro orientador de estágio da USF para apreciação (Apêndice V). Este plano de ação ainda se encontra em fase de negociação, uma vez que ainda não conseguimos atingir um consenso no que diz respeito à forma como a USF poderá articular os cuidados de enfermagem aquando da necessidade da população idosa abrangida pela mesma necessidade de recorrer novamente ao SU. O plano será novamente discutido em reuniões informais a agendar entre as partes interessadas. Neste sentido, fica em aberto a necessidade de criar estratégias que permitam a articulação entre o SU/CPU/USF e vice-versa. Como refere Sousa, J, et al. (2021), é fundamental que exista uma articulação eficiente entre os CSP e secundários, sendo que esta articulação deve partir de uma ação conjunta a nível clínico, de planeamento, informação, recursos humanos e tecnológicos. Esta articulação permite melhorar a resposta e acessibilidade dos clientes, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, uma comunicação ineficaz ou inexistente entre os profissionais de saúde tem potencial para comprometer a continuidade da prestação de cuidados. Esta situação pode por em causa a segurança do cliente, aumentar o risco de duplicação de meios complementares de diagnóstico e sobrecarga dos recursos humanos existentes, entre outros (Sousa, J, et al., 2021).

Nesta prática clínica foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade ética e legal. Durante a prestação de cuidados na CPU foi garantido o sigilo profissional, respeitando as condutas dos direitos à privacidade da pessoa idosa e/ou familiar cuidador, preservando a humanização dos cuidados e a promoção do Cuidado-de-Si, do Outro ou Por Si, respeitando o projeto de vida, crenças e valores da pessoa idosa.

Foi igualmente enriquecedor noutros domínios, nomeadamente: na melhoria da continuidade dos cuidados; no desenvolvimento de aprendizagens profissionais e relacionais; no desenvolvimento do autoconhecimento e na motivação. Desta forma, no domínio da melhoria da continuidade dos cuidados, mais especificamente na gestão da doença da Pessoa Idosa com DM2 e/ou familiar cuidador, com base no Modelo de Parceria de Gomes (2021). Ainda neste domínio, destaco os momentos de partilha formais e informais com a equipa da CPU, o que nos permitiu refletir sobre a importância da transição e continuidade dos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de competências de gestão de cuidados, foi fundamentado de acordo com o Modelo de Parceria de Gomes (2021), baseando a nossa prática clínica não apenas nas intervenções de cuidados em contexto de estágio, mas também a nível profissional, uma vez que evidencia o envolvimento da pessoa idosa e/ou familiar cuidador de forma proactiva através de um trabalho de parceria com vista o projeto de vida e saúde da mesma e a sua contribuição para a satisfação do exercício profissional. Com isto, nunca devemos esquecer que uma avaliação multidimensional da pessoa idosa pode determinar a necessidade de acompanhamento por outras áreas clínicas, o que em contexto de CPU é realizado.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais houve a necessidade de envolver áreas teóricas, nomeadamente sobre o envelhecimento, consulta de enfermagem, teleconsulta de enfermagem, transição de cuidados de enfermagem, gestão terapêutica e técnicas comunicacionais. Isto permitiu-me prestar cuidados baseados na evidência científica e sentir a confiança indispensável para exercer as intervenções de enfermagem e estabelecer uma relação de confiança sem comprometer as relações futuras com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador e a equipa multidisciplinar da CPU. Desta forma, tendo em conta estes quatro domínios poderemos alcançar a excelência do exercício profissional.

As competências de mestre foram apreendidas ao longo do Curso de Pós-Licenciatura de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa e aprofundadas ao longo deste estágio através da compreensão e resolução de problemas relacionados com o envelhecimento e a DM2 na pessoa idosa e/ou familiar cuidador em contexto multidisciplinar da CPU, integrando conhecimentos, com recurso à revisão da literatura sobre a temática e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais do plano de cuidados traçado. Da mesma forma, permitiu a partilha de saberes entre pares reconhecendo que a gestão da doença crónica e as suas comorbilidades, nomeadamente a DM2 na pessoa idosa, é cada vez mais um desafio inerente à continuidade dos cuidados de enfermagem. Assim, o acesso aos serviços de saúde, as boas práticas

profissionais centradas na pessoa e na promoção do Cuidado-de Si/do Outro/Por Si, de acordo com os recursos existentes, proporcionam segurança e confiança para uma tomada de decisão partilhada

Relativamente às limitações do projeto neste estágio evidencia-se a gestão de tempo tendo em conta a carga horária, a dificuldade em conciliar com o local de trabalho, o trabalho individual de pesquisa e a realização do estudo de caso como fatores de stress. No entanto, a equipa multidisciplinar proporcionou-me um ambiente descontraído e familiar, o que me permitiu integrar a dinâmica da consulta. O outro fator que considero menos positivo reflete-se no tempo médio estipulado para a realização da consulta telefónica de primeira vez e subsequente (15/20 minutos), principalmente por se tratar de uma população idosa, tornando-se insuficiente na maioria dos casos uma vez que esta necessita de mais tempo para expor as suas dúvidas sem se sentir pressionadas. Como refere Gomes, (2020), nas fases Revelar-se e Envolver-se deve-se criar um espaço de reciprocidade proporcionando a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes. No entanto, há que salientar que o acompanhamento da pessoa idosa e/ou familiar cuidador é realizado na maioria das vezes pela mesma enfermeira(o) o que permite o estabelecimento de uma relação de confiança. Contudo, torna-se pertinente adotar uma abordagem mais centrada na pessoa incidindo numa transição de cuidados mais eficaz, levando ao aumento da acessibilidade a consultas da especialidade, obtendo cuidados de qualidade decorrentes de uma maior vigilância e gestão das doenças crónicas o que passa pela adoção de estratégias tecnológicas inovadoras como a teleconsulta de enfermagem.

3.3. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio da USF

3.3.1. Implementação da Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com DM2 e familiares cuidadores para promoção do Cuidado-de-Si

A implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores constituiu um dos principais objetivos deste projeto. Por forma a atingir este objetivo foram traçados os seguintes objetivos específicos: aprofundar conhecimentos sobre a teleconsulta de enfermagem na pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores; analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados via teleconsulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, na promoção do cuidado de Si; dar continuidade à teleconsulta de enfermagem (consulta telefónica) que se encontra estruturada na USF; prestar cuidados de enfermagem especializados por teleconsulta de enfermagem (telefone) em parceria com a pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores; sensibilizar a equipa de enfermagem da USF para a implementação da teleconsulta e desenvolvimento de intervenções que promovam as boas práticas da teleconsulta de enfermagem e colaborar como elo de ligação na elaboração de um plano de intervenção de transição de cuidados entre a CPU e a USF.

Na USF a consulta de enfermagem presencial de diabetes encontra-se sistematizada com base no procedimento interno “Vigilância do diabético”. Este tem como objetivos a gestão integrada das pessoas com DM2, definição das normas de funcionamento da consulta ao utente diabético (tipo1 e tipo2), uniformização das práticas profissionais e definição dos circuitos e estabelecimento de as (USFX, 2019). Desta forma, sentimos também a necessidade de sistematizar a consulta de enfermagem presencial, centrando as intervenções de enfermagem na pessoa idosa com DM2 e cuidadores familiares, sustentada pelo Modelo de Intervenção de Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2021).

A importância desta fundamentação teórica incide no facto de nos permitir descrever, explicar, interpretar situações complexas e refletir sobre a prestação de cuidados (Brandão M., et al., 2019). Assim, este modelo permitiu-nos construir um plano de intervenção em parceria, considerando a pessoa idosa como responsável do seu próprio projeto de vida, utilizando os seus próprios recursos ou outros existentes para gerir a sua situação saúde/doença e promover o Cuidado-de-Si (Gomes et al., 2021). Desta forma, a consulta presencial à pessoa idosa com DM2 e familiares cuidadores foi orientada, sistematizada e organizada tendo em conta a multiplicidade de cuidados inerentes a esta doença crónica (Quadro nº1). Este modelo encontra-se estruturado em cinco fases: **Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado-de-Si** ou **Assegurar o Cuidado-do-Outro**. Importa salientar que esta relação de parceria implícita no cuidado à pessoa idosa representa um processo dinâmico, sendo que a reciprocidade, a negociação, o compromisso o envolvimento, uma comunicação eficaz entre os intervenientes a partilha de ideia e conhecimentos refletem-se num mesmo objetivo.

Durante a preparação/programação das consultas enfermagem presenciais, tendo em conta que a quando da realização do estágio a população portuguesa ainda se encontrava com acesso limitado aos cuidados de saúde, decorrente da pandemia por Sars-CoV2, optámos por estabelecer alguns critérios de seleção, de forma a procedermos ao agendamento das mesmas. Como critérios de seleção estabelecemos: a população com idade maior ou igual a 65 anos com DM2, possuírem uma última consulta/avaliação de enfermagem realizada no ano 2019 e/ou apresentarem história clínica de alterações metabólicas, vasculares e analíticas.

Após a realização das consultas de enfermagem presenciais procedeu-se à realização das teleconsultas de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas. No entanto, antes da realização das mesmas, procedemos à programação da sua implementação.

Quadro nº 1 – Consulta de enfermagem presencial - Sistematização das intervenções de enfermagem com o objetivo de monitorizar a Diabetes Mellitus Tipo2 na Pessoa Idosa com base no Modelo de Parceria de Gomes (Gomes et al.,2021).

Fases Modelo Parceria	Intervenções de Enfermagem
Fase Revelar-se e Envolver-se Corresponde ao momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Esta não se pode dissociar da segunda fase, <i>Envolver-se</i>, onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes (Gomes, 2021).	Antes da realização da consulta de enfermagem, o enfermeiro Assegura a sua disponibilidade, prepara o ambiente garantindo a privacidade. da Pessoa Idosa e/ou familiar cuidador Procede à leitura dos dados da Pessoa Idosa no Sistema de Informação em Enfermagem - Realiza o Acolhimento à pessoa idosa e/ou familiar cuidador - Verifica a sua identidade (nome e data de nascimento) – Segurança do doente - Informa a pessoa idosa e/ou familiar cuidador relativamente ao objetivo da Consulta de Enfermagem - Identifica o conhecimento que a pessoa Idosa tem sobre a Diabetes Mellitus. - Identifica qual a valorização da Diabetes Mellitus e em que fase de adaptação se encontra. - Envolve o familiar cuidador na gestão do processo terapêutico da Pessoa Idosa. - Avalia hábitos alimentares, exercício físico/sedentarismo, tabágicos e alcoólicos. - Avalia os parâmetros antropométricos: peso, altura, perímetro abdominal, índice massa corporal. - Avalia outros parâmetros: glicémia capilar, HbA1c e tensão arterial. - Observa os pés (integridade, pulsos, sensibilidade, unhas), meias e calçado - Identidade - Contexto de vida - História de saúde/doença
Fase Capacitar ou Possibilitar Representa uma ação conjunta e negociada na conceção de competências à pessoa idosa e/ou familiar cuidador que lhe permita agir e decidir de forma esclarecida, respeitando sempre a partilha de significados das mesmas da experiência vivenciada e das competências já adquiridas. Esta intervenção deverá promover a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da pessoa idosa e/ou familiar cuidador (Gomes, 2021).	- Perceciona o que a pessoa idosa sabe sobre si, a Diabetes Mellitus e o que o preocupa. - Valida se a pessoa idosa consegue assegurar o Cuidado de Si própria. - Valida a sua adesão ao regime terapêutico - Planeia e executa educação para a saúde com vista a alteração de comportamentos com base no contexto de vida, expectativas, experiências pessoais, história de saúde/doença e avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, incluindo sempre que necessário a Família/Cuidador, nomeadamente: - Hábitos alimentares, atividade física de acordo com as particularidades da Pessoa Idosa. - Autovigilância dos pés (Higiene, unhas, integridade cutâneas). - Sinais de alerta de hipoglicemia/hiperglicemia. - Assegura uma boa compreensão da pessoa idosa e/ou familiar cuidador de como fazer a medicação e a importância do cumprimento do esquema terapêutico instituído.
Comprometer-se A pessoa idosa e/ou familiar cuidador e o enfermeiro conciliam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados para o controlo e desenvolvimento do projeto de vida e saúde. Desta forma, terá de existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro pela pessoa idosa e/ou familiar cuidador promovendo a sua trajetória de vida. Para que isto se concretize é necessário procurar soluções criativas, que permitam dar resposta a necessidades concretas no contexto de vida dos mesmos. - Colabora com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador na promoção de estratégias, apoiando a sua tomada de decisão suportado no que faz sentido para Si e/ou para o Outro. - Valida os compromissos estipulados pela pessoa Idosa e/ou familiar cuidador.	
Assumir o controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da pessoa idosa e/ou familiar cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro	- Avalia se a pessoa idosa e/ou familiar cuidador possui informação clara e precisa que lhe permita a tomada de decisão. - Avalia as ações adotadas. - Valida que a pessoa idosa e/ou familiar cuidador está apto para decidir, gerir e resolver complicações da Diabetes Mellitus. - Valida as orientações e responsabilidades assumidas pela pessoa Idosa e/ou familiar cuidador. - Esclarece dúvidas e assegura a adesão da pessoa idosa e/ou familiar cuidador. - Avalia a necessidade de uma consulta subsequente e dá a conhecer a importância da realização de uma teleconsulta de enfermagem como estratégia de acompanhamento principalmente em tempos de pandemia. - Entrega “resumo terapêutico” de forma a reforçar as responsabilidades assumidas até aproxima consulta. - Mostra disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida ou alteração que surja, podendo contactar a USF via telefone ou mail. - Regista o que deve ser avaliado na teleconsulta de enfermagem ou médica.

Fonte: baseado no Guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021)

3.3.2. Programação da implementação da teleconsulta de enfermagem

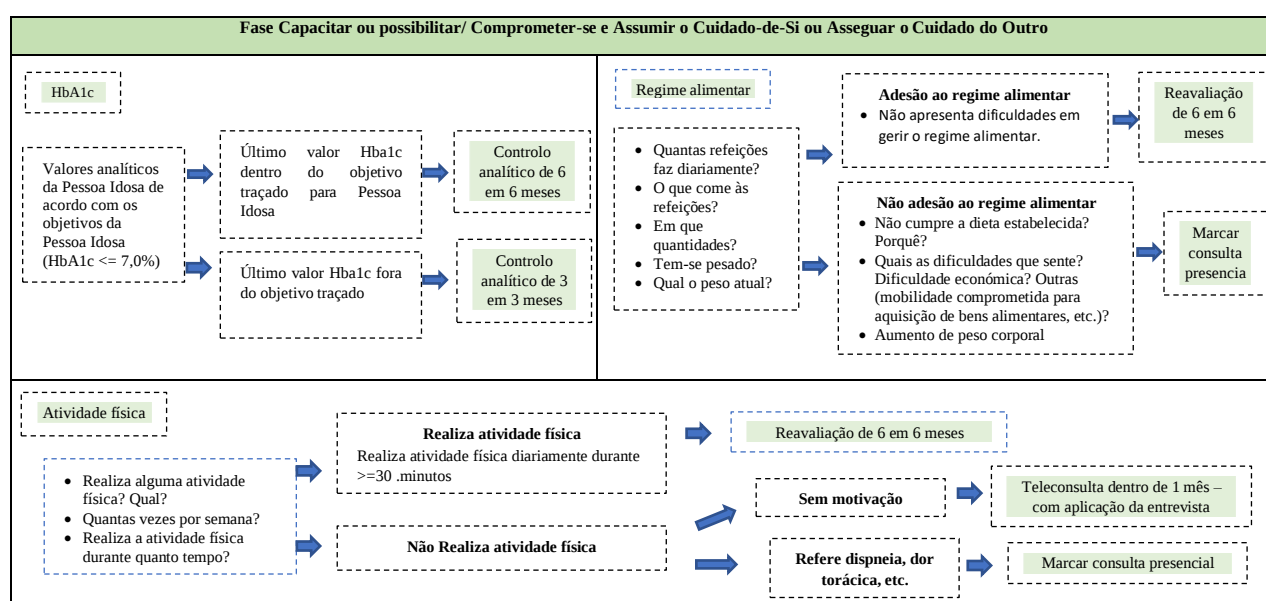
No seguimento da abordagem da “Consulta telefónica à Pessoa Idosa Diabética: Uma intervenção em Parceria” estruturada e desenhada por Oliveira & Moniz (2021) com base no modelo de parceria, sentimos necessidade de atualizar a sua estrutura e sistematização de acordo com o guia formal e estruturado da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil de Gomes et al (2021) com o objetivo de vigiar/avaliar a pessoa idosa com DM2, de modo a obter um melhor controlo metabólico,

reduzir o risco cardiovascular e prevenir complicações, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, incluindo sempre que necessário o familiar cuidador.

No entanto, de forma a complementar o guia de Gomes et al (2021) foram elaboradas quatro orientações conceituais sistematizadas/esquemáticas, decorrentes da necessidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DM2. Estas foram elaboradas e representadas esquematicamente, tendo em conta as intervenções de enfermagem à pessoa idosa com DM2 nas fases capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o Cuidado-de-Si ou assegurar o Cuidado do outro. Foram igualmente concebidas no sentido de se tornarem uma ferramenta útil, prática, de fácil leitura e que permitissem uniformizar as intervenções de enfermagem à pessoa idosa com DM2 (Diabetes Mellitus Group, 2021). Há que referir que estas orientações de validação à adesão do regime terapêutico foram estruturadas de acordo com o Modelo de Parceria de Gomes (2021) e baseados no “Guia prática sobre el seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo2 en consulta telemática, diseñado por el grupo de trabajo de SemFYC” (Diabetes Mellitus Group, 2021). Estas permitem-nos intervir na gestão do regime medicamentoso, regime não medicamentoso, avaliação do risco de ulceração do pé, avaliação do risco cardiovascular e controle da hemoglobina glicada (HbA1c). Salientamos que, através de indicações pré-estabelecidas de adesão ou não adesão ao regime terapêutico, podemos direcionar a reavaliação da pessoa idosa para uma consulta de enfermagem presencial subsequente ou para outra teleconsulta de enfermagem.

A primeira orientação de validação das intervenções de enfermagem assenta em três pilares imprescindíveis de validação da adesão ao regime terapêutico não medicamentoso: valores analíticos da HbA1c., regime alimentar e atividade física (Quadro nº2).

Quadro nº2 – Orientação conceptual: validação da adesão ao regime terapêutico não medicamentoso



Fonte: Baseado em “Guia prática sobre el seguimiento de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC”- <https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes et al. (2021)

A segunda orientação corresponde às possíveis abordagens medicamentosas, mais especificamente no tratamento com antidiabéticos orais, tratamento com antidiabéticos injetáveis e tratamento com insulina de ação rápida e basal (Quadro nº3).

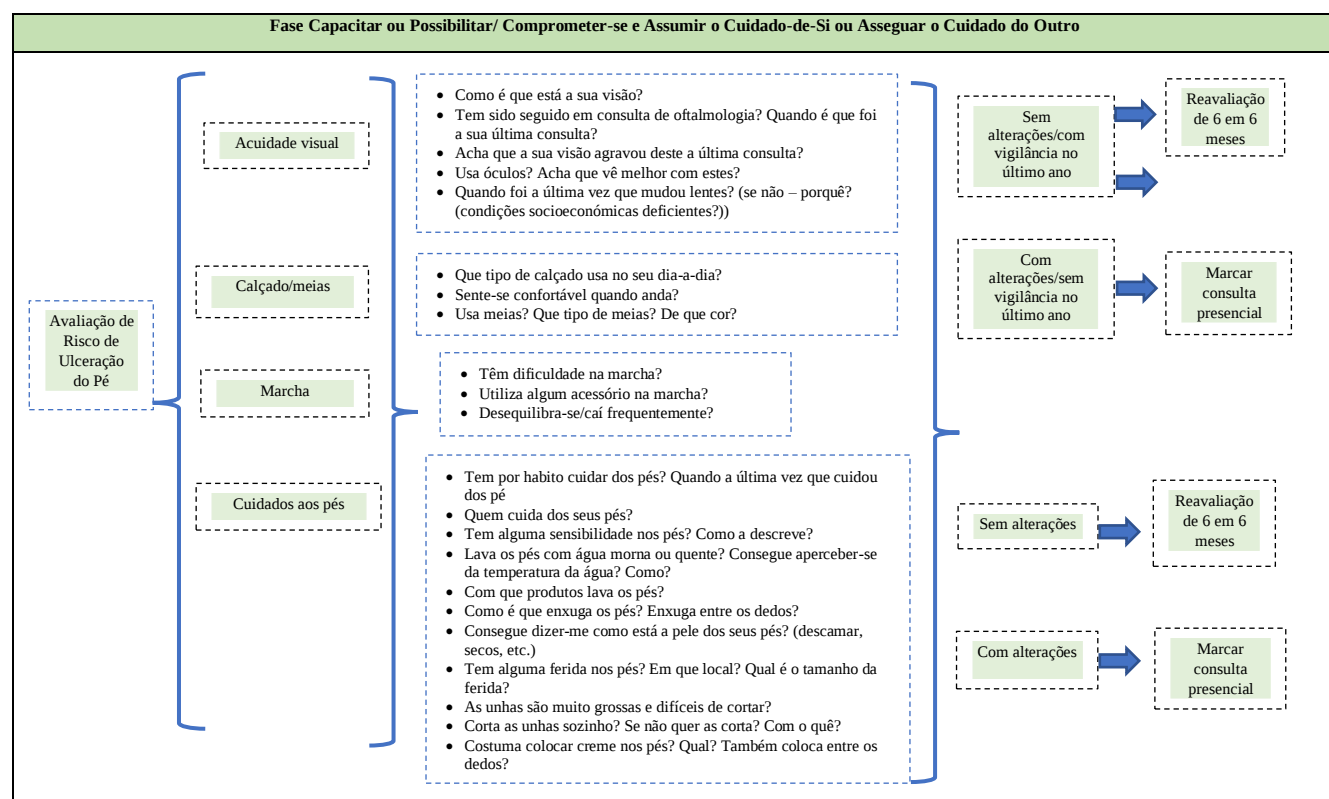
Quadro nº3 - Orientação conceptual: validação da adesão ao regime terapêutico medicamentoso

Fase Capacitar ou Possibilitar/ Comprometer-se e Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado do Outro					
Tratamento com antidiabéticos orais		Tratamento com antidiabéticos injetáveis		Tratamento com Insulina Basal/Rápida	
Avaliação da adesão terapêutica		Avaliação da adesão terapêutica		Avaliação da adesão terapêutica	
				Insulina Basal	Insulina Rápida
• Pode dizer-me quais são os medicamentos que está a tomar para a diabetes? • Diga-me como é que os está a tomar? • Alguma vez se esqueceu de tomar ou deixou de tomar os seus medicamentos na última semana?		• Quantas vezes por semana é que faz o medicamento? • Alguma vez se esqueceu ou deixou de tomar? Porquê? • Quem prepara e administra o medicamento? • Consegue preparar o medicamento? Como é que faz? • Onde é que administra o medicamento? Como faz? • Onde é que guarda o medicamento? • Sente dificuldade em se picar? Porquê?		• Quantas unidades administra por dia? Administra segundo esquema prescrito? • Quem prepara e administra? • Onde guarda a insulina? • Troca as agulhas após a administração?	
Boa adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico	Boa adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico	Boa adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico
↓ Próxima questão • Qual foi a razão do esquecimento ou não toma da medicação? • Acha que os medicamentos lhe fazem mal? • O que sente quando a toma? ↓ • Metformina – Diarreia; Dores abdominal • Sulfonilureias/Rapaglinida – Tonturas; sudorese; sensação de fome; outros sintomas sugestivos de hipoglicémia. • iPDPP4 (Glipinas) – Reações cutâneas; dores abdominais; • Pioglitazona – Edemas; dores ósseas localizadas; • iSGLT2 – Disúria, polúria, infeções genitais; ↓ Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação		↓ Próxima questão • Porque é que não administra o medicamento? • Sente que depois da administração do medicamento se sente mal? O que sente? ↓ Os sintomas mais frequentes são náuseas, vômitos e diarreia ↓ Marcar consulta presencial/Teleconsulta		↓ Técnica de administração • Em que local administra? Como faz? • Sente alguma alteração nos locais de administração? (rubor, calor, nódulos, equimoses). ↓ Bom Controle Glicémico Glicémia jejum ≤ 108 mg/dl Glicémia pós-prandial ≤ 135 mg/dl • Avalia a glicémia capilar? A que horas avalia? Antes ou depois das refeições? Antes ou depois de administrar insulina? Regista no livro? • Pode dizer-me os valores da última semana? ↓ Próxima questão	
				↓ Não cumpre as orientações e responsabilidades assumidas • Qual a razão que o/a levou a não seguir as orientações? Não percebeu bem? • Sente dificuldade na preparação da dose de insulina? Porque? • Sente dificuldade na administração da insulina? Porque? • Esqueceu-se de administrar a insulina? Quantas vezes nesta semana? ↓ Mau Controle Glicémico • Avalia a glicémia capilar? A que horas avalia? Antes ou depois das refeições? Antes ou depois de administrar insulina? Regista no livro? • Pode dizer-me os valores da última semana? Se apresentar: • Dificuldade na preparação e administração de insulina • Sinais de hipoglicémia/hiperglicémia • valores de glicemia capilar superiores a 180 mg/dl (durante 7 dias); ↓ Marcar consulta presencial Para reavaliação	

Fonte: Baseado em “Guía práctica sobre el seguimiento de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 em consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC”- <https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes et al. (2021)

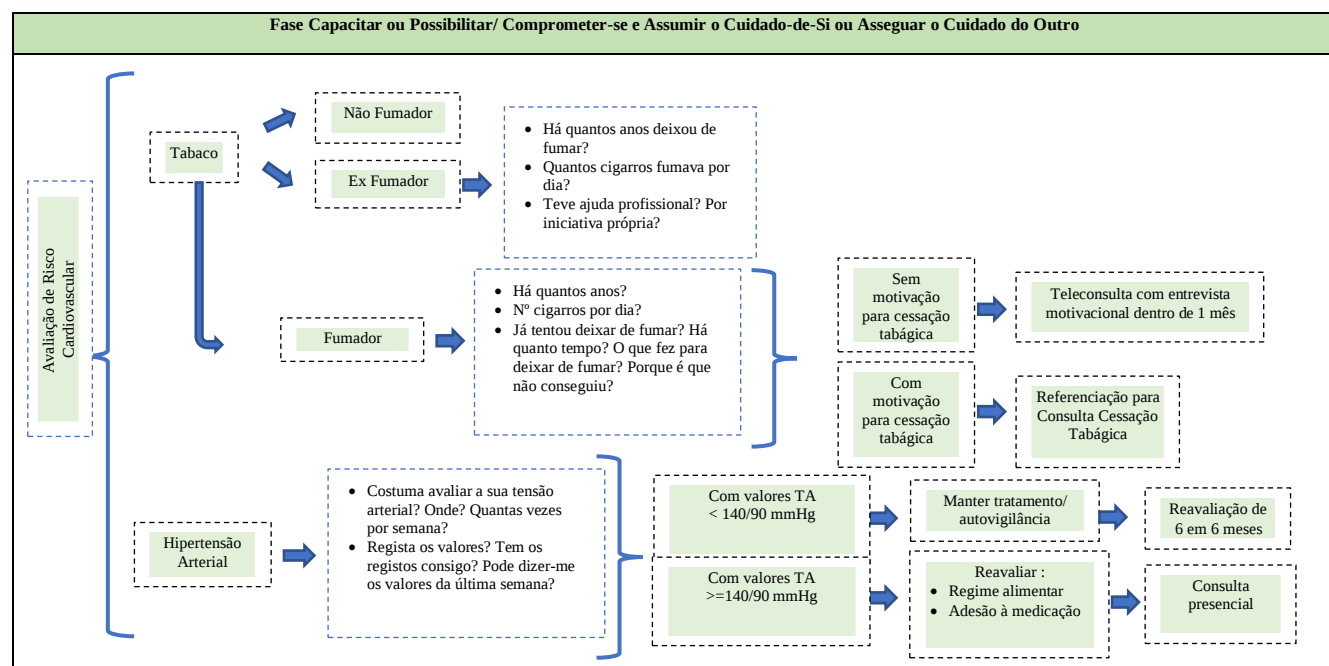
Na terceira orientação procedemos à avaliação do risco de ulceração do pé, marcha, calçado/meias, cuidados aos pés e acuidade visual (quadro nº4). Por último, a quarta orientação permite-nos realizar a avaliação do risco vascular, nomeadamente a monitorização do desempenho no controle da pressão arterial (quadro nº5).

Quadro nº4 – Orientação conceptual: avaliação do risco de ulceração do pé, marcha, calçado/meias, cuidados aos pés e acuidade visual



Fonte: Baseado em “Guía práctica sobre el seguimiento de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC”.
<https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes et al. (2021)

Quadro nº5 - Orientação conceptual: avaliação do risco vascular



Fonte: Baseado em “Guía práctica sobre el seguimiento de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC”.
<https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes et al. (2021)

Após reunidas as condições para a realização da teleconsulta de enfermagem (via telefone), antes da realização das mesmas, preparámos o ambiente, garantindo a existência de um ambiente calmo, livre de interrupções ou distrações, salvaguardando a privacidade e confidencialidade da pessoa idosa/família/cuidador.

Ao iniciar a teleconsulta de enfermagem, de acordo com às fases **Revelar-se** e **Envolver-se** (Quadro nº6) temos como objetivo a construção de uma relação de confiança, conhecer a pessoa idosa e/ou o familiar cuidador, o seu processo de saúde doença, o que é significativo para a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, a sua identidade, os seus valores e cultura, assim como, obter informações sobre a sua capacidade para cuidar de si e ser autónomo. Nestas fases o enfermeiro inicia a consulta telefónica à hora marcada, cumprimenta e apresenta-se (nome, apelido, categoria profissional), identifica a instituição, o motivo do contacto, esclarece dúvidas e questiona como é que a pessoa nas tem estado na(s) última(s) semana(s).

“Bom dia Sr. A. sou a enfermeira X da consulta de diabetes da USF. Conforme combinado consigo estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta, é oportuno?”; “Quer chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?”; “Diga-me como tem passado desde a nossa última consulta? “Teve/têm alguma dúvida que queira esclarecer?”; “Diga-me como têm sido as suas refeições?”; “Tem realizado alguns passeios?”; Tem avaliado a pressão arterial?” e a glicémia? Como é que têm estado os valores? Têm registado no livro?”

Na fase **Capacitar e Possibilitar** iniciamos a construção de uma ação conjunta, promovendo uma tomada de decisão esclarecida (Quadro nº3). Nesta o enfermeiro percebe o que a pessoa sabe sobre si, sobre a sua doença (DM2) e complicações da mesma; o que a preocupa no momento e se esta conseguirá assegurar o Cuidado-de-Si própria. Posteriormente valida as informações transmitidas, realiza educação para a saúde e possibilita a articulação com os diferentes profissionais de saúde da USF tendo em conta as necessidades da pessoa idosa e/ou familiar cuidador.

“De tudo o que falamos, o que mais o preocupa? Que tipo de ajuda acha que precisa neste momento?”; “Importa-se de repetir a informação que lhe dei?”; “Irei anotar as suas preocupações e transmitir ao seu médico o que conversamos e quando tiver alguma decisão entramos em contacto consigo?”

Esta abordagem permite-nos ajudar a pessoa idosa e/ou familiar cuidador a pensar e a contruir estratégias com base no que faz sentido para Si ou para o Outro e validar os compromissos estabelecidos correspondendo à fase **Comprometer-se** (Quadro nº4).

“Concorda com o que decidimos?”; “Acha as decisões que tomamos fáceis serem realizadas?”; “Acredito que irá dar o seu melhor ...”; “Quer voltar a marcar nova consulta para voltarmos a validar o nosso compromisso?”; Perante alguma dúvida não hesite em nos contactar por telefone, email ou mesmo presencialmente, mas saiba que podemos sempre ajudá-lo

Desta forma, com o objetivo de a pessoa idosa **assumir ou assegurar o Cuidado-de-Si próprio ou assegurando o Cuidado-do-Outro** atuamos no sentido de avaliar se os mesmos detinham a informação/conhecimento que lhes permitisse decidir. Nesta fase, validamos as orientações e

compromissos assumidos pela pessoa idosa e/ou familiar cuidador e se conseguem decidir, gerir e lidar com a DM2, clarificando sempre que necessário qualquer dúvida que surja. Ainda nesta fase, mostramos a nossa disponibilidade para sermos contactados em caso de dúvidas/esclarecimentos via telefone, email ou presencialmente. No caso de se tratar de uma teleconsulta de enfermagem devemos avaliar ainda a importância desta junto da pessoa idosa/família/cuidador (Quadro nº5). No final da consulta de enfermagem/teleconsulta de enfermagem registamos no processo clínico de enfermagem todas as informações sobre a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, incluindo os diagnósticos e intervenções de enfermagem, assim como o que deveria ser aferido na próxima consulta.

“Tem alguma dúvida que queira esclarecer?”; “Sente-se tranquilo com o que acordamos?”; “Sente que está preparado para realizar o que falámos?” Pode dar-me um exemplo? ”; “Foi importante para si esta nossa conversa?”; “Quer marcar uma nova consulta para voltarmos a falar sobre o que falamos/negociámos?”

Ainda nesta fase, tendo em conta que a população idosa que recorre à USF na sua maioria apresenta baixa literacia em saúde, sentimos a necessidade de pensarmos numa prática que nos permitisse sistematizar as orientações e as responsabilidades negociadas com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, no sentido de terem na sua posse um documento que os apoiasse no domicílio perante qualquer dúvida, a que denominamos “Resumo do plano terapêutico”. Este vai de encontro ao descrito pela SRC-OE (2021) como uma boa prática na transmissão de recomendações após a realização da teleconsulta de enfermagem.

Ao elaborarmos o “Resumo terapêutico” (Quadro nº10) tivemos por base a evidência científica atual relativamente ao uso de habilidades de comunicação escrita que nos permita proporcionar uma melhor adesão aos tratamentos e simultaneamente contribuir para a promoção da relação enfermeiro/pessoa idosa e/ou familiar cuidador. Só assim nos é possível contruir uma ação conjunta e negociada, conciliando esforços que permitam dar resposta a necessidades concretas (Gomes, 2021). Durante a sua elaboração houve a necessidade de aplicar as boas práticas da escrita e formatação de documentos, assim como a obedecer a determinados princípios. De acordo com a DGS (2019) estes baseiam-se na utilização de uma linguagem acessível; na introdução de frases e parágrafos curtos, com espaçamento adequado entre eles, evitando o texto corrido; limitar o conteúdo às informações mais relevantes e evidenciar os títulos ou palavras com marcadores.

Estas estratégias de comunicação contribuem para a autogestão eficaz da doença. Isto permite-nos ajudar as pessoas idosas e/ou familiar cuidador a conceber juízos e tomadas de decisão esclarecidas acerca dos cuidados de saúde (DGS,2019).

Contudo, as abordagens em saúde devem ser as mais abrangentes possíveis e conjugar várias estratégias, tal como a utilização de esquemas, tabelas e folhetos que transmitam as recomendações e compromissos estabelecidos, permitindo uma melhor adesão ao regime terapêutico (Vaz de Almeida et al., 2020). Desta forma, o “resumo terapêutico” (Quadro nº6), juntamente com as estratégias já em

prática na USF, nomeadamente o fornecimento de folhetos e livros de registo da glicémia capilar/pressão arterial, permitiram-nos intervir através uma ação de proximidade, promovendo a educação para a saúde junto da pessoa idosa/família/cuidador. Como referem Araújo, S., et al. (2020), as pessoas idosas com diabetes e com baixos níveis de literacia estão associados a um mau controle glicémico, assim como a um maior risco de complicações que se refletem na capacidade de controlo da diabetes e por consequência na qualidade de vida, contribuindo para o aumento da prevalência da diabetes. Para além da capacitação da pessoa idosa e/ou familiar cuidador, torna-se ainda necessário capacitar os profissionais de saúde fornecendo-lhes ferramentas comunicacionais que os ajudem a transmitir informação e motivar os clientes para a autogestão da sua doença. (PPR, 2020).

Quadro nº 6 – Resumo terapêutico

Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Com Diabetes e Familiares Cuidadores para promoção Cuidado-de-Si													
Resumo Terapêutico													
Nome do utente: _____													
Data da próxima: ☐ Consulta Presencial ☐ Teleconsulta: _____													
Hora: _____													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Avaliar e registar a glicémia capilar</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Alimentação</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Vigiar dos pés</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Atividade Física</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Vigiar e registar a tensão arterial</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Administração de Insulina</td></tr> </table>	Avaliar e registar a glicémia capilar	Alimentação	Vigiar dos pés	Atividade Física	Vigiar e registar a tensão arterial	Administração de Insulina	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Gerir medicação</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Outros</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"> </td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"> </td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"> </td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"> </td></tr> </table>	Gerir medicação	Outros				
Avaliar e registar a glicémia capilar													
Alimentação													
Vigiar dos pés													
Atividade Física													
Vigiar e registar a tensão arterial													
Administração de Insulina													
Gerir medicação													
Outros													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Plano de intervenção/Validação das orientações e responsabilidades assumidas O que combinei com o enfermeiro fazer até à próxima consulta:</th> </tr> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </table>				Plano de intervenção/Validação das orientações e responsabilidades assumidas O que combinei com o enfermeiro fazer até à próxima consulta:									
Plano de intervenção/Validação das orientações e responsabilidades assumidas O que combinei com o enfermeiro fazer até à próxima consulta:													
Caso surjam questões contacte através:													
Mail: _____	Telefone: _____												
(Nome legível Enfermeiro de Família)	Data: __/__/__												

De acordo com o anteriormente descrito não podemos deixar de salientar que os enfermeiros especialistas desempenham um papel fundamental na promoção da literacia em saúde independentemente dos contextos de intervenção e interação, adequando e adaptando estratégias que simplifiquem a comunicação e confirmem a compreensão.

Em suma, a implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 permitiu a promoção e a vigilância da adesão ao regime terapêutico e o reforço das intervenções realizadas na consulta presencial, nomeadamente a educação para a saúde, tendo como referência o guia formal e estruturado por Gomes et al. (2021) e as orientações conceptuais elaboradas por nós. Desta forma, permitiu-nos realizar uma avaliação holística das intervenções estabelecidas em parceria para a promoção do Cuidado-de-Si ou do Outro através de um acompanhamento de proximidade. Há que salientar que facilitou a acessibilidade na comunicação com o enfermeiro e vice-versa e dispensou a obrigatoriedade das pessoas idosas se deslocarem à USF, possibilitando uma melhor gestão de tempo e de ambos os intervenientes e a transmissão de sensação de segurança, ou seja, as pessoas idosas referiram sentirem-se amparados no processo do cuidar. Para que este acompanhamento se torne eficaz e eficiente como enfermeiros especialistas na área de intervenção à pessoa idosa devemos avaliar antecipadamente o seu contexto habitacional, as barreiras financeiras, a literacia em saúde e os recursos comunitários locais, por forma a proporcionar o apoio na autogestão da diabetes. Contudo, após a realização da avaliação inicial devemos realizar periodicamente uma avaliação sistemática da pessoa idosa e sempre que houver uma mudança no tratamento ou evolução da doença.

O tempo dedicado à elaboração destas estratégias e a sua aplicação nas teleconsultas de enfermagem (telefone) realizadas permitiram-me crescer enquanto profissional e desenvolver competências comunicacionais, interpessoais de suporte e de educação para a saúde (Nova Scotia College of Nursing, 2021).

Neste contexto, realizámos um estudo de casos múltiplos, com o objetivo avaliar os benefícios da Intervenção de Enfermagem na teleconsulta de enfermagem na pessoa idosa com DM2 insulínica independente e família na perspetiva dos clientes.

3.3.3. Entrevista semiestruturada no âmbito da investigação/estudo casos múltiplos

Optou-se por realizar um estudo descritivo qualitativo, utilizando a metodologia de estudo de casos múltiplos de Yin, R. (2003) (Apêndice VI), como estratégia de pesquisa e o Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2021) para dar suporte à intervenção.

Foi seguida a metodologia de Yin (2003) para abordagem nos estudos de caso múltiplos. Utilizámos como instrumentos de colheita de dados entrevistas semiestruturadas (Apêndice VII) . Os participantes dos estudos caso foram duas pessoas idosas, um do sexo feminino com 65 anos e outra pessoa do sexo masculino com 73 anos, portadoras de Diabetes Mellitus Tipo 2 há cerca de 5 e 15 anos, sendo seguidas em consulta/teleconsulta de enfermagem durante a introdução de uma nova abordagem terapêutica, a insulínica. Estes deram consentimento informado e esclarecido (Apêndice VIII) para

participar no estudo. Os critérios de seleção foram: ter idade maior ou igual a 65 anos, serem utentes da USF, terem a última avaliação presencial em 2019, apresentarem alterações metabólicas e analíticas, nomeadamente a hemoglobina glicada (HgA1c) maior do que 8% e a glicémia capilar em jejum maior do que 130 mg/dl (American Diabetes Association, 2022) e com necessidade de nova abordagem medicamentosa (insulinoterapia).

Nestes estudos de caso foram cumpridos todos os requisitos éticos e deontológicos, pelo que as regras de confidencialidade, anonimato e proteção de dados foram rigorosamente cumpridas. Os participantes foram convidados a dar consentimento por escrito após explicar o objetivo do projeto. Assim, no sentido de salvaguardar a privacidade das pessoas idosas foram utilizadas letras e números para os identificar (E1, E2).

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista presencial e no decorrer da interação/avaliação das pessoas idosas em contexto de consulta enfermagem presencial e por teleconsulta (telefone), tendo em conta as atitudes, o comportamento e a perceção de cada um deles. Assim como, foram consultados os registos do processo dos clientes e exames complementares de diagnóstico.

Trata-se, portanto, de uma amostragem intencional, selecionada com base na perícia e perspicácia do enfermeiro especialista (enfermeiro de família) que acompanhou todo o processo com base na sua experiência, onde o investigador tem conhecimento da população e das suas características.

O modelo de intervenção em parceria aplicado à teleconsulta de enfermagem de Gomes et al. (2021) e os diagnósticos de enfermagem de NANDA, deram suporte à abordagem a estes estudos de caso em que se pretendeu perceber os benéficos da Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem, na pessoa idosa com situação de diabetes insulínica independente e família na perspectiva dos clientes.

Como preconiza Gomes (2021), o conceito de parceria implica uma partilha recíproca de informação entre o cliente e o enfermeiro, baseada num contrato verbal ou escrito. Este contrato obriga a um relacionamento de compromisso entre os intervenientes ao longo do processo saúde/doença de forma a promover o empoderamento, reconhecendo as capacidades das pessoas idosas para tomar decisões, assumir as suas convicções, escolhas de vida e responsabilidades. O modelo de parceria envolve 5 fases, **Revelar-se e Envolver-se**, **Capacitar/Possibilitar**, **Comprometer-se**, **Assegurar** ou **assumir o Cuidado-de-Si** ou **do Outro**. As fases **Revelar-se/Envolver-se** corresponderam ao momento em que a pessoa idosa se deu a conhecer, o que nos permitiu descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Na fase **Capacitar/Possibilitar** estabelecemos objetivos através de uma ação conjunta negociada, de forma a permitir à pessoa idosa enfrentar a sua situação de saúde/doença e agir/decidir partilhando responsabilidades respeitando os significados, as experiências e as competências já adquiridas. Esta

partilha permite à pessoa idosa ***Comprometer-se*** conciliando esforços com o enfermeiro permitindo ***Assumir/Assegurar o Cuidado-de-Si***. Nesta última fase foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos participantes para perceber na sua perspetiva os benefícios que referiam do acompanhamento que lhe foi proporcionado destas entrevistas. Estas foram depois sujeitas a análise de conteúdo segundo Bardin (2016), obedecendo às três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise corresponde à fase da organização onde se operacionaliza e sistematiza as ideias iniciais de modo a elaborar um esquema compreensível dando significado aos dados. Na exploração do material, codificam-se os dados, onde são transformados sistematicamente e associados em unidades de registo. Esta categorização consiste na distribuição das categorias, onde juntamente com as subcategorias são explicadas, com bases nas unidades identificadas (Leite, 2017).

Desta forma, da análise das entrevistas semiestruturadas evidenciaram-se sete categorias: Importância do enfermeiro na consulta de enfermagem presencial/teleconsulta (telefone) na educação para a saúde; Participação da pessoa idosa na tomada de decisão; Sentimentos associados ao início do novo regime medicamentoso – Insulinoterapia; Estratégias de adaptação; Importância da informação escrita; Ferramentas de apoio à gestão do controle glicémico; Benéficos da teleconsulta de enfermagem para a pessoa idosa.

Em relação à categoria “Importância do enfermeiro na consulta de enfermagem presencial/teleconsulta (telefone) na educação para a saúde” os participantes salientaram a importância “Tempo para ouvir”; “Disponibilidade”, “Explicação”; “Ajudar a superar o medo” e “Proximidade telefónica para tirar dúvidas”. Constatou-se que ambos os participantes reconhecem o enfermeiro como significativo no seu processo de saúde/doença, realçando a escuta ativa como essencial, permitindo a perceção da vivência do outro de forma precisa, ouvindo o que eles vão dizendo e de seguida abordá-los com questões de acompanhamento relevantes, mostrando a sua disponibilidade e tempo para os ouvir como uma estratégia de esclarecimento de dúvidas/preocupações/medos, quer seja na consulta presencial ou por teleconsulta, promovendo uma relação de qualidade e proximidade como se pode reconhecer no discurso dos participantes:

“...O enfermeiro tem mais, se calhar mais tempo para ouvir mais essas nossas questões. Disponibiliza-se mais [...] O enfermeiro é muito importante para mim e para o que eu preciso na minha doença [...] dá-me apoio quando eu preciso [...] Se eu tenho duvidas ele explica-me as dúvidas que eu tenho [...] Por exemplo eu tive que telefonar para cá porque não sabia na medição da diabetes o que é que queria dizer o HI e ele explicou-me que eu tinha mais de 600, pronto é nestas questões” (E1); “... Sou atendido quando é preciso e tenho-me sentido bem com isto” (E2)

Com isto podemos realçar a importância da relação enfermeiro-cliente, quer seja estabelecida em consulta presencial quer por teleconsulta (telefone), esta deve ser mantida com base nos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, assim como nas suas atitudes e comportamentos, não esquecendo que a base de uma boa relação está na confiança e no respeito, exigindo dos enfermeiros a construção de uma

ação conjunta e negociada, promovendo a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da pessoa idosa/família/cuidador (Nova Scotia College of nursing, 2021; Gomes et al, 2022).

Perante o exposto, percebemos que o tempo dedicado à comunicação por teleconsulta (telefone) constitui um momento de cuidado, que exige competências comunicacionais, interpessoais de suporte e educação, assim como o domínio da tecnologia (Nova Scotia College of nursing, 2021; SRC - OE, 2021).

No que concerne à categoria “Participação da Pessoa Idosa na tomada de decisão” os participantes sublinharam a ajuda a lidar/gerir a situação e aceitar a situação, a preparação atempadamente para a tomada de decisão; onde os participantes evidenciam a envolvimento dos mesmos no processo de tomada de decisão, através de uma ação conjunta que os permita agir e decidir de forma esclarecida (Gomes, 2021), como pode constatar no discurso dos participantes:

“...Ajuda-me a saber sobre as coisas e a decidir o que é melhor para mim [...]O enfermeiro ajuda-me a aceitar o que é preciso, por exemplo para a insulina a senhora enfermeira e o enfermeiro ajudaram-me a não ter medo de me picar” (E2).

Os resultados apresentados vão ao encontro ao descrito por Vaz de Almeida et al, (2021); Gomes et al., (2021), face à teleconsulta (telefone), referindo que a envolvimento do cliente no seu processo de saúde/doença, vai-lhe permitir tomar decisões acertadas e competentes acerca do seu projeto de vida. No entanto, reforça que a utilização de um processo comunicativo relacional por parte do enfermeiro deve colocar o cliente no centro dos cuidados, como é evidente no discurso dos participantes, de forma a que não sintam que no acompanhamento à distância existe menos dedicação, proximidade e afeto na forma como é abordado.

Na categoria “Sentimentos associados ao início do novo regime medicamentoso – insulinoaterapia”, destaca-se uma subcategoria “medo”. Sendo que os intervenientes manifestam os seus medos face à primeira autoadministração de insulina sem a presença do enfermeiro sob dois pontos de vista distintos, um deles manifesta o sentimento relacionando-o com as agulhas e o ato de se picar (E2), enquanto o outro (E1) relaciona o mesmo sentimento com o manuseamento da caneta de insulina e técnica de administração, como podemos perceber nas suas falas:

” Oh, foi um choque [...] magoei-me e tudo com os nervos, estava muito nervosa, muito nervosa [...]A primeira vez até pensei que o líquido nem tivesse entrado [...] que tivesse feito tudo mal [...] tive medo [...] Não achei difícil a maneira de picar [...] foi mais o receio de não conseguir [...] mas difícil não ” (E1); “... Na primeira vez tive muito medo.. mas correu bem [...]Sabe tenho medo de agulhas [...] mas o enfermeiro já me deu umas mais finas e comecei a adaptar-me” (E2).

Os sentimentos de “medo” descrito por ambos os participantes vão de encontro ao estudo apresentado por Reis et al (2020), onde o principal sentimento foi igualmente o “medo”, relacionando

com o início do uso de insulina e emoções negativas, realçando o medo das agulhas e dor da autoadministração, assim como o uso inadequado do medicamento.

Ainda de acordo com o estudo anterior, mencionam que a qualidade do material pode ajudar ou dificultar o uso da insulina, sugerindo que o uso de agulhas de menor diâmetro pode ser encarada como uma estratégia, pois para além de diminuir a dor, reduz os hematomas e favorece uma melhor aceitação, o que vai de encontro ao manifestado por um dos participantes (E2).

Na categoria “educação para a saúde”, surgiram três subcategorias, “Ter calma, iniciar devagar”; “Habituação ao procedimento”; “Incluir a insulina na sua vida diária”, os participantes evidenciam que as mudanças decorrentes do início da insulinoaterapia são permeadas de diversas dificuldades, destacando-se desta forma a educação para a saúde e o acompanhamento regular por parte do enfermeiro como um potencial para mudar essas dificuldades, como podemos perceber no discurso dos mesmos:

“.... Depois fui com calma [...] depois é que fui ver que o que é que eu fazia em cima na caneta, quando rodava aquilo fazia um barulhinho para vir para o normal [...] Não tenho ajuda de ninguém [...]. Ninguém tem coragem para me ajudar, sou só eu sozinha. Agora já faço tudo normalmente [...] Fui muito bem acompanhada e sou, o enfermeiro explicou-me tudo [...] Disse para eu ter calma porque ia correr tudo bem e eu ia conseguir [...] Não interfere com nada na minha vida, é mais um medicamento que tenho que dar à noite” (E1); “... Não é difícil agora que já me habituei às picas [...] Vocês enfermeiros ajudaram nesta fase do medo [...] Fiquei aqui com umas coisas amarelas [...] Fiquei assustado e vocês explicaram-me o que era [...] Isto não interfere nada com a minha vida, faço à noite, mas se fizesse a outra hora era igual” (E2).

Não menos importante e de acordo com Reis et al (2020), o apoio do familiar cuidador pode ter um papel bastante significativo no autocuidado da DM2 uma vez que o incentivo das pessoas mais próximas ou significativas facilita a adaptação e contribui para sucesso do tratamento.

No entanto, no caso dos participantes o apoio do familiar cuidador não se verificou, o que exige da parte dos enfermeiros uma maior envolvimento da prática educativa, permitindo a participação ativa da pessoa idosa na gestão da sua condição de saúde/doença e na promoção da adesão às práticas de autocuidado, promovendo o Cuidado-de-Si próprio.

Face à categoria “Importância da informação escrita”, destaca-se uma subcategoria “Suportes de apoio à educação para a saúde”, onde os intervenientes manifestam a importância do uso de material de educação em saúde, como parte estratégica fundamental para a sua educação, como podemos depreender das suas manifestações:

“.... Acho muito importante com tudo direitinho o que temos que fazer, para nos lembrar. É importante ter uma coisa em que me posso apoiar e que posso ligar mais ao enfermeiro” (E1); “... Sim acho muito importante, acho bem pois para [...] Depois quando eu cá vier saber o que tive que fazer e não ser assim umas coisas por alto” (E2).

A entrega de um suporte escrito, a que podemos designar de plano terapêutico/plano de ação, que segundo a SRC-OE (2021), independentemente do tipo de consultas de enfermagem

(presencial/telefone), deve ser disponibilizado ao cliente uma síntese escrita dos objetivos definidos e negociados durante a consulta, uma vez que a maioria da informação oral transmitida é facilmente esquecida ou mal-entendida, como podemos verificar no discurso dos nossos participantes.

Contudo, a informação escrita deve ser personalizada de acordo com a população alvo, nomeadamente quando se trata de uma população idosa, com isto queremos evidenciar a personalização do plano terapêutico/plano de ação, no sentido de o identificar com o nome da pessoa idosa, incluir instruções precisas com frases curtas, numa linguagem simples, destacando que ao visualizarmos o documento o espaço em branco deve ser superior ao escrito de forma a facilitar a sua leitura (Brega, et al., 2015).

Podemos ainda destacar os pontos mais importantes desenhando círculos, símbolos, sublinhando ou mesmo utilizar cores para dar ênfase à informação, sendo importante que se utilize o mínimo de cores possível de modo a não originar confusão na informação a transmitir, sendo que as cores mais adequadas à população idosa de acordo com um estudo efetuado por Lourenço (2018), são o laranja e azul, que por serem cores opostas tornam-se mais fáceis de distinguir.

Na categoria “Ferramentas de apoio à gestão do controle glicémico”, surgiu uma subcategoria “A importância do registo diário da glicemia capilar orientado por cores (azul, verde, vermelho)”, os participantes realçaram o facto do livro de registos da glicemia capilar se encontrar desenhado por cores distintas e como é que as mesmas interferiram na gestão do controle glicémico, como podemos reconhecer pelas falas dos mesmos:

“...Pensei que se calhar eu não consigo escrever [...] mas depois foi estar a ver se não está sempre no vermelho e vai para o verde [...] Isto ajudou e ajuda ainda [...] Dizia já estou no verde, ah que maravilha, tenho que seguir aquilo certo” (E1); “...Este livro tem uma informação melhor que o outro que tinha [...] Este se tiver para cima de 130 escrevo em cima já sei que é o vermelho. É importante ter estas cores, é uma boa ideia para ver como estamos.” (E2).

Os resultados apresentados estão em conformidade com o descrito no estudo de Lourenço (2018), quando refere que a escolha das cores é primordial para que a mensagem seja bem divulgada, uma vez que o significado de uma determinada cor para o idoso deve fazer sentido para o mesmo e facilitar a sua identificação, como é o caso das cores dos semáforos. Com e da nossa experiência com os participantes, sugerimos a aplicação de cores como uma estratégia de intervenção na educação para a saúde.

Na última categoria “Benéficos da teleconsulta de enfermagem para a pessoa idosa”, surge duas subcategorias “As pessoas idosas sentem o zelo dos enfermeiros” e “A motivação dos enfermeiros motiva as pessoas idosas com o compromisso com a sua saúde”. Os participantes consideram a teleconsulta como uma relação de proximidade e continuidade com o seu enfermeiro de família,

fortalecendo a comunicação e incentivando-os para mudanças comportamentais e tomadas de decisão informada, como é o caso da insulinoterapia, segundo os seguintes relatos:

“... É sempre muito bom receber o telefonema do enfermeiro [...] Senti que as pessoas estão interessadas nos seus doentes [...] Acho que estimula muito a gente, estimula porque se o enfermeiro está a pegar em mim para me ajudar eu acho que também tenho que contribuir com a minha parte” (E1); “.... Acho bem, pois é bom sinal que alguém está a zelar pela gente, não é? [...]. É muito bom ... saber que os enfermeiros se preocupam se está a correr tudo bem connosco [...]. Acho que é importante sim, para apoiar mais a gente na nossa casa [...]. Deve ser importante para todas as pessoas receber o enfermeiro através do telefone e mesmo quando cá vinha.” (E2)

Face a estes dois testemunhos, acreditamos que a nossa abordagem através da realização de três consultas presenciais com intervalos de dias (2/3 dias) e três teleconsultas (telefone) durante três semanas consecutivas gerou um feedback bastante positivo, refletindo-se na capacidade de autogestão da insulinoterapia, ajudando-os a adquirir novos comportamentos e melhores resultados fisiológicos, potencializando o processo de manutenção da gestão da doença

“...O enfermeiro ajuda-me a decidir [...] na altura quando ele me disse, E1, vá-se preparando que se calhar vai para a insulina e já foi uma coisa que me interiorizou e eu fui pensando, tem que ser, tem que ser [...] fui mentalizando, ora eu, essa opinião contou muito, porque quando eu vim à médica já vim com a aquela ideia [...] que terá que ser, se fosse a doutora ali a dizer-me ia ser um choque” (E1).

Perante o descrito podemos concluir que o desenvolvimento da teleconsulta de enfermagem por telefone na USF foi vista como uma ferramenta que nos permitiu dar uma resposta de maior proximidade junto da população idosa com DM2. No entanto, importa salientar que, de acordo com a experiência vivenciada e evidenciada nestes estudos de caso, na maioria das situações complexas, como é o caso da Diabetes Mellitus, não basta uma consulta presencial antes da realização de uma primeira teleconsulta, como constatámos no caso dos participantes neste estudo. Há que intervir presencialmente as vezes necessárias para capacitar ou recapacitar a pessoa idosa eficazmente, para que esta se possa comprometer e capacitar assumindo o Cuidado-de-Si própria. No nosso estudo pudemos constatar a real importância da teleconsulta de enfermagem (via telefone) na vigilância e promoção da adesão ao regime terapêutico, no nosso caso insulinoterapia, como referido em vários estudos (Nouri, Khoong, Lyles, Karliner, 2020;).

Os participantes do estudo destacam a teleconsulta (Telefone) como um recurso valioso que lhes permitiu uma maior proximidade do enfermeiro de família para esclarecimento de dúvidas e apoio quando necessário. Salientam o facto de sentirem que o enfermeiro tem tempo para os ouvir e os envolver nas tomadas de decisão de acordo com a sua situação de saúde/doença. Consideram ainda uma mais valia não ter que se deslocar à USF, podendo estar no conforto do seu domicílio. Sentiram-se mais seguros no seu domicílio por lhes ter sido disponibilizado um suporte escrito com os objetivos delineados e um livro de registos estruturados por cores (verde, amarelo e vermelho) após a consulta, como auxílio de memória e uma forma de motivação para alcançar os níveis terapêuticos estabelecidos.

O enfermeiro especialista na área de intervenção à pessoa idosa tem um papel fundamental na promoção de um envelhecimento ativo e saudável e consequentemente na qualidade de vida. A execução de um planeamento estruturado de intervenções de enfermagem permite a obtenção de ganhos em saúde, passando pela capacitação das pessoas idosas para o Cuidado-de-Si próprias. Este planeamento passa muitas vezes por inovações estratégicas de simples de intervenção como é o caso da teleconsulta de enfermagem por telefone. A abordagem por telefone torna-se facilitadora uma vez que é um recurso disponível para a maioria das pessoas idosas e não requer a presença/disponibilidade de um familiar/amigo para que se possa estabelecer esta interação. No entanto torna-se cada vez mais importante promover a literacia tecnológica associada ao envelhecimento ativo e saudável.

Com base neste estudo, podemos concluir que ambas as modalidades (presencial/não presencial) complementam-se, não podendo uma dissociar-se da outra. Trata-se uma intervenção mista, sendo que a primeira abordagem deve ser sempre presencial.

4. REALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO DE PARES E FORMAÇÃO PESSOAL

Como futura enfermeira mestre e especialista torna-se imprescindível disseminar o conhecimento dos cuidados de enfermagem que suportem os processos de tomada de decisão, agindo como facilitador nos processos de aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019).

Por conseguinte, na formação realizada à equipa de enfermagem da USF (Apêndice IX), foi utilizada a andragogia⁶ como metodologia para partilhar o conhecimento entre os enfermeiros. Esta foi mencionada por vários estudiosos no final do século XX, destacando-se Knowles (1980) que ao longo das suas reflexões determinou que se tornava pertinente reconhecer as motivações para as aprendizagens. Assim, esta é considerada uma teoria de desenvolvimento de adultos que pressupõe que estes possuem requisitos próprios de desenvolvimento formativo. Desta forma, segundo Antão, C. et al (2019) devemos estabelecer experiências formativas pertinentes e relevantes de acordo com a faixa etária, tendo em conta os interesses dos formandos, permitindo o redesenhar formativo, através da aplicação de conhecimentos práticos. Também devemos promover a exploração, permitindo a construção do conhecimento de forma significativa utilizando todo o tipo de materiais (referências, infográficos, vídeos curtos, jogos, etc.) que os conduzam para algo que os permita aprender.

Para a realização da sessão de formação e de forma a alcançar os objetivos, foi essencial a motivação e interação dos enfermeiros, a disponibilidade de equipamento informático e a disponibilidade e tempo da equipa de enfermagem.

Esta sessão de formação teve como objetivos contextualizar a temática (telesaúde, teleconsulta e telemonitorização) e rever os princípios orientadores da teleconsulta de enfermagem (relação terapêutica, prestação e registo de cuidados, funções e responsabilidades, consentimento, privacidade e confidencialidade e considerações éticas e legais). Incluiu também a apresentação de estudo de casos múltiplos vivenciados na USF, segundo o Modelo de Parceria de Gomes (2021). Foram elaborados documentos de apoio, nomeadamente distribuição de documento com conteúdo sobre a temática⁷ (Apêndice X) entregue por email à equipa de enfermagem antes da realização da sessão de formação,

⁶ **Andragogia** - No modelo andragógico, a formação corresponde a uma responsabilidade partilhada entre o formador e o formando enquanto adulto. Esta baseia-se no “aprender fazendo”. Os formandos adultos tem consciência das sua habilidade e experiências o que exige uma maior compreensão do processo de aprendizagem, sendo que o formador deve atuar como facilitador e como intermediário na transformação do conhecimento (Carvalho, J. et al., 2010).

⁷ A documentação de apoio deve ser preparada de forma a que possa ser compreendida, devendo integrar de uma forma reduzida o conteúdo a explorar, possibilitando a sua leitura antes da formação e posterior revisão (Iaranjeira, P., 2022).

um plano e sessão (Apêndice XI), folha de presenças (Apêndice XII), grelha de avaliação da sessão⁸ (Apêndice XIII).

Na minha prestação enquanto formadora senti algum nervosismo antes da realização da formação, uma vez que o local da formação teve de ser alterado por motivos organizacionais inesperados da USF. Senti simultaneamente receio de que a apresentação da sessão não se encontrasse estruturada de acordo com os princípios da andragogia.

Em suma, a realização desta sessão de formação permitiu-me alargar o meu conhecimento sobre educação para adultos. Concomitantemente os resultados da avaliação da sessão de formação permitiram-me ter a noção dos aspetos menos positivos o que me incentivou a melhorar na apresentação de futuras sessões de formação. Permitiu-me ainda desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista no domínio de melhoria continua da qualidade, enquanto facilitador na promoção de aprendizagens profissionais e de investigação, governação clínica e assertividade, proporcionando uma prática clínica baseada na evidência científica. Como enfermeira mestre possibilitou a interpretação, organização e divulgação dos resultados dessa evidência, contribuindo desta forma para o conhecimento e progresso da enfermagem (OE, 2019).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais das competências comuns do enfermeiro especialista, participei como formanda em várias sessões de formação (Anexo II), o que me permitiu desenvolver a minha capacidade de autoconhecimento na temática desenvolvida no projeto, nomeadamente acerca da DM2, teleconsulta e cuidadores informais.

⁸ A grelha de avaliação como instrumento fundamental numa sessão de formação, deve permitir avaliar o formador no domínio dos conteúdos, objetivos propostos, transmissão dos conhecimentos, recursos e métodos utilizados, e material de apoio. Tem como objetivo a melhoria dos processos de aprendizagem numa determinada área de atuação (Carvalho, J. et al., 2010)

5 . REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM

A prática de enfermagem avançada relaciona-se com intervenções de saúde mais desenvolvidas, prestadas por enfermeiros com capacidades e habilidades avançadas. Estas intervenções permitem prestar cuidados de saúde especializados, centrados na pessoa/família/comunidade, contribuindo para a melhoria dos cuidados e obtenção de resultados excelência (Canadian Nurses Association (CNA), 2019). Deste modo, os enfermeiros devem manter o seu foco na prestação de cuidados, educação para a saúde e restabelecimento da saúde, abrangendo cuidados de reabilitação e gestão das doenças crónicas (International Council of Nurses (ICN), 2020).

Em Portugal, e de acordo com o Regulamento nº 140/2019, os cuidados de saúde assumem, atualmente, maior importância sendo que os cuidados de enfermagem, por conseguinte, assumem maior responsabilidade técnica e científica. Para dar resposta a esta exigência a especialização e a diferenciação são cada vez mais fundamentais na prática clínica. Consequentemente, de acordo com os termos do disposto na alínea i) do nº 3 do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, articulada com o Regulamento nº 392/2018, de 28 de junho o enfermeiro especialista é aquele que possui competência técnica e humana para proporcionar cuidados especializados, de acordo com a sua área de especialização.

Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista representam as competências partilhadas nas diferentes especialidades, apesar da sua área de atuação. Estas englobam a educação para a saúde das pessoas/família/cuidador e pares, consultoria, orientação, liderança disseminação do conhecimento através da investigação, permitindo uma melhoria contínua da prestação dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 140/2019).

Paralelamente, as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com o regulamento nº 429/2018 (2018), p.19360, englobam “uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos”. Do mesmo modo, o enfermeiro especialista, presta cuidados à pessoa/família/cuidador em processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, promovendo uma planificação rigorosa dos cuidados, dando resposta às necessidades dos mesmos em situação de doença aguda ou crónica, promovendo a prevenção da doença e a promoção da saúde (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O grau de mestre em enfermagem é concedido aos enfermeiros que possuam conhecimentos e habilidades aplicadas à resolução de problemas complexos em contextos alargados e multidisciplinares

integrados na sua área de especialização. Devem desenvolver tomadas de decisão sem emitir juízos de valor, refletindo sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais, desenvolvendo simultaneamente competências na área da investigação, de forma a prestar cuidados baseados na evidência científica (Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto).

Por conseguinte, o enfermeiro especialista e mestre é um profissional de saúde habilitado para prestar cuidados numa área especializada de intervenção, num determinado contexto, população e ambiente clínico. Estes incluem a educação para a saúde, redução de riscos, gestão de sintomas e comorbilidades e cuidados centrados na pessoa/família/cuidadores. Para além do referido, o enfermeiro especialista e mestre influencia os resultados na prática, liderando e apoiando os pares com base nas evidências científicas; promove e participa em investigações, produzindo conhecimento e implementa melhorias na prestação de cuidados (Fulton, J. Holly, V., 2021)

Neste sentido, com a realização deste projeto de estágio procurei evoluir no meu nível de competência, que segundo Benner (2005), corresponde ao nível de proficiência. Este é caracterizado pela capacidade de reconhecer os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação. Assim, a minha experiência profissional de 29 anos, permite-me prestar cuidados baseados na globalidade da situação e não isoladamente. Após a realização e implementação do projeto adquiri conhecimento teórico-prático e capacidade de análise de forma focar-me no aspeto predominante do problema e agir rapidamente em conformidade com a situação/ação correspondendo ao nível de perita (Benner, 2005).

Além disso, as competências adquiridas ao longo deste projeto permitiram-me desenvolver e aprofundar a prestação de uma prática de enfermagem avançada em parceria com a pessoa idosa/família/cuidador, através de momentos de reflexão, da investigação-ação, da formação de pares e pessoal e implementação de estratégias de melhoria de cuidados, nomeadamente a teleconsulta de enfermagem por via telefónica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional tornou-se atualmente uma preocupação a nível mundial associado às profundas mudanças e desafios a nível do planeamento e prestação de cuidados de saúde mas também na formação de cuidadores formais e informais. Cada vez mais nos deparamos com pessoas idosas com síndromes de fragilidade, comorbilidades, incapacidades e consequentemente baixa qualidade de vida. Esta situação tornou-se ainda mais evidente durante os tempos de pandemia por Sars-CoV-2, o que levou ao aumento do sedentarismos, solidão e ausência/menor vigilância das doenças crónicas nas pessoas idosas, como é o caso da DM2. Contudo, de forma a dar resposta a esta problemática criaram-se novos “modelos” de prestação de cuidados, nomeadamente a teleconsulta de enfermagem.

As teleconsultas de enfermagem, realizadas por via telefone, com as pessoas idosas permitem que estas possam usufruir de soluções de monitorização, de apoio após a alta (cada vez mais precoce), diminuir o recurso inadequado ao SU e prevenir futuras hospitalizações. Estas soluções promovem não só uma melhor adesão terapêutica como também podem ter um papel fulcral na reabilitação física, cognitiva e sensorial associadas ao envelhecimento.

As intervenções por teleconsulta de enfermagem em pessoas idosas têm demonstrado claramente que a sua eficácia depende das características das intervenções realizadas, das características individuais da pessoa idosa/família/cuidador e da duração das intervenções. Cabe ao EE identificar as situações, os contextos e desenvolver estratégias adaptadas à singularidade da pessoa idosa com vista a promoção da qualidade de vida e a concretização do seu projeto de vida (Tchero, H. et al., 2018; Sarveswaren, G. et al., 2021;2022). Perante este cenário compete aos serviços de saúde maximizar a saúde das pessoas idosas, garantindo a promoção da saúde, prevenção da doença e gestão das doenças crónicas, envolvendo os mesmos na promoção da literacia em saúde e na participação ativa na gestão da doença. A complexidade destas intervenções coloca ao EE na área de intervenção à pessoa idosa, desafios ao nível de uma enfermagem de prática avançada que proporciona uma visão holística da pessoa idosa com doença crónica e o desenvolvimento de intervenções que promovam o Cuidado-de-Si, o que se tornou visível neste projeto. Assim desenvolvemos um projeto com o título teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com diabetes Tipo2 e cuidadores informais para a promoção do Cuidado-de-Si tendo como finalidade implementar a teleconsulta de enfermagem (telefone) e desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem.

Foi notório, com o desenvolvimento deste trabalho de projeto, a importância de basearmos o nosso agir profissional num modelo teórico de enfermagem e na melhor evidência científica. Perante o diagnóstico da situação e o desenvolvimento de estratégias de melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, foi exequível desenvolver competências de EE na área de intervenção à pessoa idosa, nos domínios da melhoria da qualidade dos cuidados, da responsabilidade ética e legal,

gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais e pessoais. Estas estratégias passaram pela elaboração de um plano terapêutico de apoio à pessoa idosa/família/cuidador no seu domicílio após a consulta de enfermagem presencial/teleconsulta de enfermagem, o qual consideramos uma boa prática na transmissão de recomendações e negociação em parceria. De igual modo tornou-se bastante relevante a elaboração das orientações conceptuais sistematizadas/esquemáticas, direcionando as intervenções de enfermagem no sentido da promoção do Cuidado-de-Si ou do Outro nas várias vertentes dos cuidados à pessoa idosa com DM2 (HbA1c, regime alimentar, regime de exercício físico, abordagens medicamentosas, avaliação de ulceração do pé e avaliação do risco vascular), podendo ser utilizado como um complemento ao guia de intervenção à teleconsulta de enfermagem estruturado por Gomes et al. (2022).

Considero ainda a aquisição de competências de mestre, nomeadamente na aquisição, integração e aplicabilidade de conhecimentos, não esquecendo a capacidade de análise, reflexão e resolução de problemas. Tornou-se fundamental desenvolver competências comunicacionais pois constitui a base fundamental na interação enfermeiro/pessoa idosa/família/cuidador na teleconsulta de enfermagem telefónica. Foi também possível desenvolver estudos de caso em ambos os contextos de estágio. Sendo que, na USF foi realizado um estudo de caso múltiplo com o objetivo de avaliar os benefícios da Intervenção de Enfermagem na teleconsulta de enfermagem na pessoa idosa com DM2 insulínica e família na perspetiva dos clientes. A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista presencial e no decorrer da interação/ avaliação das pessoas idosas em contexto de consulta enfermagem presencial e por teleconsulta (telefone), tendo em conta as atitudes, o comportamento e a perceção de cada um deles. Assim como, foram consultados os registos do processo dos clientes e exames complementares de diagnóstico. Da análise final das entrevistas pudemos concluir que a consulta presencial e a teleconsulta são intervenções que se complementam, ou seja, uma não pode dissociar-se da outra. Podemos constatar que os benefícios da teleconsulta de enfermagem advêm de uma intervenção mista, sendo necessário a realização de uma primeira (ou mais) consulta(s) presencial no sentido de manter uma avaliação periódica por teleconsulta e sempre que necessário voltar à consulta presencial.

Contudo, tendo em conta a duração do estágio, estou ciente que ainda existe um caminho a percorrer e que a implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com DM2 e cuidadores informais, iniciada na USF correspondeu ao início de uma mudança na prática dos cuidados na promoção do Cuidado-de-Si o do Outro. Pelo que, daqui para a frente se torna pertinente instituir esta metodologia de cuidados de enfermagem na minha prática clínica através da atualização de conhecimentos, na capacitação dos pares, na articulação multidisciplinar e eventualmente o desenvolvimento de um trabalho de investigação.

Importa sublinhar como limitação deste projeto o facto de não haverem cuidadores informais na população idosa que recorreu à consulta de enfermagem presencial/teleconsulta durante a realização do estágio. No entanto, não posso deixar de sublinhar a experiência inesquecível que foi participar no estudo do perfil dos cuidadores informais do Município de Lisboa, uma vez que me permitiu ter uma visão real da dificuldade que é ser cuidador informal na comunidade lisboeta.

Foi com enorme satisfação que desenvolvi este projeto na USF. Considero que este projeto constituiu uma oportunidade de viver uma experiência única, de aproximação muito direta com a população idosa/família/cuidadores e numa partilha de saberes e experiências com o orientador de estágio e equipa multidisciplinar. Foi igualmente gratificante o feedback das pessoas idosas/família/cuidadores face aos cuidados prestados por consulta de enfermagem presencial/teleconsulta de enfermagem.

Finalizo este relatório convicta que a implementação deste projeto constitui uma mais valia para a população idosa da USF e que poderá ser reproduzido em outras práticas clínicas de diferentes contextos com sucesso. Considero o percurso vivido durante este Mestrado uma aprendizagem sem limites e consequentemente um contributo para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. V. de, Coelho, I., Martins, P., & Guarda, L. (2021). Saúde Digital em tempos de pandemia. *Associação Portuguesa para Promoção de Saúde pública*. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/02/2021-relatorio-saude-digital-appsp-compressed.pdf>
- American Diabetes Association (2022). Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45 (January), S3. DOI: 10.2337/dc22-SPPC
- Andrade, N. V. S. (2019). *Telessaúde e Demências – experiências e oportunidades na patologia de Alzheimer* (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Universidade da Beira Interior, Covilhã.: Edições 70.
- Aued G.K., Bernardino E, Silva O.B.M., Martins M.M., Peres A.M., Lima, L.S. Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021;42. DOI:10.1590/1983- 1447.2021.20200211
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1ª ed.). São Paulo
- Barros, R. (2018). Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou o diálogo como essência da mediação sociopedagógica. *Educação e pesquisa*, 44, 1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/TdjFHK3NrJdKQ5SrZbBwjF/?format=pdf&lang=pt>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra . Quarteto Editora.
- Caetano, R., Silva, A., Guedes, A., Paiva, C., Ribeiro, G., Santos, D., Silva, R. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos Saúde Pública*. Vol.36, nº5, p. 1-16. DOI:10.1590/0102-311X00088920
- Canadian Nurses Association. (2019). *Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework*. Canadian Nurses Association, 1-580. Disponível em: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice>
- Casarin, D.E., Donadel, G., Dalmagro, M., Oliveira, P.C., Boleta-Ceranto, D.C.F., Zardeto, G. (2022). Diabetes mellitus: causas, tratamento e prevenção. *Brazilian Journal of Development*. Vol.8, nº2, p. 10062-10075. DOI:10.34117/bjdv8n2-107

- Centro Hospitalar X (2019). Consulta Pós-Urgência. *Proposta de criação*. Acessível no Centro Hospitalar X.
- Council, I., & Nurses, O. F. (sem data). *Nurses : A Voice to Lead*.
- Cooper, K., Alexander, L. (2018). Components, skills and training for conducting initial telephone consultations in primary care: a scoping review protocol. *Joanna Briggs Institute*. 16(5), 1126-1134. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003527
- Decreto-Lei nº65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, I Série (nº 157 de 16-08-2018), 4147-4182. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei nº140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Diabetes Canada (2021). FAQ about Covi-19 and Diabetes. Disponível em: <https://www.diabetes.ca/resources/tools---resources/faq-about-covid-19-and-diabetes>
- Esmailpour-BandBonni, M., Gholami-Shilsar, F., Khanaki, K. (2021). The Effects of Telephone-Based Telenursing on Glycated Hemoglobin Among Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(3), 305–309. DOI: 10.1016/j.nurpra.2020.09.015
- Eurofound. (2021). Living, working and COVID-19 e-survey data. *Publications Office of the European Union*, 19 (April). Disponível em: <https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19>
- Family Caregiver Alliance (Eds.).(2006). Caregiver assessment: Principles, guidelines and strategies for change: Report from a National Consensus Development Conference (Vol I). San Francisco: National Center on Caregiver at Family Caregiver Alliance.
- Ferreira, D. (2018). Teleconsultas: Ir ao Hospital sem Sair de Casa - Implicações na Relação Médico-Doente. *Medicina Interna*, 25(1), 10–14. DOI:10.24950/rspmi/opiniao/1/2018
- Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes M., Gomes B. (2020). *A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation*. In International Workshop

- Gerontechnology. Springer International Publishing. 213-118. DOI: 10.1007/978-3-319-69892-2_1087-1
- Gomes, I. (2021). *Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People*. In International Workshop on Gerontechnology. Conference paper.
- Gomes, I., Sobreira, S., Cruz, T., Almeida, I., Souto, Q. (2022, março). *Teleconsultation Script for intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontechnology Tool in a Pandemic Context*. In International Workshop on Gerontechnology IV. P. 133-154.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções da População Residente em Portugal 2018-2080*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- International Council of Nurses, ICN, CIE. Guidelines on Advanced Practice Nursing. [Internet]. 2020 [cited Aug 12, 2020]; Genève: ICN. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- International Diabetes Federation. (2019). *Diabetes Atlas* (9th Edition). Technical editing. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
- Leite, R.F. (2017). Perspetiva da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa: algumas considerações. *Revista Pesquisa Qualitativa* 5(9), 539-551. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/129/98>
- Martins, M. M. F., & Rodrigues, M. L. (2019). Diabetes: Adesão Ao Tratamento E O Papel Da Família a Essa Nova Realidade. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(59), 95–102. Doi:10.13037/ras.vol17n59.5838
- Ministério do Planeamento, & Agência para o Desenvolvimento e Coesão IP. (2021). PARTE 2: DESCRIÇÃO DAS REFORMAS E DOS INVESTIMENTOS A. COMPONENTE 1: Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://dados.gov.pt/s/resources/documentacao-do-prr/20210502-190335/11-20210421-componentec04vf.pdf>
- NANDA INTERNATIONAL. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: *definições e classificação* 2018-2020 (11.ed). Porto Alegre: Artmed
- Nova Scotia College of Nursing. (2021). Practice guidelines for Nurses – telenursing. Disponível em: <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Telenursing.pdf>

- Nouri, S., Khoong, E.C., Lyles, C.R., Karliner, L. (2020). Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 1-13. DOI: 10.1056/CAT.20.0123.
- OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care OECD Health Policy Studie. *OECD Publishing, Paris*. DOI:10.1787/a92adee4-em
- OECD/European Union (2020a). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. *OECD Publishing, Paris*. DOI: 10.1787/82129230-en.
- Oliveira, A & Moniz, S (2021). *Consulta Telefónica de Enfermagem à Pessoa Idosa diabética: Uma intervenção em Parceria* (Manual de Procedimento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Conselho de enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competências-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competências-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competencias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer Do Conselho De Enfermagem N.º 53/2021*. 1–11. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Pereira, P.F., Santos, F.C., Cortez, D.N., Reis, I.A., Torres H.C. (2021). Evaluation of group education strategies and telephone intervention for type 2 diabetes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 1-8. DOI: 10.1590/S1980-220X2020002603746
- Peters, M., Godfrey, C. Mclenerney, P., Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris, E, Munn, Z. (Eds). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews

- Portaria nº207/2017 (2017). Regulamento e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, I Série (nº 132 de 11/07/2017), 3550-3708. Disponível em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585>
- Regulamento nº 338/2017. (2017). Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. *Diário da República*, II Série (nº 120 de 23-06-2017), 12770-12772. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/338-2017-107553282?ts=1654732800034>
- Regulamento nº429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, II Série (nº135), 19359-19370. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Reis, P. dos, Arruda, G. O. de, Nass, E. M. A., Ratuchnei, E. S., Haddad, M. do C. F. L., & Marcon, S. S. (2020). Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes por pessoas em uso de insulina. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 10 (60). DOI: 10.5902/2179769239880
- Ruivo, M.A., Ferrito, C.& Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. (15), 1-37.
- Ryan, D. P., Zeh, W. A., Roza, J. V. C., & Liu, B. A. (2022). Guidance for hospital and community-based health services for older adults: The senior friendly care framework. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 98, 104564. DOI:10.1016/j.archger.2021.104564
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Acedido a10/02/2021. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sarveswaran, G., Rangamani, S., Ghosh, A., Bhansali, A., Dharmalingam, M-, Unnikrishnan, G., Vikram, N., Mathur, P., Misra, A. (2021). Management of diabetes mellitus through teleconsultation during COVID-19 and similar scenarios – Guideline from Indian Council of Medical Reserch (ICMR) expert group. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research &Reviews*. 15, p. 1-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1397297>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaude 2019-2022*. Serviços do Ministério da Saúde, EPE. Disponível em: https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_português.pdf
- Shahabi, N., Kolivand, M., Salari, N., Abbasi, P. (2022). The effect of telenursing training based on family-centered empowerment pattern on compliance with diet regimen in patients with diabetes

mellitus type 2: a randomized clinical trial. *BMC Endocrine Disorders*. 22 (36), p.1-8. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/358481296_The_effect_of_telenursing_training_based_on_family-centered_empowerment_pattern_on_compliance_with_diet_regimen_in_patients_with_diabetes_mellitus_type_2_a_randomized_clinical_trial

SRC - OE. (2021). *Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem*. 1–26. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Tchero, H., Kangambega, P., Briatte, C., Houdard, S., Retali, G., Rusch, E. (2018). Clinical Effectiveness of Telemedicine in Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of 42 Randomized Controlled Trials. *Telemedicine and e-Health*. p.1-15. DOI: 10.1089/tmj.2018.0128

USFX (2019). Protocolo de investigação: USFX Amiga das Pessoas Idosas. 1-68.

World Health Organization. (2004). *Towards age-friendly primary health care toolkit*. Genebra: World Health Organization. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43030/9241592184.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2004). *Towards age-friendly primary health care*. Genebra: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43030>

World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>

World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>

World Health Organization. (2021). *New WHO Global Compact to speed up action to tackle diabetes*. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/14-04-2021-new-who-global-compact-to-speed-up-action-to-tackle-diabetes>

Anexo I - Guião do Contacto Telefónico de Enfermagem na CPU

Decisão de encaminhamento resultante da avaliação telefónica	
A	Necessita de cuidados/tratamentos imediatos e urgentes – Decisão A (vermelho) <u>tratamento imediato</u> – ponderar encaminhamento da chamada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) – 112
B	Necessita de cuidados nas próximas horas – Decisão B (amarelo) <u>tratamento em breve</u> – o encaminhamento deve ser decidido e validado com médico CPU com duas respostas de saída (i) antecipação da consulta CPU e (ii) encaminhamento para a UGP
C	Os cuidados/tratamentos podem ser adiados – Decisão C (verde) <u>tratamento diferido</u> – manutenção dos cuidados domiciliários até consulta CPU.

1. GESTÃO DE PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

- 1.1. Melhor – Decisão A
- 1.2. Sem Alterações – Decisão B
- 1.3. Pior – Decisão B

2. GESTÃO DE PROCESSO

- 2.1. Validar o conhecimento/compreensão data e hora
- 2.2. Validar o conhecimento/compreensão do local CPU

3. GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS

3.1. Via aérea

- 3.1.1. Compromisso da via aérea – Decisão A
- 3.1.2. Estridor respiratório – Decisão A
- 3.1.3. Edema da face e língua (Inchaço difuso da face, envolvendo os lábios e aumento do volume da língua) – Decisão A
- 3.1.4. Baba-se (A saliva escorre devido à incapacidade de engolir) – Decisão A

3.2. Respiração

- 3.2.1. Respiração ineficaz – Decisão A
 - 3.2.1.1. Adejo nasal – Decisão A
 - 3.2.1.2. Músculos acessórios – Decisão A
 - 3.2.1.3. Cianose labial/extremidades – Decisão A
 - 3.2.1.4. Dor pleurítica – Decisão A
 - 3.2.1.5. Alteração do estado de consciência – Decisão A
- 3.2.2. Incapacidade de articular frases completas numa só expiração – Decisão A
- 3.2.3. Exaustão (Consegue deambular?) – Decisão A
- 3.2.4. História significativa de doença respiratória – Decisão B
- 3.2.5. Polipneia/Bradipneia ($FR < 9$ ou $FR > 29$) – Decisão A
- 3.2.6. Broncospasmo (sibilância audível) – Decisão A
- 3.2.7. Tosse produtiva – Decisão B
- 3.2.8. Hemoptise - sangue arejado com o esforço da tosse – Decisão A

3.3. Circulação

- 3.3.1. Pulso anormal – Decisão B
 - 3.3.1.1. Bradicardia (< 60 bpm) – Decisão B
 - 3.3.1.2. Taquicardia (> 120 bpm) – Decisão B

- 3.3.1.3. Pulso arritmico – Decisão B
- 3.3.2. Arritmia de novo, ou que não se consiga negar como pré-existente. – Decisão A
- 3.3.3. Palpitações – Decisão B
- 3.3.4. Pele fria e suada - com temperatura central $>35^{\circ}\text{C}$ – Decisão A
- 3.3.5. Choque – Decisão A
 - 3.3.5.1. Alteração do estado de consciência – Decisão A
 - 3.3.5.2. Suores – Decisão A
 - 3.3.5.3. Palidez – Decisão A
 - 3.3.5.4. Taquicardia (>120 bpm) – Decisão A
 - 3.3.5.5. Tempo de preenchimento capilar >2 segundos (Tempo que levam os capilares do leito ungueal a voltarem a encher-se após ter sido aplicado uma pressão de cinco segundos) – Decisão A
 - 3.3.5.6. Hipotensão – Decisão A
- 3.4. Estado neurológico
 - 3.4.1. Convulsão atual – Decisão A
 - 3.4.2. Alteração do estado de consciência de novo – Decisão A
 - 3.4.3. Deficit neurológico agudo – Decisão A
 - 3.4.4. Sinais meníngeos – Decisão B
 - 3.4.5. História de perda de consciência – Decisão B
 - 3.4.6. Cefaleia
 - 3.4.6.1. Não
 - 3.4.6.2. Sim
 - 3.4.6.2.1. Quando começou? Início Súbito/Gradual/Repentino?
 - 3.4.6.2.2. Focalizada ou generalizada
 - 3.4.6.2.3. Fatores desencadeantes conhecidos (stress, luz, ciclo menstrual, dieta, fome, ruído, hipoxia, distúrbios do sono)?
 - 3.4.6.2.4. História anterior de cefaleia? Antecedentes de doença?
 - 3.4.6.2.5. Sintomas associados - alteração visual? Náuseas e vômitos? Fotofobia ou fonofobia? Dor de garganta?
 - 3.4.6.2.6. Febre? Tosse? Sinusite?
 - 3.4.6.2.7. É diferente das cefaleias que costuma ter?
- 3.5. Exposição
 - 3.5.1. Temperatura
 - 3.5.1.1. Hipotermia - pele fria com temperatura imensurável - temperatura central $<35^{\circ}\text{C}$ – Decisão A
 - 3.5.1.2. Sub-febril (febrícula) [$>37,5$ $<38,4$] – Decisão C
 - 3.5.1.3. Quente [$38,5$ - $40,9$] – Decisão B
 - 3.5.1.4. Muito quente >41 – Decisão A
 - 3.5.2. Dor
 - 3.5.2.1. Severa - régua de dor [8-10] – Decisão A
 - 3.5.2.2. Moderada - régua de dor [5-7] – Decisão B
 - 3.5.2.3. Ligeira - régua de dor [1-4] – Decisão C
 - 3.5.2.4. Sem dor – Decisão C
 - 3.5.2.5. Localização
 - 3.5.2.5.1. Pré cordial
 - 3.5.2.5.2. Epigástrica

- 3.5.2.5.3. Outra
- 3.5.3. Glicemia (em situações em que é possível medir)
 - 3.5.3.1. Hipoglicemia <55 – Decisão A
 - 3.5.3.2. Hiperglicemia [>180 <600] – Decisão B
 - 3.5.3.3. Cetonemia >200 Hiperglicemia com cetose - respiração profunda e hálito cetónico (maças) – Decisão A
 - 3.5.3.3.1. Febre ou outros sinais de infeção?
 - 3.5.3.3.2. Comportamento desadequado?
 - 3.5.3.3.3. Diagnóstico recente de diabetes?
 - 3.5.3.3.4. Comorbilidades
 - 3.5.3.3.5. O alimentou-se? O quê e quando?
 - 3.5.3.3.6. Influencia de álcool e/ou drogas?
 - 3.5.3.3.7. Isto já aconteceu?
 - 3.5.3.3.8. Valores habituais?
- 3.5.4. Diarreia e/ou vômitos
 - 3.5.4.1. Hematoquésias ou retroagias – Decisão A
 - 3.5.4.2. Hematemeses – Decisão A
 - 3.5.4.3. Letargia – Decisão B
 - 3.5.4.4. Fezes pretas ou raiadas de sangue – Decisão B
 - 3.5.4.5. Vômitos persistentes – Decisão B
 - 3.5.4.6. Sinais de desidratação - secura da língua, olhos afundados, turgor cutâneo aumentado, diminuição do débito urinário – Decisão B
 - 3.5.4.7. Vômitos e/ou diarreia – Decisão C
- 3.6. História
 - 3.6.1. História inapropriada (Se o alegado mecanismo não explicar a lesão ou doença aparente.) – Decisão B
- 3.7. Tempo de nova sintomatologia
 - 3.7.1. Início repentino - início em minutos ou segundos e pode acordar a pessoa durante o sono – Decisão A
 - 3.7.2. Instalação súbita ≤ 12 horas – Decisão A
 - 3.7.3. Instalação aguda <24 horas – Decisão B
 - 3.7.4. Problema recente < 7 dias – Decisão C
 - 3.7.5. Problema não recente ≥ 7 dias – Decisão C
- 4. **GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**
 - 4.1. Conhece o novo receituário resultante do EpU
 - 4.2. Está a cumprir o novo regime terapêutico
 - 4.3. Existiu conciliação terapêutica

Anexo II- Formações realizadas como formanda



ONETOUCH
Academy 2021

Certificado

Certifica-se que

Olinda Leite

esteve presente na sessão virtual

**"Como acompanhar as pessoas com diabetes em tempos pandemia
e pós pandemia"**

com a duração de 1 hora

Data
28 de Outubro de 2021

Equipa Lifescan

Lifescan



Academia
Qualificação & Inovação

DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) **Olinda Leite** frequentou a atividade formativa **Digital Learning | Teleconsulta em tempo real pela RSE Live**, com a duração de 4 horas, promovida pela **SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.**

Módulo 1 - Enquadramento e apresentação dos conceitos fundamentais: Telessaúde e Teleconsulta

Módulo 2 - Teleconsulta em tempo Real - Utilização da RSE Live: visão do Profissional e do Utente

Módulo 3 - Teleconsulta em tempo real: do planeamento à implementação

Lisboa, 08 Fevereiro 2022

Esta declaração digital é emitida automaticamente pela plataforma de formação à distância eStudo, desenvolvida e gerida pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
Caso pretenda uma declaração em suporte físico deverá solicitar a mesma para o email academia@spms.min-saude.pt

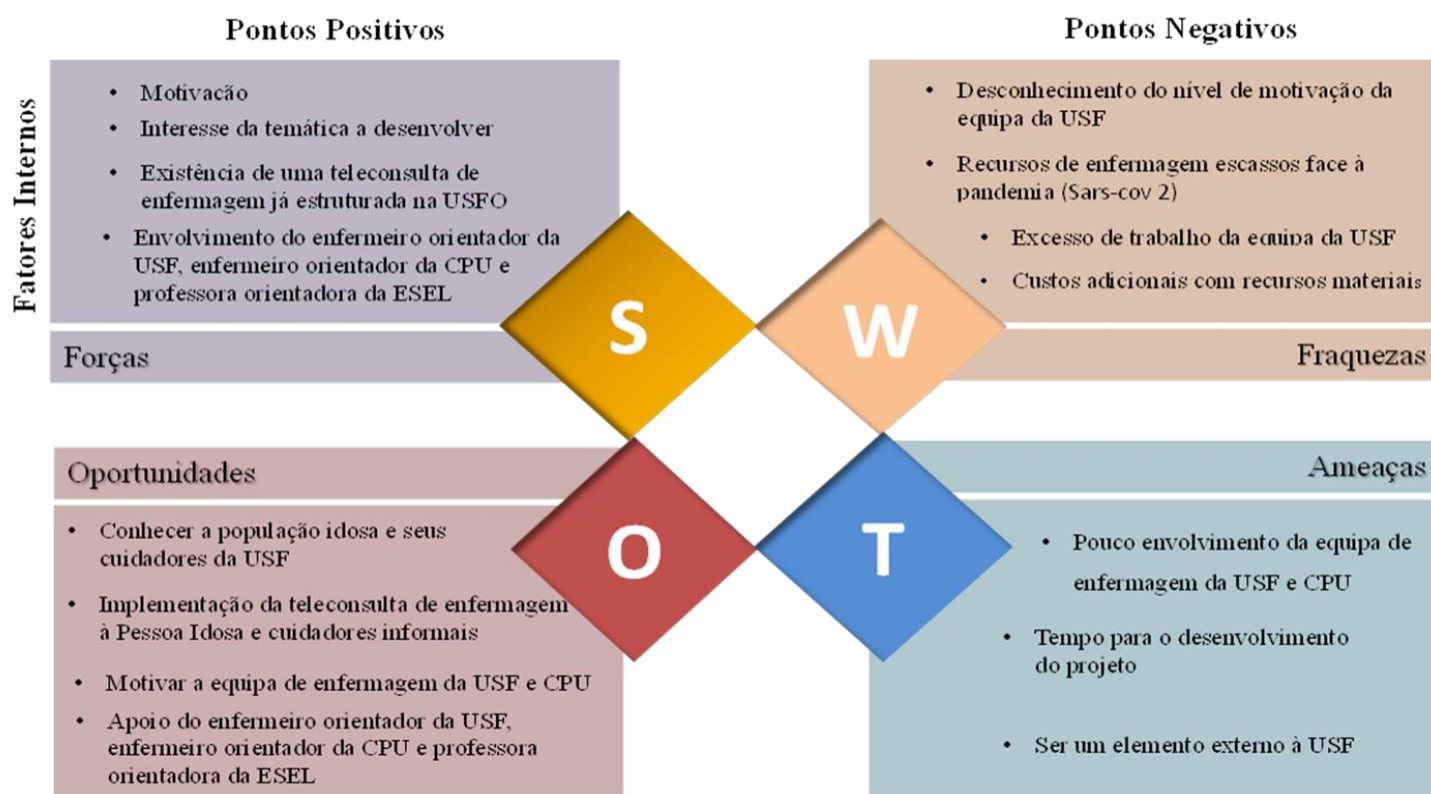
A-SPMS_DTP.32_V.00

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
Av.ª da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal
www.spms.min-saude.pt



SPMS
E.P.E.
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Apêndice I – Análise SWOT



Apêndice II – Objetivos gerais/Objetivos específicos

1 - Implementar a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com diabetes tipo 2 incluindo os familiares cuidadores na USF

Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
1.1 - Aprofundar conhecimentos sobre a teleconsulta de enfermagem na pessoa idosa com diabetes tipo 2 e familiares cuidadores	➤ Realização de uma revisão integrativa da literatura em bases de dados, artigos científicos e livros sobre: • Quais os benefícios e ganhos em saúde têm a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com diabetes tipo 2 e cuidadores informais, como estratégia facilitadora na gestão da doença. • Que intervenções de enfermagem de telemonitorização da pessoa idosa com diabetes contribuem para a autogestão da doença. ➤ Conhecimento sobre o modelo de intervenção de parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa/familiar cuidador na promoção do cuidado de Si.	➤ Realiza uma revisão integrativa da literatura ➤ Identifica os ganhos em saúde e benefícios da teleconsulta e respectivas as intervenções de enfermagem na autogestão da doença ➤ Identifica as fases do modelo de intervenção face à teleconsulta ➤ Realiza artigo científico sobre a temática	Humanos: ➤ Professora orientadora da ESEL ➤ Enfermeiros orientadores dos serviços (USF e CPU) Materiais: ➤ Computador com acesso às bases de dados e pesquisa em artigos científicos e livros técnicos
1.2 - Analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados via teleconsulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, na promoção do cuidado de Si.	➤ Realização da análise do Regulamento n.º 429/2018, correspondente ao Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ➤ Realização da consulta do Guia de recomendações sobre as consultas de enfermagem à distância (telenfermagem), recomendado pela Ordem dos enfermeiros (OE, 2021). ➤ Revisão do papel do enfermeiro segundo o modelo de parceria. ➤ Reflexão sobre o papel do enfermeiro generalista e especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa e familiares cuidadores na teleconsulta de enfermagem	➤ Identifica as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. ➤ Identifica os princípios/recomendações emanadas pela ordem dos enfermeiros na realização da teleconsulta de enfermagem ➤ Conhece o modelo da promoção do cuidado de Si em parceria com o enfermeiro e a pessoa idosa ➤ Apresenta reflexão	Humanos: ➤ Professora Orientadora da ESEL Materiais: ➤ Computador com acesso à internet ➤ Requisição de livros técnicos.

Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
1.3 - Dar continuidade à teleconsulta de enfermagem que se encontra estruturada na USF, sendo desenhada de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas diabéticas em tempos de pandemia.	➤ Diagnóstico da situação na USF, com a colaboração do enfermeiro orientador, o que permitiu: ➤ A consulta do manual de procedimento da consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa diabética ➤ Discussão de possíveis pontos de melhoria na área de intervenção da teleconsulta de enfermagem antes da sua implementação ➤ Proposta de possíveis intervenções descritas na evidência científica, em parceria com a equipa da USF, nomeadamente: • A integração dos familiares cuidadores na teleconsulta de enfermagem. • Colaboração na elaboração de um regulamento interno com critérios e normas de atuação face à teleconsulta de enfermagem ➤ Elaboração de plano terapêutico/síntese da consulta para envio à Pessoa Idosa/Família/Cuidador após teleconsulta de enfermagem ➤ Avaliação da autogestão da doença da Pessoa Idosa/Familiar Cuidador através da teleconsulta de enfermagem ➤ Realização de um focus group para perceber a satisfação da Pessoa Idosa/Familiar Cuidador face à teleconsulta de enfermagem ➤ Realização de ações de formação à equipa da USF na área de intervenção da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa e familiar cuidador de acordo com as suas necessidades ➤ A participação na criação de um protocolo entre a CPU ➤ Reuniões com enfermeiro orientador ➤ Reuniões tutoriais com enfermeira orientadora da ESEL	➤ Identifica pontos de melhoria na área de intervenção do enfermeiro especialista na teleconsulta de enfermagem ➤ Atas de reuniões ➤ Identifica pontos de melhoria na área de intervenção do enfermeiro especialista na teleconsulta de enfermagem ➤ Atas de reuniões ➤ Apresenta e valida o plano terapêutico ➤ Apresenta o questionário satisfação e sua aplicação ➤ Resultados da avaliação da (s) ações de formação ➤ Esboço de protocolo de articulação ➤ Partilha de conhecimentos com professora orientadora da ESEL e enfermeiro orientador de estágio e equipa multidisciplinar da USF	Humanos ➤ Enfermeiro orientador da USF ➤ Professora orientadora da ESEL ➤ Equipa de enfermagem USF Materiais ➤ Manual de procedimento da consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa diabética ➤ Guião de consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa diabética ➤ Fluxograma da consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa diabética ➤ Evidências científicas no âmbito importância da elaboração de indicadores de qualidade ➤ Sala de reuniões ➤ Computador e projetor multimédia ➤ Impressos de formação (cartaz divulgação, plano de sessão, impresso de registo de presenças, impresso de avaliação da formação)
1.4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados por teleconsulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa diabética tipo2 e familiares cuidadores	• Realização de estágios na USF e CPU. • Realização de consultas telefónicas	➤ Assinatura do consentimento informado ➤ Pedir à pessoa idosa/cuidador para dar feedback da informação transmitida durante a realização da consulta	Humanos: ➤ Enfermeiro orientador da USF ➤ Equipa de enfermagem daa USF ➤ Pessoas idosas com diabetes tipo 2 e seus cuidadores

Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
1.4 - (continuação) Prestar cuidados de enfermagem especializados por teleconsulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa diabética tipo2 e familiares cuidadores	➤ Programação de consultas de enfermagem presenciais na USF ou no domicílio, permitindo avaliar as necessidades em cuidados de enfermagem à pessoa idosa/cuidador e simultaneamente avaliar a existência de meios para a realização de uma teleconsulta de enfermagem ➤ Explicação à pessoa idosa/familiar cuidador qual o objetivo, o modo de funcionamento da teleconsulta e a necessidade de assinar o consentimento informado de acordo com a legislação ➤ Realização da teleconsulta de enfermagem programada através do guião da consulta segundo o modelo de intervenção em parceria: Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Cuidado de Si e Assegurar o Cuidado do outro. ➤ Avaliação da informação fornecida pela Pessoa tendo em conta a tomada de decisão clínica, caso não seja clara deve encaminhar para consulta enfermagem/médica presencial ➤ Realização de registo da teleconsulta em processo clínico ➤ Após a elaboração do plano terapêutico estabelecido em parceria com a pessoa idosa/familiar cuidador enviá-lo à pessoa idosa/familiar cuidador como guia orientador	➤ Protocolo/norma de atuação de encaminhamento para consulta presencial ➤ Registos de enfermagem ➤ Apresenta estudo de caso	Materiais ➤ Computador com acesso ao processo clínico da pessoa idosa ➤ Gabinete de reuniões ➤ Telefone

2 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com diabetes Mellitus tipo 2 e familiares cuidadores na teleconsulta de enfermagem

Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
2.1 – Sensibilizar a equipa de enfermagem da USF para a implementação da teleconsulta e desenvolvimento de intervenções que promovam as boas práticas da teleconsulta de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e seus cuidadores	➤ Realização de reuniões com a equipa de enfermagem e orientador de estágio ➤ Realização de formação de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem na área de intervenção da teleconsulta de enfermagem ➤ Realização de reuniões tutoriais para dar feedback ➤ Promoção de reflexões com orientador de estágio sobre os cuidados prestados em teleconsulta de enfermagem	➤ Atas de reunião ➤ Avaliação da formação ➤ Providencia reflexões sobre as práticas dos cuidados	Humanos: ➤ Equipa de enfermagem da USF ➤ Enfermeiro Orientador de estágio ➤ Professora orientadora da ESEL Materiais ➤ Sala de reuniões ➤ Computador ➤ Projetor multimédia ➤ Impressos de avaliação da formação, plano de sessão, registo de presenças

Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
2.2 – (continuação) Participar no estudo de investigação “Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa” Parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a Câmara Municipal de Lisboa	➤ Realização: • Da leitura do manual do entrevistador, de forma a conhecer a finalidade, estrutura e características do estudo, assim como conhecer o papel do entrevistador e a sua importância. • De entrevistas (numa 1ª fase) via telefone, tendo em conta o consentimento informado do cuidador e registo em plataforma online. • De contatos telefónicos (numa 2ª fase) tendo como objetivo a organização de focos grupos de cuidadores • Participação em focos grupos e cooperação na sua análise	➤ Assinatura de declaração de compromisso de participação no estudo ➤ Caracteriza os cuidadores do município de Lisboa ➤ Reflete por escrito sobre o as necessidades manifestadas pelos cuidadores - Resultado final do estudo	Humanos: ➤ Professora Doutora Idalina Gomes investigadora do projeto ➤ Cuidadores informais Materiais: ➤ Telefone Computador com acesso a internet e com aplicação zoom
3 – Contribuir para o desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF de forma a garantir a continuidade dos cuidados das pessoas idosas com diabetes mellitus tipo2			
Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
3.1 – Contribuir para o desenvolvimento de um plano de ação conjunto entre a CPU e a USF, que permita garantir a continuidade de cuidados das pessoas idosas com diabetes tipo 2 e outras vulnerabilidades associadas	➤ Reunião com enfermeiro orientador da USF e CPU: • Identificação conjunta das necessidades de ambas as instituições e como agilizar o processo de referenciação aquando da primeira comunicação entre a CPU e a USF • Negociação com elaboração de um plano de ação • Elaboração de caso clínico	➤ Atas das reuniões ➤ Análise dos Resultados obtidos ➤ Caso clínico	Humanos: ➤ Professora Doutora Idalina Gomes da equipa de investigadores da ESEL ➤ Orientador de estágio USF ➤ Orientador estágio CPU Materiais: ➤ Computador ➤ Sala de reuniões ➤ Atas de reunião

Apêndice III – Revisão Scoping

Objetivo

Esta revisão scoping pretende analisar e mapear a literatura existente sobre os benefícios e ganhos em saúde da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com diabetes e cuidadores informais, como estratégia facilitadora na gestão da doença

Quadro 1. Participantes, questão de investigação e contexto

<i>Tipo de Participantes</i>	<i>Questão de Investigação</i>	<i>Contexto</i>
Pessoas Idosas, nomeadamente pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade com diabetes vigiadas numa USF	Quais os benéficos e ganhos em saúde da Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Diabetes e família/Cuidadores informais na gestão da diabetes?	A atual revisão restringe-se à USF

Tipo de estudos

Foram considerados todos os tipos de estudo, designadamente primários, secundários, revisão da literatura, qualitativos, quantitativos e mistos. Simultaneamente este respeitaram os critérios de inclusão definidos. Contudo pretendia-se que apresentassem no título ou resumo, os benefícios e ganhos em saúde da Teleconsulta de Enfermagem, fossem estudos originais ou estudos de caso, publicados na íntegra, escritos nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, com um limite temporal de cinco anos, entre dezembro de 2017 a dezembro de 2021.

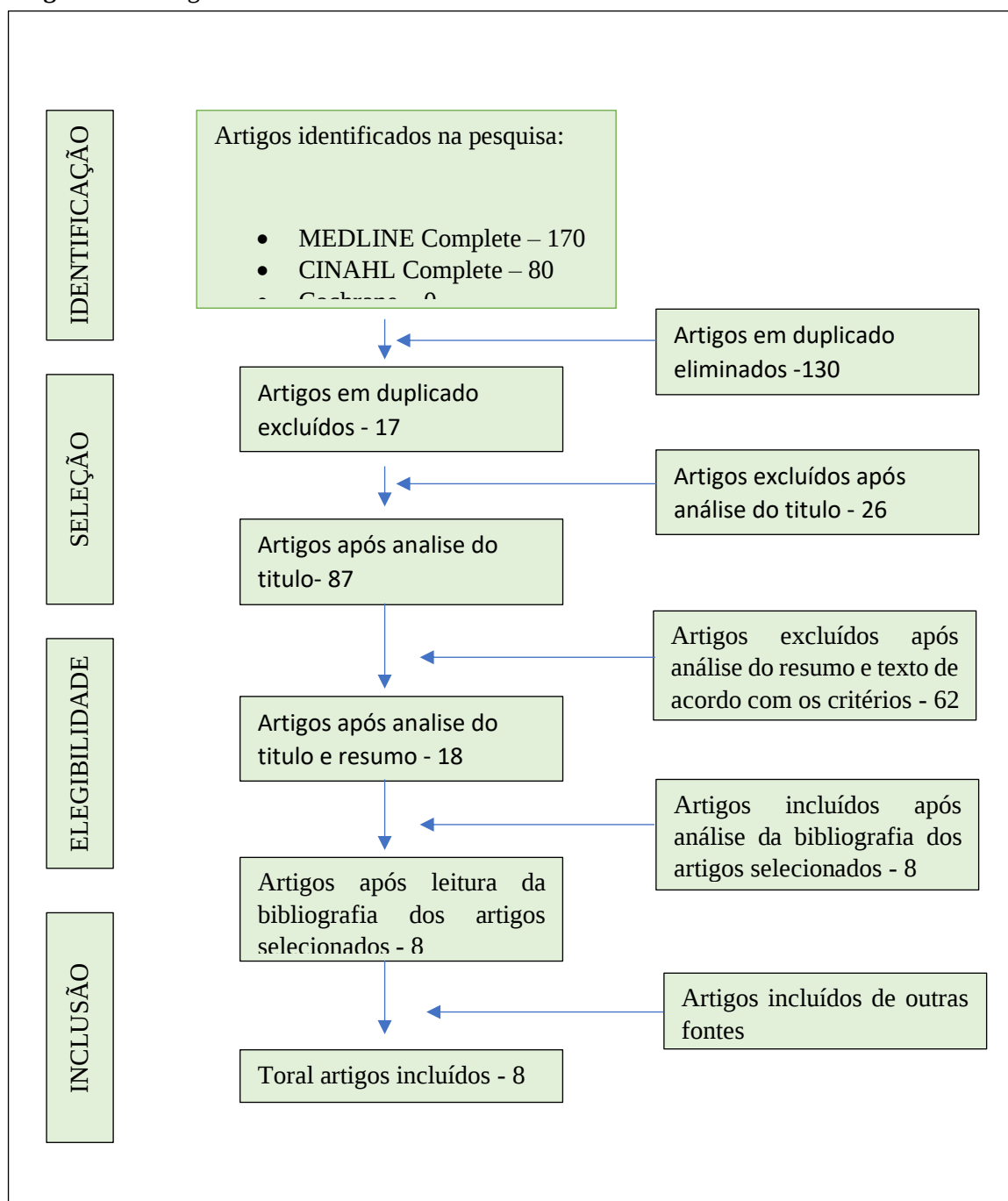
Quadro 2. Critérios inclusão

População	Artigos que incluam Pessoas Idosas, com idade igual ou superior a 65 anos de idade ⁹
Conceito	Artigos que abordaram os benefícios e ganhos em saúde da Teleconsulta na gestão da doença crónica (diabetes)
Contexto	Artigos que incidam na Teleconsulta nos cuidados de saúde primários
Tipo de estudo	Considerados todos os estudos primários, secundários, revisões da literatura, qualitativos, quantitativos e mistos
Língua	Artigos nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola
Data da publicação	Período temporal de 5 anos, entre dezembro de 2017 a dezembro de 2021

⁹ Consideramos como objetivo de inclusão na RSL pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, contudo por um elevado número de estudos cruzarem a teleconsulta a participantes com idade igual ou superior a 50 anos fomos flexíveis nesse critério.

<i>Palavras Chave</i>	
<i>Português</i>	<i>Inglês</i>
Pessoa Idosa	Aged
Teleconsulta	Teleconsultation
Telenfermagem	Telenursing
Diabetes tipo2	Diabetes
Cuidados saúde primários	Primary health care
Cuidadores informais	Informal Caregivers

Figura 1. Fluxograma PRISM



Quadro nº1– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping

Artigonº1	
Título: Avaliação das estratégias de educação em grupo e intervenção telefónica para a diabetes tipo2	
Autores	Patrícia de Faria Pereira, Jéssica Caroline dos Santos, Daniel Nogueira Cortez, Ilka Afonso Reis, Heloísa de Carvalho Torres
Publicação	Revista da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Ano publicação	2020
País de origem	Brasil
Objetivo do estudo	Avaliar as estratégias de educação em grupo e intervenção telefônica em relação às variáveis empoderamento, práticas de autocuidado e controle glicêmico da pessoa com diabetes.
População do estudo e tamanho da amostra	208 participantes com diagnostico de diabetes mellitus tipo2, com idade entre os 18 e os 79 anos
Metodologia/métodos	Ensaio clínico com oito <i>clusters</i> randomizados, realizado entre 2015 e 2016, com 208 usuários com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 alocados para educação em grupo, intervenção telefônica ou grupo controle. Foram coletados dados sociodemográficos, hemoglobina glicada, empoderamento e práticas de autocuidado.
Intervenções	Duração da intervenção: 12 meses
Resultados	Identificou a intervenção telefónica através dos resultados estatísticos como significante e apresentado resultados positivos face à diminuição da hemoglobina glicada.

Quadro nº2– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº2	
Título: The Effects of Telephone-Based Telenursing on Glycated Hemoglobin Among Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial	
Autores	Mohammad Esmaeilpour-BandBon, Faeze Gholami-Shilsar, Korosh Khanaki
Publicação	The Journal for Nurse Practitioners
Ano publicação	2020
País de origem	Irão
Objetivo do estudo	Avaliar os efeitos da telenfermagem por telefone na hemoglobina glicada (HbA1C) em idosos com diabetes tipo 2 no Irão
População do estudo e tamanho da amostra	66 pessoas idosas com DM tipo2, recrutados aleatoriamente com idade superior a 60 anos, historia de DM há mais de 6 meses, níveis de HgA1c >7%, com acesso a telemóvel ou telefone fixo.
Metodologia/métodos	Estudo controlado randomizado de dois grupos que se encontravam hospitalizadas num hospital universitário em Rasht, Irão e estavam prestes a receber alta do hospital.
Intervenções	Programa de teleconsulta de enfermagem de 3 meses (12 semanas). Durante a intervenção foram realizados oito contactos telefónicos de quinze minutos com cada participante do grupo de intervenção. Os contactos telefónicos incluíram quatro contactos semanais no primeiro mês e quatro contactos quinzenais no 2º e 3º meses. Durante cada contacto, os participantes receberam educação para a saúde sobre uma temática educacional desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Educação do Irão. Os participantes do grupo de controle receberam cuidados de rotina que seriam prestados a todos os pacientes com DM.
Resultados	Concluíram que, além da educação para a saúde inicial por via presencial, o acompanhamento das pessoas idosas com DM em teleconsulta de enfermagem por telefone pode aumentar a eficácia das intervenções de controle da doença, evidenciado através da diminuição significativa da HbA1c, é uma estratégia eficaz na autogestão das pessoas idosas com DM tipo2, assim como pode facilitar a prestação de cuidados e monitorização do paciente. Pode promover um pensamento ativo entre os pacientes e os seus familiares, face à educação para a saúde sobre estilo de vida promotoras da saúde e ajudá-los a desenvolver e usar um plano individualizado para a manutenção e promoção da saúde. Trata-se de uma intervenção simples, barata de fácil acesso, através da qual os enfermeiros podem promover a modificação de estilos de vida e a gestão dos sintomas da doença.

Quadro nº3 – Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº3	
Título: Is Telenursing an Effective Method to Control BMI and HbA1c in Illiterate Patients Aged 50 Years and Older With Type 2 Diabetes? A Randomized Controlled Clinical Trial	
Autores	Arezoo Shahsavari ¹ , Maryam Bakhshandeh Bavarsad
Publicação	Journal of Caring Sciences
Ano publicação	2020
País de origem	Irão
Objetivo do estudo	Determinar a eficácia da telenfermagem no índice de massa corporal e hemoglobina glicada em pessoas diabéticas com 50 anos ou mais e analfabetos
População do estudo e tamanho da amostra	60 pacientes com 50 anos ou mais com diabetes tipo2, seguidos numa clinica de diabetes em Aligoodarz (Lorestan, Irão)
Metodologia/métodos	Ensaio clinico randomizado controlado único, cego, de escolha aleatória gerada através de um sorteio de um conjunto de cartões em que foram escritas letras A ou B (30 cartões com cada letra) para identificar os grupos de intervenção ou de controle. Neste estudo quer os participantes, quer as equipas do estudo foram ocultados e a colheita de dados foi realizada por investigadores independentes.
Intervenções	Utilização de uma checklist como instrumento de colheita da dados, nomeadamente, características demográficas, idade, sexo, altura, peso, escolaridade, estado civil, rendimentos e níveis de índice de massa corporal e hemoglobina glicada (registados antes e após o estudo). Foi realizada a todos os participantes educação para a saúde, em grupo sobre a autogestão da diabetes durante três dias. Posteriormente o grupo de intervenção foi acompanhado durante 3 meses por telefone, ou seja, receberam um telefonema de avaliação da adesão ao plano terapêutico (dieta, exercício e medicação) duas vezes por semana no 1º e 2º mês e uma vez por semana no 3º mês. Foi determinado o melhor horário para a ligação telefónica, com uma duração média de 20 minutos, sendo posteriormente registadas em documento próprio. O grupo de controle recebeu os cuidados de rotina do ambulatório durante o estudo.
Resultados	Mostram que o acompanhamento por telefone é um método conveniente e eficaz para melhorar a glicemia e o índice de massa corporal na população em estudo. Trata-se de um método fácil e disponível podendo ser utilizado em áreas remotas. Esta abordagem permitiu melhorar a comunicação entre enfermeiro- paciente, promovendo um melhor controle da doença, diminuição dos custos e recursos, assim como permite recolher e registar de forma mais continua a evolução do paciente possibilitando assim um aumento da qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos pacientes.

Quadro nº4– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº4	
Título: Empowering Diabetes Self-Management Through Technology and Nurse Health Coaching	
Autores	Sheridan Miyamoto, Stuart Henderson, Sarina Fazio, Bruno Saconi, Elizabeth Thiede, Deborah A. Greenwood
Publicação	SAGE Journal – Association of Diabetes Care & Education Specialists
Ano publicação	2019
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo do estudo	Explorar o impacto da teleconsulta de enfermagem por telefone em pessoas com diabetes na autogestão da doença, prestada por enfermeiros com experiência
População do estudo e tamanho da amostra	35 pessoas com diabetes tipo2, com idades compreendidas entre 55 e 65 anos de idade
Metodologia/métodos	A análise temática qualitativa da intervenção em teleconsulta e coaching de enfermagem, com base nos resultados de um ensaio clínico incluindo 3 elementos fundamentais: enfermeira com experiência, ferramentas de tecnologia em saúde e registo eletrónico dos dados obtidos
Intervenções	Realização de uma consulta presencial, onde cada participante reuniu com um enfermeiro que lhes explicou os recursos existentes no sistema de saúde que os podia ajudar na autogestão da doença, receberam um relógio de rastreamento de atividades e um aplicativo de rastreamento de nutrição disponíveis comercialmente. Após esta intervenção, os enfermeiros realizaram uma teleconsulta por telefone de 2 em 2 semanas até perfazer 6 sessões. As sessões foram baseadas nos princípios da entrevista motivacional de forma a promover a autogestão, estabelecer metas, identificar barreiras e intervenções facilitadoras para a mudança de comportamentos
Resultados	Sugere que a associação entre enfermeiros especialistas na área de intervenção (coaching) e as tecnologias da saúde pode ajudar as pessoas a melhorar alguns desafios decorrentes da doença, assim como a autogestão da mesma. Aplicando intervenções semelhantes às estratégias da entrevista motivacional, permite aos profissionais de saúde estabelecer uma parceria com os pacientes, de forma a motivá-los e capacitando-os para a mudança de comportamentos

Quadro nº5– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº5	
Título: Guidance for hospital and community-based health services for older adults: The senior friendly care framework	
Autores	David P. Ryan, Wendy A. Zeh, Jesika Viviana Contreras Rozo, Barbara A. Liu
Publicação	Journal of the American Medical Directors Association: Archives of Gerontology and Geriatrics
Ano publicação	2022
País de origem	Canadá
Objetivo do estudo	Explorar as lacunas existentes nos serviços de saúde que prestam cuidados às pessoas idosas em risco de fragilidade e a necessidade da existência /adaptação na prática de serviços de saúde amigáveis das pessoas idosas
População do estudo e tamanho da amostra	Pessoas idosas – dados extraídos de uma revisão scoping onde foram identificados trechos “dos idosos” e mapeadas
Metodologia/métodos	Revisão scoping da literatura, abordando as intervenções dos sistemas de saúde para a melhoria dos cuidados à pessoa idosa
Intervenções	Utilizando o Método da Estrutura de Gale, Heath, Cameron, Rashid & Redwood (2013), dois investigadores independentes mapearam o conteúdo através de uma matriz definida à priori estruturada envolvendo cinco domínios (suporte organizacional, ambientes emocional e comportamental, processo de cuidados, Ambiente físico e ética em cuidados clínicos e pesquisa) aos quais foram atribuídos códigos. Posteriormente os investigadores compararam os gráficos e discutiram as divergências através de uma discussão com um terceiro investigador, tendo sido realizada uma análise de um terceiro gráfico, agrupando e definindo as temáticas a abordar
Resultados	Os cinco domínios continuam a ser uma abordagem holista para análise dos sistemas de saúde, planeamento, desenvolvimento e mudanças na prática dos cuidados. Incentivam os serviços de saúde a refletirem e terem uma maior consciencialização da prática clínica, das competências, conceitos éticos e ambientes em todos os serviços de saúde. Salientam ainda, a importância dos cuidadores formais e informais como um contributo na transição dos cuidados das pessoas idosas

Quadro nº6– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº6	
Título: Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic	
Autores	Sarah Nouri, Elaine C. Khoong, Courtney R. Lyles, Leah Karliner
Publicação	NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery - Massachusetts Medical Society
Ano publicação	2020
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo do estudo	Explorar as possíveis melhorias no acesso a aos cuidados de saúde em subgrupos de pacientes com conhecimento e acesso digital limitados
População do estudo e tamanho da amostra	Pessoas com idade maior ou igual a 65 anos, baixo nível socioeconómico, literacia em saúde limitada e minorias raciais/étnicas que recorrem aos serviços de saúde de cuidados primários
Metodologia/métodos	A análise temática qualitativa
Intervenções	No sentido de solucionar as barreiras e o acesso digital de populações idosas mais desfavorecidas na comunidade iniciaram um programa abrangente aos cuidados primários - UCDF General Internal Medicine Primary Care Practice
Resultados	A telemedicina continuará a desempenhar um papel cada vez mais evidente na prestação de cuidados de saúde. Deve-se acima de tudo manter a equidade, uma vez que os diferentes acessos por telemedicina adequados à população alvo (mais vulneráveis), podem contribuir para a prestação de cuidados de saúde primários no que concerne à gestão de doenças crónicas. A utilização de estratégias simples e eficazes (telefone) permitem garantir uma telemedicina mais equitativa no futuro.

Quadro nº7– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº7	
Título: <i>checklist</i> para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en consulta telemática: Checklist for patients with type 2 diabetes mellitus for remote consultation	
Autores	Escarlata Angullo-Martínez, Enrique Carretero-Anibarro; Ignacio Manuel Sánchez Barrancos; Xavier Cos Claramunt, Domingo Orozco Beltrán, José Luís Torres Balle, Patxi Ezkurra Loiola
Publicação	Revista Atencion Primaria
Ano publicação	2021
País de origem	Espanha
Objetivo do estudo	Dar a conhecer a sistematização um algoritmo de ação/monitorização, como guia na prática do médico de família para o diagnóstico, acompanhamento e vigilância do paciente com diabetes mellitus tipo2 seguidos por teleconsulta
População do estudo e tamanho da amostra	Pessoas com diabetes mellitus tipo2
Metodologia/métodos	Descrição do algoritmo tendo em conta quatro intervenções: terapêutica; avaliação analítica e metabólica, avaliação do pé diabético e avaliação retinopatia diabética
Intervenções	Descrição de ações de intervenção
Resultados	Não evidenciam a sua aplicação prática e os resultados

Quadro nº8– Instrumento extração de dados relevantes da revisão scoping (continuação)

Artigo nº8	
Título: Diabetes: Adesão do Paciente e o Papel da Família nessa Nova Realidade	
Autores	Maísa Mónica Flores Martins, Maina Lima Rodrigues
Publicação	Revista de Atenção à Saúde
Ano publicação	2019
País de origem	Brasil
Objetivo do estudo	Compreender a participação dos familiares na adesão ao tratamento e qualidade de vida do indivíduo diabético
População do estudo e tamanho da amostra	10 pacientes entre os 52 e 69 anos de idade pertencentes a um programa de diabetes de uma Unidade de Fisioterapia
Metodologia/métodos	Pesquisa de campo , de abordagem qualitativa descritiva
Intervenções	Realização de uma observação direta da participação do intervenientes no serviço de saúde e aplicação de uma entrevista semiestruturada.
Resultados	A família é vista como um alicerce no cuidar da pessoa portadora de doenças crónicas, embora para que se tenha êxito torna-se necessário incluir a família nos programas de educação para a saúde, proporcionando a compreensão da doença, do tratamento e seja considerada uma forma de assegurar o autocuidado

Apêndice IV – Estudo Caso desenvolvido na CPU

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em contexto de estágio na Consulta Pós Urgência [REDACTED]

[REDACTED] Com este pretendo alcançar um dos objetivos delineados no projeto a desenvolver, denominado Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Diabetes e Cuidadores Informais na Promoção do Cuidado-de-Si, sendo o mesmo promover a aquisição de competências como enfermeira especialista no cuidado em parceria com a pessoa idosa com Diabetes Mellitus.

De modo a proceder à escolha do cliente, norteei-me pelos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 65 anos, ter como patologia a DM, ter indicação de necessidade de continuidade de cuidados na Consulta Pós Urgência e ser um caso complexo que permita enriquecer as minhas competências como enfermeira especialista na vertente da pessoa idosa.

Para a elaboração deste trabalho académico baseei-me na informação obtida junto do cliente, com recurso ao seu processo clínico e aos dados obtidos na Consulta Pós Urgência, via telefone. Como modelo orientador, recorri ao modelo de cuidados em parceria de Gomes (2021). Este caracteriza-se pelo princípio de que a pessoa idosa constitui um projeto de cuidados, promovendo o cuidado do próprio (por si ou por outro), tendo em conta os objetivos e projetos de vida da pessoa idosa. É ainda relevante o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança de modo a capacitar a pessoa idosa e/ou cuidador a assumir o controlo do cuidado de si/cuidado do outro. O modelo referido compreende cinco fases: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assur o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro. Estas fases não são estanques, podendo ocorrer em simultâneo. Utilizei ainda instrumentos de avaliação que considere pertinentes.

Como objetivos, proponho-me a aprofundar a Diabetes Mellitus, compreender e analisar a história de saúde da pessoa idosa; apreciar e observar a pessoa idosa segundo o modelo anteriormente referido; elaborar um plano de cuidados de acordo com as necessidades e projeto de vida da pessoa idosa, baseando as intervenções na evidência científica e refletir sobre a importância da elaboração do presente trabalho bem como recomendações para a prática clínica futura.

Relativamente à entrevista, esta ocorreu no dia 19 de outubro de 2021. Apresentei-me como enfermeira e expliquei quais as intenções e pressupostos do estudo de caso. Salientei que os dados colhidos não irião comprometer a sua identidade, mantendo o anonimato. Referi ainda que poderia responder apenas às questões nas quais se sentisse confortável. Por fim, solicitei o seu consentimento informado e esclarecido, tendo este sido dado verbalmente.

Neste estudo de caso irei apresentar a situação clínica de acordo com as fases do modelo de cuidados em parceria de Gomes (2021) e posteriormente apresentarei as referências bibliográficas.

2 . APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

2.1. Revelar-se e Envolver-se

A primeira fase, *Revelar-se*, corresponde ao momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Esta não se pode dissociar da segunda fase, *Envolver-se*, onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes (Gomes, 2021).

O Enfermeiro dá-se a conhecer à Pessoa idosa/Família/Cuidador

Conheci o Sr. V. no dia da sua primeira consulta telefónica após o episódio de urgência, no âmbito da Consulta Pós Urgência. Comecei por cumprimentá-lo e apresentei-me como enfermeira e aluna da especialidade. Neste momento expliquei o objetivo e as características da Consulta Pós Urgência e informei que iria colocar algumas questões com o objetivo de o conhecer. Informei ainda que o trabalho que iríamos desenvolver iria ser realizado em parceria com o mesmo e que a gestão da Diabetes Mellitus não iria depender apenas dos profissionais de saúde, mas também do próprio. Referi a necessidade de realizar uma consulta presencial, com o objetivo de fazer uma observação e avaliação dos parâmetros antropométricos, da avaliação da glicémia capilar e dos registos da mesma, avaliar o seu conhecimento sobre a patologia e regime terapêutico, esclarecer dúvidas existentes, realizar educação para a saúde, de acordo com as necessidades identificadas e encaminhar para a consulta de enfermagem de Diabetes Mellitus.

Na primeira consulta, sendo o primeiro contacto com o Sr. V., é essencial demonstrar disponibilidade de modo a dar início à relação terapêutica.

Conhecer a singularidade/projeto de vida da pessoa idosa

O Sr. V.P.M., que prefere ser tratado por V., do sexo masculino, nasceu a 25 de setembro de 1948, tendo atualmente 73 anos de idade. O cliente é caucasiano, de nacionalidade portuguesa, natural de Viseu. Reside em Marvila, com a esposa (70 anos). Refere como pessoas significativas a sua esposa e os seus dois filhos. Quanto às habilitações académicas, o Sr. V. referiu “fiz a 3ª classe” (sic). Começou a trabalhar aos dez anos “nas obras” (sic), aos 58 anos refere ter iniciado um pequeno negócio como feirante na área têxtil e simultaneamente trabalhava numa fábrica de químicos e nas obras.

Mencionou “a vida era muito difícil, a minha mulher ficou desempregada... não tínhamos dinheiro suficiente e por isso tive que arranjar outras opções...” (sic). Reformou-se aos 68 anos. Referiu ainda que segue a doutrina católica e “não vou à igreja, mas sou muito crente... faço muitas vezes promessas à Nossa Senhora de Fátima e cumprio” (sic). Tem como sistema de saúde o Serviço Nacional de Saúde.

Foi encaminhado para a Consulta Pós Urgência, após ter recorrido ao serviço de urgência por indicação da sua médica assistente de gastroenterologia, por quadro de Diabetes Mellitus inaugural decorrente de tratamento por corticoterapia (Prednisolona) no âmbito do tratamento da Colite ulcerosa. Apresentava valores analíticos: Glicosúria 500 mg/dl (urina tipo II) e 13635 mg/dl (urina 24 horas).

A Diabetes Mellitus é classificada pela American Diabetes Association (ADA, 2021) em quatro categorias, tendo em conta a sua etiologia: Diabetes Mellitus tipo 1, DM tipo 2, Diabetes Mellitus gestacional e tipos específicos de Diabetes Mellitus, como por exemplo, Diabetes Mellitus induzida por medicação ou produtos quinicos (glucocorticoides).

Os glucocorticoides são fármacos utilizados devido às suas propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, nomeadamente nas doenças autoimunes, tal como na Colite ulcerosa. Estes fármacos têm repercussão no metabolismo glicídico pois estimulam a neoglicogénese hepática, diminuem a captação de glicose pelos tecidos periféricos e têm efeitos catabólicos ao nível do tecido muscular e adiposo, induzindo assim a resistência à insulina. Alguns dos fatores de risco associados a esta condição são tratamento de longa duração, doses elevadas, idade avançada e índice de massa corporal elevado (Marques, B., Bastos, M., Martins, R., Rodrigues, F., Carrilho, F., 2019).

Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa/Perfil psicossocial

O Sr. V. é casado há 55 anos, referindo “a minha mulher é o meu grande apoio” (sic). Reside em Lisboa, num apartamento, no primeiro andar, com 3 assoalhadas. O prédio não possui elevador, contudo o Sr. V. não apresenta dificuldade na locomoção e considera residir num bairro calmo e familiar. Mencionou ter uma boa relação com os seus vizinhos e referiu “nos meus tempos livres vou com eles até à igreja e jogamos à sueca e dominó” (sic).

No que diz respeito à relação com o seu filho, a sua filha e os seus quatro netos, o Sr. V. afirmou “vamos falando... mas pronto, cada um tem a sua vida...” (sic), dando a entender que sempre que necessita de apoio estes vão ao seu encontro. Tem quatro irmãos e três irmãs, sendo que um dos seus irmãos faleceu há 6 anos, não sabendo mencionar a causa. Possui uma relação próxima com os mesmos, mantendo contacto via telemóvel pois residem em Viseu. Apesar da distância, afirma ir visitá-los pelo menos duas vezes por ano. Tendo em conta os dados referidos, trata-se de uma família nuclear, que

segundo McGoldrick (1982), encontra-se no sexto estadió do ciclo de vida familiar. Este é caracterizado pela aceitação da mudança de papéis geracionais. De forma a interpretar e possuir uma visão abrangente do grupo familiar, bem como dos problemas atuais e passados do mesmo, utilizou-se o Genograma (Wright & Leahey, 2012), Apêndice II.

De modo a avaliar a funcionalidade da família, recorreu-se à escala APGAR Familiar de Smilkstein (1982), revelando tratar-se de uma família funcional, demonstrando apenas que o Sr. V. gostaria de ter mais tempo de qualidade com a família (7 em 10 pontos), Anexo I.

Relativamente à reforma, o Sr. V. tem um rendimento mensal próximo dos 630 euros, estando este incluído no rendimento do agregado familiar. Refere também “a minha mulher ainda ganha menos do que eu... já era pouco para as despesas da casa e da farmácia... agora querem aumentar a renda da casa para 250 euros, não sei o que fazer...” (sic). De maneira a avaliar o nível socioeconómico da família nuclear, utilizou-se o Índice de Graffar, revelando que a família se encontra na classe IV (classe média baixa), obtendo uma classificação de 19 em 25 pontos, Anexo II.

No que concerne aos serviços de saúde, o Sr. V. recorre ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central onde é acompanhado em consulta de gastroenterologia e diabetologia. Recorre ainda ao seu centro de saúde da sua área de residência sempre que necessita, contudo afirma sentir um maior acompanhamento a nível hospitalar pois não tem médico/enfermeiro de família. Quando questionado sobre outros apoios, referiu novamente a sua família e vizinhos. Assim, de forma a sintetizar as relações interpessoais que a família estabelece, construiu-se o Ecomapa (Wright & Leahey, 2012), Apêndice III.

A realização de uma consulta de enfermagem presencial revelou-se muito importante no processo de envolvimento pois, como o modelo de parceria revela, a criação de um espaço e tempo para o cliente permite conhecê-lo melhor, transmitir-lhe confiança e criar um ambiente favorável ao estabelecimento de compromissos.

Conhecer a História de Saúde/Doença atual da pessoa idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação

O Sr. V. apresenta como antecedentes pessoais de saúde carcinoma basocelular do nariz diagnosticado há 9 anos, tendo sido excisado em 2012. Foi diagnosticado com hiperplasia benigna da próstata (HBP), encontrando-se medicado com 160mg de *Serenoa Repens*, 1 comprimido ao pequeno-almoço e ao jantar. Apresenta tuberculose latente (Interferon Gamma Realease Assay positivo), estando medicado com 300mg de isoniazida, 1 comprimido em jejum, desde abril de 2021. Foi ainda diagnosticado com hipertensão arterial, estando controlada no domicílio com 100mg de losartan + 12.5mg de hidroclorotiazida, 1 comprimido ao pequeno-almoço. Apresenta dislipidémia, encontrando-se medicado com 40mg de atorvastatina, 1 comprimido ao jantar. Em 2014 foi diagnosticado com colite

ulcerosa, estando medicado com 40mg de pantoprazol, 1 comprimido em jejum + 30mg de prednisolona, 1 comprimido e meio ao jantar.

A colite ulcerosa, na maioria das vezes, tem um impacto negativo na vida do paciente uma vez que exige uma reorganização dos seus hábitos de vida, nomeadamente a sua dieta alimentar, atividade profissional, relações sociais e interpessoais, com grande impacto no bem-estar psicológico (Soares, J., 2017).

No caso do Sr. V., este refere “tive que aprender a viver com este problema... mas é difícil porque às vezes sou internado por causa das diarreias com sangue e fico preocupado...” (sic). Quando questionado sobre a influência da doença nas suas atividades de vida diária referiu que “no início, quando estava a trabalhar, às vezes era chato porque tinha de faltar e sabe como são os patrões... e eu já não ganhava muito... em relação à comida a minha esposa tentava e tenta fazer o melhor que pode...” (sic).

Para além do mencionado, o Sr. V. teve vários internamentos no serviço de gastroenterologia ao longo dos anos, tendo sido os últimos em fevereiro e setembro do corrente ano.

Em outubro de 2021 foi diagnosticado com Diabetes Mellitus inaugural, sendo que este diagnóstico irá ser abordado no tópico seguinte.

O Sr. V. é seguido na consulta de gastroenterologia e risco vascular.

Referiu ter o Plano Nacional de Vacinação atualizado. Não apresenta alergias conhecidas. Mencionou não possuir hábitos tabágicos (ex-fumador há 48 anos, com carga tabágica de 18UMA¹⁰). Não possui história de consumo de outras substâncias psicoativas.

Em relação aos antecedentes familiares, o Sr. V. afirmou que os seus pais faleceram na decorrência de complicações associadas ao acidente vascular cerebral, não sabendo especificar o tipo. Referiu que a restante família é saudável.

Conhecer a História da DM Inaugural da pessoa idosa

Em agosto de 2021, o Sr. V. esteve internado no serviço de gastroenterologia por dor abdominal de agravamento progressivo e hematoquezias. No decorrer do internamento realizou colonoscopia com ileoscopia, tendo esta revelado a mucosa do ânus edemaciada, hiperemiada, friável e com úlceras superficiais dispersas. Realizou ainda uma biópsia que confirmou a existência de processo inflamatório com sinais de cronicidade, compatível com o diagnóstico de colite ulcerosa em tratamento. Teve alta clínica em setembro de 2021, sendo encaminhado para a consulta de doença inflamatória intestinal e medicado com 20mg de prednisolona, 2 comprimidos por dia durante um mês. Passado o primeiro mês

¹⁰ UMA (unidades maço-ano) = (número de cigarros fumados por dia/20) x número de anos a fumar

após o início de corticoterapia, passou a tomar 1 comprimido e meio por dia durante uma semana e após esta, 1 comprimido por dia até nova consulta.

Em outubro de 2021, recorreu ao SU, encaminhado da consulta gastroenterologia, por possível Diabetes Mellitus inaugural (glicosúria de 500mg/dl). Neste momento encontrava-se medicado com 30mg de prednisolona (1 comprimido e meio ao jantar). Devido à possibilidade de Diabetes Mellitus inaugural, realizou análises sanguíneas que revelaram uma glicemia capilar de 126mg/dl e Hemoglobina glicada de 7.2%. Com base nos resultados analíticos foi instruído a avaliar a glicemia capilar três vezes por dia, antes das refeições, e encaminhado à Consulta Pós Urgência.

Na CPU, via telefônica, o Sr. V. comunicou os valores de glicemia capilar. Ao pequeno-almoço apresentava valores entre 213-288mg/dl, ao almoço valores entre 180-233mg/dl e ao jantar valores entre 141-250mg/dl. Tendo em conta os valores referidos, iniciou 850mg de metformina + 50mg de sitagliptina, 1 comprimido ao pequeno-almoço e ao jantar. Foi encaminhado para a consulta de enfermagem de diabetologia onde foi realizada educação para a saúde relativamente à Diabetes Mellitus, as suas complicações e gestão.

No final de outubro de 2021, recorreu novamente ao serviço de urgência por dor na região perianal aquando defecação. Foi observado pela cirurgia geral, não apresentando alterações no exame objetivo. Por não apresentar alterações, que no exame objetivo que nos valores analíticos, teve alta clínica, sendo encaminhado para a Consulta Pós Urgência para reavaliação do quadro e dos valores de glicemia capilar.

Aquando a CPU, por manter valores de glicemia capilar elevados (pequeno-almoço: 174-190mg/dl, almoço: 111-168mg/dl e jantar: 154-233mg/dl), foi prescrito 30mg de gliclazida, 1 comprimido ao pequeno-almoço e o Sr. V. foi encaminhado para consulta de dietista, tanto pela Diabetes Mellitus como pela Doença Inflamatória Intestinal.

No início de novembro de 2021, compareceu à consulta de gastroenterologia tendo iniciado desmame de corticoterapia, passando a tomar 15mg de prednisolona. Fica com indicação para reavaliação em dois meses para reavaliação dos níveis de glicemia capilar após suspensão de corticoterapia.

O esquema terapêutico atual do Sr. V. no domicílio encontra-se apresentado na tabela seguinte.

Fármaco	Grupo Farmacoterapêutico	Dose	Via de Administração	Horário
<i>Serenoa Repens</i>	Medicação utilizada na retenção urinária e HBP	160mg	Per Os	2x/dia (9h, 21h)
Losartan + Hidroclorotiazida	Antihipertensor	100mg + 12,5mg	Per Os	1x/dia (9h)
Isoniazida	Anti-infecciosos, antibacterianos e antituberculosos	300mg	Per Os	1x/dia (7h)

Atorvastatina	Antidislipidémico	40mg	Per Os	1x/dia (21h)
Pantoprazol	Antiácidos e antiulcerosos	40mg	Per Os	1x/dia (7h)
Prednisolona	Corticosteroide (glucocorticoide)	15mg	Per Os	1x/dia (21h)
Metformina + Sitagliptina	Antidiabéticos orais	850mg + 50mg	Per Os	2x/dia (9h, 21h)

Tabela 1 - Esquema terapêutico atual do Sr. V.

O Sr. V., apesar de autónomo, refere que a sua esposa gere o seu regime terapêutico, afirmando “É a minha mulher que toma conta de mim” (sic).

No início da consulta de enfermagem presencial procurámos saber quais as expectativas do Sr. V. acerca da Consulta Pós Urgência, tendo este afirmado que “Gostava que me ajudassem neste momento... sinto-me mal e não sei se vou ficar melhor” (sic). Nesta fase do processo de parceria, segundo Gomes (2021), a enfermeira deve promover a escuta ativa, a afetividade, mostrar disponibilidade, questionar sempre antes de atuar, mostrar respeito pela pessoa idosa e capacidade de compreensão, assim como ter capacidade para avaliar a situação com a pessoa idosa.

No decorrer da interação com o Sr. V., mantive o olhar dirigido ao cliente, dando feedback positivo e não fazendo juízos de valor acerca do seu discurso. Tentei ainda que o cliente compreendesse o respeito que tenho pela pessoa idosa, pelas suas crenças e valores.

Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa: avaliação física, semiologia, comportamentos e verbalizações do cliente

Domínio psicológico e mental: O Sr. V., encontrava-se vígil, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, auto e alopsiquicamente. Apresenta congruência na sua idade aparente comparada com a idade cronológica. Apresentava uma postura um pouco ansiosa, colaborante e comunicativa à abordagem. No decorrer da consulta demonstrou capacidade de concentração, com memória mantida, mantendo contacto visual. O seu discurso era fluído, coerente e perceptível, com tom de voz ligeiramente ansiosa, bem como vocabulário adequado e humor eutímico, esboçando sorrisos. Não apresentava alterações do pensamento ou da percepção. Apresenta-se bem cuidado, com cuidados de higiene, assim como roupa limpa de aspeto cuidado.

A aplicação do Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa (Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão & Garcia, 1994), revelou que este não apresenta défice cognitivo, obtendo uma pontuação de 27 em 30 pontos (tendo menor pontuação na atenção e cálculo e na evocação), Anexo III.

Domínio físico e funcional: O Sr. V. tinha a pele e mucosas coradas, hidratadas, com turgor mantido e quentes ao toque. Relativamente aos parâmetros vitais encontravam-se dentro dos parâmetros normais para. cliente: com frequência respiratória de 16 ciclos respiratórios por minuto, respiração

toraco-abdominal, regular e simétrica. Encontrava-se normotenso (130/65mmHg), normocardico (67bpm) e apirético (36,7°C). No que respeita a queixas algicas, referiu ter dor 0, segundo a Escala Numérica da Dor (Anexo IV). Apresentava uma glicémia capilar de 241mg/dl. Não apresentava sinais de violência nem aparentes deformidades. Tem mobilidade, sensibilidade e força mantida nos membros superiores e inferiores.

O Sr. V. pesa 76kg e mede 1,62m, tendo um perímetro abdominal de 96 cm. Possui um Índice de massa corporal de 29kg/m² que corresponde, segundo a Direção Geral da Saúde (2005), a pré-obesidade (Anexo V). Não apresenta défices auditivos, com visão mantida ao longe, necessitando de óculos para ver ao perto.

Refere que habitualmente realiza 4 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar), ingere o pequeno-almoço perto das 07:30 horas, almoça às 12 horas, lancha às 15:30 horas e janta às 20 horas. Realiza as suas refeições em casa, sendo estas confeccionadas pela sua esposa, referindo que ao pequeno-almoço ingere 1 pão com manteiga/queijo e uma caneca de leite sem lactose; ao almoço ingere carne/peixe com batatas/arroz sem limite de quantidade “Como até me apetecer...” (sic) e por vezes come sopa; ao lanche ingere uma banana/iogurte e ao jantar o mesmo que ao almoço. Ao almoço e jantar ingere habitualmente um copo de vinho tinto referindo que “antigamente bebia muita quantidade de vinho e cerveja, quando me juntava com os amigos, mas agora, há uns quatro anos, que me deixei dessas coisas...” (sic). Relativamente à ingestão hídrica refere beber menos de 1 litro de água por dia, afirmando “Até me esqueço que ela existe...” (sic).

Relata uma perda ponderal de cerca de 20kg desde que foi diagnosticado com a colite ulcerosa, tendo dieta prescrita pelo nutricionista. Por este motivo procedeu-se à avaliação do seu estado nutricional utilizando a *Mini Nutricional Assessment* (Guigoz & Vellas, 1994), Anexo VI. Não apresenta nenhuma dificuldade na deglutição, utilizando prótese dentária.

Apresenta alterações do padrão intestinal relacionadas com a sua doença inflamatória intestinal (colite ulcerosa), mencionando ter alturas em que tem muitas dejeções diarreicas com sangue, acompanhadas de dor abdominal forte e outras vezes tem fezes moles e pastosas. A nível urinário nega qualquer alteração significativa. É continente intestinal e vesical.

O seu padrão do sono não apresenta alterações, refere que se deita geralmente às 21 horas, vê um pouco de televisão e adormece, dormindo cerca de 8 horas seguidas.

De modo a avaliar o grau de dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diárias, foram utilizadas duas escalas, a de Barthel (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), Anexo VII, e a de Lawton e Brody (Sequeira, 2007), Anexo VIII. No que diz respeito às atividades de vida diárias, o Sr. V. é independente, tendo uma pontuação de 100. Apresenta dependência ligeira nas atividades

instrumentais de vida diária, necessitando que a sua mulher confeccione as refeições e ajude na gestão do regime terapêutico.

A fase Revelar-se e Envolver-se relativas ao processo de parceria são de extrema importância uma vez que permitem prosseguir com as intervenções de enfermagem baseadas neste modelo, proporcionando ao Sr. V. confiança na enfermeira e motivação para se capacitar para o Cuidado-de-Si e estabelecer compromissos sustentados numa relação de parceria. Pode-se assim dizer que a enfermeira atua como agente facilitador neste processo.

2.2. Capacitar ou possibilitar

Esta fase representa uma ação conjunta e negociada na conceção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador que lhe permita agir e decidir de forma esclarecida, respeitando sempre a partilha de significados das mesmas da experiência vivenciada e das competências já adquiridas. Esta intervenção deverá promover a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador (Gomes, 2021).

Ainda nesta fase, o enfermeiro transmite conhecimentos, reflete em conjunto, define objetivos e negocia as intervenções, sempre com o propósito de potenciar as competências da Pessoa Idosa/Familiar/Cuidador de forma a responder às expectativas de vida e saúde, promovendo o Cuidado-de-Si, por Si ou pelo Outro.

Assim, com base no conhecimento adquirido relativamente ao contexto de vida, expectativas, experiências pessoais, história de saúde/doença e avaliação multidimensional do Sr. V., este proporcionou a identificação de várias situações de saúde que permitiram a realização de um plano de ação conjunta. Com isto desenvolveu-se um plano de cuidados de enfermagem planeado através de um conjunto de intervenções traçadas para dar resposta aos problemas diagnosticados.

O Sr. V., quando recorreu à Consulta Pós Urgência, já tinha sido instruído para a avaliação e registo da glicémia capilar e tensão arterial no domicílio, aquando da sua ida ao serviço de urgência. Trazia consigo os registos efetuados, apresentando um registo de glicémia capilar com valores entre os 105 e 240mg/dl avaliados antes das principais refeições e valores tensionais entre os 133mmHg de sistólica e 60mmHg de diastólica.

Durante a consulta promoveu-se espaços de reflexão no que diz respeito ao estado de saúde atual do Sr. V., das suas necessidades e potencialidades, assim como estratégias e recursos existentes. Foram transmitidos conhecimentos sobre estratégias promotoras de melhoria para o seu estado de saúde, mais especificamente sobre: gestão do regime terapêutico: medicação, hábitos de vida (regime alimentar e exercício), vigilância da glicémia capilar, tensão arterial e peso corporal.

2.2. Comprometer-se

Nesta fase, segundo Gomes (2021), a Pessoa Idosa/Família/Cuidador e o enfermeiro conciliam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados para o controlo e desenvolvimento do projeto de vida e saúde. Desta forma, terá de existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro pela Pessoa Idosa/Família/Cuidador promovendo a sua trajetória de vida. Para que isto se concretize é necessário procurar soluções criativas, que permitam dar resposta a necessidades concertas no contexto de vida dos mesmos.

A consciencialização do Sr. V. e esposa sobre os problemas de saúde identificados, permitiu estabelecer um compromisso de ação, com o objetivo de melhorar a gestão do regime terapêutico, conforme descrito no plano de cuidados de enfermagem.

Desta forma, a negociação e o compromisso intrínsecos ao plano de cuidados será desenvolvido ao longo do acompanhamento do Sr. V. em consulta de enfermagem de diabetologia e acordado com o mesmo, este será realizado via telefone ou presencial de acordo com as suas necessidades. Pois, segundo a SRC-OE (2021), a adoção da via telefónica (teleconsulta) na realização da consulta de enfermagem de DM, pode constituir uma forma inovadora de aproximar as Pessoas Idosas/Família/Cuidador e enfermeiros, permitindo a continuidade de um processo de parceria e partilha entre ambos. Torna-se simultaneamente uma ferramenta útil para a autogestão da Diabetes Mellitus através de contactos frequentes, uma vez que o enfermeiro pode intervir e acompanhar o paciente através da educação para a saúde, vigilância regular da glicémia capilar, deteção precoce de complicações e promoção de comportamentos saudáveis (Shahsavari, Bavarsad, 2020).

2.3. Assumir o controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro

Na última fase do modelo de parceria pretende-se que a Pessoa Idosa tenha controlo no seu projeto de saúde e vida ou que a Família/Cuidador tenha adquirido competências para tal (Gomes, 2021).

Considerando as necessidades identificadas, foram negociadas estratégias de ação de acordo com objetivos comuns, partilha e poder de tomada de decisão. Com isto foi elaborado um plano de cuidados personalizado, organizado de acordo com os diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem recomendadas, os compromissos estabelecidos e os cuidados considerados pelo Sr. V. e esposa. Este plano advém da observação direta, entrevista semiestruturada e de uma avaliação multidimensional. A orientação dos cuidados fundamentou-se no Modelo de Parceria de Gomes (2021).

3. PLANO DE CUIDADOS

O presente plano de cuidados foi elaborado com recurso à nomenclatura NNN, tendo em conta o Modelo de Promoção do Cuidado-de-Si e foca-se nos dias 19 de outubro, correspondendo o dia da primeira CPU presencial.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/10/2021	Risco de glicémia instável R/C Diabetes Mellitus inaugural	Médio Prazo - Que o Sr. V. apresente glicémia capilar dentro dos valores de referência	- Monitorizar os níveis de glicémia capilar aquando a consulta de enfermagem; - Analisar e interpretar os registos de glicémia capilar do Sr. V.; - Monitorizar o peso, perímetro abdominal, altura e IMC do cliente; - Realizar educação para a saúde: • Dieta: Avaliar o nível de conhecimento do Sr. V. e da sua esposa relativamente à dieta adequada; Avaliar os hábitos alimentares do Sr. V. bem como as suas preferências; Explicar os motivos pelos quais deverá seguir a dieta; Fornecer o plano alimentar ajustado às necessidades do cliente; Explicar ao Sr. V. e à sua esposa como planear e gerir de forma eficaz a dieta; Encorajar a ingestão hídrica adequada tendo em conta as suas patologias (hipertensão arterial); Encaminhar para a consulta de dietética e nutrição. • Exercício: Avaliar a atividade física atual do Sr. V; Avaliar a existência de limitações físicas; Explicar quais as vantagens de adotar uma atividade física regular; Aconselhar o Sr. V. a realizar caminhadas (progredindo na	19/10/2021 (Consulta presencial) - Glicémia Capilar: 241mg/dl; - Registo dos níveis de glicémia capilar: pequeno-almoço: 174-190mg/dl, almoço: 111-168mg/dl e jantar: 154-233mg/dl; - Peso: 76kg, altura: 162cm, perímetro abdominal: 96cm, IMC: 29kg/m²; - O Sr. V. e a sua esposa não possuíam conhecimento adequado relativamente à dieta equilibrada; - O Sr. V. refere ingerir todos os alimentos, sem limites de quantidade, exceto o leite (devido à Doença Intestinal Inflamatória); - Não realizava qualquer tipo de atividade física, não possuindo limitações físicas conhecidas; - O Sr. V. não possuía conhecimentos relativos aos valores de referência da glicémia capilar, a sua avaliação, quais os

			duração, de acordo com a sua resistência); Monitorizar os níveis de glicémia capilar antes e após a atividade física. • Glicémia capilar: Instruir o Sr. V. sobre o modo como deve avaliar os níveis de glicémia capilar; Informar o cliente sobre os valores de referência da glicémia capilar; Instruir o cliente a vigiar o aparecimento de sinais e sintomas de hipoglicémia (exemplo: sudorese, tonturas e fraqueza muscular) e hiperglicemia (exemplo: poliúria, polidipsia e polifagia); Instruir o Sr. V. e a sua esposa sobre o modo de atuação na presença de hipoglicemia ou hiperglicemia; Fornecer material adequado para a monitorização da glicémia capilar (glicómetro e livro de registos). - Explicar e promover a adesão ao regime terapêutico (antidiabéticos orais); - Esclarecer dúvidas existentes; - Reforçar a educação para a saúde, caso necessário; - Envolver, sempre que possível, a esposa do Sr. V.; - Encaminhar a consulta médica, se necessário.	sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e a gestão destas condições.
--	--	--	---	---

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/10/2021	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional R/C Colite ulcerosa	Médio/Longo prazo - Que o Sr. V. não apresente dejeções diarreicas.	- Avaliar o nível de conhecimento do Sr. V. e da sua esposa relativamente à dieta adequada; - Avaliar os hábitos alimentares do Sr. V. bem como as suas preferências; - Explicar ao Sr. V. a relação entre a ingestão de fibras, líquidos e a eliminação intestinal, se necessário; - Explicar os motivos pelos quais deverá seguir a dieta adequada às suas patologias; - Instruir o Sr. V. a vigiar a sua eliminação intestinal (consistência, coloração, quantidade e odor) e quais os sinais de alerta (exemplo: perdas sanguíneas); - Vigiar e monitorizar a dor do Sr. V. segundo a escala numérica da dor (exemplo: dor abdominal); - Encaminhar para a consulta de dietética e nutrição e consulta médica de gastroenterologia, se necessário; - Explicar ao Sr. V. quais os sinais e sintomas de alerta que justifiquem a sua ida ao Serviço de Urgência.	19/10/2021 - O Sr. V. e a sua esposa não possuíam conhecimento adequado relativamente à dieta equilibrada. Refere ingerir todos os alimentos, sem limites de quantidade, exceto o leite (devido à DII); - O cliente referiu que as suas fezes se encontram acastanhadas, moles, sem presença de sangue e sem odor fétido; - O Sr. V. referiu ter dor 0, segundo a escala numérica da dor.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/10/2021	Risco de pressão arterial instável R/C Hipertensão Arterial	Médio/Longo prazo - Que o Sr. V. apresente valores de pressão arterial dentro dos seus valores de referência	- Avaliar o conhecimento do Sr. V. relativamente à patologia; - Explicar ao Sr. V. a importância de adotar uma dieta hipossalina; - Monitorizar a tensão arterial, aquando a consulta de enfermagem; - Instruir o Sr. V. a monitorizar a tensão arterial pelo menos duas vezes por semana e registar o seu valor; - Explicar quais os sinais de alerta (exemplo: cefaleias, tonturas e taquicardia); - Promover a adesão ao regime medicamentoso (anti-hipertensor); - Encaminhar a consulta do risco vascular, conforme a necessidade.	19/10/2021 - O Sr. V. apresenta conhecimentos sobre os seus valores de referência e regime medicamentoso; - Tensão arterial: 130/65mmHg; - Cumpre o regime medicamentoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association(2021). Classification and Diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44.(1), 1-19. Acedido a 20/09/2021. Disponível em https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S15
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66
- Gomes, I. (2021). Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People. In International Workshop on Gerontechnology. Conference paper.
- Guerreiro, M.P. e Col. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).
- Nestlé Nutrition Institute (S.d). *Um Guia para completar a Mini Avaliação*. Suíça: Nestlé Nutrition Institute. Acedido a 16/10/20. Disponível em https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf.
- Marques, B., Bastos, M., Martins, R., Rodrigues, F., Carrilho, F., (2019). Gestão e Tratamento da Diabetes Mellitus Induzida por Glucocorticóides. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 14(1), 1-8. Acedido a 16/10/2021. Disponível em https://www.spedmjournal.com/archive_detail.php?id=29
- Shahsavari, A., Bakhshandeh Bavarsad, M. (2020). Is Telenursing an Effective Method to Control BMI and HbA1c in Illiterate Patients Aged 50 Years and Older With Type 2 Diabetes? A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 9(2), 73–79. Acedido a 02/06/2021. Disponível em: Doi:10.34172/jcs.
- Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Soares, J.F.S. (2017). *Doença Inflamatória Intestinal – Será também uma doença psicossomática?* (Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina). Acedido a 16/10/2021. Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31721/1/JoanaFSSoares.pdf?fbclid=IwAR27qaafdfT DuxBYdlU1614JNqK62ohQRXiDpAauRaI3_udyWzqWbyPOQwg2020.011

APÊNDICE I - Guião de Colheita de dados de Enfermagem

Elaborado segundo o Modelo de Parceria de Gomes , 2021)

Primeira fase Revelar-se	Corresponde ao momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere.			
O Enfermeiro dá-se a conhecer à Pessoa idosa/Família/Cuidador				
1 –Cumprimenta a Pessoa Idosa/Família/Cuidador;		2 - Identifica-se e apresenta os objetivos da consulta CPU		
3 - Promove tempo e espaço adequado à interação		4 – Informa o que é esperado de cada interveniente		
Conhecer a singularidade/projeto de vida da pessoa idosa				
Identificação Pessoal:				
5– Nome, nome pelo qual gosta de ser tratado		6 - Género	7 - Idade	8– Estado Civil
9 – Residência Atual				
10- Naturalidade	11 – Habilitações Literárias	12 - Profissão	13 – Crenças religiosas	14 - Atividades de lazer
15 - O que a motiva e dá sentido à vida		16 – Quais os seus desejos e significados da sua vida quotidiana		
Segunda fase Envolver-se	Esta não se pode dissociar da primeira fase. Onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes. Procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa, ajudando-a na promoção do seu projeto de saúde e vida, incluindo a Família/Cuidador e integrando-o na sua comunidade			
Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa/Perfil psicossocial				
Promover um ambiente seguro				
O enfermeiro deve: averiguar as expetativas da Pessoa Idosa/Família/Cuidador relativamente à procura de cuidados de saúde; centrar os cuidados na Pessoa Idosa/família/Cuidador e mostrar disponibilidade para ouvir, mostrando respeito; Avalia o conhecimento da Pessoa Idosa/Família/Cuidar sobre a Diabetes Mellitus (O que é a doença, fatores de risco, complicações, gestão medicamentosa e sintomas (Hipoglicémia/Hiperglicemia) e medidas de prevenção; Envolver a Família/Cuidador nos cuidados.				
17 – Agregado Familiar/Rede (familiar/O seu papel na família)		18 – Identificação da pessoa de referência (grau de parentesco; nome; contacto telefónico e morada)		19 - Genograma
20 – Condições habitacionais(tipo de habitação; Se é própria ou alugada; apresenta condições de habitacionais;		21 – Rede de apoio (unidade de saúde, médico de família, enfermeiro de referência, apoio social, vizinhos, amigos)		22 – Situação económica do agregado familiar
Conhecer a História de Saúde/Doença atual da pessoa idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação				
Historia de saúde/doença atual				
23 – História da doença atual		24 – Motivo de recorrência ao serviço de urgência		25 – Diagnóstico médico
26 – Conhecimento do diagnóstico médico (reação e aceitação)		27 – Antecedentes pessoais		28 – Vigilância de saúde (seguido em consultas de especialidade)

Segunda fase Envolver-se (continuação)	Esta não se pode dissociar da primeira fase. Onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes. Procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa, ajudando-a na promoção do seu projeto de saúde e vida, incluindo a Família/Cuidador e integrando-o na sua comunidade		
29 – Exames realizados	30 – Medicação habitual/responsabilidades na gestão da medicação	31- Intervenções cirúrgicas	32 – Internamentos e experiencias associadas
33 – Alergias medicamentosas/intolerâncias	34 – Estilos de vida: comportamentos aditivos (álcool, tabaco), estupefacientes, alimentação exercício físico)	35 – Impacto da DM na sua vida	
Explorar as reais necessidades e potencialidades da Pessoa Idosa (padrão individual de vida)			
36 – Quais as reais necessidades para o Cuidado-de-Si		37 – Qual o potencial desenvolvimento de acordo com as necessidades do Cuidado-de-Si	
Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa			
Domínio psicológico/mental			
38 –Estado de orientação	39 – Avaliação do estado de consciência (aplicação de escala de Glasgow)	40 – Avaliação cognitiva (aplicação do Mini Exame do Estado Mental)	
Domínio Físico			
41 – Avaliação sensorial (audição, Visão, comunicação)		42 – Pele e mucosas (características Alterações da integridade cutânea)	
43 – Sinais vitais (tenção arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura)		44 – Avaliação dos parâmetros antropométricos (perímetro abdominal, altura, peso)	
45 – Avaliação da glicémia capilar	46 – Estado nutricional (hábitos alimentares, intolerâncias, falta de peças dentárias, próteses dentarias, ingestão hídrica – aplicação do Mini Nutricional Assentement)		
47- Eliminação vesical e intestinal (padrão habitual, alterações, dispositivos de apoio)		48 – Qualidade do sono (padrão, medidas adaptativas)	
Domínio Funcional			
49 – Atividade motora (Dependência, ajuda necessária, recursos de apoio)			
Domínio Social			
50 – Risco social (situação económica, familiar, habitacional e relacional)		51 – Rede de apoio (Apoio da comunidade, Familiar/Cuidador, grau de parentesco, tipo de apoio prestado, dificuldades/necessidades do Familiar/Cuidador, outros familiares)	
Capacidades e conhecimentos para Cuidado-de-Si			
52 – O que a Pessoa Idosa consegue realizar sozinha para a promoção do Cuidado-de-Si		53 – O que a Pessoa Idosa só pode realizar com ajuda para a promoção do Cuidado-de-Si	
Capacidades e conhecimentos para Cuidado-de-Si (continuação)			

54 – O que a Pessoa Idosa não pode fazer para a promoção do Cuidado-de-Si	55 – O que o Familiar/Cuidador pode realizar sozinho na promoção do Cuidado-de-Si próprio e do Outro
56 – O que o Familiar/Cuidador só pode realizar com ajuda para promover o cuidado do Outro	57 – Quais os conhecimentos da Pessoa Idosa/Família/Cuidador sabe para promover o Cuidado-de-Si
58 – O que não sabe a Pessoa Idosa/Família/Cuidador para promover o Cuidado-de-Si	59 – O que é que a Pessoa Idosa/Família/Cuidador quer saber e pode saber para promover o Cuidado-de-Si
Terceira Fase Capacitar ou Possibilitar	Representa uma ação conjunta e negociada na conceção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador que lhe permita agir e decidir de forma esclarecida, respeitando sempre a partilha de significados das mesmas da experiência vivenciada e das competências já adquiridas. O enfermeiro transmite conhecimentos, reflete em conjunto, define objetivos e negocia as intervenções, sempre com o propósito de potenciar as competências da Pessoa Idosa/Familiar/Cuidador de forma a responder às expectativas de vida e saúde, promovendo o Cuidado-de-Si, por Si ou pelo Outro
O Enfermeiro	
60 – Responde às prioridades da Pessoa Idosa/Família/Cuidador	61 – Partilha com a Pessoa Idosa/Família/Cuidador educação para a saúde e folhetos informativos de apoio
62 – Promove: uma tomada de decisão informada com base na reflexão, valoriza os conhecimentos, sentimentos e acolhe as suas ideias, promovendo a proatividade	63 – Não impõe, respondendo às preferências da Pessoa Idosa, respeitando os seus tempos
64 – Negocia os cuidados com a Pessoa Idosa atendendo os seus valores, crenças e tomadas de decisão	65 – De acordo com as necessidades identificadas da Pessoa Idosa/familiar/Cuidador requer apoio de outros profissionais
66 – Sempre que necessário promove o Cuidado do Outro, proporcionando o cuidado, assegurando o mesmo quando este não possui capacidade para o fazer e/ou capacitando a Família/Cuidador para o fazer	67 – Encoraja a Pessoa Idosa na adesão do seu regime terapêutico
68 – Ajuda a Pessoa Idosa a capacitar-se para assumir/assegurar o Cuidado-de-Si, considerando-a como um ser de projeto e cuidado	69 – Prevê complicações e assegura o seu conforto e bem-estar
Quarta Fase Comprometer-se	A Pessoa Idosa/Família/Cuidador e o enfermeiro conciliam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados para o controlo e desenvolvimento do projeto de vida e saúde. Desta forma, terá de existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro pela Pessoa Idosa/Família/Cuidador promovendo a sua trajetória de vida. Para que isto se concretize é necessário procurar soluções criativas, que permitam dar resposta a necessidades concertadas no contexto de vida dos mesmos.
Enfermeiro	
70 – Proporciona à Pessoa Idosa o assegurar do seu compromisso baseado naquilo que lhe faz sentido	71 – Respeita as escolhas da Pessoa Idosa e realiza as ações necessárias com base na tomada de decisão da Pessoa Idosa/Família/Cuidador
72 – Valida as intervenções realizadas no sentido da promoção do Cuidado-de-Si ou no Cuidado do Outro	73 – O planeamento das intervenções/ações realizadas assentam numa transição progressiva de uma capacidade potencial para uma real
Quinta fase	Na última fase do modelo de parceria pretende-se que a Pessoa Idosa tenha controlo no seu projeto de saúde e vida ou que a Família/Cuidador tenha adquirido competências para tal

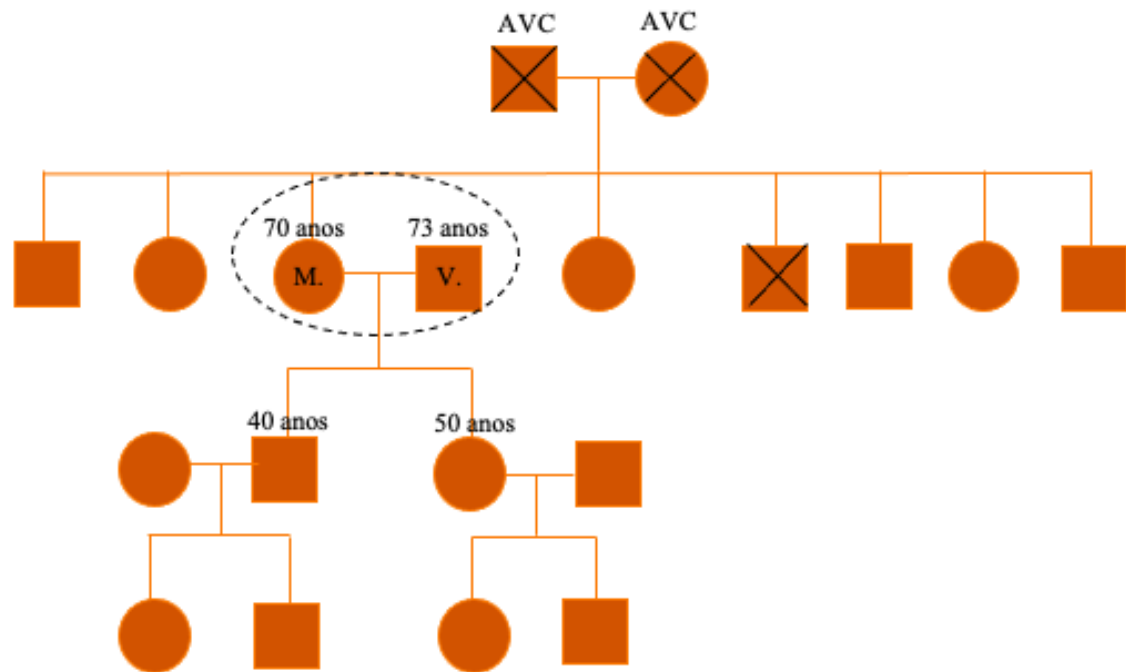
Assumir o controle de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro	
Assumir ou Assegurar o Cuidado de Si Próprio	
74 – A pessoa Idosa tem o autocontrole de si própria e do seu projeto de saúde e vida e relato conforto e bem-estar (gere o seu plano terapêutico e os recursos da comunidade) e o enfermeiro mantém-se como um recurso	
Assumir ou Assegurar o Cuidado de do-Outro	
75 – A Família/Cuidador possuem informação que lhes consente tomar decisões referentes ao Cuidado do Outro, possuindo capacidade para cuidar da Pessoa Idosa	76 – O enfermeiro possibilita que a pessoa prossiga a sua trajetória de vida, prevendo complicações, favorecendo conforto e bem-estar e permanecer como recurso

Adaptado do Modelo de Parceria de Gomes (2021)

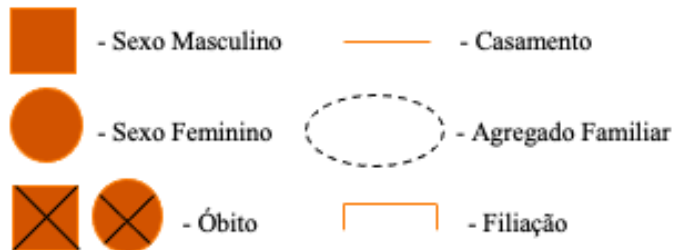
Referência Bibliográfica

Gomes, I. (2021). Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People. In International Workshop on Gerontechnology. Conference paper.

APÊNDICE II – Genograma

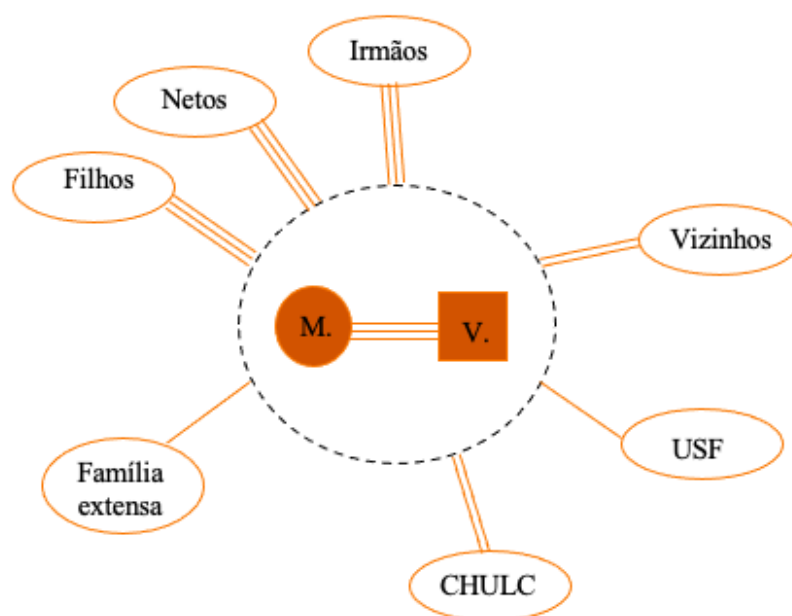


Legenda:



Olinda Leite
Assinatura
10/11/2021

APÊNCIDE III - Ecomapa



Legenda:

- Vínculo Superficial
- == Vínculo Normal
- === Vínculo Forte

Olinda Leite
Assinatura
10/11/2021

ANEXO I - APGAR Familiar de Smilkstein

A P G A R	Quase Sempre (2)	Algumas vezes (1)	Quase Nunca(0)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema			
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Resultado:

7 pontos – Família Funcional

ANEXO II – Índice de Graffar

A Profissão

Grau	Condições	Opção
1º grau	Diretores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	
2º grau	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
3º grau	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.	
4º grau	Operários especializados com ensino primário completo (ex: motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).	
5º grau	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).	✗

B Nível de instrução

Grau	Condições	Opção
1º grau	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.	
2º grau	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.	
3º grau	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.	
4º grau	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	
5º grau	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).	✗

C fontes de rendimento familiar

Grau	Condições	Opção
1º grau	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	
2º grau	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
3º grau	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas).	✗
4º grau	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jornada, por horas ou à tarefa.	
5º grau	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	

D Conforto do alojamento

Grau	Condições	Opção
1º grau	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.	
2º grau	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.	
3º grau	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho.	✗
4º grau	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5º grau	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	

E Aspecto do bairro onde habita

Grau	Condições	Opção
1º grau	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os aluguéis são elevados.	
2º grau	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3º grau	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.	✗
4º grau	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5º grau	Bairros de lata.	

Classificação Social

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.	Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.	Média Alta
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.	Média
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.	Média Baixa
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.	Baixa (pobre)

ANEXO III - Mini Mental State

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: 5

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: 5

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: 3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: 2

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: 3

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: 1

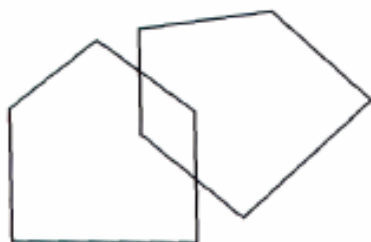
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 26

<u>Considera-se com defeito cognitivo:</u> • analfabetos ≤ 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 • com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO IV – Escala Numérica da Dor



Fonte: Circular Normativa Nº 09/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. DGS, p-1-4. Acedido a 14/04/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

ANEXO V – Índice de Massa Corporal

Classificação do IMC no adulto

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Pré-obesidade ←
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
>= 40,0	Obesidade classe III

Fonte: DGS, 2005

Fonte: Circular Normativa N° 03/DGCG (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. DGS, p.1-26. Acedido a 15/04/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-03dgcg-de-17032005-pdf.aspx>

ANEXO VI – Mini Nutricional Assessment

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem		
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	2 ☐	
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	0 ☐	
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	2 ☐	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	0 ☐	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	2 ☐	
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	3 ☐	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	9 ☐	
Avaliação global		
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	1 ☐	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	0 ☐	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	1 ☐	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições		2 ☐
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»		sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ 1 ☐
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim		1 ☐
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos		0,5 ☐
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade		2 ☐
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional		2 ☐
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor		0,5 ☐
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22		1 ☐
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31		1 ☐
Avaliação global (máximo 16 pontos)		☐ ☐ ☐ ☐ 13
Pontuação da triagem		☐ ☐ ☐ ☐
Pontuação total (máximo 30 pontos)		☐ ☐ ☐ ☐ 22
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos ☐ estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos ☒ sob risco de desnutrição menos de 17 pontos ☐ desnutrido		

References
 1. Vellas B, Wilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M365-377.
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO VII - Índice de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	10
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	5
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	10
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	10
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	10
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	10

USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	10
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	15
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	15
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	10

PONTUAÇÃO

TOTAL (0–100):

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.

Traduzido por:

Dr. Guanís de Barros Vilela Junior
Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física
UEPG / METROCAMP

ANEXO VIII – Escala de Lawton & Brody

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Plancia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Apêndice V – Protocolo de articulação entre CPU e USF

Unidades Funcionais	Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]/Centro Hospitalar [REDACTED] [REDACTED] – Consulta Pós Urgência [REDACTED]		
Nome do Processo		Data	Versão
Protocolo de referenciação - Continuidade de cuidados de enfermagem de utentes do CH [REDACTED] para a USF [REDACTED] no contexto de CPU [REDACTED]		26-10-2021	1

A Consulta Pós Urgência de [REDACTED], tem com objetivo a reavaliação a curto prazo do doente agudo ou crónico agudizado, do foro da [REDACTED] após a alta da Urgência Geral [REDACTED], assegurando o acompanhamento do doente na fase aguda. Posteriormente a esta avaliação e se necessário o doente é encaminhado para várias unidades funcionais do [REDACTED], nomeadamente Consultas Externas, Hospital de Dia, Hospitalização Domiciliária e pontualmente Unidades de Internamento. Sempre que se justifique após reavaliação do doente os enfermeiros da CPU [REDACTED] tem como objetivo definir o encaminhamento destas situações, permitindo a continuidade dos cuidados de enfermagem de qualidade.

Objetivos:

- Descrever as atividades a realizar e identificar os recursos a utilizar por cada um dos interveniente no contexto de continuidade de cuidados de enfermagem entre a CPU [REDACTED] e a USF [REDACTED]
- Definir os motivos de referenciação, permitindo a integração e a continuidade dos cuidados de enfermagem dos utentes da USF [REDACTED] que recorrem à CPU [REDACTED].

Destinatários:

- Enfermeiros do CH [REDACTED] envolvidos na CPU [REDACTED] e os enfermeiros da USF [REDACTED]

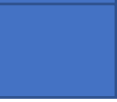
Descrição das atividades:

Nº	Nome e Descrição	Aplicação / Recurso de Suporte
1	Atividade – Avaliação da necessidade de articulação com a USF [REDACTED] No âmbito da preparação do encaminhamento o enfermeiro da CPU [REDACTED] identifica, após um episódio de CPU [REDACTED], a necessidade da continuidade de cuidados de enfermagem dos utente da USF [REDACTED] após a alta.	SClínico

2	Atividade – <u>Registo da necessidade de cuidados de enfermagem após a Consulta</u> Após a identificação da necessidade de continuidade de cuidados de enfermagem, o enfermeiro da CPU [] regista essa indicação no processo clínico do utente e na nota da consulta CPU [], fazendo referência ao tipo de acompanhamento de enfermagem necessário.	SClínico
3	Atividade – <u>Envio de email para enfermeiro de família da USF []</u> Para além do registo da informação clínica no processo clínico, feito pelo enfermeiro afeto à consulta, o Assistente Técnico da CPU [] deve proceder ao encaminhamento da carta de transferência, após indicação do enfermeiro da CPU []. Para o efeito, será enviado um email para o enfermeiro de referência USF [] com a seguinte mensagem padronizada: “O(A) utente _____, com o SNS _____, foi observado(a) na <u>Urgência</u> _____ em __/__/____ e referenciado(a) para a <u>Consulta de</u> _____ <u>Pós Urgência</u> a __/__/____. Solicita-se por este meio, e por indicação do Enfº _____, a continuidade de cuidados de enfermagem na USF [] Neste mail para além da identificação e contacto do enfermeiro que solicita a continuidade dos cuidados de enfermagem, é contemplada a data de atendimento na UG [] a data da consulta CPU []. Acrescem a este texto eventuais observações administrativas, bem como o pedido expresso de resposta via email/contacto telefónico por parte do enfermeiro de família da USF []	Email enfermeiro de referencia da USF []
4	Atividade – <u>Secretariado da USF [] valida a receção do pedido</u> O Assistente Técnico da USF [] valida a receção do pedido de continuidade dos cuidados de enfermagem	
5	Atividade – <u>Avaliação da referenciação</u> O enfermeiro de família procede à avaliação da referenciação.	Email institucional <u>SClínico</u> Contacto telefónico
6	Atividade – <u>Feedback da continuidade dos cuidados</u> Após avaliação da referenciação, o enfermeiro de família transmite ao enfermeiro da CPU [] o seu feedback por email ou por telefone.	Email institucional Contacto telefónico

Referências:

Mecanismos de Controlo	Email Institucional Base de Dados com referências efetuadas pela CPU e respetiva informação de retorno da USF
Siglas/Definições	 SClínico – Sistema de Informação evolutivo que agrega duas anteriores aplicações usadas por médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).
Referências Internas	
Referências Externas	
Etiquetas	Referenciação; Integração de Cuidados; Continuidade de Cuidados; CPU; USF

Versão	Função	Nome	Função/Cargo	Alterações	Data
1	Elaboração	USFO: 	Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica	Criação do Documento	26/10/2021
		CH  CPU  : 	Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgico Enfermeira Especialista Médico-cirúrgica Enfermeira Assistente Técnico		
	Aprovação		Presidente Concelho 		
	Homologação				

Apêndice VI– Estudo caso múltiplo realizado na USF

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade, cada vez mais presente, que se torna uma questão de importância primordial para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros especialistas na área da saúde da pessoa idosa, pelos desafios que coloca ao nível do envelhecimento ativo e da promoção da saúde e bem-estar.

O envelhecimento demográfico tem levado ao aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente a Diabetes Mellitus, entre outras, originando um aumento da morbilidade e fragilidade, com consequente dependência (World Health Organization, 2020). A idade corresponde a um fator de risco no desenvolvimento da Diabetes tipo 2, sendo bastante prevalente na população idosa e está associada a complicações agudas como hipoglicemias, cetoacidose diabética e hiperglicemias e a complicações crónicas decorrentes de alterações macrovasculares, microvasculares e neuropatias (Esmaeilpour-BandBonni, Gholami-Shilsar, Khanaki, 2021). A diabetes é uma doença crónica progressiva, que tem vindo a aumentar e segundo a WHO (2020) prevê-se um aumento de cerca de 10% na população mundial nos próximos 20 anos. Segundo a International Diabetes Federation (2019), na faixa etária 20-79 anos, estima-se um aumento de 463 milhões (9,3%) em 2019, para 578 milhões (10,2%) até 2035 e 700 milhões (10,9%) em 2045. Tendo em conta as suas complicações, torna-se urgente desenvolver estratégias no sentido de melhorar a eficácia do tratamento e controlar as complicações da doença.

A pandemia SARS-CoV-2 veio potenciar um aumento de agudizações de diversas doenças crónicas, como a diabetes. Perante esta situação, WHO (2021), lançou a 15 de abril do corrente de 2020, um novo pacto global para agilizar ações de combate à diabetes, onde realça que esta doença constitui um fator de risco para outras doenças crónicas, referindo que uma grande percentagem das pessoas hospitalizadas por SARS-CoV-2 apresentam uma condição crónica associada. O vírus SARS-CoV-2 pode dar origem a complicações e sintomas mais graves em algumas pessoas portadoras de diabetes, bem como nas pessoas idosas com outras condições crónicas de saúde associadas (WHO, 2021; Diabetes Canada, 2021).

Portugal, no panorama da gestão da diabetes, não ficou isento ao impacto da pandemia por SARS-CoV-2 na saúde da população. Os desafios enfrentados e que continuamos a enfrentar face à atual pandemia, conduziram os sistemas de saúde, a nível nacional e mundial, à rutura. De modo a dar resposta ao impacto ao nível da gestão das doenças crónicas é fundamental gerir os danos colaterais da pandemia e criar estratégias para responder de forma eficaz a esta situação. Estas passam por integrar soluções digitais suportadas pela evidência de que estas ferramentas permitem formular intervenções de gestão do regime terapêutico do cliente diabético e consequentemente minimizar as suas complicações (Lourenço, et al, 2021). A WHO (2021, p.1), refere ainda que “(...) a inovação será um

dos principais componentes do pacto com foco no desenvolvimento e avaliação de tecnologias de baixo custo e soluções digitais para o tratamento da diabetes (...)

Neste contexto a teleconsulta de enfermagem pode constituir uma forma inovadora de aproximar as pessoas idosas e os enfermeiros pois constitui um processo de parceria e partilha entre o profissional de saúde e a pessoa idosa e/ou cuidador. Nesta, ambos trocam informações, discutem abordagens terapêuticas e delinham um plano de cuidados (SRC - OE, 2021; Gomes et al., 2022). Desta forma, pode-se atingir melhores resultados, melhorar a eficiência e potenciar o acompanhamento de proximidade e partilha na tomada de decisão. É ainda possível evitar deslocações desnecessárias das pessoas idosas/família/cuidadores às unidades de saúde, minimizar o número de hospitalizações e reduzir a sobrecarga ao nível das instituições de saúde. Esta consulta, após pelo menos uma consulta de enfermagem presencial, pode ser realizada via telefónica, permitindo trazer para a relação digital a comunicação e os afetos da relação presencial (Vaz de Almeida, Coelho, Martins, Guarda, 2021). Deste modo, importa referir que a eficácia da teleconsulta de enfermagem no controle da diabetes varia de acordo com a idade do cliente, o tipo de abordagem digital (telefone, videoconsulta, entre outras) e a duração do atendimento (número de consultas e periodicidade) (Nouri, Khoong, Lyles, Karliner, 2020)

Assim, face à complexidade dos cuidados à pessoa idosa com diabetes em teleconsulta de enfermagem, o enfermeiro especialista tem de ter capacidade de desenvolver intervenções no âmbito da relação terapêutica, não sendo uma mera conversa informal. Para isto é necessário construir um plano de intervenção em parceria com a pessoa idosa, tratando-a como responsável pelo seu projeto de vida, utilizando os próprios seus recursos, ou outros existentes, para gerir a sua situação de saúde/doença e promover o Cuidado-de-Si (Gomes, Mela, Guerreiro, Lopes, Gomes, 2020). Deste modo, enquanto enfermeiro especialista, precisamos estar cientes que a teleconsulta/consulta tem que realizar uma abordagem centrada na pessoa idosa/família/cuidador, criando uma parceria de cuidados que permita proporcionar um envelhecimento saudável, numa intervenção sistematizada que permita capacitar a pessoa idosa/família/cuidador para a adaptação às mudanças do estado de saúde/doença, com base numa relação de confiança, capacitando-os para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro (Gomes, 2021).

Assim desenvolvemos um projeto numa Unidade de Saúde Familiar de um Centro de Saúde na região de Lisboa, visando a implementação de uma Intervenção de Enfermagem sistematizada numa Teleconsulta de Enfermagem com base no Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si em pessoas idosas com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Com este artigo pretendemos descrever:

- A Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa em situação de diabetes insulínica dependente e família, utilizando o relato de estudos de casos múltiplos;

- Avaliar os benefícios da Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem, tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa com situação de DM2 insulínodépendente e família na perspectiva dos clientes.

METODOLOGIA

Optou-se por realizar um estudo descritivo qualitativo, utilizando a metodologia de estudo de casos múltiplos de Yin, R. (2003), como estratégia de pesquisa e o Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2021) para dar suporte a intervenção.

Seguindo a metodologia de Yin (2003) para abordagem nos estudos de caso múltiplos. Utilizamos com instrumentos de colheita de dados entrevistas semiestruturadas. Os participantes dos estudos caso foram duas pessoas idosa um do sexo feminino com 65 anos e outra pessoa do sexo masculino com 73 anos, portadoras de Diabetes Mellitus Tipo 2 há cerca de 5 e 15 anos, sendo seguidas em consulta/teleconsulta de enfermagem durante a introdução de uma nova abordagem terapêutica, a insulínoterapia. E que deram consentimento informado e esclarecido para participar no estudo. Os critérios de seleção foram: ter idade maior ou igual a 65 anos, serem utentes da USF, terem a última avaliação presencial em 2019, apresentarem alterações metabólicas e analíticas, nomeadamente a hemoglobina glicada (HbA1c) maior do que 8% e a glicémia capilar em jejum maior do que 130 mg/dl (American Diabetes Association, 2022) e com necessidade de nova abordagem medicamentosa (insulínoterapia).

Nestes estudos de caso foram cumpridos todos os requisitos éticos e deontológicos, pelo que as regras de confidencialidade, anonimato e proteção de dados foram rigorosamente cumpridas. Os participantes foram convidados a dar consentimento por escrito após explicar o objetivo do projeto. Assim, no sentido de salvaguardar a privacidade das pessoas idosas foram utilizadas letras e números para os identificar (E1, E2).

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista presencial e no decorrer da interação/avaliação das pessoas idosas em contexto de consulta enfermagem presencial e por teleconsulta (telefone), tendo em conta as atitudes, o comportamento e a perceção de cada um deles. Assim como, foram consultados os registos do processo dos clientes e exames complementares de diagnóstico.

Trata-se, portanto, de uma amostragem intencional, seleccionada com base na perícia e perspicácia do enfermeiro especialista (enfermeiro de família) que acompanhou todo o processo com base na sua experiência, onde o investigador tem conhecimento da população e das suas características.

O modelo de intervenção em parceria aplicado à teleconsulta de enfermagem de Gomes et al. (2022) e os diagnósticos de enfermagem de NANDA, deram suporte a abordagem a estes estudos de

caso em que se pretendeu perceber os benéficos da Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem, na pessoa idosa com situação de diabetes insulínica dependente e família na perspectiva dos clientes.

Como preconiza Gomes (2021), o conceito de parceria implica uma partilha recíproca de informação entre o cliente e o enfermeiro, baseada num contrato verbal ou escrito. Este contrato obriga a um relacionamento de compromisso entre os intervenientes ao longo do processo saúde/doença de forma a promover o empoderamento, reconhecendo as capacidades das pessoas idosas para tomar decisões, assumir as suas convicções, escolhas de vida e responsabilidades. O modelo de parceria envolve 5 fases, *Revelar-se* e *Envolver-se*, *Capacitar/Possibilitar*, *Comprometer-se*, *Assegurar* ou *assumir o Cuidado-de-Si* ou *do Outro*. As fases *Revelar-se/Envolver-se* corresponderam ao momento em que a pessoa idosa se deu a conhecer, o que nos permitiu descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Na fase *Capacitar/Possibilitar* estabelecemos objetivos através de uma ação conjunta negociada, de forma a permitir à pessoa idosa enfrentar a sua situação de saúde/doença e agir/decidir partilhando responsabilidades respeitando os significados, as experiências e as competências já adquiridas. Esta partilha permite à pessoa idosa *Comprometer-se* conciliando esforços com o enfermeiro permitindo *Assumir/Assegurar o Cuidado-de-Si*. Nesta última fase foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos participantes para perceber na sua perspectiva os benefícios que referiam do acompanhamento que lhe foi proporcionado. destas entrevistas. Estas entrevistas foram depois sujeitas a análise de conteúdo segundo Bardin (2016), obedecendo às três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise corresponde à fase da organização onde se operacionaliza e sistematiza as ideias iniciais de modo a elaborar um esquema compreensível dando significado aos dados. Na exploração do material, codificam-se os dados, onde são transformados sistematicamente e associados em unidades de registo. Esta categorização consiste na distribuição das categorias, onde juntamente com as subcategorias são explicadas, com bases nas unidades identificadas (Leite, 2017).

RESULTADOS

Quadro nº1- Caracterização sociodemográfica dos participantes

<i>Fase – Revelar-se/Envolver-se</i>		
<i>Estudos de Caso</i>	E1	E2
<i>Idade</i>	65 anos	73 anos
<i>Sexo</i>	Feminino	Masculino
<i>Estado Civil</i>	Casada	Casado
<i>Nacionalidade</i>	Portuguesa	Portuguesa
<i>Situação profissional atual</i>	Comerciante	Reformado
<i>Habilitações Literárias</i>	4º Ano	4ª Ano
<i>Agregado Familiar</i>	4 (marido e 2 filhos)	2 (esposa)
<i>Número de anos de diagnóstico</i>	5 anos	15 anos
<i>Vigilância da Diabetes</i>	Unidade Saúde Familiar	Unidade Saúde Familiar
<i>Residência</i>	Lisboa	Lisboa
<i>Coabita com mais alguém com Diabetes?</i>	Não	Não
<i>Necessita de cuidador para o autocuidado?</i>	Não	Não

De acordo com Yin (2003), na primeira fase deve ser realizada a descrição e reflexão do estudo de caso, sendo que este será descrito tendo por base o Modelo de Intervenção de Parceria na Teleconsulta via Telefónica para a Promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2021), e apresentaremos ainda o resultados obtidos na análise das entrevistas semiestruturadas que tiveram como objetivo: avaliar os benefícios da Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem, tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa com situação de diabetes insulínica independente e família na perspetiva dos cliente.

Estudo de Caso E1

Face ao contexto de pandemia por SARS-CoV-2 a Sr.^a E1 não recorria à USFX desde 2019 para controle e vigilância da sua Diabetes, tendo sido intencionalmente contactada para comparecer a uma consulta de enfermagem presencial em novembro de 2021. Após a avaliação inicial (Quadro nº2) e em parceria com a equipa multidisciplinar (médico de família) foi discutida a situação da cliente, as intervenções a realizar e prescritas análises clínicas (HbA1c, entre outras) uma vez que as últimas tinham sido realizadas em 2019.

Quadro nº 2 – Avaliação inicial

Fase – Revelar-se/Envolver-se	
Prática de atividade física	Não
Regime alimentar	Comprometido
Peso	73,2 Kg
IMC	29,7kg/m ² Pré-Obesidade (DGS,2013)
Perímetro abdominal	103 cm
Pressão Arterial	122/61 mmHg
Glicémias capilar	544 mg/dl
Risco de úlcera de pé	Baixo risco
HbA1c (após a realização das controle analítico)(novembro de 2021)	14%
Risco de úlcera de pé	Baixo

Perante a situação clínica da Sr.^a E1 foi elaborado um plano de cuidados (Quadro nº3) identificando os diagnóstico de enfermagem, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e a avaliação das mesmas (quadro nº4).

Quadro nº 3 – Plano de cuidados participante E1

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Envolver-se/Capacitar/Possibilitar
		Intervenções de Enfermagem
Disposição para controle da saúde melhorado R/C início de insulino terapia M/P vontade de melhorar o estado de saúde	Curto prazo - Que o Sr.^a E1 apresente glicemia capilar dentro dos valores de referência Longo prazo - Que a cliente apresente uma hemoglobina glicada menor/igual a 7,5 %	• Determinar o conhecimento da cliente relativo à insulino terapia; • Determinar as expectativas e eventuais receios face ao tratamento, bem como a sua motivação; • Determinar estratégias junto da cliente para ultrapassar os seus receios/medos (perceber a origem, como por exemplo experiências anteriores); • Informar sobre a necessidade de aderir ao esquema terapêutico e as consequências da não adesão; • Realizar ensinamentos relativamente: ○ Locais de administração de insulina; ○ Rotatividade dos locais de administração ○ Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. ○ Modo de conservação da insulina ○ Manuseio da caneta de administração de insulina ○ A necessidade de mudança da agulha da caneta de administração Explicar a necessidade da avaliação da glicemia capilar antes da administração de insulina, de modo a ajustar a dose de insulina de acordo com o esquema terapêutico prescrito ○ Fornecer um livro de registos de glicemia capilar orientado por cores (azul, verde e vermelho) e explicar o modo de utilização ○ Explicar a importância do valor da hemoglobina glicada e a necessidade de realizar análises de acordo com o recomendado Monitorizar os níveis de glicemia capilar aquando a consulta de enfermagem; - Analisar e interpretar os registos de glicemia capilar do Sr.^a E1; - Monitorizar o peso, perímetro abdominal, e IMC do cliente; - Realizar educação para a saúde: Regime alimentar; Exercício físico; glicemia capilar (modo de avaliação, valores de referência); Hipoglicemia e Hiperglicemia; - Explicar e promover a adesão ao regime medicamentoso (insulino terapia); - Esclarecer dúvidas existentes; - Reforçar a educação para a saúde, caso necessário; - Encaminhar a consulta médica, se necessário.
Risco de Glicemia instável R/C descompensação Diabetes Mellitus	Curto Prazo - Que o Sr. E2 apresente glicemia capilar dentro dos valores de referência	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Envolver-se/Comprometer-se/Assumir o controle de Si		
		Avaliação		
		1ª Avaliação Presencial	2ª/3ª Avaliações presenciais	1ª /2ª avaliação telefônica
Disposição para controle da saúde melhorado R/C início de insulino terapia M/P vontade de melhorar o estado de saúde	Curto prazo - Que o Sr.ª E1 apresente glicemia capilar dentro dos valores de referência Longo prazo - Que a cliente apresente uma hemoglobina glicada menor/igual a 7,5 % Curto Prazo - Que o Sr. E1 apresente glicemia capilar dentro dos valores de referência	- O Sr.ª E1 referiu medo de não conseguir manusear a caneta de insulina e autoadministrar a mesma; - A cliente não possuía conhecimentos relativos aos valores de referência da glicemia capilar, quais os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e a gestão destas condições; - A Sr.ª E1 compreendeu e demonstrou a técnica de administração de insulina de forma correta (apesar do receio na autoadministração); - Glicemia Capilar: 544 mg/dl; - Peso: 73,2kg, perímetro abdominal: 103 cm, IMC: 29,7kg/m²; - Último valor de HbA1c – 14% - A Sr.ª E1 possui conhecimento adequado relativamente à dieta equilibrada, mas tem dificuldade em cumpri-la; - Não realizava qualquer tipo de atividade física, não possuindo limitações físicas conhecidas; - A Sr.ª E1 não possuía conhecimentos relativos aos valores de referência da glicemia capilar e quais os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e a gestão destas condições.	- Trouxe consigo registo dos valores da glicemia capilar em jejum que se encontra entre 350/400 mg/dl na 2ª consulta e valores de 250/300 mg/dl na 3ª consulta (Ajustada dose de insulina em ambas as consultas) - Manifesta a utilidade das cores do livro de registo da glicemia capilar como uma forma orientadora e motivadora para obter os níveis terapêuticos. - Não refere sinais e sintomas de hiperglicemia. - Demonstrou de forma correta a preparação da caneta de insulina e a técnica de administração - Demonstra corretamente os locais de administração da insulina e a sua rotatividade. - Apresenta locais de administração da insulina sem alterações. - Mantém ainda algum receio em autoadministrar a insulina. - Mantém inatividade física. - Refere ter introduzido lanches entre as refeições	- A Sr.ª E1 referiu uma média de valores de glicemia capilar de 200/180 mg/dl em jejum na 1ª consulta e na 3ª consulta valores de 188/170 mg/dl (ajustada dose de insulina) - Não refere sinais e sintomas de hiperglicemia. - Refere menos receio na autoadministração da insulina - Realiza dois lanches diariamente (meio da manhã, meio da tarde) - No final da 1ª consulta referiu que se sentiu apoiada com esta consulta por telefone e que gostaria de continuar com este modelo de acompanhamento
Após três teleconsultas com intervalos de 15 dias, verificou-se por parte da Sr.ª E1 uma boa adesão à insulino terapia , com valores de glicemia capilar dentro dos parâmetros estabelecidos (117-120 mg/dl) e uma motivação cada vez mais notória na adesão ao regime alimentar (introdução de lanches).				

Quadro nº4 – Plano de cuidados (participante E1): Avaliação das intervenções enfermagem

Estudo de Caso E2

O Sr. E2 não realizava consultas de enfermagem de Diabetes desde 2019 tendo em conta o contexto pandémico por SARS-CoV-2, embora tenha realizado anualmente o controle analítico (HbA1c, entre outras). Em novembro de 2021, foi referenciado à consulta de enfermagem de Diabetes pela médica de família para iniciar insulino terapia, uma vez que apresentava uma HbA1c de 10,6%

associada ao historial de instabilidade dos valores glicémicos. De acordo com a situação clínica do Sr.E2 foi realizada a avaliação inicial (quadro nº5).

Fase – Revelar-se/Envolver-se.	
<i>Prática de atividade física</i>	Realiza caminhadas de 30 a 45 minutos diariamente
<i>Regime alimentar</i>	Comprometido
<i>Peso</i>	63,5 Kg
<i>IMC</i>	25,4 kg/m ² Pré-Obesidade (DGS,2013)
<i>Perímetro abdominal</i>	104 cm
<i>Pressão Arterial</i>	129/59 mmHg
<i>Glicémias capilar</i>	366 mg/dl
<i>Risco de úlcera de pé</i>	Baixo risco
<i>HbA1c (após a realização das controle analítico)(novembro de 2021)</i>	10,6%
<i>Risco de úlcera de Pé</i>	Baixo

Quadro nº5 - Avaliação Inicial

Perante a situação clínica da Sr.^a E2 foi elaborado um plano de cuidados (Quadro nº6) identificando os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e a avaliação das mesmas (quadro nº7).

Quadro nº 6 – Plano de cuidados do participante E2

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Envolver-se/Capacitar/Possibilitar
		Intervenções de Enfermagem
Disposição para controle da saúde melhorado R/C início de insulino terapia M/P vontade de melhorar o estado de saúde	Curto prazo - Que o Sr.^a E1 apresente glicémia capilar dentro dos valores de referência Longo prazo - Que a cliente apresente uma hemoglobina glicada menor/igual a 7,5 %	- Determinar o conhecimento da cliente relativo à insulino terapia; - Determinar as expectativas e eventuais receios face ao tratamento, bem como a sua motivação; - Determinar estratégias junto da cliente para ultrapassar os seus receios/medos (perceber a origem, como por exemplo experiências anteriores); - Informar sobre a necessidade de aderir ao esquema terapêutico e as consequências da não adesão; - Realizar ensinamentos relativamente: - Locais de administração de insulina; - Rotatividade dos locais de administração - Sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. - Modo de conservação da insulina - Manuseio da caneta de administração de insulina - A necessidade de mudança da agulha da caneta de administração Explicar a necessidade da avaliação da glicémia capilar antes da administração de insulina, de modo a ajustar a dose de insulina de acordo com o esquema terapêutico prescrito - Fornecer um livro de registos de glicémia capilar orientado por cores (azul, verde e vermelho) e explicar o modo de utilização - Explicar a importância do valor da hemoglobina glicada e a necessidade de realizar análises de acordo com o recomendado Monitorizar os níveis de glicémia capilar aquando a consulta de enfermagem; - Analisar e interpretar os registos de glicémia capilar do Sr.^a E1; - Monitorizar o peso, perímetro abdominal, e IMC do cliente; - Realizar educação para a saúde: Regime alimentar; Exercício físico; glicémia capilar (modo de avaliação, valores de referência); Hipoglicemia e Hiperglicemia; - Explicar e promover a adesão ao regime medicamentoso (insulino terapia); - Esclarecer dúvidas existentes; - Reforçar a educação para a saúde, caso necessário; - Encaminhar a consulta médica, se necessário.
Risco de Glicémia instável R/C descompensação Diabetes Mellitus	Curto Prazo - Que o Sr. E2 apresente glicémia capilar dentro dos valores de referência	

Quadro nº7 - Plano de cuidados (participante E2): Avaliação das intervenções enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Comprometer-se/Assumir o controle de Si		
		Avaliação		
Disposição para controle da saúde melhorado R/C início de insulino terapia M/P vontade de melhorar o estado de saúde	Curto prazo - Que o Sr. E2 apresente glicemia capilar dentro dos valores de referência	1ª Avaliação Presencial O cliente não possui conhecimento adequado relativamente à dieta equilibrada, contudo realiza caminhadas diariamente. - O Sr. E2 referiu medo e ansiedade ao lidar com agulhas e autoadministrar a insulina; - O cliente não possuía conhecimentos relativos aos valores de referência da glicemia capilar, quais os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e a gestão destas condições; - O Sr. E2 compreendeu e demonstrou a técnica de administração de insulina de forma correta (apesar do receio na autoadministração); Glicemia Capilar: 366 mg/dl; -Peso: 63 kg, perímetro abdominal: 104 cm, IMC: 25,4kg/m ² ; - Último valor de HbA1c – 10,6% - A Sr. E2 não possui conhecimento adequado relativamente à dieta equilibrada; - Realiza caminhadas diárias de 1 hora; - A Sr. E2 não possuía conhecimentos relativos aos valores de referência da glicemia capilar e quais os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e a gestão destas condições.	2ª/3ª Avaliações presenciais Trouxe consigo registo dos valores da glicemia capilar em jejum que se encontra entre 200/189 mg/dl na 2ª consulta e valores de 180/150 mg/dl na 3ª consulta (Ajustada dose de insulina em ambas as consultas) - Manifesta a utilidade das cores do livro de registo da glicemia capilar como uma forma orientadora e motivadora para obter os níveis terapêuticos. - Manifesta alguma ansiedade/medo na autoadministração. - Não refere sinais e sintomas de hiperglicemia. - Demonstrou de forma correta a preparação da caneta de insulina e a técnica de administração (exceto desvio do olhar do local de punção, o que provoca saída de parte da agulha)- Fornecidas agulhas de menor diâmetro. - Demonstra corretamente os locais de administração da insulina e a sua rotatividade. - Apresenta locais de administração da insulina com algumas equimoses - Mantem atividade física diária. - Pouco receptivo à mudança de hábitos alimentares	1ª /2ª avaliação telefónica O Sr.ª E2 referiu uma média de valores de glicemia capilar de 150/135 mg/dl em jejum na 1ª consulta e na 3ª consulta valores de 140/125 mg/dl (ajustada dose de insulina) - Não refere sinais e sintomas de hiperglicemia. - Refere menos receio na autoadministração da insulina - Mantem má adesão ao regime alimentar; - Mantem atividade física diária. - Refere que se tem sentido bastante apoiado com o acompanhamento realizado por consulta telefónica.
Risco de Glicemia instável R/C descompensação Diabetes Mellitus	Curto Prazo - Que o Sr. E1 apresente glicemia capilar dentro dos valores de referência			
Após três teleconsultas com intervalos de 15 dias, verificou-se por parte do Sr. E2 tornou-se evidente a adesão ao regime medicamentoso, relatando valores de glicemia capilar dentro dos parâmetros estabelecidos (115-125 mg/dl), embora não demonstre motivação para a adesão ao regime alimentar referindo que não sente essa necessidade				

Para uma melhor avaliação da perceção dos participantes acerca dos cuidados de enfermagem prestados em consulta de enfermagem presencial com seguimento (avaliação) por teleconsulta de enfermagem (consulta telefónica), realizamos entrevistas semiestruturadas como referido anteriormente na metodologia.

Desta forma, da análise das entrevistas semiestruturadas evidenciaram-se sete categorias: Importância do enfermeiro na consulta de enfermagem presencial/teleconsulta (telefone) na educação para a saúde; Participação da pessoa idosa na tomada de decisão; Sentimentos associados ao início do novo regime medicamentoso – Insulinoterapia; Estratégias de adaptação; Importância da informação escrita; Ferramentas de apoio à gestão do controle glicêmico; Benéficos da teleconsulta de enfermagem para a pessoa idosa.

Em relação à categoria “Importância do enfermeiro na consulta de enfermagem presencial/teleconsulta (telefone) na educação para a saúde” os participantes salientaram a importância “Tempo para ouvir”; “Disponibilidade”, “Explicação”; “Ajudar a superar o medo” e “Proximidade telefônica para tirar dúvidas”. Constatou-se que ambos os participantes reconhecem o enfermeiro como significativo no seu processo de saúde/doença, realçando a escuta ativa como essencial, permitindo a percepção da vivência do outro de forma precisa, ouvindo o que eles vão dizendo e de seguida abordá-los com questões de acompanhamento relevantes, mostrando a sua disponibilidade e tempo para os ouvir como uma estratégia de esclarecimento de dúvidas/preocupações/medos, quer seja na consulta presencial ou por teleconsulta, promovendo uma relação de qualidade e proximidade como se pode reconhecer no discurso dos participantes:

“...O enfermeiro tem mais, se calhar mais tempo para ouvir mais essas nossas questões. Disponibiliza-se mais [...] O enfermeiro é muito importante para mim e para o que eu preciso na minha doença [...] dá-me apoio quando eu preciso [...] Se eu tenho duvidas ele explica-me as dúvidas que eu tenho [...] Por exemplo eu tive que telefonar para cá porque não sabia na medição da diabetes o que é que queria dizer o HI e ele explicou-me que eu tinha mais de 600, pronto é nestas questões” (E1)

“... Sou atendido quando é preciso e tenho-me sentido bem com isto” (E2)

Com isto podemos realçar a importância da relação enfermeiro-cliente, quer seja estabelecida em consulta presencial quer por teleconsulta (telefone), esta deve ser mantida com base nos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, assim como nas suas atitudes e comportamentos, não esquecendo que a base de uma boa relação está na confiança e no respeito, exigindo dos enfermeiros a construção de uma ação conjunta e negociada, promovendo a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da pessoa idosa/família/cuidador (Nova Scotia College of nursing, 2021; Gomes et al, 2022).

Perante o exposto, percebemos que o tempo dedicado à comunicação por teleconsulta (telefone) constitui um momento de cuidado, que exige competências comunicacionais, interpessoais de suporte e educação, assim como o domínio da tecnologia (Nova Scotia College of nursing, 2021; SRC - OE, 2021).

No que concerne à categoria “Participação da Pessoa Idosa na tomada de decisão” os participantes sublinharam a ajuda a lidar/gerir a situação e aceitar a situação, a preparação

atempadamente para a tomada de decisão”; onde os participantes evidenciam a envolvimento dos mesmos no processo de tomada de decisão, através de uma ação conjunta que os permita agir e decidir de forma esclarecida (Gomes, 2021), como pode constatar no discurso dos participantes:

“...Ajuda-me a saber sobre as coisas e a decidir o que é melhor para mim [...]O enfermeiro ajuda-me a aceitar o que é preciso, por exemplo para a insulina a senhora enfermeira e o enfermeiro ajudaram-me a não ter medo de me picar” (E2)

Os resultados apresentados vão de encontro ao descrito por Vaz de Almeida et al, (2021); Gomes et al., (2022), face à teleconsulta (telefone), referindo que a envolvimento do cliente no seu processo de saúde/doença, vai-lhe permitir tomar decisões acertadas e competentes acerca do seu projeto de vida. No entanto, reforça que a utilização de um processo comunicativo relacional por parte do enfermeiro deve colocar o cliente no centro dos cuidados, como é evidente no discurso dos participantes, de forma a que não sintam que no acompanhamento à distância existe menos dedicação, proximidade e afeto na forma como é abordado.

Na categoria “Sentimentos associados ao início do novo regime medicamentoso – insulinoaterapia”, destaca-se uma subcategoria “medo”. Sendo que os intervenientes manifestam os seus medos face à primeira autoadministração de insulina sem a presença do enfermeiro sob dois pontos de vista distintos, um deles manifesta o sentimento relacionando-o com as agulhas e o ato de se picar (E2), enquanto o outro (E1) relaciona o mesmo sentimento com o manuseamento da caneta de insulina e técnica de administração, como podemos perceber nas suas falas:

” Oh, foi um choque [...] magoei-me e tudo com os nervos, estava muito nervosa, muito nervosa [...]A primeira vez até pensei que o líquido nem tivesse entrado [...] que tivesse feito tudo mal [...] tive medo [...] Não achei difícil a maneira de picar [...] foi mais o receio de não conseguir [...], mas difícil não” (E1)

“.... Na primeira vez tive muito medo. mas correu bem [...]Sabe tenho medo de agulhas [...], mas o enfermeiro já me deu umas mais finas e comecei a adaptar-me” (E2)

Os sentimentos de “medo” descrito por ambos os participantes vão de encontro ao estudo apresentado por Reis et al (2020), onde o principal sentimento foi igualmente o “medo”, relacionando com o início do uso de insulina e emoções negativas, realçando o medo das agulhas e dor da autoadministração, assim como o uso inadequado do medicamento.

Ainda de acordo com o estudo anterior, mencionam que a qualidade do material pode ajudar ou dificultar o uso da insulina, sugerindo que o uso de agulhas de menor diâmetro pode ser encarada como uma estratégia, pois para além de diminuir a dor, reduz os hematomas e favorece uma melhor aceitação, o que vai de encontro ao manifestado por um dos participantes (E2).

Na categoria “educação para a saúde”, surgiram três subcategorias, “Ter calma, iniciar devagar”; “Habituação ao procedimento”; “Incluir a insulina na sua vida diária”, os participantes evidenciam que as mudanças decorrentes do início da insulinoaterapia são permeadas de diversas dificuldades, destacando-

se desta forma a educação para a saúde e o acompanhamento regular por parte do enfermeiro como um potencial para mudar essas dificuldades, como podemos perceber no discurso dos mesmos:

“.... Depois fui com calma [...] depois é que fui ver que o que é que eu fazia em cima na caneta, quando rodava aquilo fazia um barulhinho para vir para o normal [...] Não tenho ajuda de ninguém [...]. Ninguém tem coragem para me ajudar, sou só eu sozinha. Agora já faço tudo normalmente [...] Fui muito bem acompanhada e sou, o enfermeiro explicou-me tudo [...] Disse para eu ter calma porque ia correr tudo bem e eu ia conseguir [...] Não interfere com nada na minha vida, é mais um medicamento que tenho que dar à noite” (E1)

“... Não é difícil agora que já me habituei às picas [...] Vocês enfermeiros ajudaram nesta fase do medo [...] Fiquei aqui com umas coisas amarelas [...] Fiquei assustado e vocês explicaram-me o que era [...] Isto não interfere nada com a minha vida, faço à noite, mas se fizesse a outra hora era igual” (E2)

Não menos importante e de acordo com Reis et al (2020), o apoio da família/cuidador pode ter um papel bastante significativo no autocuidado da Diabetes Mellitus, uma vez que o incentivo das pessoas mais próximas ou significativas facilita a adaptação e contribui para sucesso do tratamento.

No entanto, no caso dos participantes o apoio da família/cuidador não se verificou, o que exige da parte dos enfermeiros uma maior envolvimento da prática educativa, permitindo a participação ativa da pessoa idosa na gestão da sua condição de saúde/doença e na promoção da adesão às práticas de autocuidado, promovendo o Cuidado-de-Si próprio.

Face à categoria “Importância da informação escrita”, destaca-se uma subcategoria “Suportes de apoio à educação para a saúde”, onde os intervenientes manifestam a importância do uso de material de educação em saúde, como parte estratégica fundamental para a sua educação, como podemos depreender das suas manifestações:

“.... Acho muito importante com tudo direitinho o que temos que fazer, para nos lembrar. É importante ter uma coisa em que me posso apoiar e que posso ligar mais ao enfermeiro” (E1)

“... Sim acho muito importante, acho bem pois para [...] Depois quando eu cá vier saber o que tive que fazer e não ser assim umas coisas por alto” (E2)

A entrega de um suporte escrito, a que podemos designar de plano terapêutico/plano de ação, que segundo a SRC-OE (2021), independentemente do tipo de consultas de enfermagem (presencial/telefone), deve ser disponibilizado ao cliente uma síntese escrita dos objetivos definidos e negociados durante a consulta, uma vez que a maioria da informação oral transmitida é facilmente esquecida ou mal-entendida, como podemos verificar no discurso dos nossos participantes.

Contudo, a informação escrita deve ser personalizada de acordo com a população alvo, nomeadamente quando se trata de uma população idosa, com isto queremos evidenciar a personalização

do plano terapêutico/plano de ação, no sentido de o identificar com o nome da pessoa idosa, incluir instruções precisas com frases curtas, numa linguagem simples, destacando que ao visualizarmos o documento o espaço em branco deve ser superior ao escrito de forma a facilitar a sua leitura (Brega, et al., 2015).

Porém, podemos ainda destacar os pontos mais importantes desenhando círculos, símbolos, sublinhando ou mesmo utilizar cores para dar ênfase à informação, sendo importante que se utilize o mínimo de cores possível de modo a não originar confusão na informação a transmitir, sendo que as cores mais adequadas à população idosa de acordo com um estudo efetuado por Lourenço (2018), são o laranja e azul, que por serem cores opostas tornam-se mais fáceis de distinguir.

Na categoria “Ferramentas de apoio à gestão do controle glicémico”, surgiu uma subcategoria “A importância do registo diário da glicemia capilar orientado por cores (azul, verde, vermelho)”, os participantes realçaram o facto do livro de registos da glicemia capilar se encontrar desenhado por cores distintas e como é que as mesmas interferiram na gestão do controle glicémico, como podemos reconhecer pelas falas dos mesmos:

“...Pensei que se calhar eu não consigo escrever [...], mas depois foi estar a ver se não está sempre no vermelho e vai para o verde [...] Isto ajudou e ajuda ainda [...] Dizia já estou no verde, ah que maravilha, tenho que seguir aquilo certo” (E1)

“...Este livro tem uma informação melhor que o outro que tinha [...] Este se tiver para cima de 130 escrevo em cima já sei que é o vermelho. É importante ter estas cores, é uma boa ideia para ver como estamos.” (E2)

Os resultados apresentados estão em conformidade com o descrito no estudo de Lourenço (2018), quando refere que a escolha das cores é primordial para que a mensagem seja bem divulgada, uma vez que o significado de uma determinada cor para o idoso deve fazer sentido para o mesmo e facilitar a sua identificação, como é o caso das cores dos semáforos. Com e da nossa experiência com os participantes, sugerimos a aplicação de cores como uma estratégia de intervenção na educação para a saúde.

Na última categoria “Benéficos da teleconsulta de enfermagem para a pessoa idosa”, surge duas subcategorias “As pessoas idosas sentem o zelo dos enfermeiros” e “A motivação dos enfermeiros motiva as pessoas idosas com o compromisso com a sua saúde”. Os participantes consideram a teleconsulta como uma relação de proximidade e continuidade com o seu enfermeiro de família, fortalecendo a comunicação e incentivando-os para mudanças comportamentais e tomadas de decisão informada, como é o caso da insulinoaterapia, segundo os seguintes relatos:

“... É sempre muito bom receber o telefonema do enfermeiro [...] Senti que as pessoas estão interessadas nos seus doentes [...] Acho que estimula muito a gente, estimula porque se o enfermeiro está a pegar em mim para me ajudar eu acho que também tenho que contribuir com a minha parte” (E1)

“... Acho bem, pois é bom sinal que alguém está a zelar pela gente, não é? [...]. É muito bom ... saber que os enfermeiros se preocupam se está a correr tudo bem connosco [...]. Acho que é importante sim, para apoiar mais a gente na nossa casa [...]. Deve ser importante para todas as pessoas receber o enfermeiro através do telefone e mesmo quando cá vinha.” (E2)

Face a estes dois testemunhos, acreditamos que a nossa abordagem através da realização de três consultas presenciais com intervalos de dias (2/3 dias) e três teleconsultas (telefone) durante três semanas consecutivas gerou um feedback bastante positivo, refletindo-se na capacidade de autogestão da insulinoaterapia, ajudando-os a adquirir novos comportamentos e melhores resultados fisiológicos, potencializando o processo de manutenção da gestão da doença

“...O enfermeiro ajuda-me a decidir [...] na altura quando ele me disse, E1, vá-se preparando que se calhar vai para a insulina e já foi uma coisa que me interiorizou e eu fui pensando, tem que ser, tem que ser [...] fui mentalizando, ora eu, essa opinião contou muito, porque quando eu vim à médica já vim com a aquela ideia [...] que terá que ser, se fosse a doutora ali a dizer-me ia ser um choque” (E1).

DISCUSSÃO

A crescente necessidade de cuidados de saúde da pessoa idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2 associada à deficiente resposta em tempo útil dos serviços de saúde durante o tratamento e controle da doença dificulta a comunicação efetiva e eficaz entre o enfermeiro e a pessoa idosa/família/cuidador. Estes fatores induzem à incorreta gestão da doença e dificuldade na deteção precoce de complicações (International Diabetes Federation, 2019).

Esta realidade envolve uma crescente complexidade das necessidades das pessoas idosas e consequentemente cuidados de saúde individualizados, centrados na pessoa, evidenciando a promoção da saúde, a gestão de risco, a prevenção da doença e a prevenção de complicações. Neste sentido, evidencia-se o papel do enfermeiro especialista na área de intervenção à pessoa idosa através do desenvolvimento de planos de cuidados, direcionando a sua intervenção à pessoa idosa/família/cuidador, assumindo um papel fundamental de parceria de cuidados, respeitando a sua individualidade e garantindo a sua dignidade (Gomes, 2021).

Contudo, acrescentando a atual pandemia por SARS-CoV-2 e a exigência de distanciamento social, muitas pessoas idosas perderam o contacto com as suas unidades de saúde, agravando as condições de saúde pré-existentes, como é o caso da Diabetes Mellitus.

Nesta perspetiva, a teleconsulta e a telemonitorização por telefone pode ser considerada uma estratégia com repercussões significativas no acompanhamento de proximidade das pessoas idosas com doenças crónicas de uma forma mais eficiente em termos de tempo, no sentido de promover um acesso rápido sem necessidade de deslocações à unidade de saúde e proporcionar intervenções de educação

para a saúde, mantendo o acompanhamento da equipa multidisciplinar, assim como a flexibilidade de horário (Reis, Arruda, Nass, Ratuchnei, Hadda, Marcon, 2020).

O desenvolvimento da teleconsulta de enfermagem por telefone na USFX foi vista como uma ferramenta que nos permitiu dar uma resposta de maior proximidade junto da população idosa com Diabetes Mellitus Tipo2. No entanto, importa salientar que, de acordo com a experiência vivenciada e evidenciada nestes estudos de caso, na maioria das situações complexas, como é o caso da Diabetes Mellitus, não basta uma consulta presencial antes da realização de uma primeira teleconsulta, como constatamos no caso dos participantes neste estudo. Há que intervir presencialmente as vezes necessárias para capacitar ou recapacitar a pessoa idosa eficazmente, para que esta se possa comprometer e capacitar assumindo o Cuidado-de-Si própria. No nosso estudo pudemos constatar a real importância da teleconsulta de enfermagem (via telefone) na vigilância e promoção da adesão ao regime terapêutico, no nosso caso insulino-terapia, como referido em vários estudos (Nouri, Khoong, Lyles, Karliner, 2020;).

Os participantes do estudo destacam a teleconsulta (Telefone) como um recurso valioso que lhes permitiu uma maior proximidade do enfermeiro de família para esclarecimento de dúvidas e apoio quando necessário. Salientam o facto de sentirem que o enfermeiro tem tempo para os ouvir e os envolver nas tomadas de decisão de acordo com a sua situação de saúde/doença. Consideram ainda uma mais valia não ter que se deslocar à USF, podendo estar no conforto do seu domicílio. Sentiram-se mais seguros no seu domicílio por lhes ter sido disponibilizado um suporte escrito com os objetivos delineados e um livro de registos estruturados por cores (verde, amarelo e vermelho) após a consulta como auxílio de memória e uma forma de motivação para alcançar os níveis terapêuticos estabelecidos.

CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista na área de intervenção à pessoa idosa tem um papel fundamental na promoção de um envelhecimento ativo e saudável e consequentemente na qualidade de vida. A execução de um planeamento estruturado de intervenções de enfermagem permite a obtenção de ganhos em saúde, passando pela capacitação das pessoas idosas para o Cuidado-de-Si próprias. Este planeamento passa muitas vezes por inovações estratégicas de simples de intervenção como é o caso da teleconsulta de enfermagem por telefone. A abordagem por telefone torna-se facilitadora uma vez que é um recurso disponível para a maioria das pessoas idosas e não requer a presença/disponibilidade de um familiar/amigo para que se possa estabelecer esta interação. No entanto torna-se cada vez mais importante promover a literacia tecnológica associada ao envelhecimento ativo e saudável.

Com base neste estudo, podemos concluir que ambas as modalidades (presencial/não presencial) complementam-se, não podendo uma dissociar-se da outra. Trata-se uma intervenção mista, sendo que a primeira abordagem deve ser sempre presencial.

Pode-se concluir que os maiores ganhos da teleconsulta de enfermagem (Via telefone) são a possibilidade de prestar cuidados de maior proximidade, vigilância e resposta adequada e atempada perante situações complexas/urgentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C.V., Coelho, I., Martins, P., Guarda, L. Associação Portuguesa para a promoção da saúde pública. 2021. *Saúde Digital em tempos de pandemia – Encontrar o sentido de espaço, comunicação e proximidade da saúde face-a-face, respeitando as diferenças*. (Cristina Vaz de Almeida). Lisboa.
- American Diabetes Association; *Standards of Medical Care in Diabetes—2022* Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes* 1 January 2022; 40 (1): 10–38. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/cd22-as01>
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 1ªed. Lisboa: Edições 70:2016
- Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L. de, Caniçali Primo, C., Bispo, G. S., & Lopes, R. O. P. (2019). Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(2), 577–581. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Brega, A. G., Barnard, J. , Mabachi, N. M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A, Brach ,C., Cifuentes, M., Albright, K., West, D.R. AHRQ. 2015. *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. 2ª Edição. Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015
- Cacciamani, G.E., Shah, M., Yip, W., Abreu, A., Park, D., & Fuchs, G. (2020). Impact of Covid-19 on the urology service in United States: perspectives and strategies to face a Pandemic. *International Brazilian journal of Urology*, 46(1), 207-214. Epub July 27, 2020. Doi:10.1590/s1677-5538.ibju.2020.s126
- Diabetes Canada (2022). FAQ about Covi-19 and Diabetes. Disponível em: <https://www.diabetes.ca/resources/tools---resources/faq-about-covid-19-and-diabetes>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto. *Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013*, 1–9. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- 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 *Gerontechnology* (pp. 213–218). Springer International Publishing. Doi.10.1007/978-3-030-41494-8_21
- Gomes, I. (2021). Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People. In *International Workshop on Gerontechnology*. Conference paper.

- International Diabetes Federation. (2019). *Diabetes Atlas* (9th Edition). Technical editing. Acedido a 08/06/2021. Disponível em: [https://www.diabetesatlas.org/en/resources/Instituto Nacional de Estatística](https://www.diabetesatlas.org/en/resources/Instituto_Nacional_de_Estatística). (2020). *Projeções da População Residente em Portugal 2018-2080*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Lana, L.D., Silva, M.C.S.A., Tanaka, A.K.S.R., Vieira, R.W., Rosa, L.G.F. (2020). Teleconsulta de enfermagem aplicações para pessoas idosas na pandemia do Covid-19. *Revista Brasília*. Vol. (II), pág. 54-58. Doi:10.51234/aben.20.e02.c09
- Lourenço, L.M.H. (2018). Contributos do design inclusivo na autonomia e independência dos idosos – Design de equipamento de apoio ao idoso na habitação (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/18266>
- Lourenço, A., Sequeira, D., Melo, H., Raposo, J., Caria, J., Franco, R., Brás, S., & Vale, S. (2021). *UM PRR PARA A DIABETES - a oportunidade é agora*. 1–39. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/6116488c19a89b382501f693/t/61a09810ef4c07476c25ba5b/1637914644006/PRR+Diabetes_Final_vF.pdf
- Nova Scotia College of Nursing. (2021). Practice guidelines for Nurses – telenursing. Disponível em: <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Telenursing.pdf>
- Reis, P. Arruda, G.O., Nass, E.M.A., Ratuchnei, E.S., Haddad, M.C.F.L., Marcon, S.S. (2020). Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes em uso de insulina. *Revista Enfermagem UFSM*. Vol. (10), pág. 1-20. Doi:5902/2179769239880
- SRC - OE. (2021). *Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem*. 1–26. Acedido a 02/06/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf
- World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing. *World Health Organization*, 1–26. Acedido a 27/05/2024. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-29_source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf
- Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods. Process and practice*. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage

Apêndice VII– Instrumento de colheita de dados das entrevistas
semiestruturadas

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À PESSOA IDOSA COM DIABETES TIPO2 E CUIDADORES INFORMAIS PARA PROMOÇÃO CUIDADO DE SI

Obrigada por concordar em colaborar num estudo de casos clínicos que está a ser efetuado pela estudante Olinda Maria Carrudo Nunes Leite, que se encontra a realizar estágio de prática clínica no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa Idosa.

Este estudo integra-se num projeto com um âmbito mais abrangente, coordenado pela Professora Doutora Idalina Gomes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) em parceria com diferentes instituições de ensino superior e contextos de saúde (hospitalar, unidades de cuidados de saúde Primários [REDACTED] Lar/ Residência), denominado Instituições de Ensino e Saúde Amigas das Pessoas Idosas, que tem como finalidade promover a funcionalidade, segurança, independência, autonomia e dignidade da pessoa idosa promovendo o Cuidado-de- Si.

Fases Revelar-se e Envolver-se

Momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Esta não se pode dissociar da segunda fase, *Envolver-se*, onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes.

Objetivo	Conteúdo	Observações
- Promover a legitimação da entrevista - Promover um ambiente favorável à livre expressão de vivências/significados experienciados pela Pessoa Idosa	- Informação sobre o estudo de investigação e os seus objetivos - Disponibilização para esclarecimento de duvidas - Leitura e assinatura do consentimento informado	- Utilizar uma postura e linguagem adequada ao perfil social e cultural do participante - Manter o gravador em local pouco visível de forma a evitar constrangimentos

1 – Género: Masculino ☐ 2 – Idade: ____ anos
Feminino ☐

3 – Estado Civil: Solteiro (a) ☐ Casado (a)/União de facto ☐
Viúvo (a) ☐ Divorciado (a) ☐

4 -Situação Profissional Atual: Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐ Outro ☐
Qual ? _____

5 – Habilitações Literárias: _____ anos. 6 – Profissão: _____

7 – Agregado Familiar: Sozinho(a) ☐ Cônjuge ☐ Cônjuge e filhos ☐ Outros ☐
Quem? _____

8 – Número de anos de diagnóstico? _____ anos
9 – Idade na altura em que foi diagnosticado a Diabetes? _____ anos

10 – Vigilância da diabetes? USF ☐ Hospital ☐ Ambos ☐ Não vigiado(a) ☐ Sem consulta no último ano ☐
Data da última Consulta ____/____/____

**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À PESSOA IDOSA COM DIABETES
TIPO2 E CUIDADORES INFORMAIS PARA PROMOÇÃO CUIDADO DE SI**

11 – Coabita com mais alguém com Diabetes? Sim ☐ Não ☐

Quem? _____

12 – Precisa de Cuidador para o autocuidado? Sim ☐ Não ☐

Quem? _____

14 – Tratamento da Diabetes:	Medicamentos Orais: Sim ☐ Não ☐
	Quais? _____
	Quantidade diária? _____
	Horas da toma diárias? _____
	Insulina: Sim ☐ Não ☐
	Quais? _____
	Quantidade diária? _____
	Horas da toma diárias? _____
15 – Complicações da Diabetes: Sim ☐ Não ☐	
Quais? _____	
16 – Recorreu à urgência no último ano relacionado com a diabetes? Sim ☐ Não ☐	
Datas? _____	
17 – Internamentos último ano relacionados com a diabetes? Sim ☐ Não ☐	
Datas? _____	
18 – O rendimento familiar é suficiente para a aquisição de medicamentos ou alimentos?	
Sim ☐ Não ☐	
19 – Pratica alguma atividade física? Sim ☐ Qual? _____	
Quantos dias por semana? _____	
Durante quanto tempo? _____	
Não ☐ Porquê? _____	
Dados Clínicos: (Avaliação – Consulta Enfermagem Presencial)	
Peso: _____ Kg. Altura: _____ cm. PA: _____ cm. TA: _____ mmHg. IMC: _____	
HbA1c: _____	
Glicemias:	
Risco de ulcera de Pé: Baixo ☐ Médio ☐ Alto ☐	

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À PESSOA IDOSA COM DIABETES TIPO2 E CUIDADORES INFORMAIS PARA PROMOÇÃO CUIDADO DE SI

<i>Questão</i>	<i>Objetivos</i>
1. <i>O que pensa sobre os cuidados de saúde prestados na consulta de enfermagem presencial de diabetes na USF</i>	• Conhecer a perspetiva da Pessoa Idosa face à consulta de enfermagem e os cuidados prestados no âmbito da diabetes.
2. <i>No seu entender o seu enfermeiro de família conhece o que pretende para a sua vida e têm em conta a sua vontade na ação e decisão no que diz respeito à sua Diabetes?</i>	• Identificar qual a perceção da Pessoa Idosa acerca da construção da ação conjunta, partilhada e de qualidade- Enfermeiro/Pessoa Idosa
3. <i>Acha que a informação que lhe é fornecida suficiente para lidar com a sua Diabetes e para ser capaz de envolver-se em todo o processo de intervenção e conseguir decidir?</i>	
4. <i>Pode descrever-me o que sentiu quando foi informado que havia a necessidade de iniciar insulina para controlar melhor a sua Diabetes?</i>	• Descrever sentimentos, crenças e barreiras existentes decorrentes da necessidade de alterar o regime medicamentoso, nomeadamente iniciar insulina.
5. <i>Acha importante o seu enfermeiro no fim da consulta fornecer-lhe um plano com informações/orientações escritas sobre o que foi acordado consigo e com o contacto do mesmo para esclarecimento de qualquer dúvida que surja?</i>	• Descrever a importância ou não da existência de um plano terapêutico escrito como facilitador da relação terapêutica e como uma forma de segurança/motivação relativamente às intervenções estabelecidas entre a Pessoa Idosa e o seu enfermeiro de família.
6. <i>Considera importante e facilitador o seu enfermeiro manter o contacto consigo por telefone periodicamente para o acompanhar, ajudar a decidir e conciliar esforços para atingir melhores resultados em saúde relacionados com a sua diabetes?</i>	• Identificar a importância da teleconsulta de enfermagem como recurso que promove a acessibilidade aos cuidados, diminui barreiras decorrentes do contexto de pandemia e de deslocações à USF
<i>Atualmente existem glucometros que permitem passar para o seu telemóvel os valores da glicemia capilar e depois permitir que enfermeiro os analise e o possa orientar.</i>	
7. <i>O que é que acha destas novas formas de partilhar os dados que avaliam o controlo da sua diabetes com o seu enfermeiro de família?</i>	• Identificar se a Pessoa Idosa considera pertinente a aplicabilidade de uma App de configuração simplificada no seu telemóvel que permita partilhar com o seu enfermeiro de família os valores da glicose capilar.

**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À PESSOA IDOSA COM DIABETES TIPO2 E CUIDADORES INFORMAIS PARA PROMOÇÃO
CUIDADO DE SI**

Capacitar ou Possibilitar:	Categoria	Subcategoria	Questões
O enfermeiro constrói uma ação conjunta e negociada na conceção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador, permitindo que estes possam agir e decidir de forma esclarecida. Promove a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador	Capacitação da Pessoa Idosa no processo de mudança do regime medicamentoso	- Acompanhamento em Consulta de Enfermagem Presencial - Processo de tomada de decisão;	1. O que pensa sobre os cuidados de saúde prestados na consulta de enfermagem presencial de diabetes na USF [] Questões orientadoras: - Qual é para si a importância do enfermeiro nestas consultas? - Acha que o acompanhamento nestas consultas por parte do seu enfermeiro são essenciais para conseguir viver melhor com a sua Diabetes?
			2. No seu entender o seu enfermeiro conhece o que pretende para a sua vida e têm em conta a sua vontade na ação e decisão no que diz respeito à sua Diabetes? Questões orientadoras: - O seu enfermeiro ajuda-o a refletir sobre o que deve fazer para melhorar a sua saúde? - Sente que a sua opinião sobre a sua saúde é valorizada?
			3. Acha que a informação que lhe é fornecida é suficiente para lidar/gerir a sua Diabetes e para ser capaz de envolver-se em todo o processo de intervenção e conseguir decidir? Questões orientadoras: Sente-se à vontade para dar a sua opinião?

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À PESSOA IDOSA COM DIABETES TIPO2 E CUIDADORES INFORMAIS PARA PROMOÇÃO
CUIDADO DE SI

	Categoria	Subcategoria	Questões
Comprometer-se: O enfermeiro, a Pessoa Idosa/Família/cuidador concilia esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados, procurando soluções criativas, que permitam as respostas a necessidades concretas de acordo com o plano de cuidados	• Conciliação de esforços entre o Enfermeiro e a Pessoa Idosa para atingir o objetivo delineado	• Facilitar a expressão de sentimentos e medos ao iniciar insulina (medo, ansiedade, vergonha, etc.); • A Influência nas atividades de vida diárias (restrições na vida pessoal e profissional/passatempos); • Educação para a saúde: insulino terapia; • Estratégias adotadas; • Habilidade adquiridas;	4. Pode descrever-me o que sentiu quando foi informado que havia a necessidade de iniciar insulina para controlar melhor a sua Diabetes? Questões orientadoras: • Sentiu medo ao saber que tinha que se picar diariamente no abdómen, coxas ou braços? • O que sentiu quando pensou que tinha que começar a administrar a insulina a si próprio? • Explique-me como é que correu a sua primeira experiência ao administrar insulina? • Como ultrapassou esses sentimentos? • Considera que o seu enfermeiro o ajudou a ultrapassar esses sentimentos e desmistificar os seus medos? • Como descreve o acompanhamento que feito pelo seu enfermeiro? • Achou difícil a técnica de administração da insulina (autoinjecção)? • Teve apoio de algum familiar no domicílio quando começou a administrar insulina a si próprio(a)? • O facto de ter que administrar insulina interferiu na sua vida pessoal/profissional?

**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À PESSOA IDOSA COM DIABETES TIPO2 E CUIDADORES INFORMAIS PARA PROMOÇÃO
CUIDADO DE SI**

	Categoria	Subcategoria	Questões
Assumir o controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro: O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/família/cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro	• Avaliação e reflexão conjunta sobre a capacidade da Pessoa Idosa assegurar o Cuidado-de-Si	• Plano de Cuidados (Plano terapêutico). • Teleconsulta de Enfermagem • Aplicabilidade de uma App	5. Acha importante o seu enfermeiro no fim da consulta fornecer-lhe um plano com informações/orientações escritas sobre o que foi acordado consigo e com o contacto do mesmo para esclarecimento de qualquer dúvida que surja? Questões orientadoras: • O que é que acha sobre ter-lhe sido fornecido um livro de registo de glicemia capilar?
			6. Considera importante e facilitador o seu enfermeiro manter o contacto consigo por telefone periodicamente para o acompanhar, ajudar a decidir e conciliar esforços para atingir melhores resultados em saúde relacionados com a sua diabetes? Questões orientadoras: • Considera que no seu caso foi importante ter uma consulta de enfermagem pelo telefone? • Quais são para si as vantagens/desvantagens da consulta de enfermagem por telefone? • Considera importante que futuramente as Pessoas Idosas possam ser acompanhadas por consultas telefónicas?
			Atualmente existem glucometros que permitem passar para o seu telemóvel os valores da glicemia capilar e depois permitir que o enfermeiro de família os analise e o possa orientar. 7. O que é que acha destas novas formas de partilhar os dados que avaliam o controlo da sua diabetes com o seu enfermeiro de família? Questões orientadoras: • Acha que pode ser útil para si no sentido de uma melhor vigilância da sua doença pelo seu enfermeiro? • Gostava de experimentar?

Apêndice VIII– Consentimento informado e esclarecido

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO (Estudo Caso Clínico)**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo de caso Clínico : “Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa portadora de Diabetes e Cuidadores Informais para Promoção do Cuidado de Si”.

Exmo. Sr. ou Sr.ª, está a ser convidado(a) a colaborar num estudo de casos clínicos que está a ser efetuado pela estudante Olinda Maria Carrudo Nunes Leite, que se encontra a realizar estágio de prática clínica no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem na vertente Pessoa Idosa. Este integra-se no estudo “USF [] Amiga das Pessoas Idosas”, com parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, que visa “conhecer a perceção das pessoas idosas sobre os cuidados prestados na USF []”, incorporado num projeto com um âmbito mais abrangente, coordenado pela Professora Doutora Idalina Gomes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) em parceria com diferentes instituições de ensino superior e contextos de saúde (hospitalar, unidades de cuidados de saúde Primários (USF [] e USF []), Lar/ Residência), denominado Instituições de Ensino e Saúde Amigas das Pessoas Idosas, que tem como finalidade promover a funcionalidade, segurança, independência, autonomia e dignidade da pessoa idosa promovendo o cuidado-de-Si.

A sua participação neste trabalho far-se-á através de uma entrevista, que permitirá perceber a sua perceção acerca dos cuidados prestados na Consulta de Enfermagem de Diabetes e o seu seguimento através da Teleconsulta de Enfermagem na USF []. Oriente às pessoas idosas e o modo como os podemos melhorar.

A entrevista será áudio-gravada. A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, de 27 de abril de 2016 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2018). Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. Importa ainda referir que este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo.

O seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, pelo que agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Investigadora
Olinda Leite,
Estudante ... []
(olinda.leite@chlc.min-saude.pt)
Assinatura de quem obtém o consentimento

Data ____/____/____

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO (Estudo Caso Clínico)**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice IX– Formação realizada na USF

Consulta de Enfermagem Presencial e acompanhamento por Teleconsulta à Pessoa Idosa com Diabetes para a Promoção do Cuidado-de-Si

Apresentação de um Estudo de Caso Múltiplo Modelo de Parceria



Local: Sala de formação da USF
Destinatários: Equipe Enfermagem
Formadora: Olinda Leite
Duração: 30 minutos

Responsáveis pelo Plano da Sessão de Formação:

Enfermeira(Estudante): Olinda Leite
 Enfermeiro Especialista: Sérgio Jorge
 Drª Profª. Idalina Gomes

A prestação de cuidados de enfermagem através das tecnologias de informação e telecomunicações permite obter e fornecer ao utente informações específicas sobre a sua doença, educação para a saúde e aconselhamento, promovendo o Cuidado-de-Si próprio ou do Outro.

Nas patologias crónicas, como é o caso da Diabetes Mellitus, quando o enfermeiro já conhece o utente após várias consultas presenciais, este pode convidar o mesmo a manter uma interação através da Teleconsulta. Esta permite interações mais frequentes, um acompanhamento mais efetivo da doença, o esclarecimento mais atempado de dúvidas e a vigilância mais frequente da adesão ao regime terapêutico, minimizando assim os riscos.

Objetivos:

- Rever os princípios orientadores da Teleconsulta de Enfermagem: Relação terapêutica enfermeiro-utente; Prestação e registo de cuidados; Funções e responsabilidades; Consentimento, privacidade e confidencialidade; Considerações éticas e legais; Competências.
- Apresentar o estudo de caso múltiplo vivenciado na USFO, segundo o Modelo de Parceria.

Durante a Teleconsulta



Promova um local calmo, bem iluminado e onde não seja interrompido(a).



A consulta decorrerá nos mesmos moldes da consulta presencial, mantendo a privacidade e confidencialidade.



Decida em parceria se a próxima consulta é uma teleconsulta ou uma consulta presencial.

PROGRAMA

- Contextualização
- Revisão dos princípios orientadores da Teleconsulta de Enfermagem
- Relação terapêutica
- Prestação e registo de cuidados de enfermagem
- Consentimento, privacidade e confidencialidade
- Funções e responsabilidades
- Considerações éticas e legais
- Apresentação de estudo caso múltiplo vivenciado na USF
- Conclusão
- Referências bibliográficas
- Esclarecimento de dúvidas/Sugestões de melhoria
- Avaliação da ação de formação/formadora

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa

Consulta de Enfermagem Presencial e acompanhamento por Teleconsulta à Pessoa Idosa com Diabetes
para a Promoção do Cuidado-de-Si

Estudante: Olinda Nunes Leite

Orientadores: Enfermeiro Especialista Sérgio Jorge
Prof. Dr.ª Idalina Gomes

<https://www.baydaly.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333558>



01 Objetivos

02 Contextualização
* Telesaúde/teleconsulta/telemonitorização

Breve Revisão de Princípios Orientadores da Teleconsulta

- 03
- * Relação terapêutica
 - * Prestação e registos dos cuidados de enfermagem
 - * Consentimento, privacidade e confidencialidade
 - * Funções e responsabilidades
 - * Considerações éticas e legais

04 Apresentação de Caso Múltiplo vivenciado na USF

05 Conclusão

06 Referências Bibliográficas

07 Comentários/Sugestões de melhoria

08 Avaliação da formação/Formadora

[In: https://www.baydaly.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333558](https://www.baydaly.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333558)



01 Objetivos

- ✓ Contextualizar a temática: Telesaúde; Teleconsulta; Telemonitorização
- ✓ Rever os princípios orientadores da Teleconsulta de Enfermagem:
 - Relação terapêutica;
 - Prestação e registo de cuidados;
 - Funções e responsabilidades;
 - Consentimento, privacidade e confidencialidade;
 - Considerações éticas legais
- ✓ Apresentar o estudo de caso múltiplo vivenciado na USF, segundo o Modelo de parceria de Gomes (2021)

<https://www.baydaly.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333558>

02 Contextualização

Telesaúde/Teleconsulta/Telemonitorização

Telesaúde

- Apoiar a saúde à distância
- Integra várias vertentes

Pandemia



Notória expansão a nível nacional

Teleconsulta

Parcer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021

- Consulta de enfermagem
- Comunicações interativas
- Enumerou um conjunto de princípios e recomendações

Em dezembro de 2020, a OE (Seção Regional do Centro)

- Envolver os cidadãos no Cuidado-de-Si próprio e gestão da sua situação de saúde/doença

Telemonitorização

- Ferramenta que permite monitorizar distância parâmetros biométricos
- Doenças crónicas

A telemonitorização adaptada à pessoa idosa, às suas necessidades, permite de uma forma sustentada a gestão da sua doença e de uma forma prática o acompanhamento do plano terapêutico.

[In: https://www.baydaly.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333558](https://www.baydaly.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333558)



03

Breve Revisão de Princípios Orientadores da Teleconsulta

Relação terapêutica enfermeiro/doente

Teleconsulta

- Modelo Misto
- Confiança e no respeito mútuo
- Conciliação de esforços
- Capacita-la para o processo de mudança
- Assuma o controlo de Si própria

Assumir que uma comunicação eficaz e centrada na pessoa

Uso de estratégias que reduzam o risco de perder informações importantes

- Ambiente
- Linguagem acessível
- Perguntas abertas
- Saber ouvir
- Observação de pistas verbais, emocionais e comportamentais
- Explorar o autodiagnóstico
- Solicitação de dúvidas

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333358>

03

Breve Revisão de Princípios Orientadores da Teleconsulta

Prestação e registos dos cuidados de enfermagem

“Cada contexto de prestação de cuidados deve possuir um procedimento onde constem os critérios e normas para a realização da telenfermagem” (SRC-OE 2020, p.8)

- Modelo/Teoria
- Baseado nas evidências
- Identificar as necessidades
- Prestar e avaliar os cuidados
- Ferramentas internas de apoio à decisão
- Encaminhar para uma consulta presencial

“Todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modo de registo da instituição” (SRC-OE 2020, p.14)

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333358>

03

Breve Revisão de Princípios Orientadores da Teleconsulta

Consentimento, privacidade e confidencialidade

“O enfermeiro deve informar utente, em contacto prévio, do objetivo e modo de funcionamento da consulta à distancia e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação” (SRC-OE 2020, p.11)

- Consentimento informado
- Legislação em vigor - Despacho n.º 5314/2020, p.79,
- Norma clínica n.º15/2013 (DGS)
- Parecer Conselho Enfermagem N.º53/2021
- Consentimento escrito

O enfermeiro assume o dever de procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício, através da análise regular do trabalho realizado, com vista a identificar falhas com vista à mudança de atitude e praticas

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333358>

03

Breve Revisão de Princípios Orientadores da Teleconsulta

Funções e responsabilidades

“O enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em telenfermagem” (SRC-OE 2020, p.13)

- Descobrir a singularidade e o projeto de vida da Pessoa Idosa
- Construir uma ação conjunta e negociada
- Conciliando esforços que possibilitem uma tomada de decisão partilhada

“Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo utente, de forma telemática, não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado” (SRC-OE 2020, p.13)

- Intervir mais precocemente
- Mantendo sempre a negociação

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-333358>

Breve Revisão de Princípios Orientadores da Teleconsulta

Funções e responsabilidades

“Após a consulta de telenfermagem deve ser enviado o plano terapêutico para o utente ou pessoa por si designada, utilizando o meio previamente acordado” (SRC-OE 2020, p.15)

- Síntese escrita do plano terapêutico
- Fazer sentido para a Pessoa Idosa
- A validação do plano terapêutico e intervenções

O enfermeiro assume o dever de procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício, através da análise regular do trabalho realizado, com vista a identificar falhas com vista à mudança de atitude e práticas

Considerações Éticas e Legais

- Respeitar os deveres previstos na Deontologia Profissional e nos regulamentos do exercício da profissão
- Atuar responsabilmente na sua área de competência
- Atender às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a sua continuidade
- A avaliação clínica que orienta para o foco de intervenção, o ensino e a gestão terapêutica
- Análise regular do trabalho realizado
- Liberdade de decisão

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-20200308>



Apresentação de Casos Múltiplo vivenciado na USF

Objetivos

Geral

- Implementar uma Intervenção de Enfermagem sistematizada numa Teleconsulta de Enfermagem com base no Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si em Pessoas Idosas com uma situação de diabetes numa USF

Específicos

- Descrever a Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para Promoção do Cuidado-de-Si na pessoa idosa com situação de diabetes insulínica e família, utilizando relato de estudos de casos múltiplos
- Avaliar os benefícios da Intervenção de Enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem, tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado-de-Si na Pessoa Idosa com situação de diabetes insulínica e família na perspetiva do cliente

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-20200308>



Fase Revelar-se e Envolver-se			
Momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Esta não se pode dissociar da segunda fase, Envolver-se, onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes			
Estudos de Caso		Caso 1	Caso 2
Idade		65 anos	73 anos
Gênero		Feminino	Masculino
Nacionalidade		Portuguesa	Portuguesa
Estado Civil		Casada	Casado
Situação profissional atual		Comerciante (frutas e legumes)	Reformado ("Fazia de tudo um pouco" "Sic")
Habilitações Literárias		4º Ano	4º Ano
Agregado Familiar		4 (marido e 2 filhos)	2 (esposa)
Número de anos de diagnóstico		15 anos	15 anos
Vigilância da Diabetes		Unidade Saúde Familiar	Unidade Saúde Familiar
Coabita com mais alguém com Diabetes		Não	Não
Necessita de cuidador para o autocuidado		Não	Não
Tratamento diabetes	Antidiabéticos orais	Insulina Lantus (26 U) – Início em novembro 2021	Insulina Lantus (34 U) – Início em novembro 2021
	Insulina		
Última HbA1c		14%	10,6%
Glicemias capilares (em jejum)		Inicial	Atual
		544 mg/dl	117 mg/dl
		Inicial	Atual
		366 mg/dl	125 mg/dl

In: <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-20200308>



Modelo de Intervenção de Parceria (Gomes, 2021)	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados
Revelar-se e Envolver-se Momento em que a pessoa se dá a conhecer, permite descobrir a sua singularidade e o seu projeto de vida através da revelação da sua identidade e do contexto em que se insere. Esta não se pode dissociar da segunda fase, Envolver-se, onde se cria um espaço de reciprocidade, permitindo a construção de uma relação de qualidade entre os intervenientes.	Gestão do Regime Terapêutico: Regime medicamentoso (apoio à tomada de decisão) Falta de conhecimento sobre o regime medicamentoso (insulinoterapia)	- Avaliar: necessidades, expectativas, conhecimento e capacidades Avaliar a gestão do regime terapêutico - Avaliar a capacidade para gerir o regime medicamentoso (insulinoterapia) - Encorajar a expressão de sentimentos e de crenças face à insulinoterapia - Incentivar envolvimento da pessoa idosa - Identificar a atitude face ao regime medicamentoso (insulinoterapia)	Conhecimento adequado
Capacitar ou Possibilitar Representa uma ação conjunta e negociada na conceção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador que lhe permita agir e decidir de forma esclarecida, respeitando sempre a partilha de significados das mesmas da experiência vivenciada e das competências já adquiridas. Esta intervenção deverá promover a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador	Ansiedade Medo	- Ensinar sobre regime medicamentoso (insulinoterapia) - Ensinar sobre complicações de gestão de regime medicamentoso - Ensinar sobre autovigilância - Treinar a administração de medicamento por via subcutânea - Promover o autocuidado - Promover a adesão ao regime medicamentoso (insulinoterapia) - Envolver a Pessoa Idosa/Família/Cuidador no processo de tomada de decisão - Esclarecer dúvidas da Pessoa Idosa/Família/Cuidador - Gerir a ansiedade - Escutar a Pessoa Idosa/Família/Cuidador - Promover apoio da família - Envolver a Pessoa Idosa na tomada de decisão - Promover a esperança	Ansiedade/medo reduzido
Comprometer-se A Pessoa Idosa/Família/Cuidador e o enfermeiro conciliam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados para o controlo e desenvolvimento do projeto de vida e saúde. Desta forma, terá de existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro pela Pessoa Idosa/Família/Cuidador promovendo a sua trajetória de vida. Para que isto se concretize é necessário procurar soluções criativas, que permitam dar resposta a necessidades concretas no contexto de vida dos mesmos.	Gestão do Regime Terapêutico: Regime medicamentoso (apoio à tomada de decisão) Falta de conhecimento sobre o regime medicamentoso (insulinoterapia)	- Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão - Negociar o plano de cuidados; - Apoiar o processo de tomada de decisão;	Adesão ao regime medicamentoso (insulinoterapia)
Avaliar e Refletir sobre a Capacidade de Assumir o Controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/família/cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro		Monitorização da gestão do regime terapêutico (Regime medicamentoso) - Reavaliar conhecimento para gerir o regime medicamentoso; - Avaliar potencial para melhorar a capacidade; - Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	



04 Apresentação de Casos Múltiplo vivenciado na USF

Entrevista semiestruturada

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	Unidade de registro
Capacitação da Pessoa Idosa no processo de mudança do regime medicamentoso	- Acompanhamento em Consulta de Enfermagem Presencial - Processo de tomada de decisão;	- Qualidade dos cuidados de saúde prestados na consulta de enfermagem - O enfermeiro conhece o que a Pessoa Idosa pretende para a sua vida e tem em conta a sua vontade na tomada de decisão - Ajuda a refletir - A informação fornecida é suficiente para lidar/gerir a doença - Relação terapêutica - Partilha de informação

"...O enfermeiro ...é muito importante para mim e para o que eu preciso na minha doença... dá-me apoio quando eu preciso."

"... Ele ajuda-me a pensar e ouve-me"

"... Se eu tenho dúvidas ele explica-me as dúvidas que eu tenho ... por exemplo eu tive que telefonar para cá porque não sabia na medição da diabetes o que é que queria dizer o HI e ele explicou-me que eu tinha mais de 600 e eu fiquei muito assustada ..."

"... O enfermeiro ajuda-me a aceitar o que é preciso, por exemplo para a insulina a senhora enfermeira e o enfermeiro ajudaram-me a não ter medo de me picar, assim como para outra coisas que precise"

"... O enfermeiro ajuda-me a decidir ... na altura quando ele me disse V. vá-se preparando que se calhar vai para a insulina e já foi uma coisa que me interiorizou e eu fui pensando, tem que ser, tem que ser ... fui mentalizando"

16 <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-3535586>



04 Apresentação de Casos Múltiplo vivenciado na USF

Entrevista semiestruturada

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Avaliação e reflexão conjunta sobre a capacidade da Pessoa Idosa assegurar o Cuidado-de-Si	- Plano de Cuidados (Plano terapêutico). - Teleconsulta de Enfermagem - Aplicação App	- Importância do Plano Terapêutico - A importância do livro de registo da glicemia capilar (estratégias das cores) - Importância acompanhamento por teleconsulta

"... Acho muito importante ... com tudo direitinho o que temos que fazer, para nos lembrar. É importante ter uma coisa em que me posso apoiar e que posso ligar mais ao enfermeiro"

"... Sim acho muito importante ... acho bem pois ... para depois quando eu cá vier saber o que tive que fazer e não ser assim umas coisas por alto, mas ainda estou bom da cabeça, de memória"

"... Isto ajudou e ajuda ainda... dizia já estou no verde, ah que maravilha ... tenho que seguir aquilo certo ..."

"... Este livro tem uma informação melhor que o outro que tinha ... este se tiver para cima de 130 escrevo em cima já sei que é o vermelho. É importante ter estas cores, é uma boa ideia para ver como estamos..."

"... Senti que as pessoas estão interessadas nos seus doentes"

"... Acho que é importante sim, para apoiar mais a gente na nossa casa"

"... é bom sinal que alguém está a zelar pela gente, não é?"

"... É muito bom saber que os enfermeiros se preocupam se está a correr tudo bem connosco ..."

16 <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-3535586>



04 Apresentação de Casos Múltiplo vivenciado na USF

Entrevista semiestruturada

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Conciliação de esforços entre o Enfermeiro e a Pessoa Idosa para atingir o objetivo delineado	- Facilitar a expressão de sentimentos e medos ao iniciar insulina - A Influência nas atividades de vida diárias vida pessoal e profissional (passatempo); - Educação para a saúde: insulino terapia; - Estratégias adotadas; - Habilidade adquiridas;	- Descrição de sentimentos, atitudes e acompanhamento profissional (enfermeiro) após informação da necessidade de iniciar novo regime medicamentoso (insulino terapia) - Descrição da 1ª autoadministração e sentimentos associados - Estratégias adotadas - Papel do enfermeiro na educação para a saúde - Autoadministração da insulina - Interferência nas atividades de vida diárias

"...Na altura foi mesmo um choque ... não sei ... senti assim um bocado ... será que eu vou conseguir fazer as coisas como deve ser ou não vou conseguir ... fiquei muito atrapalhada ... muito mesmo"

"... Na primeira vez tive muito medo... mas correu bem... sabe tenho medo de agulhas ... mas o enfermeiro já me deu umas mais finas e comecei a adaptar-me"

"... Fui muito bem acompanhada e sou, o enfermeiro explicou-me tudo ... disse para eu ter calma porque ia correr tudo bem e eu ia conseguir ..."

"... Vocês enfermeiros ajudaram nesta fase do medo ... fiquei aqui com umas coisas amarelas... fiquei assustado ... e vocês explicaram-me o que era"

" Oh ... foi um choque ... magoei-me e tudo ... com os nervos, estava muito nervosa, muito nervosa"

"... Depois fui com calma... depois é que fui ver que o que é que eu fazia em cima na caneta, quando rodava aquilo fazia um barulhinho para vir para o normal ... pois então afinal entrou"

"... Não achei difícil a maneira de picar ... foi mais o receio de não conseguir ..."

"... Não interfere com nada na minha vida ... é mais um medicamento que tenho que dar à noite"

"...isto não interfere nada com a minha vida, faço à noite, mas se fizesse a outra hora era igual..."

16 <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-3535586>



05 Conclusão

Teleconsulta de Enfermagem - Conjunto de benefícios

- Mais fácil acessibilidade das Pessoas Idosas aos profissionais de saúde (enfermeiros)
- Redução das deslocações da pessoa Pessoa Idosa à USF, influenciando nos gastos económicos
- Melhor gestão de tempo, permitindo uma programação mais rigorosa por parte do enfermeiro
- Maior facilidade em comunicar com o enfermeiro e vice-versa (permite o esclarecimento de dúvidas com maior brevidade e proximidade)
- Flexibilidade de horários
- Permite reforçar a educação para a saúde de forma mais incisiva
- Oportunidade para as pessoas expressarem as preocupações, avaliação de conhecimento, transmissão de informações e apoio,
- Transmite uma sensação de segurança à Pessoa Idosa

O tempo dedicado à comunicação por telefone constitui-se como um momento de cuidado, requerendo competências comunicacionais, interpessoais, de aconselhamento e educação e domínio da tecnologia (Nova Scotia College of Nursing, 2021).

16 <https://www.baytoday.ca/local-news/human-rights-inquiry-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-3535586>



06 Referências Bibliográficas

- Agency for Health Care Research and Quality (2021). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html>
- Almeida, V., Coelho, I., Martins, P., Guarda, L. (2021). Saúde Digital em tempos de pandemia. Associação Portuguesa para Promoção da Saúde Pública. Disponível em: http://www.appsp.org/site/assets/files/1223/2021_relatorio_saude_digital_em_tempos_de_pandemia_-_portugal_-_appsp.pdf
- Cacciamani, G.E., Shah, M., Yip, W., Abreu, A., Park, D., & Fuchs, G. (2020). Impact of Covid-19 on the urology service in United States: perspectives and strategies to face a Pandemic. *International Brazilian Journal of Urology*, 46(1), 207-214. Epub July 27, 2020. Doi:10.1590/s1677-5538.1bju.2020.s126
- Gomes, I. (2021). Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People. In *International Workshop on Gerontechnology*. Conference paper.
- Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa Idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas
- Nova Scotia College of Nursing. (2021). Practice guidelines for Nurses – telenursing. Disponível em: <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Telenursing.pdf>
- Oliveira, A & Moniz, S (2021). Consulta Telefónica de Enfermagem à Pessoa Idosa diabética: Uma intervenção em Parceria (Manual de Procedimento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2021a). Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021. Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_oe_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- SRC - OE. (2021). Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem. 1–26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

in: <https://www.baypress.ca/local-news/human-rights-advocacy-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-353508>



Muito Obrigada pela participação.

Olinda Leite

Email: Olinda.leite@chlc.min-saude.pt

Contacto: 966295005

in: <https://www.baypress.ca/local-news/human-rights-advocacy-long-overdue-regarding-the-elderly-and-health-care-advocates-353508>



PROFESSOR: ANTONIO

Apêndice X – Documentos de apoio à formação realizada na USF

Material de Apoio

Consulta de Enfermagem
Presencial e acompanhamento
por Teleconsulta à Pessoa Idosa
com Diabetes para a Promoção do
Cuidado-de-Si

Orientadores: Enfermeiro Especialista Sérgio Jorge
 Prof. Dr.ª Idalina Gomes

Estudante: Enfermeira Olinda Leite

Apresentação de um Estudo de Caso Múltiplo Modelo de Parceria

INTRODUÇÃO

Consulta de Enfermagem
Presencial e acompanhamento
por Teleconsulta à Pessoa Idosa
com Diabetes para a Promoção do
Cuidado-de-Si

Apresentação de um Estudo de Caso Múltiplo Modelo de Parceria

A prestação de cuidados de enfermagem através das tecnologias de informação e telecomunicações permite obter e fornecer ao utente informações específicas sobre a sua doença, educação para a saúde e aconselhamento, promovendo o Cuidado-de-Si próprio ou do Outro.

Nas patologia crónicas, como é o caso da Diabetes Mellitus, quando o enfermeiro já conhece o utente após várias consultas presenciais, este pode convidar o mesmo a manter uma iteração através da Teleconsulta. Esta permite interações mais frequentes, um acompanhamento mais efetivo da doença, o esclarecimento mais atempado de dúvidas e a vigilância mais frequente da adesão ao regime terapêutico, minimizando assim os riscos.

2

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

- Rever os princípios orientadores da Teleconsulta de Enfermagem: Relação terapêutica enfermeiro-utente; Prestação e registo de cuidados; Funções e responsabilidades; Consentimento, privacidade e confidencialidade; Considerações éticas e legais; Competências.
- Apresentar o estudo de caso múltiplo vivenciado na USFO, segundo o Modelo de Parceria.

PROGRAMA

- Contextualização
- Revisão dos princípios orientadores da Teleconsulta de Enfermagem
 - Relação terapêutica
 - Prestação e registo de cuidados de enfermagem
 - Funções e responsabilidades
 - Consentimento, privacidade e confidencialidade
 - Considerações éticas e legais
- Apresentação de estudo caso múltiplo vivenciado na USF
- Conclusão
- Referências bibliográficas
- Esclarecimento de dúvidas/Sugestões de melhoria
- Avaliação da ação de formação/formadora (Google forms)

3

MATERIAL DE APOIO

SRC - OE. (2021). Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/
Telenfermagem. 1-26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Consultas de
Enfermagem à distância
TELENFERMAGEM

Guia de Recomendações

Introdução

Este documento tem como objectivo principal elencar um conjunto de princípios e recomendações que a Secção Regional do Centro (SRC) da Ordem dos Enfermeiros (OE), em conjunto com associações de enfermeiros e de utentes, e com outros stakeholders na área, entende que devem ser consideradas para promover o desenvolvimento e uniformização das consultas de enfermagem à distância.

A necessidade de elaboração deste guia considera-se particularmente premente na sequência do aumento significativo desta tipologia de cuidados durante a Pandemia pelo COVID-19 no sentido de mitigar o impacto causado na população portuguesa que requer cuidados de enfermagem. Pese embora este projecto se tenha iniciado a pensar, sobretudo, na teleconsulta, o grupo entendeu oportuno pronunciar-se também sobre a Telenfermagem, um conceito mais abrangente.

Iráo ser apresentados os princípios e as recomendações consensualizadas pelo grupo de trabalho, com os respectivos níveis de concordância, tendo-se seguido o Método de Delphi modificado para a sua elaboração.

4

SRC - OE. (2021). Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/ Telenfermagem. 1-26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendacoes-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM

Guia de Recomendações

Princípios

- O uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na saúde têm o potencial para A melhorar o acesso e otimizar o atendimento e a proximidade dos utentes aos cuidados de enfermagem.
- O uso das TIC na saúde deve cumprir os padrões de qualidade da prática de enfermagem, baseando-se nas características e necessidades do utente, na melhor evidência científica disponível e nas competências do profissional, tendo por base os normativos legais e as referências deontológicas vigentes na Enfermagem em Portugal.
- O uso das TIC na saúde deve salvaguardar sempre a segurança das informações, assegurando a privacidade e a confidencialidade.
- A utilização das TIC em saúde permite a interação à distância do enfermeiro com o utente/grupo/cuidador, bem como a consulta entre profissionais de saúde.

Recomendações

- As instituições dos diferentes níveis e contextos de cuidados de saúde devem garantir a 1 utilização das TIC em saúde pelos enfermeiros, assegurando o acesso a equipamentos adequados e a formação para a sua utilização.
- Cada contexto de prestação de cuidados deve possuir um procedimento onde constem os 2 critérios e normas para a realização da telenfermagem.
- As instituições de saúde devem estabelecer parcerias com outras entidades, a fim de 3 melhorar e equidade no acesso aos serviços prestados à distância e promover a literacia digital em saúde.
- O enfermeiro deve informar o utente, em contacto prévio, do objectivo e do modo de 4 funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação vigente.
- O enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as 5 ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em telenfermagem.

SRC - OE. (2021). Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/ Telenfermagem. 1-26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendacoes-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM

Guia de Recomendações

Recomendações

- R6** Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo utente, de forma telemática, não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado
- R7** Todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição
- R8** Após a consulta de telenfermagem deve ser enviado o plano terapêutico para o utente ou pessoa por si designada, utilizando o meio previamente acordado
- R9** Ao usar as TIC na saúde, o enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o utente e recriar o ambiente propício para a sua concretização

SRC - OE. (2021). Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/ Telenfermagem. 1-26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendacoes-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM

Guia de Recomendações

Recomendações

- 6 Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo utente, de forma telemática, não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado.
- 7 Todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição.
- 8 Após a consulta de telenfermagem deve ser enviado o plano terapêutico para o utente ou pessoa por si designada, utilizando o meio previamente acordado.
- 9 Ao usar as TIC na saúde, o enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o utente e recriar o ambiente propício para a sua concretização.
- 10 O modelo de financiamento e de organização da telenfermagem deve ser continuamente avaliado com vista a permitir maior integração, segurança e efectividade dos cuidados de enfermagem nas instituições de saúde.

R4 O enfermeiro deve informar o utente, em contacto prévio, do objectivo e do modo de funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação vigente

R5 O enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em telenfermagem

Oliveira, A & Moniz, S (2021). "Guia Consulta Telefónica de Enfermagem à Pessoa Idosa Diabética".

CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA
(toda a consulta de enfermagem pressupõe um agendamento prévio)

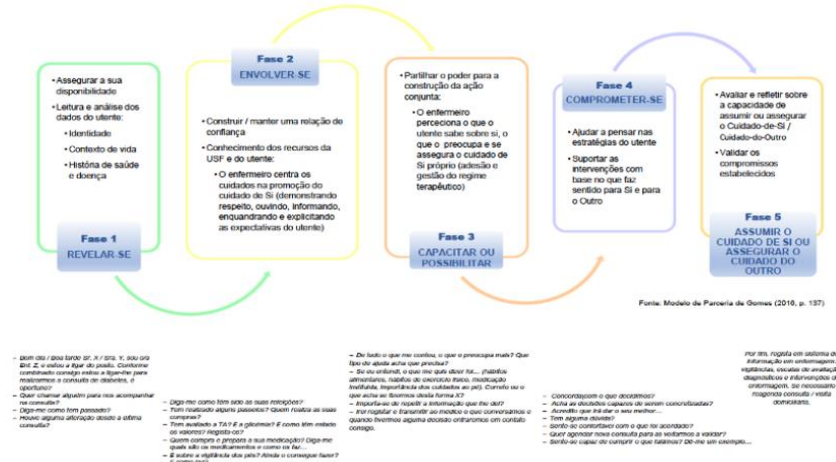
Atividade	Objetivo	Conteúdo
Atividade 1: Preparação	Preparar o ambiente (local, privado, confortável)	- Atender a sua disponibilidade - Preparar o ambiente (local privado, confortável)
Atividade 2: Avaliação	Realizar a avaliação do utente	- Leitura e análise dos dados do utente no Sistema de Informação em Enfermagem: O que se sabe sobre o utente? (idade, sexo, estado civil, etc.) - Realizar a avaliação do utente - Realizar a avaliação do utente - Realizar a avaliação do utente
Atividade 3: Intervenção	Realizar a intervenção de enfermagem	- Realizar a intervenção de enfermagem - Realizar a intervenção de enfermagem - Realizar a intervenção de enfermagem - Realizar a intervenção de enfermagem
Atividade 4: Encerramento	Encerrar a consulta	- Encerrar a consulta - Encerrar a consulta - Encerrar a consulta - Encerrar a consulta

Promova um local calmo, bem iluminado e onde não seja interrompido(a)

A consulta decorrerá nos mesmos moldes da consulta presencial, mantendo a privacidade e confidencialidade

Decida em parceria se a próxima consulta é uma teleconsulta ou uma consulta presencial

CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA



9

Checklist de Validação Adesão ao Regime Terapêutico na Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo2 e Cuidadores Informais - Modelo de Parceria de Gomes

Checklist de validação das intervenções de enfermagem na Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo2 e Cuidadores Informais			
Capacitar ou Possibilitar: O enfermeiro controla uma ação conjunta e negociada na construção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador, permitindo que estes possam agir e decidir de forma esclarecida. Promove a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador.	HbA1c	Valores analíticos da Pessoa Idosa de acordo com os objetivos da Pessoa Idosa (HbA1c < 7,0%)	Último valor HbA1c dentro do objetivo traçado para Pessoa Idosa Último valor HbA1c fora do objetivo traçado
			Controlo analítico de 6 em 6 meses Reavaliação de 6 em 6 meses
	Regime alimentar	Adesão ao regime alimentar • Não apresenta dificuldades em gerir o regime alimentar • Mantém peso corporal	Reavaliação de 6 em 6 meses
	Atividade física	Realiza atividade física durante tempo >= 30 minutos • Realiza atividade física durante tempo >= 30 minutos • Não realiza atividade física • Não tem motivação	Reavaliação de 6 em 6 meses Teleconsulta dentro de 1 mês Marcar consulta presencial
Assumir o controle de si ou assegurar o cuidado do outro: O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.			

Fonte: Baseado em "Guia prática sobre o seguimento de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 em consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC". <https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes (2021)

Checklist de Validação Adesão ao Regime Terapêutico na Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo2 e Cuidadores Informais - Modelo de Parceria de Gomes

Capacitar ou Possibilitar:	Tratamento com antidiabéticos orais		Tratamento com antidiabéticos injetáveis		Tratamento com Insulina Basal/Rápida		
	Avaliação da adesão terapêutica		Avaliação da adesão terapêutica		Avaliação da adesão terapêutica		
O enfermeiro controla uma ação conjunta e negociada na construção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador, permitindo que estes possam agir e decidir de forma esclarecida. Promove a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador.	Boa adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico	Boa adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico	Insulina Basal	Insulina Rápida	
	• Pode dizer-me quais são os medicamentos que está a tomar para a diabetes? • Digam-me como é que os está a tomar? • Alguma vez se esqueceu de tomar ou deixou de tomar os seus medicamentos na última semana?	• Quantas vezes por semana é que faz o medicamento? • Alguma vez se esqueceu ou deixou de tomar? Porquê? • Quem prepara e administra o medicamento? • Consegue preparar o medicamento? Como é que faz? • Onde é que administra o medicamento? Como faz? • Sente dificuldade em se picar? Porquê?	• Quantas vezes por semana é que faz o medicamento? • Alguma vez se esqueceu ou deixou de tomar? Porquê? • Quem prepara e administra o medicamento? • Consegue preparar o medicamento? Como é que faz? • Onde é que administra o medicamento? Como faz? • Sente dificuldade em se picar? Porquê?	• Quantas unidades administra por semana? • Alguma vez se esqueceu ou deixou de tomar? Porquê? • Quem prepara e administra o medicamento? • Consegue preparar o medicamento? Como é que faz? • Onde é que administra o medicamento? Como faz? • Sente dificuldade em se picar? Porquê?	• Quantas unidades administra por dia? Administra segundo esquema prescrito? • Quem prepara e administra? • Onde guarda a insulina? • Troca as agulhas após a administração?	• Quantas unidades administra por dia? Administra segundo esquema prescrito? • Quem prepara e administra? • Onde guarda a insulina? • Troca as agulhas após a administração?	
	Próxima questão	Próxima questão	Próxima questão	Próxima questão	Técnica de administração	Técnica de administração	
	• Qual foi a razão do esquecimento ou não toma da medicação? • Acha que os medicamentos lhe fazem mal? • O que sente quando a toma?	• Qual foi a razão do esquecimento ou não toma da medicação? • Acha que os medicamentos lhe fazem mal? • O que sente quando a toma?	• Qual foi a razão do esquecimento ou não toma da medicação? • Acha que os medicamentos lhe fazem mal? • O que sente quando a toma?	• Qual foi a razão do esquecimento ou não toma da medicação? • Acha que os medicamentos lhe fazem mal? • O que sente quando a toma?	• Em que local administra? Como faz? • Sente alguma alteração nos locais de administração? (dor, calor, inchaço, equimoses).	• Em que local administra? Como faz? • Sente alguma alteração nos locais de administração? (dor, calor, inchaço, equimoses).	
O enfermeiro, a Pessoa Idosa/Família/Cuidador concorda esforços de forma a atingir os objetivos anteriormente delineados, procurando soluções criativas, que permitam as respostas a necessidades concretas de acordo com o plano de cuidados.	Próxima questão	Próxima questão	Próxima questão	Próxima questão	Próxima questão	Próxima questão	
	• Metformina - Diarreia, Dor abdominal • Sulfonylureas/Rapaglinida - Tonturas, sudores, sensação de fome, outros sintomas sugestivos de hipoglicemia. • IPDP4 (Glipizina) - Reações cutâneas; dores abdominais; • Glaglinazona - Edemas, dores ósseas localizadas; • SAGLIT2 - Distúrbio, polúmia, infeções renais.	• Metformina - Diarreia, Dor abdominal • Sulfonylureas/Rapaglinida - Tonturas, sudores, sensação de fome, outros sintomas sugestivos de hipoglicemia. • IPDP4 (Glipizina) - Reações cutâneas; dores abdominais; • Glaglinazona - Edemas, dores ósseas localizadas; • SAGLIT2 - Distúrbio, polúmia, infeções renais.	• Metformina - Diarreia, Dor abdominal • Sulfonylureas/Rapaglinida - Tonturas, sudores, sensação de fome, outros sintomas sugestivos de hipoglicemia. • IPDP4 (Glipizina) - Reações cutâneas; dores abdominais; • Glaglinazona - Edemas, dores ósseas localizadas; • SAGLIT2 - Distúrbio, polúmia, infeções renais.	• Metformina - Diarreia, Dor abdominal • Sulfonylureas/Rapaglinida - Tonturas, sudores, sensação de fome, outros sintomas sugestivos de hipoglicemia. • IPDP4 (Glipizina) - Reações cutâneas; dores abdominais; • Glaglinazona - Edemas, dores ósseas localizadas; • SAGLIT2 - Distúrbio, polúmia, infeções renais.	• Glicémia jejum > 108 mg/dl • Glicémia pós-prandial > 135 mg/dl	• Glicémia jejum > 108 mg/dl • Glicémia pós-prandial > 135 mg/dl	• Glicémia jejum > 108 mg/dl • Glicémia pós-prandial > 135 mg/dl
	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação	Marcar consulta presencial/Teleconsulta Para reavaliação
	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.
O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.	

Fonte: Baseado em "Guia prática sobre o seguimento de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 em consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC". <https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes (2021)

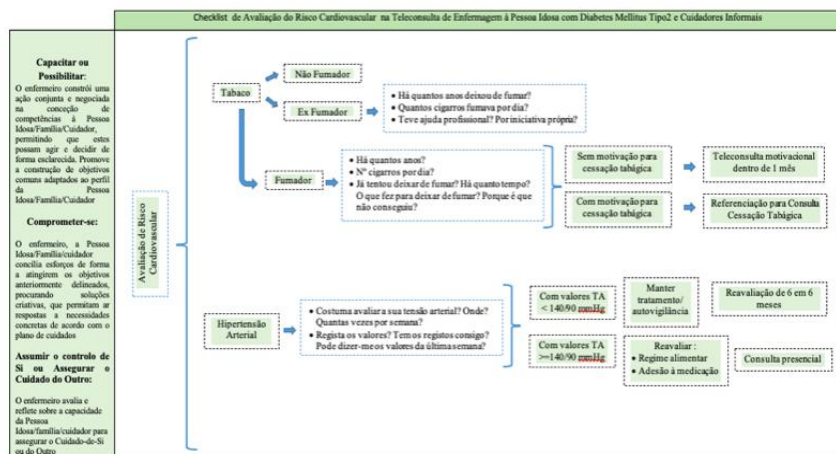
Checklist de Validação Adesão ao Regime Terapêutico na Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo2 e Cuidadores Informais - Modelo de Parceria de Gomes

Checklist de Avaliação do Risco de Ulceração do Pé na Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Diabetes Mellitus Tipo2 e Cuidadores Informais					
Capacitar ou Possibilitar: O enfermeiro controla uma ação conjunta e negociada na construção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador, permitindo que estes possam agir e decidir de forma esclarecida. Promove a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador.	Avaliação de Risco de Ulceração do Pé	Acuidade visual	• Como é que está a sua visão? • Tem sido seguido em consulta de oftalmologia? • Quando é que foi a sua última consulta? • Acha que a sua visão agravou desde a última consulta? • Usa óculos? Acha que vê melhor com estes? • Quando foi a última vez que mudou lentes? (se não - porquê? (condições socioeconómicas deficientes?))	• Sem alterações/com vigilância no último ano • Com alterações/sem vigilância no último ano	➔ Reavaliação de 6 em 6 meses ➔ Marcar consulta presencial
		Calçado/meias	• Que tipo de calçado usa no seu dia-a-dia? • Sente-se confortável quando anda? • Usa meias? Que tipo de meias? De que cor?		
		Marcha	• Tem dificuldade na marcha? • Utiliza algum acessório na marcha? • Desequilibra-se/cai frequentemente?	• Sem alterações	➔ Reavaliação de 6 em 6 meses
		Cuidados aos pés	• Tem por hábito cuidar dos pés? Quando a última vez que cuidou dos pés? • Quem cuida dos seus pés? • Tem alguma sensibilidade nos pés? Como a descreve? • Lava os pés com água morna ou quente? Consegue perceber-se da temperatura da água? Como? • Com que produtos lava os pés? • Como é que enxuga os pés? Enxuga entre os dedos? • Consegue dizer-me como está a pele dos seus pés? (descamar, secos, etc.) • Tem alguma ferida nos pés? Em que local? Qual é o tamanho da ferida? • As unhas são muito grossas e difíceis de cortar? • Corta as unhas sozinho? Se não quer a cortar? Com o quê? • Costuma colocar creme nos pés? Qual? Também coloca entre os dedos?	• Com alterações	➔ Marcar consulta presencial
		Assumir o controle de si ou assegurar o cuidado do Outro: O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/Família/Cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro.			

Fonte: Baseado em "Guia prática sobre o seguimento de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 em consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC". <https://diabetesmellitusgroup.wordpress.com/2021/01/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes (2021)

Checklist de apoio ao "Guia da Consulta Telefônica de Enfermagem à Pessoa Idosa Diabética" - Elaborada por Olinda Leite (2021)

Checklist de Validação Adesão ao Regime Terapêutico na Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Portadora de Diabetes Mellitus Tipo2 e Cuidadores Informais - Modelo de Parceria de Gomes



Fonte: Baseado em "Guia prática sobre o seguimento de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 em consulta telemática, diseñado por el Grupo de Trabajo de SemFYC".
<https://diabetismellitusurp.wordpress.com/2021/03/04/checklist-para-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-en-consulta-telematica/>; Modelo de Parceria Gomes (2021)

Plano Terapêutico - Elaborado por Olinda Leite (2021)

Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa Com Diabetes e Cuidadores Informais para promoção Cuidado-de-Si

Plano Terapêutico/Plano Cuidados

Nome do utente: _____

Data da próxima: ☐ Consulta Presencial ☐ Teleconsulta:

Hora: _____

Avaliar e registar a glicemia capilar	Ter a medicação
Atenção	Outros
Vigiar dos pés	
Atividade Física	
Vigiar e registar a tensão arterial	
Administração de insulina	

Plano de intervenção/Validação das orientações e responsabilidades assumidas
O que constitui com o enfermeiro fazer até à próxima consulta

Caso surjam questões contactar através:

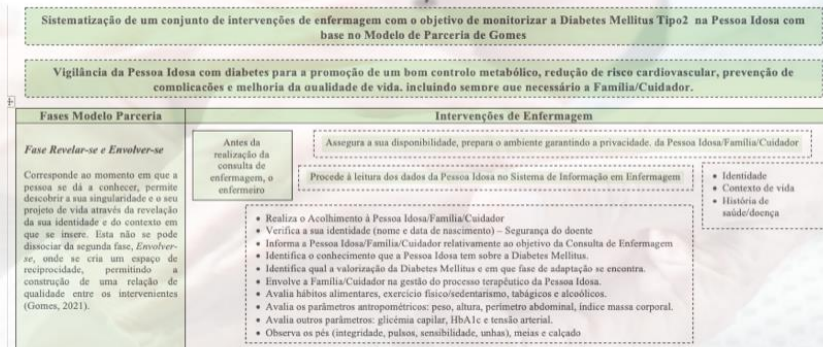
Mobilidade: _____ Telefone: _____

(Nome legível Enfermeiro de Família) Data: ____/____/____

SRC - OE. (2021). Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem. 1-26. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Tal como nas consultas presenciais, também nas consultas à distância deve ser facultado ao utente uma síntese escrita do plano terapêutico individualizado, bem como panfletos existentes sobre os focos de atenção abordados, na medida em que a informação oral transmitida durante a consulta facilmente é esquecida ou mal-interpretada. Utilizando meios digitais, é ainda mais fácil partilhar websites de interesse (nomeadamente de associações de utentes), bem como vídeos ou outros materiais que facilitem e complementem o que foi transmitido e debatido na consulta. Esta informação pode ser partilhada por correio eletrónico, correio postal, ou outras formas disponíveis.

Consulta de Enfermagem Presencial à Pessoa Idosa com Diabetes e Cuidadores Informais - Modelo de Intervenção de Parceria Gomes, 2021 - Elaborado por Olinda Leite (2021)



Consulta de Enfermagem Presencial à Pessoa Idosa com Diabetes e Cuidadores Informais - Modelo de Intervenção de Parceria Gomes, 2021 - Elaborado por Olinda Leite (2021)

Fase Capacitar ou Possibilitar

Representa uma ação conjunta e negociada na construção de competências à Pessoa Idosa/Família/Cuidador que lhe permita agir e decidir de forma esclarecida, respeitando sempre a partilha de significados das mesmas da experiência vivenciada e das competências já adquiridas. Esta intervenção deverá promover a construção de objetivos comuns adaptados ao perfil da Pessoa Idosa/Família/Cuidador (Gomes, 2021).

- Perceciona o que a Pessoa Idosa sabe sobre si, a Diabetes Mellitus e o que o preocupa.
- Valida se a Pessoa Idosa consegue assegurar o Cuidado de Si própria.
- Valida a sua adesão ao regime terapêutico
- Planeia e executa educação para a saúde com vista a alteração de comportamentos com base no contexto de vida, expectativas, experiências pessoais, história de saúde/doença e avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, incluindo sempre que necessário a Família/Cuidador, nomeadamente:
 - Hábitos alimentares, atividade física de acordo com as particularidades da Pessoa Idosa.
 - Autovigilância dos pés (Higiene, unhas, integridade cutâneas).
 - Sinais de alerta de hipoglicemia/hiperglicemia.
- Assegura uma boa compreensão da Pessoa Idosa/Família/Cuidador de como fazer a medicação e a importância do cumprimento do esquema terapêutico instituído.
- Valida a informação transmitida.
- Esclarece dúvidas.
- Possibilita a articulação entre a equipa multidisciplinar da USF de acordo com as necessidades da Pessoa Idosa/Família/Cuidador.

Comprometer-se

A Pessoa Idosa/Família/Cuidador e o enfermeiro conciliam esforços de forma a atingirem os objetivos anteriormente delineados para o controle e desenvolvimento do projeto de vida e saúde. Desta forma, terá de existir um acompanhamento e comprometimento do enfermeiro pela Pessoa Idosa/Família/Cuidador promovendo a sua trajetória de vida. Para que isto se concretize é necessário procurar soluções criativas, que permitam dar resposta a necessidades concretas no contexto de vida dos mesmos.

- Colabora com a Pessoa Idosa/Família/Cuidador na promoção de estratégias, apoiando a sua tomada de decisão suportado no que faz sentido para Si e/ou para o Outro.
- Valida os compromissos estipulados pela Pessoa Idosa/Família/Cuidador.

Consulta de Enfermagem Presencial à Pessoa Idosa com Diabetes e Cuidadores Informais - Modelo de Intervenção de Parceria
Gomes, 2021 - Elaborado por Olinda Leite (2021)

*Assumir o controlo de Si ou
Assegurar o Cuidado do Outro*

O enfermeiro avalia e reflete sobre a capacidade da Pessoa Idosa/família/cuidador para assegurar o Cuidado-de-Si ou do Outro

- Avalia se a Pessoa Idosa/Família/Cuidador possui informação clara e precisa que lhe permita a tomada de decisão.
- Avalia as ações adotadas.
- Valida que a Pessoa Idosa/Família/Cuidador está apto para decidir, gerir e resolver complicações da Diabetes Mellitus.
- Valida as orientações e responsabilidades assumidas pela Pessoa Idosa/Família/Cuidador.
- Esclarece dúvidas e assegura a adesão da Pessoa Idosa/Família/Cuidador.
- Avalia a necessidade de uma consulta subsequente e dá a conhecer a importância da realização de uma teleconsulta de enfermagem como estratégia de acompanhamento principalmente em tempos de pandemia.
- Entrega "Contrato de Saúde" de forma a reforçar as responsabilidades assumidas até aproxima consulta.
- Mostra disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida ou alteração que surja, podendo contactar a USF via telefone ou mail.
- Regista o que deve ser avaliado na teleconsulta de enfermagem ou médica.

BIBLIOGRAFIA

Gomes, I. (2021). Partnership of Care in Promotion of the Care-of-the-self: An Implementation Guide with Elderly People. In International Workshop on Gerontechnology. Conference paper.

Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa Idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas

Oliveira, A & Moniz, S (2021). *Consulta Telefónica de Enfermagem à Pessoa Idosa diabética: Uma intervenção em Parceria* (Manual de Procedimento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer Do Conselho De Enfermagem N.º 53/2021*. 1–11. Acedido a 02/06/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

SRC - OE. (2021). *Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem*. 1–26. Acedido a 02/06/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf

Apêndice XI – Plano de Sessão

Formação USF – Plano de Sessão

Tema: Consulta de Enfermagem Presencial e acompanhamento por Teleconsulta à Pessoa Idosa com Diabetes para promoção do Cuidado-de-Si

Local: Sala de Formação USF	Data: 25/02/2022	Horas: 13:30 h
------------------------------------	-------------------------	-----------------------

Objetivo geral:

- Rever os princípios orientadores da teleconsulta de enfermagem e apresentar através de um estudo de caso múltiplo o seu benefício na autogestão do regime medicamentoso na pessoa idosa com diabetes

Objetivos específicos:

- Rever os princípios da teleconsulta de enfermagem: relação terapêutica; prestação e registo de cuidados; funções e responsabilidades; consentimento, privacidade e confidencialidade; considerações éticas e legais; competências.
- Apresentar o estudo de caso múltiplo vivenciado na USF

<i>Conteúdo Programático</i>	<i>Métodos e Técnicas</i>	<i>Recursos Didáticos</i>	<i>Tempo</i>	<i>Formador</i>
Objetivos Contextualização: • <i>Teleatende</i> • <i>Teleconsulta</i> • <i>Telemonitorização</i>	• Expositivo • Interrogativo	• Computador • Projetor multimédia • Material de Apoio	5 min	Estudante: Enfermeira Olinda Leite
Revisão dos princípios orientadores da Teleconsulta de Enfermagem • <i>Relação terapêutica</i> • <i>Prestação e registo de cuidados de enfermagem</i> • <i>Consentimento, privacidade e confidencialidade</i> • <i>Funções e responsabilidades</i> • <i>Considerações éticas e legais</i>			10 min	
Apresentação de estudo caso múltiplo vivenciado na USF Conclusão			10 min	
Referências bibliográficas Esclarecimento de dúvidas/Sugestões de melhoria Avaliação da ação de formação/formadora			5 min	

Apêndice XII – Folha de presenças

Formação USF – Sumário e Presenças

Tema: Consulta de enfermagem presencial e acompanhamento por teleconsulta à Pessoa Idosa com diabetes para Promoção do Cuidado-de-Si

Data 25/02/2022

Hora: 13:30 horas

Duração: 30 minutos

SUMÁRIO: Contextualização da temática; Revisão dos princípios orientadores da teleconsulta de enfermagem; Apresentação de estudo de caso múltiplo vivenciado na USF;

Formador: Estudante Olinda Leite

NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE

Apêndice XIII – Grelha de avaliação

Formação USF – Plano de Sessão

Tema: Consulta de Enfermagem Presencial e acompanhamento por Teleconsulta à Pessoa Idosa com Diabetes para promoção do Cuidado-de-Si

Local: Sala de Formação USF

Data: 25/02/2022

Horas: 13:30 h

Duração da ação de formação: 30 minutos. **Formadora:** Estudante Enfermeira Olinda Leite

Terminada a apresentação desta sessão de formação, solicitamos agora a sua colaboração para avaliar este momento.

Coloque uma cruz (x) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem

Apreciação Global	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Os objetivos da formação foram atingidos				
Para a sua atividade profissional a formação foi útil				
Favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos				
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes				
O material de apoio disponibilizado ajudou/facilitou a compreensão sobre a temática				
A duração da formação foi adequada				

Para o seu preenchimento assinale o número que exprime a sua opinião, de acordo com a seguinte |

classificação: 1 - Insuficiente 2 - Satisfatório 3 - Bom 4 - Excelente

Metodologia	Formadora
Domínio dos conteúdos apresentados	
Clareza na transmissão dos conhecimentos	
A Utilização de recursos adequados à formação	
Os Métodos utilizados foram adequados ao conteúdo apresentado	
Como classifica de uma forma geral esta sessão de formação	

Comentários e Sugestões de Melhoria
Obrigada pela sua colaboração.