

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente Pessoa Idosa

"Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa Hospitalizada Submetida a Cirurgia: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para o Cuidado de Si"

Ana Margarida Reis Lopes dos Santos

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Cuidar é mobilizar em alguém tudo o que vive...
todo o seu potencial de vida...”*

Collière (1989)

AGRADECIMENTOS

À Professora Idalina Gomes, professora orientadora deste projeto e relatório, por estar sempre disponível e por transmitir conhecimentos que enriqueceram o meu processo de aprendizagem;

À enfermeira Fernanda Vital, orientadora de local de estágio, por todo o apoio, orientação e palavras de incentivo;

Ao meu marido, pela paciência e compreensão e pela força transmitida nos momentos mais difíceis;

À minha família, pela disponibilidade e apoio incondicional ao longo de toda esta etapa;

Aos meus amigos, por compreenderem as ausências e por darem ânimo para continuar;

Aos meus colegas de equipa pelo seu empenho, em especial à Elodie, pelo seu companheirismo, suporte, reforço positivo e partilha de opiniões;

Às pessoas idosas internadas e suas famílias, pela forma como colaboraram e aderiram a este projeto, e pela sua vontade e determinação em se tornarem verdadeiros parceiros.

A todos, um Muito Obrigado!

RESUMO

O processo de envelhecimento aumenta a probabilidade do aparecimento de doenças crónicas. Muitos problemas de saúde que as pessoas idosas apresentam são tratados cirurgicamente. Estas apresentam um elevado risco de complicações no pós-operatório, devido à vulnerabilidade inerente ao envelhecimento, tendo repercussões na realização das atividades de vida diária (AVD).

Tornou-se, assim, pertinente implementar este projeto, que visou desenvolver intervenções promotoras da funcionalidade das pessoas idosas submetidas a cirurgia. Recorreu-se a uma metodologia de projeto e envolveu-se a equipa de enfermagem e as pessoas idosas internadas. Pretendeu-se desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Foi também objetivo desenvolver competências na equipa de enfermagem relativamente à promoção da funcionalidade da pessoa idosa.

No diagnóstico inicial e monitorização final, realizaram-se registos de observação das práticas e analisaram-se processos de enfermagem. Detetou-se a ausência de uma avaliação objetiva da pessoa idosa e de linhas orientadoras para promover a sua funcionalidade. Como resultado da implementação do projeto, atualmente, os enfermeiros implementam, de forma sistemática, a escala de Barthel, e registam maior número de intervenções promotoras da funcionalidade, conferindo maior visibilidade ao desempenho e à participação da pessoa idosa nos seus cuidados.

A implementação do projeto viabilizou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A aquisição destas competências permitiu uma prática especializada baseada na evidência e um cuidado centrado na pessoa idosa, suportado pelo modelo de parceria, permitindo a promoção do cuidado de Si.

Palavras-chave: pessoas idosas; funcionalidade; cirurgia; enfermagem; parceria; cuidado de Si.

ABSTRACT

The aging process increases the probability of the onset of chronic diseases. Many elderly health problems are treated surgically. A high risk of postoperative complications is associated to the elderly people, since there is vulnerability associated to the aging process, and might have consequences in the performance of activities of daily life (ADL's).

Therefore, the implementation of this project became relevant, aiming to develop interventions which promote functionality of older people undergoing surgery. A project methodology was employed involving the whole nursing team and the hospitalized elderly patients. One of the purposes of this project was to develop specialized nursing skills in providing care, in management, training and research. This project also aimed to contribute to the development of nursing team skills, in order to provide the elderly people functionality.

During the initial diagnosis and the final monitoring, clinical practice observations were recorded and the nursing processes were analyzed. It was found an absence of an objective assessment of the hospitalized elderly patients and of guidelines to promote their functionality. As a result, the nursing team is currently implementing, systematically, the Barthel scale, and recording a larger number of interventions that promote functionality, giving greater visibility to the elderly people performance and participation on their own care.

The implementation of the project was an opportunity to develop specialized nursing skills in different domains: professional, ethical and legal responsibility, quality improvement, care management and development of professional learning process. These competences allowed a specialized evidence based practice and a patient-centred care, based on the partnership model, promoting the self care.

Keywords: elderly; functionality; surgery; nursing; partnership; self care.

LISTA DE SIGLAS

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA: American Psychological Association

AVD: Atividades de Vida Diária

CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS: Direção Geral de Saúde

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE: Instituto Nacional de Estatística

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCPC: Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos

UR: Unidade de Registo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	13
2. QUADRO DE REFERÊNCIA.....	16
2.1. A promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia	16
2.2. A transição da pessoa idosa submetida a cirurgia, em contexto hospitalar. A parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.....	21
3. METODOLOGIA / DESENHO DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	25
3.1. Questões éticas.....	25
3.2. Planeamento.....	26
4. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES, AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS	28
4.1. Identificar as respostas dos cuidados de saúde primários na resolução dos problemas e dificuldades com que a pessoa idosa submetida a cirurgia se depara no período após a alta hospitalar, a nível da realização das AVD.	28
4.2. Diagnosticar as necessidades de formação em termos do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada.....	31
4.3. Investigar a problemática do declínio da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia.....	33
4.4. Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada	36

4.5. Analisar os registos de enfermagem e observar as práticas de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia, no âmbito da promoção da sua funcionalidade.....	38
4.6. Gerir a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria que proporcionem a melhoria do estado funcional da pessoa idosa submetida a cirurgia.....	42
4.7. Definir estratégias com a equipa de enfermagem para implementar intervenções de promoção da funcionalidade em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia, assegurando o cuidado de Si.	45
4.8. Identificar alterações na equipa de enfermagem, com a implementação do projeto	47
4.9. Conhecer os contributos para a pessoa idosa hospitalizada da implementação das intervenções em parceria, na promoção do cuidado de Si	55
 5. CONCLUSÃO.....	 57
 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 60

APÊNDICES

APÊNDICE I: GRELHA DE ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

APÊNDICE II: CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE III: FASES DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA

APÊNDICE IV: ANÁLISE SWOT

APÊNDICE V: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

APÊNDICE VI: REGISTO DE INTERAÇÃO E ESTUDO DE CASO – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

APÊNDICE VII: REVISÃO DA LITERATURA

APÊNDICE VIII: GUIÃO DE ENTREVISTA INFORMAL AOS ENFERMEIROS

APÊNDICE IX: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ENFERMEIROS

APÊNDICE X: ESTUDO DE CASO - HOSPITAL

APÊNDICE XI: ANÁLISE INICIAL DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

APÊNDICE XII: REGISTO DE INTERAÇÃO INICIAL

APÊNDICE XIII: SESSÃO DE FORMAÇÃO

APÊNDICE XIV: MANUAL DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA FUNCIONALIDADE EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA SUBMETIDA A CIRURGIA

APÊNDICE XV: GUIA ORIENTADOR DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE À PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA E FAMÍLIA/CUIDADOR, PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA NO DOMICÍLIO

APÊNDICE XVI: REGISTO DE INTERAÇÃO FINAL

APÊNDICE XVII: GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA ESCALA DE BARTHEL

APÊNDICE XVIII: GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS SUBMETIDAS A CIRURGIA

APÊNDICE XIX: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS ÀS PESSOAS IDOSAS SUBMETIDAS A CIRURGIA SOBRE OS CONTRIBUTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM PARCERIA, NA PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI.

ANEXOS

ANEXO I: ÍNDICE DE BARTHEL

ANEXO II: ESCALA DE BARTHEL SEGUNDO A CIPE

ANEXO III: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL

ANEXO IV: ESCALAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA – ESTUDOS DE CASO

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Identidade da pessoa idosa hospitalizada (inicial vs final)	49
Gráfico 2: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Situação Sociofamiliar (inicial vs final).....	50
Gráfico 3: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Contexto da doença (inicial vs final)	50
Gráfico 4: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Rede de apoio (inicial vs final).....	50
Gráfico 5: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Recursos materiais (inicial vs final)	50
Gráfico 7: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 2ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)	52
Gráfico 8: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 3ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)	53
Gráfico 9: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 4ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)	54
Gráfico 10: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 5ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)	54

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” inserida no 3º semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESEL), foi proposta a elaboração de um Relatório de Estágio que visou descrever as atividades desenvolvidas no âmbito da implementação de um projeto de estágio e refletir sobre os seus resultados. Este estágio teve como objetivo desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e competências de Mestre, de acordo com o Artigo 2º do Regulamento dos Mestrados da ESEL (2013), que permitam uma prática baseada na evidência, ao nível da prestação de cuidados, investigação, formação e gestão.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013), a população idosa corresponde a 19% do total da população residente, o que contribui, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2004) para o aumento da procura de cuidados de saúde e internamentos recorrentes. A literatura indica que a hospitalização contribui para o declínio da funcionalidade na pessoa idosa (Covinsky et al., 2003).

De acordo com Meleis (2012), quando a pessoa idosa é submetida a cirurgia, passa por uma transição saúde/doença. Este desequilíbrio afeta a sua funcionalidade e a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) (Doerflinger, 2009; Bashaw & Scott, 2012). Collière (1989) definiu funcionalidade como “a capacidade que uma pessoa (...) tem, ou não tem, de “funcionar” isto é, de agir, por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida” (p.300). Os enfermeiros podem dar respostas adequadas às necessidades da pessoa idosa se estabelecerem com ela uma parceria, que assente na construção de uma ação conjunta, com o objetivo de a capacitar para assumir o cuidado de Si ou a família para assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013).

Perante a tendência crescente da população idosa, é fulcral a formação de enfermeiros especialistas nesta área. As competências específicas de enfermeiro especialista, à medida que vão sendo construídas, permitem alcançar o nível de

perito (Benner, 2001). Considero que, antes da implementação do projeto, me situava no nível proficiente, em que a experiência que tinha no cuidado à pessoa idosa submetida a cirurgia permitia reconhecê-la no seu todo e distinguir os aspetos relacionados com a sua funcionalidade. Este projeto viabilizou a intervenção precoce na resolução dos problemas complexos da pessoa idosa e sua família, capacitando-os na gestão da sua vida e saúde e promoveu a liderança de iniciativas e de projetos que permitem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados a esta população.

Para a implementação deste projeto, foram definidos três objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na área da prestação de cuidados à pessoa idosa, investigação, formação e gestão;
- Desenvolver competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, na implementação de intervenções de enfermagem que promovam a sua funcionalidade após uma cirurgia, usando a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do Serviço no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, na implementação de intervenções de enfermagem que promovam a sua funcionalidade após uma cirurgia, usando a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) preconiza uma prática dirigida “aos projetos de saúde do idoso (...) em todos os contextos de vida” (p.5), pelo que se realizou, também, uma experiência na Comunidade, com o objetivo de identificar as respostas relativas à gestão dos cuidados da pessoa idosa, após a hospitalização.

A elaboração deste trabalho foi baseada na metodologia de projeto, que assenta no diagnóstico de necessidades formativas e na identificação e resolução de um problema verificado num determinado contexto (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010).

O presente relatório é composto por 6 pontos: o primeiro corresponde ao diagnóstico da situação no âmbito dos cuidados de enfermagem, da evidência e do contexto de ação, o segundo diz respeito ao quadro de referência, no terceiro é descrita a metodologia do projeto, o quarto ponto reflete as atividades desenvolvidas por objetivos específicos, no quinto ponto é apresentada a conclusão e, por fim, apresentam-se as referências bibliográficas. Para a elaboração do relatório foram consideradas as normas da American Psychological Association (APA, 2010).

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO / JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

À medida que a idade vai avançando, vão surgindo alterações próprias do envelhecimento que levam ao declínio da funcionalidade, aumentando também o risco dos idosos desenvolverem complicações associadas a uma cirurgia (Westhead, 2007; Doerflinger, 2009; Bashaw & Scott, 2012; Kresevic, 2012).

Segundo Benner (2001, p.103), “já há muito tempo que as enfermeiras sabem o quanto é importante educar o doente tendo em vista a intervenção cirúrgica, e depois a recuperação”. A literatura acrescenta que no período pré-operatório, devem ser desenvolvidas intervenções educativas com a pessoa idosa, que permitam a sua preparação física e psicológica acerca do que é esperado no pós-operatório (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009). A avaliação multidimensional da pessoa idosa que vai ser submetida a cirurgia permite um diagnóstico abrangente das suas condições físicas, psíquicas e sociais e promove a uniformização da linguagem entre os profissionais da saúde (Clayton, 2008; Doerflinger, 2009).

No contexto onde decorreu o estágio constatou-se a inexistência de instrumentos que permitissem efetuar uma avaliação rigorosa da pessoa idosa que é submetida a cirurgia, bem como de linhas de orientação com intervenções em parceria. Com base na minha prática diária e na observação realizada no serviço, verifiquei que os enfermeiros do serviço não estavam conscientes da importância da avaliação objetiva e uniformizada do grau de dependência da pessoa idosa quando dá entrada no serviço para ser operada. O plano de cuidados era formulado de acordo com a observação subjetiva e empírica. Observou-se ainda que no período pós-operatório (momento em que há alteração do grau de dependência do idoso) os enfermeiros desenvolviam intervenções que permitiam restabelecer o grau de dependência prévio, contudo não existiam registos destas intervenções, da recetividade e participação do idoso ou da sua evolução funcional até à alta.

Vários autores defendem que os enfermeiros podem intervir de forma precoce na promoção da funcionalidade das pessoas idosas (Doerflinger, 2009; Bashaw &

Scott, 2012). Constatou-se assim a necessidade de implementar no serviço uma avaliação objetiva do grau de dependência da pessoa idosa, na admissão, pós-cirurgia e alta, para que os enfermeiros conheçam a pessoa e o seu potencial, com o intuito de desenvolver, em parceria, intervenções promotoras do cuidado de Si (Gomes, 2013). Para efetuar o diagnóstico e a avaliação final, foi elaborada uma grelha de análise de processos de enfermagem, baseada nos indicadores das fases do modelo de parceria (Gomes, 2009) (Apêndice I).

Neste sentido, a finalidade deste projeto de estágio consistiu no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista para intervir como perita na promoção da funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, usando a parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si. Dado o curto período de estágio e uma vez que o projeto foi dirigido a pessoas idosas submetidas a cirurgia, cuja demora de internamento é reduzida, optou-se por focalizar a intervenção hospitalar na avaliação das ABVD, já que estas constituem as atividades essenciais de manutenção da independência. Foi realizada uma avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) apenas na comunidade.

De acordo com a finalidade, consideraram-se três objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na área da prestação de cuidados à pessoa idosa, investigação, formação e gestão;
- Desenvolver competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, na implementação de intervenções de enfermagem que promovam a sua funcionalidade após uma cirurgia, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do serviço no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, na implementação de intervenções de enfermagem que promovam a sua funcionalidade após uma cirurgia, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.

O projeto foi implementado num serviço cirúrgico que, segundo dados estatísticos do hospital, presta cuidados maioritariamente a idosos (58,19%). A caracterização da equipa de enfermagem é apresentada em apêndice (Apêndice II). Para efetuar os registos de enfermagem, é utilizado o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), plataforma informática que utiliza a linguagem CIPE (Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem), “um imprescindível instrumento (...) para dar maior uniformização e visibilidade aos cuidados” (OE, 2011, p.3).

Foi escolhida a escala de Barthel (Anexo I) com base na evidência, para avaliar o grau de dependência nas ABVD. Segundo (Araújo et al., 2007), em contexto clínico, a partir das pontuações parciais desta escala, conhecem-se as incapacidades específicas dos doentes, adequando-se os cuidados. O SAPE tem disponível esta escala modificada (Anexo II). Através da intervenção “Monitorizar índice de Barthel”, os enfermeiros podem facilmente identificar o grau de dependência do doente, nas várias ABVD e intervir de acordo com o mesmo. No âmbito deste projeto, pretendeu-se incentivar a equipa a avaliar o grau de dependência das pessoas idosas, através da inclusão da intervenção “Monitorizar índice de Barthel” no seu plano de cuidados.

Pretendeu-se que os enfermeiros refletissem com base no Ciclo de Gibbs acerca da sua prática, para que percebessem em que sentido se poderia melhorar (Gibbs, 1988 citado por Jasper, 2003). A adoção de um estilo de supervisão colaborativo estimulou a reflexão e a partilha de opiniões, baseando-se na negociação de soluções (Alarcão & Tavares, 2003). Antes da implementação do projeto, decorreu um estágio de observação num serviço onde já tinha sido implementado um projeto semelhante (Nascimento, 2013; Antunes, 2013). Este estágio permitiu o diagnóstico das necessidades formativas e a aquisição de conhecimentos acerca da gestão de equipas e da intervenção em parceria.

No estágio efetuado na comunidade, realizou-se a avaliação multidimensional da pessoa idosa e aplicou-se a escala de Lawton para conhecer as necessidades a nível instrumental após a alta, e intervir em parceria de acordo com as mesmas.

O propósito deste projeto foi a obtenção de ganhos em saúde para a pessoa idosa, ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados; da sua participação; da promoção do cuidado de Si e da sua funcionalidade após a cirurgia, permitindo continuar o seu projeto de vida. Também se aspirou obter ganhos na equipa com a implementação de intervenções adequadas às necessidades de cada idoso e a avaliação dos resultados dessas intervenções, garantindo a continuidade de cuidados no regresso a casa. Quanto aos ganhos pessoais, o intuito passou por construir competências de enfermeira especialista no cuidado ao idoso e sua família, no sentido de alcançar o nível de perita, ao nível da investigação, da formação e da gestão (Benner, 2001).

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Neste ponto será apresentada a pesquisa bibliográfica realizada para sustentar o problema de enfermagem identificado e as intervenções a serem desenvolvidas em estágio. Assim, nas secções que se seguem, clarifica-se a relação entre o envelhecimento e os conceitos de funcionalidade e dependência, reflete-se acerca das consequências da hospitalização e de uma cirurgia na funcionalidade e no projeto de vida da pessoa idosa, evidenciando a importância da sua avaliação funcional quando é submetida a cirurgia, e descrevendo as intervenções de enfermagem preconizadas na literatura, para promover a sua funcionalidade.

2.1. A promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), ao longo dos anos, a população idosa tem vindo a aumentar em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. Em Portugal, o índice de envelhecimento entre 2012 e 2060 poderá aumentar de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, fazendo denotar um envelhecimento acelerado da população (INE, 2014).

Os dados estatísticos apontavam para o aumento da probabilidade do aparecimento de doenças crónicas associado ao envelhecimento (OMS, 2005). A doença crónica consiste numa doença de longa duração, permanente, normalmente de progressão lenta e que pode conduzir a uma incapacidade física e/ou cognitiva, a uma dependência e/ou perda de autonomia (Araújo et al., 2007). O agravamento de uma doença crónica pode levar a alterações no metabolismo das pessoas idosas, que se traduzem na perda de independência e autonomia. Apesar de intimamente ligados, os conceitos de independência e autonomia têm significados diferentes. A autonomia diz respeito à capacidade da pessoa para gerir a sua vida e tomar decisões acerca da sua saúde, tendo em conta as suas preferências e expectativas. Já a independência corresponde à capacidade da pessoa realizar sozinha atividades do quotidiano (ABVD e AIVD) (OMS, 2005; Sequeira, 2010). Por outro lado, a

dependência traduz o “estado em que a pessoa está na impossibilidade de satisfazer uma ou várias necessidades sem uma ação supletiva ou já não pode assegurar a totalidade dos atos de vida ou alguns deles” (Collière, 2003, p.377). Para Henderson (1978), o papel do enfermeiro é ajudar a pessoa idosa na execução de atividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação, que ela levaria a cabo sem ajuda, se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários, ajudando-a no restabelecimento da independência o mais rapidamente possível.

As alterações do envelhecimento incluem o declínio da força muscular e da capacidade aeróbia, a redução da água corporal total e da densidade óssea e a fragilidade cutânea. Estas alterações têm repercussões na funcionalidade das pessoas idosas, interferindo com a sua capacidade para realizar as AVD (Sequeira, 2010). Segundo os Censos de 2011, 50% da população idosa em Portugal tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma AVD (INE, 2012).

A OMS (2004) elaborou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que promove uma perspetiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade. Sendo assim, o termo Funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (OMS, 2004). A funcionalidade pode ser avaliada de acordo com a capacidade de realizar ABVD como tomar banho, vestir-se, arranjar-se, transferir-se, ter continência e alimentar-se e também AIVD como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar roupa, ir às compras, cuidar das finanças e tomar medicamentos (Kawasaki & Diogo, 2007). Torna-se essencial que o enfermeiro avalie a funcionalidade da pessoa idosa “em termos de poder, de poder parcialmente, ou de não poder fazer determinada coisa” (Collière, 1989, p.300). Para a mesma autora, “a clarificação (...) das diminuições funcionais é a base (...) para decidir o projeto de cuidados, bem como os tratamentos a pôr em prática” (Collière, 2003, p.380).

O progresso das ciências médicas e desenvolvimento tecnológico tem encaminhado cada vez mais pessoas idosas para tratamento cirúrgico (Bashaw & Scott, 2012). 55% de todas as cirurgias realizadas são realizadas à população idosa (Doerflinger, 2009). No entanto, as pessoas idosas apresentam um risco cirúrgico maior para desenvolver complicações durante e após a cirurgia do que as pessoas

adultas (Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Bashaw & Scott, 2012). Os fatores que contribuem para o elevado risco cirúrgico da pessoa idosa incluem a idade avançada e a diminuição da reserva fisiológica, a existência de “síndromes geriátricas” e a limitada capacidade para manter a homeostase em situações de stress, como é a intervenção cirúrgica (Doerflinger, 2009; Bashaw & Scott, 2012).

As “síndromes geriátricas” têm implicações substanciais na funcionalidade das pessoas idosas. (Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel, 2007) descreveram cinco síndromes geriátricas: úlceras de pressão, incontinência, quedas, declínio da capacidade funcional e delírio, identificando quatro riscos partilhados que são idade avançada, comprometimento cognitivo, comprometimento funcional e mobilidade comprometida. Perante estas especificidades que podem existir na população idosa, é importante perceber as implicações de uma hospitalização e qual o impacto de uma intervenção cirúrgica na sua funcionalidade e no seu projeto de vida.

A hospitalização da pessoa idosa pode trazer consequências devastadoras na sua funcionalidade. As pessoas idosas hospitalizadas, pela sua menor capacidade adaptativa ao ambiente, encontram-se mais suscetíveis a sofrer complicações associadas ao internamento, apresentando um risco acrescido de perda significativa das suas capacidades funcionais (Covinsky et al., 2003; Palleschi et al., 2011).

O declínio da funcionalidade das pessoas idosas submetidas a cirurgia é previsível e leva ao aumento do seu grau de dependência. Além dos medos comuns relativos a um procedimento cirúrgico, estas apresentam um medo acrescido que diz respeito ao facto de ficarem dependentes, sem poderem continuar com o seu projeto de vida e a assumir o controlo do cuidado de Si (Clayton, 2008). A evidência científica indica que um investimento na sua recuperação até ao momento da alta contribui para o restabelecimento da funcionalidade e a independência prévia à cirurgia (Westhead, 2007; Alcock & Chivers, 2012). Os enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa idosa devem estar equipados com competências que lhes permitem intervir de forma a evitar complicações cirúrgicas, produzindo um impacto significativo na melhoria da sua funcionalidade (Westhead, 2007).

O estado funcional da pessoa idosa no pré-operatório influencia a sua recuperação no pós-operatório e a capacidade para realizar as AVD, básicas e instrumentais (Doerflinger, 2009; Alcock & Chivers, 2012). Vários autores afirmam que uma

avaliação multidimensional detalhada das pessoas idosas, efetuada no pré-operatório, previne complicações pós-cirúrgicas ao nível da sua funcionalidade e pode reduzir o risco de morbilidade e mortalidade (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Bashaw & Scott, 2012; Alcock & Chivers, 2012).

A colheita de dados à pessoa idosa deve incluir, além dos antecedentes pessoais e da medicação habitual, as deficiências sensoriais (uso de óculos e próteses auditivas), o estado da pele (risco de lesões e infeção), o estado psicológico (risco de confusão e delírio), o estado nutricional (risco de desnutrição e desidratação), as condições cardiovasculares (risco de trombose venosa profunda) e respiratórias (risco de pneumonia), o grau de mobilidade e a capacidade para realizar AVD (risco de dependência). O enfermeiro deve ainda explorar o ambiente familiar, identificando a competência da família para assegurar o cuidado do Outro no momento da alta hospitalar (Clayton, 2008; Bashaw & Scott, 2012; Gomes, 2013).

No pré-operatório, deve ainda ser feita uma preparação física e psicológica da pessoa idosa sobre aquilo que é esperado durante e após a cirurgia, tendo em conta o seu nível de compreensão e as suas experiências de vida (Westhead, 2007; Clayton, 2008). O enfermeiro deve avaliar as condições visuais e auditivas das pessoas idosas, mantendo os óculos e/ou próteses auditivas sempre acessíveis, de forma a assegurar que as informações transmitidas acerca dos procedimentos pré e pós-operatórios são compreendidas (Clayton, 2008; Bashaw & Scott, 2012).

A avaliação do estado funcional é essencial para se chegar a uma compreensão real da capacidade da pessoa idosa para realizar AVD, bem como à uniformização da linguagem comum entre os profissionais da saúde, e pode ser realizada através da aplicação de instrumentos de avaliação. Estes promovem uma medida objetiva da funcionalidade da pessoa idosa para as ABVD e AIVD no momento em que são aplicados e permitem aos enfermeiros planear e implementar um plano de cuidados individualizado. As AIVD englobam as atividades funcionais mais complexas que “estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.” (Sequeira, 2010, p.53). Na Comunidade, o enfermeiro pode avaliar a capacidade da pessoa idosa para realizar AIVD através da escala de Lawton. Este instrumento inclui oito atividades como cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras,

utilizar o telefone, utilizar o transporte, gerir o dinheiro e a medicação (Sequeira, 2010). Cada item apresenta vários níveis de dependência e a classificação final varia entre 8 (independente) e 30 pontos (dependente total).

Desde a sua primeira publicação, em 1965, por Mahoney e Barthel, o índice de Barthel tem sido amplamente utilizado. Verificou-se um nível ótimo de fidelidade na sua validação para a população portuguesa (Araújo et al., 2007). Em contexto hospitalar, segundo Hartigan (2007), o índice de Barthel, em comparação com o índice de Katz, é a escala mais adequada para avaliar a funcionalidade das pessoas idosas no momento do diagnóstico e como adjuvante no planeamento da alta hospitalar. Pode ser registada por observação direta, através da entrevista, ou pela consulta dos registos. Na versão original a pontuação da escala varia de 0 a 100, desde a máxima dependência para a independência total, respetivamente (Araújo et al., 2007). A versão modificada por Shah, em 1989, tornou o índice de Barthel mais sensível às pequenas mudanças no estado funcional dos doentes, introduzindo um aumento no número de categorias significativas para diferenciar a quantidade e a qualidade da ajuda necessária (Shah, Vanclay & Cooper, 1989).

O enfermeiro deve, portanto, identificar em que grau a funcionalidade da pessoa idosa foi afetada com a cirurgia, comparando a avaliação efetuada no pré-operatório e no pós-operatório (Clayton, 2008). O enfermeiro pode facilitar o restabelecimento do estado funcional prévio através do levantar logo na manhã após a realização da cirurgia (Westhead, 2007). Deve assistir a pessoa idosa no levantar e transferência, repetindo, várias vezes, as instruções sobre as medidas de segurança para prevenir a ocorrência de quedas (Bashaw & Scott, 2012). O medo de cair faz com que o idoso permaneça a maior parte do tempo no leito (Bashaw & Scott, 2012). Cabe ao enfermeiro desmistificar esse medo, dando-lhe suporte emocional e efetuando um reforço positivo do seu desempenho (Clayton, 2008; Bashaw & Scott, 2012).

Promover a autonomia para realizar as AVD deve ser o objetivo primordial dos cuidados de enfermagem, de forma a ajudar a pessoa idosa a restaurar a sua funcionalidade (Krešević, 2012). A deambulação precoce previne a atrofia muscular e a atelectasia, aumentando assim a capacidade para realizar as ABVD (Westhead, 2007). O uso de cateter urinário pode restringir a mobilidade, pelo que deve ser retirado logo que possível (Bashaw & Scott, 2012).

A desnutrição e o aparecimento de úlceras de pressão são também fatores de risco que merecem a atenção do enfermeiro (Bashaw & Scott, 2012). Os cuidados passam por promover uma ingestão hídrica adequada após a cirurgia, de forma a prevenir a desidratação no pós-operatório, bem como por vigiar as características da pele, aliviando as zonas de pressão (Westhead, 2007; Bashaw & Scott, 2012).

Outro dos fatores de risco para o declínio funcional no pós-operatório prende-se com a polimedicação (Westhead, 2007). As pessoas idosas habitualmente já tomam medicação no domicílio. Esta, associada a novas prescrições, pode ter efeitos adversos. O enfermeiro deve ter conhecimentos de farmacologia que lhe permitam identificar precocemente reações adversas potenciais à medicação (Bashaw & Scott, 2012; Kresevic, 2012). Além disso, as pessoas idosas apresentam maior suscetibilidade no pós-operatório para desenvolver delírio e confusão mental (Bashaw & Scott, 2012). Se a confusão mental não for prevenida, pode levar à perda de capacidade funcional. Deve ser providenciado um ambiente tranquilo, sem ruído, falar de forma clara, mantendo o contato visual durante a comunicação, limitando a quantidade de informação transmitida (Clayton, 2008; Bashaw & Scott, 2012).

Torna-se igualmente importante enquadrar o fenómeno da hospitalização/cirurgia na conceção de enfermagem, como uma transição na trajetória de vida da pessoa idosa, e o papel do enfermeiro na promoção da sua funcionalidade, utilizando a parceria na promoção do cuidado de Si e com a família no cuidado do Outro.

2.2. A transição da pessoa idosa submetida a cirurgia, em contexto hospitalar.

A parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.

A pessoa idosa que vai ser submetida a uma cirurgia depara-se com uma dupla transição situacional: o fenómeno da hospitalização, em que o idoso sai do seu ambiente habitual para um desconhecido, e o procedimento cirúrgico em si, que precipita a ocorrência do declínio do seu estado de saúde para doença, nomeadamente da sua funcionalidade (Meleis, 2012).

A adaptação da pessoa idosa ao internamento e à nova condição decorrente da cirurgia, traz mudanças no estado de saúde, expectativas e capacidades, criando um período de desequilíbrio e dependência. Este desequilíbrio pode afetar o seu estado

funcional e manifesta-se por respostas não adaptativas, criando necessidades e incapacidades para cuidar de Si. Os enfermeiros podem ajudar a pessoa idosa a ultrapassar essa transição de uma forma saudável, procurando “maximizar os pontos fortes dos clientes, reais e potenciais, ou contribuir para a restauração do cliente para níveis ótimos de saúde, função, conforto e auto-realização” (Meleis, 2012, p.101). A intervenção de enfermagem pode conduzir a uma recuperação efetiva e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes por parte da pessoa idosa para lidar com a sua condição de saúde e gerir o seu projeto de vida.

Segundo Collière (2003), a competência de enfermagem passa por apreender a forma como se apresenta a incapacidade da pessoa e a partir daí fazer a ligação entre as suas dificuldades e as que coloca aos outros. Desta forma, a intervenção do enfermeiro só é eficaz se for feita em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2007, 2011). A parceria, segundo Gomes (2009, 2013), constitui um processo que promove o cuidado de Si e a construção de uma ação conjunta que envolve a reciprocidade e a partilha de poder e significados da experiência da pessoa, com uma dupla faceta: quando o doente tem capacidade de decisão assume o controlo do cuidado de Si, ou quando o doente não tem capacidade de decisão, o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, que contribui para o cuidado centrado na pessoa idosa e permite que esta possa prosseguir com o seu projeto de vida.

Este processo decorre em cinco fases distintas: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2009). Estas fases estão descritas de forma pormenorizada em apêndice (Apêndice III).

Na primeira fase, “Revelar-se”, o enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, a sua identidade, o seu contexto de vida, a forma como vivencia a situação de doença e cirurgia, o seu potencial de desenvolvimento, a sua funcionalidade (Gomes, 2009).

Na fase “Envolver-se”, o enfermeiro procura encontrar tempo e disponibilidade para a criação de uma relação de confiança com a pessoa idosa. Existe partilha de significados da experiência e informação de forma clara e verdadeira, em que o enfermeiro tenta conhecer a capacidade da pessoa idosa para desenvolver a sua autonomia, nomeadamente o que pode fazer sozinha, o que pode fazer com ajuda e o que não pode fazer, tendo em conta o seu grau de dependência (Gomes, 2013).

Na fase “Capacitar/Possibilitar”, o enfermeiro procura uma ação conjunta com a pessoa idosa, visando o desenvolvimento e mobilização de competências para decidir e agir, no sentido do restabelecimento da sua independência prévia à cirurgia. Caso não tenha condições para tomar decisões, o enfermeiro deverá assegurar o seu cuidado ou capacitar o cuidador para cuidar da pessoa idosa, de modo a que esta consiga prosseguir o seu trajeto de vida (Gomes, 2009, 2013).

Na fase “Comprometer-se”, o enfermeiro procura conjugar esforços para atingir os objetivos definidos em conjunto com a pessoa idosa, ajudando-a a transformar a sua capacidade potencial numa capacidade real (Gomes, 2009). A pessoa idosa compromete-se a atingir os objetivos a que se propôs, sendo que o enfermeiro dá suporte ou compromete-se a cuidar da pessoa idosa, tendo em vista a promoção da sua independência (Gomes, 2009, 2013).

Na última fase, “Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro”, a pessoa idosa deverá ter capacidade para cuidar de Si e assumir o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou, na ausência dessa capacidade, o enfermeiro garante que o cuidador adquire as competências necessárias para cuidar desta, mantendo-se o enfermeiro como um recurso (Gomes, 2009, 2013).

“O processo de parceria como promotor do cuidado de Si tem como condições essenciais, num contexto de vulnerabilidade e dependência, a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado” (Gomes, 2013, p.94). Para que consiga utilizar esta abordagem, é essencial que o enfermeiro reconheça a pessoa como única, nos seus valores e expectativas em relação à sua trajetória de vida (Gomes, 2009, 2013). Cada vez mais os doentes querem ser tratados como peritos na gestão da sua doença, assumindo a máxima responsabilidade pelo seu projeto de vida e saúde (Kvale & Bondevik, 2008; Gomes, 2009). Para as pessoas idosas, a participação nos cuidados de promoção da funcionalidade é essencial, uma vez que reduz a ansiedade e aumenta a sua satisfação com os cuidados recebidos (Sahlsten, Larsson, Sjostrom, Lindencrona & Plos, 2007; Gomes, 2007, 2013).

No âmbito deste projeto, a parceria nos cuidados de enfermagem pode ser posta em prática convidando as pessoas idosas a serem parceiras nos cuidados que visam a promoção da sua funcionalidade. Assim são-lhes proporcionados a oportunidade de escolha e o direito para tomar decisões que afetam o seu percurso

de vida e saúde (Gomes, 2011). As pessoas idosas geralmente mostram-se preocupadas com a forma como a cirurgia as vai afetar em termos de dependência quando regressarem a casa (Clayton, 2008, Lien, Lin, Kuo & Chen, 2009; Gomes 2013). Por isso, "as enfermeiras avisam os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações" (Benner, 2001, p.103), incentivando as pessoas a assumirem o cuidado de Si. O "cuidado de Si" propõe a participação ativa da pessoa e promove a sua iniciativa no processo de tomada de decisão, ajudando-a a lidar com o seu processo de doença (Gomes, 2011, 2013).

O "cuidado de Si" assume duas vertentes: o cuidado de Si e o cuidado do Outro (Gomes, 2009, 2013). Assim, quando a pessoa idosa não tem capacidade de decisão, o enfermeiro deve capacitar a família para cuidar dela, até à sua recuperação, tendo em conta as escolhas do projeto de vida da pessoa cuidada (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Lien et al., 2009; Gomes, 2013).

O conceito de "cuidado de Si" sustenta muitas intervenções educativas de enfermagem. A função de educação é um dos domínios fundamentais dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001). Os enfermeiros utilizam a sua competência para saber quando é que a pessoa está pronta para aprender, ajudá-la a interiorizar as implicações da doença e do tratamento no seu projeto de vida. "O enfermeiro assegura-se que o doente é capaz de ter controlo sobre a sua situação, mas mantém-se sempre como um recurso" (Gomes, 2013, p.96 e 97). Pode haver necessidade de complementar as informações dadas oralmente, através do suporte escrito. A informação escrita deve ser clara e objetiva e ir ao encontro do nível cultural e cognitivo da pessoa idosa e família. Tem como objetivo reforçar as ideias orais e promover a segurança nos cuidados, favorecendo a tomada de decisão da pessoa e de família (Moreira, Nóbrega & Silva, 2003).

Em suma, no âmbito deste projeto, as intervenções educativas desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia, tendo em vista o cuidado de Si, destinaram-se a promover a sua funcionalidade, quando esta tinha capacidade de decisão. Por outro lado, se a pessoa se encontrasse vulnerável ou dependente, o objetivo passou por possibilitar ou capacitar a família a assumir a responsabilidade do cuidado do Outro, de acordo com as suas necessidades, e da mesma forma como a pessoa idosa as faria, se tivesse capacidade para tal (Gomes, 2011).

3. METODOLOGIA / DESENHO DO PROJETO DE ESTÁGIO

A Metodologia de Projeto centra-se num problema real identificado e tem como objetivo implementar estratégias para resolver esse problema (Ruivo et al., 2010). Este projeto de estágio assentou no diagnóstico de necessidades de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista no cuidado à pessoa idosa e na identificação de um problema num determinado contexto. O problema identificado foi analisado com base na evidência científica e na conceção de enfermagem, de forma a encontrar respostas às necessidades de formação identificadas e soluções interventivas que favorecessem a mudança.

A realização do projeto envolveu a colaboração de diferentes parceiros: a Professora Doutora Idalina Gomes como Professora orientadora da ESEL, a Enfermeira Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, Fernanda Vital, como orientadora do local de estágio e a Enfermeira Chefe do serviço, Maria da Saudade Santos. Estabeleceu-se que os participantes no projeto seriam enfermeiros de ambos os sexos, a exercer funções no serviço, e também todas as pessoas idosas submetidas a cirurgia internadas no serviço onde decorreu o estágio.

De forma a verificar a posição estratégica da implementação do projeto, recorreu-se à análise Swot, que é constituída pelas forças e fraquezas do projeto (ambiente interno), e pelas oportunidades e ameaças (ambiente externo) (Apêndice V).

3.1. Questões éticas

Foi realizado pela ESEL o pedido formal de autorização para a realização do estágio à Direção de Enfermagem dos vários contextos. No decorrer do estágio foram respeitados os direitos humanos no acesso à informação, na confidencialidade e na segurança da informação, foi respeitada a privacidade e a autodeterminação no âmbito dos cuidados e ainda se respeitaram os valores, costumes, e crenças espirituais das pessoas idosas (OE, 2010).

Relativamente à equipa de enfermagem, foram respeitadas as responsabilidades profissionais, reconhecendo a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, para as quais foram adotadas medidas apropriadas (OE, 2010).

A utilização do índice de Barthel foi sujeita à autorização por parte do responsável pela sua validação para a população portuguesa (Anexo III).

3.2. Planeamento

O planeamento corresponde à fase onde são delineadas as atividades a desenvolver (Ruivo et al., 2010). Para cada objetivo geral, foram definidos objetivos específicos. Os objetivos específicos, as atividades a desenvolver e os respetivos indicadores de avaliação encontram-se descritos nas tabelas que se apresentam seguidamente. Foi ainda elaborado um cronograma de atividades (Apêndice V).

Objetivo Geral: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista na área da prestação de cuidados à pessoa idosa, investigação, formação e gestão		
Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas	Indicadores de Avaliação
Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada	- Elaboração de estudos de caso (avaliação multidimensional) - Realização do processo de enfermagem baseado no modelo de intervenção em parceria para a promoção do cuidado de Si	- Gestão de problemas complexos em parceria com a pessoa idosa para a promoção do cuidado de Si
Investigar a problemática do declínio da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia	- Revisão Sistemática da Literatura - Consulta da Legislação, regulamento de Mestrados da ESEL e documentos da OE sobre as competências do enfermeiro generalista e enfermeiro especialista	- Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa
	- Reflexão sobre o quadro de referência de enfermagem que sustenta o projeto	- Criação de uma relação de parceria com a pessoa idosa no restabelecimento da sua independência
	- Realização de entrevistas informais aos elementos da equipa de enfermagem e análise de conteúdo	- Implementação da avaliação da pessoa idosa submetida a cirurgia e intervenções de enfermagem em parceria adequadas às suas necessidades
Diagnosticar as necessidades de formação em termos do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada	- Estágio de Observação num serviço onde já se encontra implementada a prestação de cuidados em parceria e a avaliação da funcionalidade da pessoa idosa	- Aquisição de competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa - Aquisição de competências de gestão e coordenação de equipas - Mobilização de técnicas de comunicação para conhecer e envolver a pessoa idosa nos cuidados - A pessoa idosa está informada e assume o controlo do seu projeto de vida e de saúde
Gerir a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria que proporcionem a melhoria do estado funcional da pessoa idosa submetida a cirurgia	- Promoção de momentos de partilha de opiniões e reflexão, segundo o ciclo de Gibbs, em parceria com a equipa de enfermagem no âmbito da promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia, usando a parceria como intervenção de enfermagem para o cuidado de Si.	- Mobilização das competências adquiridas na formação especializada e dinamização da equipa de enfermagem onde o estágio será desenvolvido - Utilização do método supervísio colaborativo. - A equipa implementa intervenções de enfermagem de promoção do cuidado de Si em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia.

Objetivo Geral: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, na implementação de intervenções que promovam a funcionalidade após uma cirurgia, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas	Indicadores de Avaliação
Identificar as respostas dos cuidados de saúde primários na resolução dos problemas e dificuldades com que a pessoa idosa submetida a cirurgia se depara no período após a alta hospitalar, a nível da realização das AVD.	- Estágio no Centro de Saúde: • Observação de práticas • Entrevistas aos Enfermeiros • Participação na visita domiciliária a idosos • Aplicação da escala de Lawton para avaliar a funcionalidade dos idosos a nível instrumental	- Aquisição de conhecimentos acerca de: • Continuidade de cuidados na Comunidade à pessoa idosa submetida a cirurgia • Articulação existente Hospital-Comunidade - Conhecimento da pessoa idosa e do seu contexto para propor soluções para as dificuldades que surgem em casa com o declínio da funcionalidade
Analisar os registos de enfermagem e observar as práticas de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia, no âmbito da promoção da sua funcionalidade	- Análise inicial dos processos de enfermagem das pessoas idosas submetidas a cirurgia, através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009) - Observação inicial das práticas de enfermagem às pessoas idosas submetidas a cirurgia, através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009)	- Os enfermeiros desenvolvem e registam cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia com base nos indicadores das fases do modelo de intervenção em parceria
Conhecer os contributos para a pessoa idosa hospitalizada da implementação das intervenções em parceria, na promoção do cuidado de Si.	- Elaboração de entrevista à pessoa idosa submetida a cirurgia	- A pessoa idosa manifesta bem-estar porque os enfermeiros ajudam-na a descobrir as suas motivações, o que faz sentido para a sua vida e, ao mesmo tempo, a identificar oportunidades e recursos para cuidar de Si

Objetivo Geral: Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do Serviço no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, na implementação de intervenções de enfermagem que otimizem a sua funcionalidade após uma cirurgia, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas	Indicadores de Avaliação
Definir estratégias com a equipa de enfermagem para implementar intervenções de promoção da funcionalidade em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia, assegurando o cuidado de Si.	- Elaboração, em parceria com a equipa, de um manual de intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia - Elaboração, em parceria com a equipa, de um guia orientador de educação para a saúde sobre estratégias facilitadoras da realização das ABVD em casa	- Os enfermeiros intervêm de acordo com o conhecimento e os recursos pessoais da pessoa idosa para lidar com a dependência e as expectativas em relação à sua recuperação - Os enfermeiros dão suporte à pessoa idosa no compromisso que esta assumiu com base no que lhe faz sentido, ajudando-a na continuação do seu percurso de vida
Identificar alterações na equipa de enfermagem, com a implementação do projeto.	- Observação final das práticas às pessoas idosas submetidas a cirurgia, com base nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009) - Análise final dos processos de enfermagem desde a admissão até à alta através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009) - Monitorização da implementação da intervenção da CIPE "Monitorizar Índice de Barthel", utilizando a grelha de observação do preenchimento da escala modificada de Barthel às pessoas idosas hospitalizadas submetidas a cirurgia	- Os enfermeiros conhecem a pessoa idosa, as suas preferências e as suas expectativas relativas à cirurgia e ao cuidado de Si - Os enfermeiros envolvem-se com a pessoa idosa, desenvolvem uma relação de qualidade e de confiança com ela e estabelecem objetivos em conjunto para a promoção do cuidado de Si - A pessoa idosa assume o controlo do cuidado de Si ou a família é capacitada pelos enfermeiros a assegurar o cuidado do Outro. - Os enfermeiros avaliam a pessoa idosa de forma objetiva e sistemática, desde a admissão até à alta, conhecendo as ABVD afetadas com a cirurgia, ajudando a pessoa a assumir o cuidado de Si ou a família a assegurar o cuidado do Outro.

4. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES, AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS

Neste ponto são descritas as atividades desenvolvidas em estágio, com base nos objetivos específicos delineados na fase do projeto.

O estágio decorreu em três locais distintos, no período de 30/9/2013 a 14/02/2014. De 30/9/2013 a 25/10/2013, decorreu uma experiência em cuidados na comunidade. De 28/10/2013 a 1/11/2013, foi realizado um estágio de observação num serviço hospitalar onde já existia um projeto implementado no âmbito da temática da funcionalidade e da prestação de cuidados em parceria e, por fim, de 4/11/2013 a 14/02/2014, foi realizado um estágio no local onde exerço funções, no qual foi implementado o projeto ao qual me propus.

As secções que se seguem correspondem aos objetivos específicos pré-definidos para o estágio e surgem de acordo com a sequência temporal em que foram atingidos. Cada secção inclui a descrição das atividades desenvolvidas correspondentes a cada objetivo, a avaliação dos resultados alcançados e uma reflexão sobre as aprendizagens adquiridas.

4.1. Identificar as respostas dos cuidados de saúde primários na resolução dos problemas e dificuldades com que a pessoa idosa submetida a cirurgia se depara no período após a alta hospitalar, a nível da realização das AVD.

Enquanto futura enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, tornou-se importante conhecer não só a pessoa mas também o contexto sociofamiliar em que está inserida. Através do estágio realizado na comunidade, foi possível cuidar de alguns idosos no seu contexto, identificando a forma como é feito o acompanhamento em termos de cuidados de saúde. Através de entrevistas

informais aos enfermeiros e da observação de práticas, constatei que são os enfermeiros da comunidade os que estão na melhor posição para conhecer as pessoas idosas e sua família e para realizar uma avaliação multidimensional das mesmas. Com o conhecimento profundo da pessoa e do seu contexto envolvente, pode detetar-se de forma precoce necessidades não satisfeitas e respostas não adaptativas. O conhecimento da real situação existente no domicílio da pessoa idosa constitui uma informação essencial para uma avaliação completa das suas necessidades de cuidado.

A atividade desenvolvida neste campo de estágio que me permitiu conhecer as competências necessárias ao enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família, correspondeu à visita domiciliária. Esta assume particular relevância “favorecendo uma atuação na comunidade que vise a promoção da autonomia e a resolução dos problemas dos idosos inseridos no seu meio ambiente” (Gomes, 2013, p.78). Tive oportunidade de prestar cuidados às pessoas idosas no seu domicílio e de interagir com elas, o que permitiu desenvolver competências relacionais e comunicacionais. Intervir no espaço do idoso exige que os enfermeiros “articulem conceitos como o respeito, negociação, partilha de poder e a promoção da autonomia” (Gomes, 2013, p.84).

Quando o enfermeiro se desloca ao domicílio da pessoa idosa e já tendo um conhecimento prévio da sua situação sociofamiliar, deve aproveitar o facto de estar no seu ambiente para avaliar as suas reais necessidades e identificar situações de risco e prioridades em saúde, direcionando a visita domiciliária para a educação e saúde. A consciencialização das pessoas relativamente aos aspetos de saúde no seu próprio contexto e a reflexão sobre as suas reais capacidades contribui para a mudança de padrões de comportamento e, consequentemente, promove a continuação do seu projeto de vida e de saúde.

A visita domiciliária exige tempo e disponibilidade por parte do enfermeiro, para que se consiga envolver com o utente e assim conhecer o seu contexto sociofamiliar, as suas necessidades, os seus desejos, preferências e motivações. O facto de existir um enfermeiro de família permite o estabelecimento de uma relação de confiança e um envolvimento efetivo entre o enfermeiro, o utente e a família, que, em conjunto, avaliam a situação e planeiam intervenções ajustadas ao projeto de vida do utente.

Desta forma, torna-se mais fácil a avaliação de resultados e o cumprimento dos compromissos estabelecidos em conjunto, permitindo, assim, a continuidade de cuidados num contexto próximo da realidade familiar dos utentes.

Cuidar no domicílio passa por dar à pessoa idosa o poder na gestão da sua vida e das suas capacidades para realizar as atividades do quotidiano ou, quando esta já não pode fazer por si própria, assegurar o seu cuidado da mesma forma que ela o faria (Collière, 2003; Gomes, 2013). Elaborei um registo de interação e um estudo de caso de uma idosa que foi submetida a cirurgia (Apêndice VI). Foi realizada a avaliação multidimensional da utente, recorrendo a instrumentos de avaliação geriátrica, como o índice de Barthel e de Lawton, instrumentos de avaliação cognitiva e nutricional, depressão, risco de queda e úlcera de pressão. O conhecimento do seu contexto foi facilitador para a implementação de intervenções promotoras da sua funcionalidade, identificando em conjunto com a utente, soluções para as dificuldades que surgiram com o declínio da sua capacidade funcional.

Em contexto da comunidade, foi possível observar que os enfermeiros envolvem os cuidadores sempre que necessário: informam sobre os cuidados de saúde, fornecem os modelos corretos dos procedimentos, dão suporte escrito através de folhetos informativos e mostram-se disponíveis como um recurso, em caso de necessidade. Verifiquei que os objetivos dos cuidados domiciliários passam por proporcionar à pessoa idosa e família a compreensão, o apoio, o tratamento e as informações importantes para gerir com sucesso os cuidados de saúde no domicílio. Os doentes necessitam de se verem a eles próprios como peritos na gestão das suas vidas e participarem nas decisões acerca do seu tratamento e cuidados (Gomes, 2009, 2011).

Depois de uma reflexão sobre as experiências vividas em contexto da comunidade, compreendi a elevada importância de trabalhar em parceria com a pessoa idosa na resolução dos seus problemas complexos. Ambos os intervenientes dos cuidados domiciliários têm capacidade de equilíbrio de poder. O poder do enfermeiro “advém da sua competência profissional, mas esse controlo é limitado pelo poder que o doente detém por se encontrar no seu espaço que, por seu lado, também é limitado pela sua situação de doença” (Gomes, 2013, p.85).

Os enfermeiros devem estar cientes de que é a pessoa idosa que detém o conhecimento da sua situação e de forma como lida com os seus problemas. Ter em conta a sua história de vida, os seus pontos de vista e as suas expectativas é fundamental para uma intervenção de enfermagem eficaz na prevenção de complicações, ajustada ao seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2011).

Após o contacto com as pessoas idosas no seu contexto, foi pertinente a realização de um estágio de observação num serviço onde foi desenvolvido um projeto que tinha como objetivo promover a funcionalidade da pessoa idosa, tendo por base uma intervenção em parceria (Nascimento, 2013; Antunes, 2013). Foi possível identificar as minhas necessidades de formação e aprender estratégias e métodos de trabalho mais adequados, de forma a conseguir implementar o projeto de estágio no serviço onde exerço funções.

4.2. Diagnosticar as necessidades de formação em termos do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada

O estágio de observação foi realizado num serviço de um hospital central da região de Lisboa, onde as questões da parceria com a pessoa idosa já constituem um objetivo prioritário dos cuidados prestados neste serviço. Durante o estágio, foi possível observar que os enfermeiros têm um papel primordial no cuidado à pessoa idosa, quando esta experiencia um acontecimento adverso e um período de desequilíbrio e vulnerabilidade. A hospitalização é um acontecimento adverso que, por si só, acarreta consequências negativas na funcionalidade dos idosos. Caso não sejam adotadas medidas para a prevenção destas consequências, o seu grau de dependência é agravado e a sua capacidade para realizar as AVD poderá estar comprometida.

A equipa de enfermagem do serviço onde estagiei está consciente das possíveis implicações associadas à hospitalização e atua diariamente para contrariar esta tendência, implementando intervenções que previnem o declínio da capacidade funcional dos doentes idosos e maximizam as suas potencialidades. Os enfermeiros percecionam a pessoa idosa na sua globalidade, não se focando apenas na

resolução do problema que motivou a sua hospitalização. Enfatizam as suas capacidades, identificam as suas necessidades de ajuda e promovem o cuidado de Si, no âmbito da promoção da sua independência na realização das suas ABVD. Foi-me proporcionada a oportunidade de assistir a situações de cuidados com vários elementos da equipa, durante as quais foram respeitadas as preferências e o ritmo dos doentes. Aprendi que efetuar pausas durante os cuidados, dar tempo e demonstrar preocupação com a situação do doente são medidas facilitadoras da sua adesão aos cuidados.

Quanto às estratégias de motivação da equipa para aderir ao projeto, o colega de referência transmitiu-me que, mais importante que explicar a necessidade de uma maior consciencialização dos diferentes elementos necessários sobre o trabalho em parceria com a pessoa idosa, é incentivar a equipa a partilhar as dificuldades sentidas no dia-a-dia e a dar sugestões para a promoção da independência dos idosos hospitalizados, tornando-se este um projeto partilhado.

Pretendeu-se resolver um problema, o declínio da funcionalidade da pessoa idosa que é submetida a cirurgia. Para isso, tornou-se essencial criar a necessidade de melhoria dos cuidados nos elementos da equipa de enfermagem, através de uma análise das práticas. Esta análise deve permitir uma reflexão crítica sobre as práticas quotidianas, possibilitar intervir na ação, reforçar o trabalho de equipa, criar espaço de partilha de conhecimento e sentimentos, permitir desocultar as ações e explicitar o sentido das ações (Bernardo, Gomes & Almeida, 2004).

Em suma, esta experiência foi vantajosa para a minha formação, uma vez que contribuiu para refletir sobre a forma como deveria implementar o projeto no serviço onde exerço funções. Compreendi a importância de **desenvolver competências de investigação** que me permitissem sustentar a minha prática na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, **de gestão e formação**, através da promoção de momentos de aprendizagem junto da equipa de enfermagem, **cultivando a liderança** e incentivando a mudança das práticas. Identifiquei também a necessidade de desenvolver **competências ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa**, numa atitude de cuidado centrado no cliente, enquanto ser de projeto e de cuidado.

Possibilitou-me ainda o desenvolvimento de **competências relacionais e de parceria**, que me permitiram ajudar a pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia a reforçar ou a encontrar um projeto e significado para a sua vida, a diminuir ou a evitar as complicações inerentes a uma cirurgia em termos da funcionalidade, contribuindo para que esta possa prosseguir na consecução do seu projeto de vida e de saúde.

Durante o estágio, surgiu como fundamental realizar uma reflexão contínua acerca da temática que sustentou este projeto. Esta reflexão permitiu conhecer o que está descrito na literatura e no quadro conceptual de enfermagem, tornando-me capaz de analisar as práticas existentes no serviço, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia.

4.3. Investigar a problemática do declínio da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia

Ao longo de todo o estágio foi efetuada uma revisão sistemática da literatura sobre as intervenções promotoras da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia (Apêndice VII) e foi consultada a Legislação, o regulamento de Mestrados da ESEL e os documentos da OE sobre as competências do enfermeiro generalista e enfermeiro especialista. Foi ainda elaborada uma reflexão acerca do quadro teórico que sustenta o problema de enfermagem estudado. Foram também consultados livros da biblioteca da ESEL e artigos científicos nas bases de dados, que permitiram mobilizar competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa, (nomeadamente ao nível da sua funcionalidade), e da criação de uma relação de parceria com a pessoa idosa com vista à sua independência.

Para além de desenvolver e reforçar capacidades de investigação que permitiram sustentar a prática na evidência, tornou-se imprescindível efetuar um diagnóstico da realidade do serviço através da realização de entrevistas aos enfermeiros, a fim de conhecer e analisar as práticas.

A análise das práticas é vista como uma estratégia de construção de saberes que tem como centro o doente e família, na prática de cuidados de enfermagem (Bernardo et al., 2004). Foram realizadas entrevistas aos elementos da equipa de enfermagem de

forma a conhecer as suas opiniões e atitudes enquanto enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa idosa internada no serviço. Pretendeu-se, por um lado, perceber a importância atribuída à avaliação do grau de dependência da pessoa idosa submetida a cirurgia e compreender de que forma os enfermeiros o faziam e quais as dificuldades sentidas. Por outro lado, o intuito passou por explorar a importância dada à implementação de intervenções promotoras da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia e averiguar se essas intervenções eram desenvolvidas em parceria com pessoa idosa, na realização das suas ABVD.

Foi escolhida a entrevista informal para a recolha de dados pois é nela que se compreende o significado de um acontecimento na perspectiva dos participantes (Fortin, 2009). Desta forma, foi elaborado um guião orientador da entrevista (Apêndice VIII), onde se considerou pertinente incluir 3 questões de resposta aberta, que permitiram recolher respostas espontâneas e ter uma ideia mais precisa do que constituía a experiência dos participantes (Fortin, 2009). Dos 17 enfermeiros do serviço, foram realizadas entrevistas a 14, pelo que se obteve uma taxa de participação de 82%.

Após obter o consentimento informado dos enfermeiros, as entrevistas foram gravadas e transcritas para o papel, para posteriormente serem alvo de uma análise de conteúdo (Apêndice IX). O recurso à análise de conteúdo teve como finalidade obter indicadores que permitissem a realização de deduções lógicas e justificadas relativas às condições de produção/receção das mensagens (Bardin, 2011). Cada entrevista foi codificada numericamente, de forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos resultados (Fortin, 2009). As entrevistas foram analisadas por unidade de registo (UR) e agrupadas em subcategorias criadas *a posteriori*, a fim de se extrair o significado das respostas dos enfermeiros (Bardin, 2011).

A análise das entrevistas permitiu verificar que a equipa foi unânime em considerar importante a avaliação do grau de dependência no desempenho nas ABVD das pessoas idosas hospitalizadas submetidas a cirurgia. Quando justificaram a pertinência da avaliação da pessoa idosa, referiram que esta permite identificar o seu grau de dependência (5 UR), individualizar os cuidados (5 UR), identificar as necessidades e incapacidades (7 UR) e ainda planear intervenções adequadas (6 UR). A maioria dos enfermeiros (64%) respondeu que essa avaliação seria feita com

base na observação (9 UR), e alguns referiram que através de uma entrevista informal ao doente ou família, quando necessário (3 UR) poderiam colher dados relativos à capacidade do doente para realizar as ABVD, não existindo qualquer referência à utilização de uma escala de avaliação (0 UR). Relativamente aos momentos de avaliação, 93% dos enfermeiros disse que avaliava o doente na admissão hospitalar (13 UR) e 71% referiu o período pós-operatório (10 UR). No entanto, apenas 3 enfermeiros fizeram referência ao momento da alta (3 UR). Ao nível das dificuldades na avaliação, os enfermeiros apontaram as características do idoso (4 UR), a ansiedade presente (1 UR), a ausência de familiares (2 UR), a inexistência de escalas (6 UR) e a inadequada gestão de tempo (4 UR) como fatores impeditivos de uma avaliação correta e individualizada.

Na área temática da implementação de intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade do idoso hospitalizado submetido a cirurgia, 100% dos participantes considerou pertinente desenvolver essas intervenções (14 UR). Referiram a especificidade da pessoa idosa (5 UR), a promoção da independência (12 UR), a prevenção de complicações (6 UR), o planeamento da alta (9 UR) e os ganhos em saúde (5 UR) como aspetos-chave que justificam a importância das intervenções que visam a promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia.

Na categoria “estabelecimento de uma relação de parceria”, pretendia-se avaliar a forma como os enfermeiros cuidavam da pessoa idosa internada. Apenas 3 enfermeiros referiram que demonstravam tempo e disponibilidade para o doente (3 UR), 7 referiram que desenvolviam estratégias educativas com o doente de forma a aumentar os seus conhecimentos (7 UR), no entanto, apenas 3 envolviam a família nos cuidados (3 UR). O bem-estar do idoso foi referenciado por 5 enfermeiros (5 UR), no sentido de proporcionar qualidade de vida e conforto quando este regressa ao domicílio.

Concluindo, os dados resultantes da análise das entrevistas evidenciaram lacunas na avaliação da pessoa idosa que é internada para ser submetida a cirurgia. De uma forma geral, os enfermeiros demonstraram a necessidade de um instrumento que permitisse efetuar uma avaliação objetiva e sistemática dos idosos. Além disso, verificou-se que os enfermeiros se empenhavam para serem parceiros dos doentes

nos cuidados, contudo a sua noção de parceria necessitava de ser trabalhada, uma vez que não referenciaram muitos dos aspetos que fazem parte do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009).

Antes de envolver os elementos da equipa de enfermagem neste projeto, considerou-se importante pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante a formação especializada, através de uma prestação de cuidados de enfermagem diferenciada às pessoas idosas internadas, como futura enfermeira especialista, tendo em conta o quadro conceptual de enfermagem.

4.4. Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada

A prestação de cuidados à pessoa idosa foi uma atividade transversal a todo o estágio, que permitiu mobilizar competências de enfermeiro especialista, de forma a adequar a minha prática às necessidades específicas da pessoa cuidada, numa atitude de individualização de cuidados. Para a realização do processo de enfermagem, foi adotado o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009) como base de sustentação da implementação do meu projeto. Este modelo revelou-se essencial na identificação das potencialidades de desenvolvimento da pessoa idosa, possibilitando transformar as suas capacidades potenciais em reais e capacitando-a para o cuidado de Si, no sentido de recuperar a sua funcionalidade após uma intervenção cirúrgica.

Durante a prática de cuidados especializados à pessoa idosa, compreendi a importância da avaliação multidimensional para uma gestão eficaz dos seus problemas complexos, utilizando diferentes escalas de avaliação (Anexo IV). Interessa conhecer não só dados relativos à pessoa e ao seu processo saúde-doença, mas também dados relacionados com o meio que a rodeia, quer seja ao nível do seu ambiente sociofamiliar e das condições habitacionais, quer seja ao nível das estruturas de apoio existentes na comunidade (Lopes, Oliveira, Gomes & Gândara, 2012).

Através da elaboração de estudos de caso (Apêndice X), desenvolvi a minha capacidade de síntese e organização de dados sobre a pessoa idosa e a sua família. Esta atividade foi fundamental para promover momentos de reflexão, com o

intuito de conhecer a pessoa idosa de uma forma holística e planejar cuidados individualizados. Foi possível, desta forma, estabelecer diagnósticos de enfermagem adequados e direcionar os cuidados e intervenções, sendo a pessoa idosa o principal agente de decisão e de parceria na sua implementação. Foram negociados cuidados, tendo em conta as prioridades e expectativas da pessoa cuidada, e estabelecidos compromissos e objetivos em conjunto, que permitiram a continuação do seu projeto de vida, promovendo o cuidado de Si (Gomes, 2013).

Quando as pessoas idosas não tinham capacidade para assumir o cuidado de Si, procurei envolver-me com os cuidadores familiares, no sentido de os capacitar para os cuidados globais no domicílio, através da demonstração, treino e supervisão de estratégias facilitadoras do seu desempenho. Houve oportunidade para avaliar as suas capacidades e explorar as suas expectativas em relação ao processo de doença, transmitindo-lhes conhecimentos e competências sobre a forma como deveriam proceder em casa, permitindo dar continuidade ao projeto de vida da pessoa cuidada.

Trabalhar em parceria com a pessoa idosa permitiu-me refletir acerca da importância do conhecimento aprofundado da sua identidade, dos seus hábitos e preferências para a sua recuperação e para uma transição saudável para o domicílio (Meleis, 2012; Gomes, 2013). Só considerando a pessoa como um todo, se pode saber quais as suas necessidades específicas e as suas potencialidades.

Aprendi que, para conseguir a colaboração da pessoa idosa nos cuidados, não basta mobilizar competências cognitivas e técnicas. O enfermeiro deve partilhar o seu conhecimento especializado com a pessoa idosa, envolvendo-a nos cuidados, no sentido de a capacitar para cuidar de Si. Simultaneamente, deve mobilizar competências relacionais, que lhe permitam estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, e comunicacionais, utilizando técnicas de comunicação adaptadas à pessoa cuidada e estando sempre atenta à sua linguagem não verbal, fundamental para perceber as suas inquietações e os seus medos. Deve ainda demonstrar respeito pela individualidade da pessoa e planejar intervenções de acordo com as suas prioridades e expectativas, dando continuidade à sua trajetória de vida e saúde (Gomes, 2013).

A mobilização destas competências contribuiu para o enriquecimento do meu processo de aprendizagem, e foi complementada com reflexões escritas na e sobre a ação (Alarcão & Tavares, 2003), sobre o que experienciei e aprendi em estágio. Estas reflexões promoveram o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo que me permitiu, com base no Ciclo de Gibbs, analisar o meu desempenho enquanto enfermeira na relação com a pessoa idosa e tomar consciência das minhas dificuldades e da minha necessidade de aperfeiçoamento de competências e de aprendizagem contínuas (Jasper, 2003). Se por um lado, pretendi aperfeiçoar-me enquanto futura enfermeira especialista, aplicando na prática os conhecimentos adquiridos ao longo da formação especializada, também tive como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados e da documentação/registos de enfermagem.

No seguimento desta linha de pensamento, houve necessidade de identificar as práticas de cuidados da equipa, através da análise dos processos de enfermagem e da observação de algumas situações de cuidados entre enfermeiro e pessoa idosa hospitalizada, com o objetivo de perceber quais os aspetos onde seria necessário intervir, no sentido da melhoria da qualidade de cuidados à pessoa idosa.

4.5. Analisar os registos de enfermagem e observar as práticas de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia, no âmbito da promoção da sua funcionalidade

- Análise inicial dos processos de enfermagem

No período de 4 a 11 de Novembro de 2013, foram analisados 21 processos de enfermagem correspondentes a pessoas internadas, com idade igual ou superior a 65 anos. Foi utilizada a grelha de análise elaborada com base nos indicadores de parceria definidos anteriormente, tendo sido preenchida com a frequência com que as categorias dos indicadores eram registadas.

A análise dos processos de enfermagem (Apêndice XI) foi realizada com o objetivo de complementar o diagnóstico de situação e pretendeu identificar as informações que se encontravam registadas pela equipa de enfermagem acerca das ABVD da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia e das intervenções implementadas

para promover o cuidado de Si, tendo por base o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009).

Outro objetivo foi identificar possíveis lacunas e necessidades da equipa em termos de conhecimento da identidade da pessoa idosa, do seu contexto sociofamiliar e de doença. Também se pretendeu analisar outros indicadores, como a criação de um espaço de reciprocidade com o idoso, a forma como era construída uma ação conjunta com o idoso e como eram conjugados esforços para a consecução das metas estabelecidas conjuntamente, e se o idoso era capaz de assumir o cuidado de Si ou a sua família assegurar o cuidado do Outro.

Através da análise dos processos de enfermagem, concluiu-se que os enfermeiros procuraram conhecer a identidade da pessoa idosa e centraram a sua atenção no nome preferido, na sua idade, na identificação do seu agregado familiar e do seu cuidador familiar, no conhecimento do motivo de internamento, nos seus antecedentes pessoais e cirúrgicos e na medicação habitual. No entanto, o impacto que a doença/cirurgia tem no projeto de vida e saúde da pessoa idosa nunca foi registado pelos enfermeiros. Encontraram-se somente registos pontuais que documentavam a rede de apoio dos idosos internados, aspeto muito importante para o planeamento da alta e garantia da continuidade de cuidados.

Constatou-se que poucos foram os registos que documentavam a avaliação do grau de dependência da pessoa idosa na avaliação inicial, realizada no momento da admissão hospitalar, nos itens “higiene pessoal”, “tomar banho”, “alimentação”, “ir à casa de banho”, “subir escadas”, “vestuário”, “eliminação urinária”, “eliminação intestinal”, “deambulação” e “transferência cadeira/cama”.

Verificou-se que, ao longo do internamento, os enfermeiros procuraram envolver os idosos nos seus cuidados, contudo, não se encontrou perceptível em nenhum registo o tempo e disponibilidade demonstrados, o estabelecimento de compromissos e o reforço positivo do seu desempenho, tendo em vista a sua independência. Embora em todos os processos analisados se tivesse verificado que os enfermeiros ajudaram o idoso que foi submetido a cirurgia a adquirir independência na realização das suas ABVD, concluiu-se que a monitorização da evolução do seu desempenho não se fez de forma objetiva e sistemática.

As intervenções implementadas para promover a funcionalidade e o cuidado de Si da pessoa idosa submetida a cirurgia foram várias, embora em número insuficiente face ao que é preconizado na literatura. Nos processos analisados, encontraram-se registos da validação da eficácia dos cuidados, mostrando a receptividade do idoso e a necessidade de reforçar as intervenções educativas. No entanto, não foram descritos os resultados obtidos com a sua implementação, ao nível do bem-estar do idoso e da sua capacidade para cuidar de Si ou da família para assegurar o seu cuidado, no momento da alta hospitalar.

- Observação inicial das práticas

A observação das práticas da equipa de enfermagem revelou-se pertinente na primeira fase do projeto, na medida em que permitiu analisar os padrões de comportamento dos participantes (enfermeiros do serviço) no seu meio habitual (Fortin, 2009). As interações foram observadas e registadas no sentido de compreender a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa idosa hospitalizada e as intervenções implementadas para promover o cuidado de Si/Outro, tendo como base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2009).

Os registos de interação (Apêndice XII) resultantes da observação traduzem o que ouvi, vi, pensei e refleti, tendo o seu conteúdo sido sujeito a uma análise (Bogdan & Biklen, 1994; Streubert & Carpenter, 2002), que teve por base os indicadores definidos *a priori* para cada fase do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2009).

As práticas foram observadas numa primeira fase, antes da implementação do projeto, de forma a efetuar o diagnóstico da situação e identificar lacunas na interação estabelecida entre enfermeiro e pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia. Posteriormente, na fase de avaliação, considerou-se importante observar novamente algumas interações entre enfermeiro e pessoa idosa internada, no sentido de identificar as melhorias obtidas com a implementação do projeto.

Da análise dos registos de interação iniciais, pode afirmar-se que, de uma forma geral, os enfermeiros procuraram conhecer o doente, trataram-no pelo nome e manifestaram vontade de explorar as suas potencialidades, os seus conhecimentos e expectativas perante a doença e a transição para o domicílio, após a realização de

uma cirurgia. Os enfermeiros partilharam informações acerca dos procedimentos e envolveram a pessoa idosa e cuidador familiar no processo de cuidados.

No entanto, os enfermeiros não estiveram conscientes para aspetos fundamentais da construção de uma relação de parceria, como o respeito pelo ritmo de aprendizagem do doente, pelos seus desejos e motivações/expetativas em relação à cirurgia/doença para o seu projeto de vida. Foi visível a adoção de uma atitude paternalista por parte dos enfermeiros, não se verificando preocupação em conhecer as experiências de vida significativas do doente, ou mesmo explorar o seu contexto sociofamiliar, a competência da família para cuidar do doente, em caso necessário, e também o impacto da doença/cirurgia no seu projeto de vida.

Resumindo, apesar de se ter identificado alguns indicadores das primeiras fases do modelo de intervenção em parceria nas interações observadas, denotou-se que as intervenções não foram registadas devidamente. A análise dos processos de enfermagem complementou esta conclusão. Não foram documentadas as intervenções implementadas em parceria com a pessoa idosa.

Concluiu-se que os enfermeiros detinham melhor conhecimento das pessoas idosas do que aquele que traduziram nos seus registos. Estes implementaram intervenções promotoras da funcionalidade das pessoas idosas submetidas a cirurgia e do cuidado de Si em número superior ao registado, embora estas continuassem a ser em número reduzido face à evidência científica. De forma semelhante, o facto de não se aplicar uma escala objetiva de avaliação funcional da pessoa idosa, levou a que não o plano de cuidados não fosse individualizado, o que dificultou a perceção das necessidades/ABVD específicas mais afetadas e das intervenções implementadas para solucionar os problemas e dos seus resultados.

Perante as lacunas verificadas, quer nos registos de interação quer na análise dos processos de enfermagem, houve necessidade de sensibilizar os enfermeiros para a importância de se estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa nos seus cuidados, assim como o correto registo/documentação das intervenções adotadas, essenciais à continuidade dos cuidados, à promoção do cuidado de Si e ao prosseguimento do projeto de vida da pessoa idosa hospitalizada (Gomes, 2009).

4.6. Gerir a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria que proporcionem a melhoria do estado funcional da pessoa idosa submetida a cirurgia

No dia 21 de Novembro de 2013, das 14h30 às 15h30, foi realizada uma sessão de formação com a equipa de enfermagem (Apêndice XIII), na qual estiveram presentes 14 elementos (78% da equipa). A sessão foi planeada estrategicamente, uma vez que este foi o dia escolhido pela enfermeira-chefe para se realizar a reunião de escolha das férias da equipa. Foi pedida autorização à enfermeira-chefe para fazer a sessão de formação imediatamente antes da reunião de férias, a fim de garantir a presença de um maior número de participantes.

A sessão de formação decorreu na sala de reuniões do serviço e intitulou-se de “Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa Hospitalizada Submetida a Cirurgia: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para o Cuidado de Si”. Como meio auxiliar pedagógico e como reforço da comunicação oral, recorreu-se ao uso do projetor (*slides*) pelo seu forte contributo na aprendizagem e na recolha de informação visual pelos presentes (Rodrigues & Ferrão, 2006). Esta reunião teve como objetivo envolver os elementos da equipa de enfermagem no projeto e motivá-los para a sua participação, permitindo a reflexão conjunta acerca da sua pertinência e sobre o processo de parceria, sobre os resultados obtidos na fase de diagnóstico e sobre o índice de Barthel, incentivando a sua aplicação a todas as pessoas idosas que serão/foram submetidas a cirurgia.

Para a sua consecução, foi adotado o método expositivo, através do qual foi apresentado à equipa o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009) e a sua importância na relação com a pessoa idosa internada no serviço, no sentido de permitir que esta mobilize as suas capacidades com vista à independência na realização das suas ABVD. Para isso, foi explicada teoricamente a definição de parceria nos cuidados de enfermagem e descritas as 5 fases do modelo de intervenção em parceria.

Posteriormente, foram apresentados os resultados da análise dos processos de enfermagem à equipa, realçando primeiramente os aspetos positivos que já eram registados e, em seguida, reforçando o que se poderia melhorar relativamente aos

registros de intervenções que estimulem a participação do idoso nos cuidados, promovendo deste modo a sua capacidade para cuidar de Si, de forma independente. Os resultados foram apresentados de forma gráfica para permitir a sua melhor visualização.

Numa última fase, recorreu-se a uma metodologia demonstrativa de forma a apresentar a escala de Barthel e dar a conhecer o seu modo de preenchimento. A adoção deste método permitiu explicar a escala e exemplificar o seu preenchimento, clarificando os passos a seguir e a forma mais correta de a aplicar aos idosos internados.

Após terem sido esclarecidas todas as dúvidas, solicitou-se aos enfermeiros uma reflexão sobre os momentos mais oportunos para aplicar esta escala, de modo a monitorizar a evolução da pessoa idosa no curso do internamento, no âmbito da promoção da sua funcionalidade. Foi criado um momento de partilha e reflexão em parceria com a equipa, com o intuito dos enfermeiros se consciencializarem da necessidade de uma avaliação objetiva e sistemática do grau de dependência das pessoas idosas internadas, para possibilitar a implementação de intervenções individualizadas adequadas, sustentadas e comprovadas com a evidência científica. Foram também sensibilizados para o reduzido período temporal que dispunham para promover a independência das pessoas idosas na realização das ABVD, devido ao curto período de internamento no serviço.

Concluiu-se então que o momento da admissão, o pós-operatório imediato (assim que o doente regressa ao serviço após ser intervencionado) e o momento da alta são os mais adequados, tendo em conta as alterações físicas e psicológicas que a cirurgia provoca na pessoa idosa (Bashaw & Scott, 2012). Interessa, portanto, avaliar o grau de dependência com a escala de Barthel quando o doente entra no serviço, com o objetivo de conhecer a sua identidade e as suas potencialidades na realização das ABVD, após a cirurgia, no sentido de identificar as áreas em que ocorreu maior declínio das suas capacidades e planear intervenções específicas para as suas necessidades com vista à recuperação do seu nível de independência inicial, e ainda no momento da alta, para validar a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas, avaliar os resultados obtidos e garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

Depois de apresentados os resultados da fase de diagnóstico e realçada a importância da aplicação do índice de Barthel, adotou-se o método participativo apelando à reflexão crítica do grupo acerca da problemática e dos resultados obtidos na fase inicial do projeto. Foi incentivada a reflexão em grupo sobre a importância dos registos, no sentido destes darem visibilidade aos cuidados e, desta forma, contribuírem para alcançar ganhos em saúde. Deste modo, analisando as opiniões de vários elementos da equipa, concluiu-se que os registos de enfermagem são um fator essencial de transmissão de informação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Assim, foi estabelecido um compromisso por parte da equipa, definindo que, doravante, existiria um maior investimento na avaliação do grau de dependência da pessoa idosa, utilizando a escala de Barthel existente no sistema informático (CIPE/SAPE), através da intervenção “Monitorizar índice de Barthel”, assim como no registo de intervenções desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa, promotoras das suas capacidades e potencialidades para cuidar de Si. Para colmatar a ausência de 3 enfermeiros da equipa na reunião, optei por abordá-los individualmente, dando-lhes a conhecer o projeto, os seus objetivos, e fazendo uma breve apresentação e explicação sobre a utilização do índice de Barthel, permitindo-lhes refletirem acerca da sua pertinência.

Em suma, a sessão de formação promoveu a consciencialização dos diferentes elementos da equipa de enfermagem sobre a importância do trabalho em parceria com a pessoa idosa, da avaliação de forma contínua o seu grau de dependência e do registo as intervenções desenvolvidas que promovem a sua independência na realização das suas ABVD. Os enfermeiros aceitaram o desafio e comprometeram-se a colher e a registar mais informação individualizada do doente, com enfoque no seu desempenho nas ABVD e a intervir em parceria com a pessoa idosa, avaliando os resultados obtidos e a eficácia das suas intervenções, ao nível da capacidade da pessoa idosa para cuidar de Si, permitindo a continuação do seu projeto de vida e saúde.

Decidiu-se que, com o objetivo de facilitar a implementação das intervenções promotoras da funcionalidade, seria construído um manual de intervenções adaptadas à realidade do serviço e à linguagem CIPE e ainda um guia orientador de educação para a saúde. Estes documentos são direcionados para a problemática

em análise e servem como guia de orientação para a prática, constituindo um suporte para a implementação das intervenções e para o seu registo no processo de enfermagem.

4.7. Definir estratégias com a equipa de enfermagem para implementar intervenções de promoção da funcionalidade em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia, assegurando o cuidado de Si.

- Elaboração de um Manual de Intervenções Promotoras da Funcionalidade

O “Manual de Intervenções de Enfermagem Promotoras da Funcionalidade em Parceria com a Pessoa Idosa Hospitalizada Submetida a Cirurgia” (Apêndice XIV) é o resultado de um momento de reflexão partilhado pela equipa de enfermagem. Este manual tem como objetivo garantir uma adequada intervenção de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, tendo em vista a promoção da sua funcionalidade na realização das ABVD.

O manual encontra-se dividido em dois pontos principais. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico da problemática. O segundo refere-se às intervenções de enfermagem do período pré e pós-operatório selecionadas com base na evidência científica, na experiência da equipa de enfermagem e na realidade do serviço.

As intervenções pré-operatórias incluem a colheita de dados acerca do que sabemos da pessoa, da sua doença e do meio que a rodeia e a avaliação multidimensional, que permite conhecer previamente e de forma uniformizada as pessoas idosas e intervir adequadamente, permitindo-lhes continuar com a sua trajetória de vida e saúde (Gomes, 2009). Indo ao encontro da temática do projeto, a avaliação funcional é o foco de atenção principal do manual, salientando-se o índice de Barthel como instrumento de eleição para realizar uma avaliação da capacidade da pessoa idosa para realizar as ABVD. É explicitado no manual o modo de preenchimento da escala e a interpretação do resultado obtido. São ainda contemplados os momentos de preenchimento da escala, de acordo com o que ficou previamente definido em conjunto na sessão de formação.

As intervenções pós-operatórias foram divididas em intervenções gerais e específicas (para cada item da escala de Barthel), para a promoção da

funcionalidade da pessoa idosa. Nas intervenções gerais definidas emergiram 8 focos de atenção: queda, úlcera de pressão, ambiente, comunicação, confusão mental e/ou agitação psicomotora, gestão terapêutica, envolvimento da família nos cuidados e educação para a saúde ao doente, família e/ou pessoa significativa.

As intervenções específicas foram definidas tendo em conta os itens da escala modificada de Barthel e referem-se às intervenções promotoras do desempenho da pessoa idosa na higiene pessoal e tomar banho, na alimentação, na toalete e controlo de bexiga e intestino, no vestuário, no subir escadas e deambulação ou deambulação em cadeira de rodas e na transferência cadeira/cama.

O manual foi colocado na sala de enfermagem, de forma a estar sempre presente na prática diária dos enfermeiros. Para facilitar a consulta dos pontos essenciais do manual e captar a atenção da equipa, foram afixadas junto de cada computador de trabalho dos enfermeiros, as instruções de preenchimento da escala de Barthel bem como as intervenções que podem ser utilizadas no plano de cuidados simplificados e visualmente acessíveis (Streubert & Carpenter, 2002; Fortin, 2009).

- Elaboração de um Guia Orientador de Educação para a Saúde

Perante as dificuldades que os idosos referiram que têm em casa, no momento da alta hospitalar após uma cirurgia, ao nível da realização das ABVD, surgiu a necessidade de elaborar um documento de suporte à prática dos enfermeiros no que concerne às intervenções educativas desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa e família/cuidador, no sentido de facilitar o seu regresso ao domicílio. Foi assim decidido com a equipa que seria criado um guia orientador de educação para a saúde, facilitador da implementação uniformizada de estratégias educativas sustentadas na evidência científica, de forma a promover à pessoa idosa submetida a cirurgia uma transição saudável para casa.

O “Guia Orientador de Educação para a Saúde à Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia e Família/Cuidador, para a Realização das Atividades Básicas de Vida Diária no Domicílio” (Apêndice XV) tem a finalidade de melhorar as práticas profissionais junto da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, em processo de transição do hospital para casa, contribuindo para a melhoria de resultados da sua saúde funcional e qualidade de vida (OE, 2007).

As atividades de educação para a saúde presentes no guia orientador destinam-se às pessoas idosas que apresentem um aumento do seu grau de dependência na realização das suas ABVD, comparativamente ao seu estado funcional prévio à cirurgia e que possuam alta para o domicílio. Destinam-se, de igual forma, aos seus familiares/cuidadores.

Para cada ABVD, foram definidas e justificadas estratégias no sentido de educar as pessoas idosas e família/cuidador a lidar com o seu grau de dependência atual e capacitá-las para a promoção da sua funcionalidade no domicílio, numa perspetiva de continuidade de cuidados e recuperação da independência.

O Guia Orientador pode ser “uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado” (OE, 2007, p.10). Com a sua elaboração, pretendeu-se a incorporação, de forma uniformizada, pela equipa de enfermagem na sua prática de cuidados diária, das intervenções educativas relacionadas com a promoção da funcionalidade, cuja evidência científica aponta como facilitadoras da realização das ABVD da pessoa idosa no domicílio e, como tal, promotoras da independência.

Depois da fase de desenvolvimento do projeto, seguiu-se a fase de avaliação dos resultados, no sentido de conhecer as alterações que se fizeram sentir na atuação dos enfermeiros perante a pessoa idosa submetida a cirurgia e de compreender a influência da prestação de cuidados em parceria na pessoa idosa, na sua funcionalidade e na continuação do seu projeto de vida.

4.8. Identificar alterações na equipa de enfermagem, com a implementação do projeto

- Observação final das práticas

Na fase de avaliação, observou-se novamente algumas interações enfermeiro-pessoa idosa (Apêndice XVI), no sentido de identificar as melhorias obtidas com a implementação do projeto. Entre as interações observadas, conseguiu-se perceber a relação de confiança que os enfermeiros estabeleceram com a pessoa idosa. Os enfermeiros respeitaram o ritmo de aprendizagem do doente, envolveram a família ou cuidador familiar e deram tempo e espaço para estes mostrarem os seus receios

perante a situação de cuidados. Solicitaram a participação da pessoa idosa e família nos cuidados, dando-lhes a oportunidade de treinarem procedimentos. Os enfermeiros validaram a eficácia das intervenções educativas e negociaram novas sessões de educação para a saúde. Demonstraram preocupação com o processo de adaptação do doente e família à nova condição e garantiram que as informações estavam a ser bem interpretadas, avaliando o comportamento do doente e a sua competência para cuidar de Si e do cuidador para cuidar do Outro, promovendo bem-estar e conforto nestes, enquanto seres de projeto e cuidado (Gomes, 2013).

Concluiu-se que os enfermeiros melhoraram as suas práticas, respeitando a pessoa idosa na sua individualidade e mostrando estarem conscientes da importância da parceria para a sua recuperação, quer a nível da adesão aos cuidados quer a nível do desempenho na realização das ABVD. Os enfermeiros revelaram conhecimentos acerca das fases da parceria e utilizaram-nos na sua prática, sempre no sentido de proporcionar bem-estar à pessoa, contribuindo para o restabelecimento da independência prévia à cirurgia e ajudando-a a cuidar de Si e a continuar com o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013).

- Análise Final dos Processos de Enfermagem

A análise final dos processos de enfermagem foi realizada com o intuito de comparar as informações que os enfermeiros registaram, antes e depois da implementação do projeto, acerca da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, no âmbito da promoção da sua funcionalidade para a realização das ABVD.

Ao analisar os resultados, foi possível identificar os contributos da implementação deste projeto no serviço, conhecendo o que os enfermeiros passaram a registar, com base no modelo de intervenção em parceria, tendo em vista a promoção da independência e o cuidado de Si. Para a sua concretização, recorreu-se à grelha de análise construída na fase inicial de diagnóstico, com indicadores baseados no modelo de parceria de Gomes (2009).

Foi analisado o mesmo número de processos que na fase inicial (21 processos), de forma a facilitar a comparação dos dados colhidos nas duas monitorizações. A análise dos processos foi efetuada durante um período de 8 dias (03/02/14 a 10/02/14). Através da análise realizada, concluiu-se que, de uma forma geral, os

enfermeiros passaram a registar maior número de informações importantes relacionadas com a pessoa idosa, com a sua doença e o com o seu contexto sociofamiliar.

Relativamente à primeira fase do modelo da parceria, **“Revelar-se”**, os enfermeiros passaram a registar em maior número e de forma mais completa o estado civil, as habilitações literárias e os hábitos de vida da pessoa idosa, bem como as suas crenças religiosas, as condições habitacionais e os recursos comunitários que possui (Gráficos 1 e 2).

Embora os antecedentes e alergias se encontrem mais especificados no processo de enfermagem, o mesmo não se pode verificar relativamente ao impacto da doença na vida da pessoa idosa. Apenas 3 processos continham informação acerca da preocupação da pessoa idosa em relação à forma como a doença/cirurgia a vai afetar no percurso da sua vida (Gráfico 3).

Ainda se verificam lacunas no que diz respeito à rede de apoio da pessoa idosa, apesar de passarem a ser sempre registados dados sobre o cuidador familiar da pessoa, quando esta não tem capacidade de assumir o cuidado de Si (Gráfico 4). Como a pessoa idosa se assume como um ser de cuidado e, em simultâneo, como um ser de projeto, emerge a necessidade de um maior investimento dos enfermeiros no conhecimento e registo destas informações.

Notou-se uma preocupação acrescida por parte dos enfermeiros em registarem os recursos materiais, nomeadamente os auxiliares de marcha, quando existem, na avaliação inicial bem como na implementação de intervenções (Gráfico 5). De uma forma geral, os enfermeiros revelaram uma maior preocupação em conhecer a pessoa idosa de uma forma mais aprofundada.

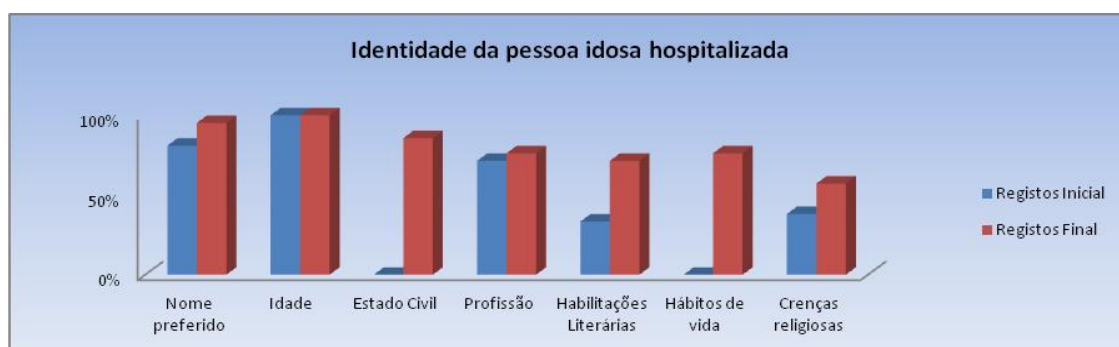


Gráfico 1: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Identidade da pessoa idosa hospitalizada (inicial vs final)

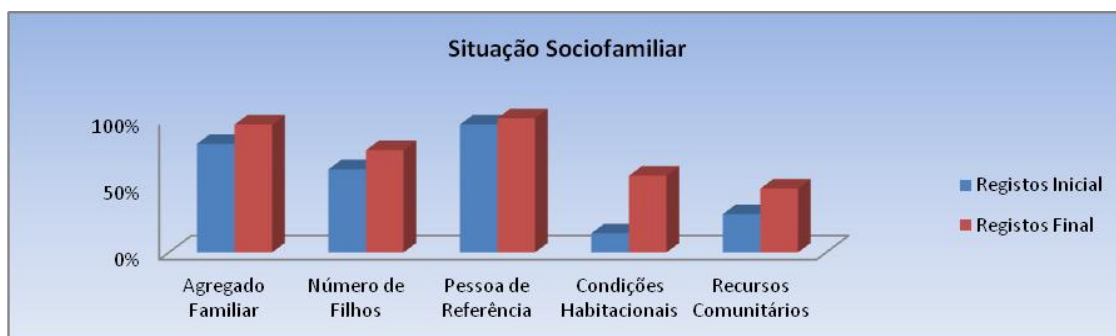


Gráfico 2: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Situação Sociofamiliar (inicial vs final)

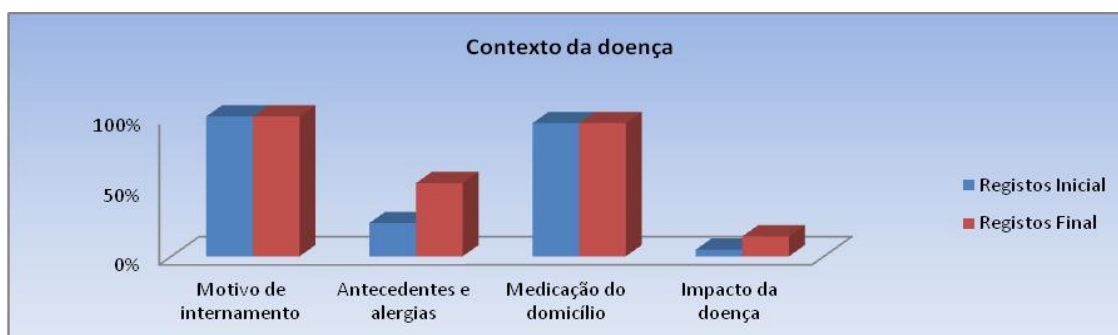


Gráfico 3: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Contexto da doença (inicial vs final)

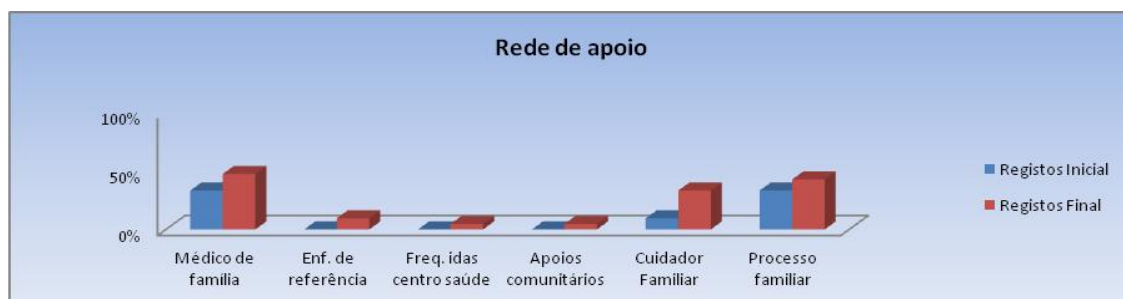


Gráfico 4: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Rede de apoio (inicial vs final)

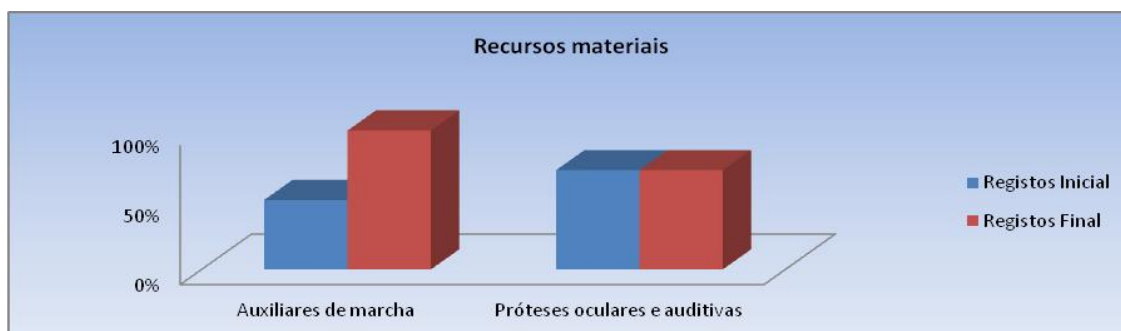


Gráfico 5: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Recursos materiais (inicial vs final)

Para aprimorar a análise referente ao indicador “Grau de dependência das ABVD” presente na grelha de análise dos processos de enfermagem, foi criada uma grelha de avaliação do preenchimento da escala de Barthel (Apêndice XVII), a fim de monitorizar a aplicação deste instrumento às pessoas idosas que são submetidas a cirurgia em três momentos distintos: momento da admissão, no período pós-operatório e no momento da alta hospitalar.

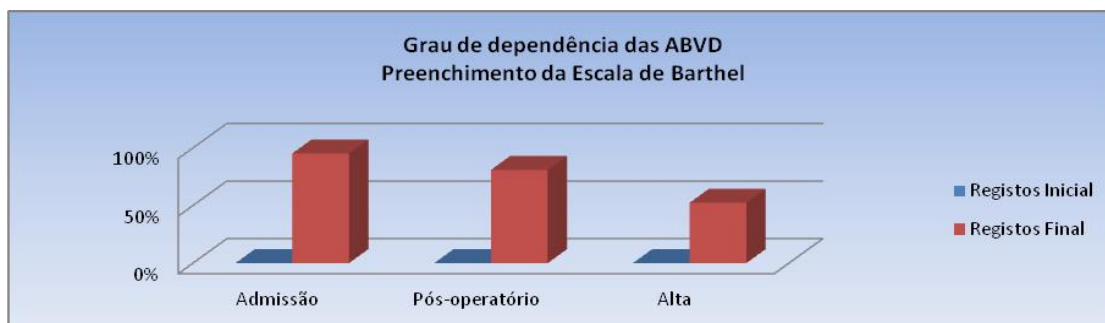


Gráfico 6: Análise comparativa do indicador de avaliação da 1ª fase do modelo da parceria – Grau de dependência das ABVD/Preenchimento da Escala de Barthel (inicial vs final)

De acordo com o Gráfico 6, verificou-se que a intervenção “Monitorizar Índice de Barthel” foi implementada em 20 processos (95%) no momento de admissão da pessoa idosa, o que corresponde a uma adesão da equipa bastante satisfatória. Com a sua implementação no momento da admissão hospitalar, a equipa demonstrou compreender que esta avaliação se assume como fundamental para o planeamento individualizado dos cuidados e para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa. No período pós-operatório, a escala de Barthel foi preenchida em apenas 81% dos processos, o que poderá dever-se ao facto de alguns doentes, no pós operatório imediato, permanecerem na Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos (UCPC), serviço em que os enfermeiros têm como foco de atenção a estabilidade hemodinâmica dos doentes.

As maiores lacunas foram verificadas no momento da alta das pessoas idosas, no qual a escala de Barthel foi apenas preenchida em 11 processos analisados (52%). Este resultado demonstra a necessidade de um maior investimento da equipa de enfermagem no seu registo, no sentido de dar visibilidade à sua avaliação contínua e à validação da eficácia dos cuidados prestados ao nível do desempenho da pessoa idosa nas suas ABVD.

A monitorização contínua da capacidade para a pessoa idosa realizar as suas ABVD assume elevada importância, uma vez que o registo sistemático desta informação, contribui para restabelecer a sua saúde e a promover o seu projeto de vida.

Assim, considerou-se pertinente realizar uma análise mais exaustiva das pontuações relativas ao desempenho nas ABVD, obtidas através do preenchimento da escala de Barthel. Estas foram comparadas nos diferentes momentos de preenchimento (no momento da admissão, no período pós-operatório e no momento da alta hospitalar). Dos 11 processos em que a escala de Barthel foi devidamente preenchida nos 3 momentos definidos para a sua avaliação, constatou-se que 7 idosos (64%) recuperaram a funcionalidade basal (existente no momento da admissão), sendo que 3 destes 7, melhoraram a sua capacidade para realizar as suas ABVD, obtendo uma pontuação no índice de Barthel superior no momento da alta hospitalar.

Na segunda fase do modelo de parceria, “**Envolver-se**”, notou-se igualmente uma melhoria significativa nos registos, principalmente ao nível do tempo e disponibilidade demonstrados pelos enfermeiros e do respeito pela privacidade da pessoa idosa (Gráfico 7). Denotou-se um maior investimento por parte dos enfermeiros em registar estas informações essenciais para o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa idosa. Segundo Gomes (2013), este envolvimento é muito importante para conhecer os recursos e as potencialidades que a pessoa dispõe para restabelecer a sua independência o mais breve possível.

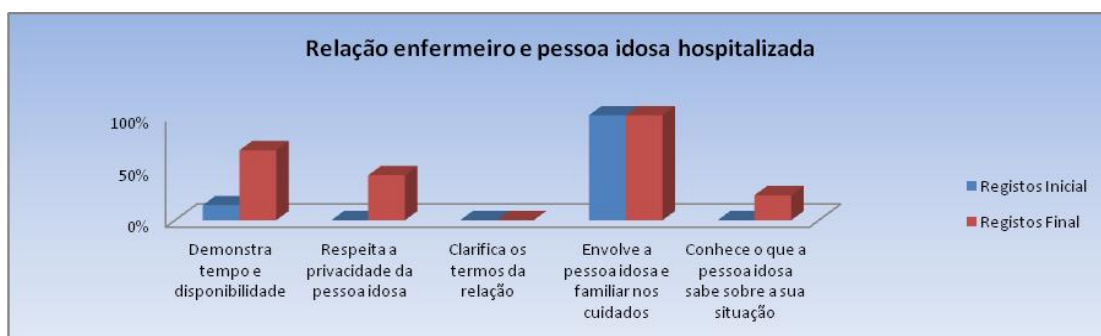


Gráfico 7: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 2ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)

A terceira fase do modelo de parceria, **“Capacitar e possibilitar”**, ficou marcada por pequenas melhorias nos registos, em particular no respeito pelas preferências da pessoa, na ajuda à sua tomada de decisão e também na negociação de compromissos (Gráfico 8). A equipa procurou transpor para os seus registos de forma mais evidente o respeito pelas preferências, personalizando a dieta dos doentes, assim como a negociação com os doentes do tempo de permanência sentado no cadeirão e a utilização da fralda e do urinol.

Mantém-se o empenho da equipa em partilhar a informação com a pessoa idosa e família e em envolvê-los na prestação de cuidados, a fim de aumentar o seu poder de decisão e de estimular a sua proatividade (Gomes, 2013).



Gráfico 8: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 3ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)

Quanto à quarta fase do modelo de parceria, **“Comprometer-se”**, os enfermeiros demonstraram uma preocupação acrescida na implementação de intervenções que permitem à pessoa mobilizar as suas capacidades, tais como “incentivar”, “encorajar”, “estimular”, relacionadas com a realização das ABVD (Gráfico 9). Estas intervenções ajudam a pessoa idosa a readquirir a independência e vão permitir regressar a casa capaz de funcionar no seu quotidiano, de prosseguir com a sua vida e de manter as atividades que lhe dão sentido (Gomes, 2009, 2013).



Gráfico 9: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 4ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)

A quinta fase do modelo de parceria, **“Assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro”**, revelou melhorias no registo da capacidade da pessoa idosa e/ou da sua família para assumir ou assegurar o cuidado de Si, garantindo que a pessoa idosa manifesta bem-estar e pode prosseguir com a sua trajetória de vida e gerir o seu projeto de vida e de saúde (Gráfico 10).

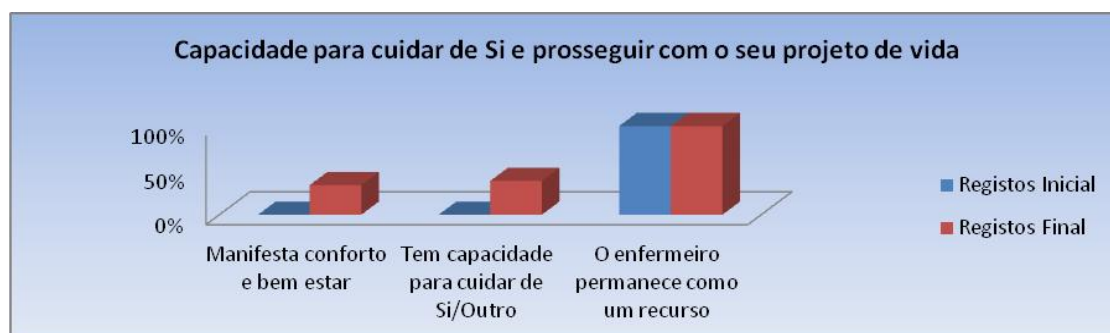


Gráfico 10: Análise comparativa dos indicadores de avaliação da 5ª fase do modelo da parceria (inicial vs final)

Com base na análise final, verificou-se que atualmente os enfermeiros conferem maior visibilidade às ABVD que a pessoa idosa desempenha sozinha, sob supervisão, assistência ou que não consegue desempenhar, procurando traduzir nos seus registos os dados que lhes vão permitir estar conscientes das áreas que foram mais afetadas com a cirurgia e intervir de forma a que a pessoa tenha cada vez mais competência para decidir e agir, assumindo o controlo do cuidado de si próprio (Gomes, 2011, 2013).

Torna-se evidente que uma avaliação cuidada e individualizada dos idosos e o planeamento de intervenções promotoras da funcionalidade durante o período de

hospitalização minimizam os riscos potenciais decorrentes da cirurgia, traduzindo ganhos em saúde para a população idosa (Westhead, 2007; Doerflinger, 2009; Bashaw & Scott, 2012).

Os dados positivos resultantes da implementação deste projeto assumem-se como estímulo para dar continuidade ao mesmo. Pretende-se alcançar ganhos em saúde no âmbito da promoção da funcionalidade das pessoas idosa, para que possam continuar com o seu projeto de vida (Gomes, 2013).

Os resultados do projeto foram divulgados através da sua afixação na sala de trabalho e da transmissão pessoal e informal. Os elementos da equipa foram felicitados pelas mudanças verificadas nos processos de enfermagem, através de registos mais completos e individualizados, promotores da continuidade de cuidados e, simultaneamente, foi apresentado o desafio de um maior investimento no registo dos indicadores com menor expressão.

Após a descrição das alterações na prática da equipa de enfermagem, serão apresentados os contributos da implementação deste projeto para a pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da promoção da sua funcionalidade e do cuidado de Si.

4.9. Conhecer os contributos para a pessoa idosa hospitalizada da implementação das intervenções em parceria, na promoção do cuidado de Si.

De forma a conhecer os contributos do projeto para a pessoa idosa, foram realizadas entrevistas aos idosos internados, durante a prestação de cuidados de enfermagem. Foi escolhida a entrevista não estruturada pois pretendia-se compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno (prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa) na perspetiva dos participantes (Fortin, 2009). Foram realizadas entrevistas a 3 idosos, como base num guião orientador (Apêndice XVIII), que inclui 5 questões orientadoras de resposta aberta. Não sendo a sua formulação e sequência predeterminada, a entrevista surge como uma conversa informal (Fortin, 2009). Em forma de diálogo, solicitou-se que as pessoas idosas refletissem acerca da forma como foram envolvidas nos cuidados e em que medida este envolvimento lhes permitiu uma participação ativa no processo

do cuidar, possibilitando compreender a importância das estratégias desenvolvidas em parceria para a promoção do cuidado de Si (Gomes, 2013).

Pretendeu-se perceber a importância que as pessoas idosas atribuem à sua participação nos cuidados. Procurou-se também compreender de que forma os enfermeiros as envolveram numa relação de ajuda e partilharam informações, no sentido de diminuir sentimentos negativos e de permitir, assim, continuar com o seu projeto de vida, no momento do regresso ao domicílio.

Foi realizada uma análise de conteúdo das entrevistas por unidade de registo (Apêndice XIX) e agrupadas em subcategorias criadas *a posteriori*, a fim de se extrair o significado das respostas dos idosos (Bardin, 2011). Da análise das entrevistas, constatou-se que todos os idosos revelaram que se sentiram parte integrante nos cuidados (3 UR), considerando que existiu uma valorização do seu poder de decisão. Houve referência ao respeito pelas preferências e ao reforço positivo (2 UR). Ao incentivarem os idosos a realizarem as suas ABVD (3 UR), os enfermeiros permitiram mobilizar as suas capacidades para poderem funcionar no quotidiano. Estes aspetos revelaram-se essenciais na construção de uma relação de confiança e de reciprocidade, permitindo mais facilmente trabalhar em parceria.

Ao nível da partilha de informação, os idosos foram unânimes na atribuição de uma elevada importância às intervenções educativas (3 UR) como facilitadoras do seu desempenho em casa, diminuindo a sua preocupação relativa à alta e o medo e insegurança presentes perante a sua nova condição (por exemplo a presença de algália ou a ferida operatória). Os idosos sentiram-se envolvidos nos cuidados (3 UR), expressando bem-estar e satisfação (3 UR) com a forma como os enfermeiros partilharam a informação pertinente, com base na sua individualidade, necessidades e expectativas, permitindo-lhes uma transição saudável para o domicílio e promovendo a sua funcionalidade e a sua independência.

Os idosos entrevistados referiram ainda terem sido informados que os enfermeiros se mantêm como um recurso (3 UR), demonstrando um sentimento de acompanhamento ao longo do internamento. Concluiu-se que a equipa de enfermagem garantiu a sua disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, fomentando um sentimento de segurança na continuidade dos cuidados das pessoas idosas no regresso a casa.

5. CONCLUSÃO

No panorama da transição demográfica atual, torna-se fundamental adequar as respostas de cuidados às necessidades da população idosa. É neste contexto que surge a relevância da avaliação multidimensional geriátrica para conhecer de forma prévia e uniformizada as pessoas idosas e intervir adequadamente, permitindo-lhes continuar com a sua trajetória de vida e saúde (Gomes, 2013). Devem ser criadas iniciativas estratégicas para alcançar resultados clínicos que poderão melhorar a funcionalidade da população idosa (Inouye et al., 2007). A pessoa idosa deve ser vista como um parceiro ativo no cuidado e os objetivos para a sua recuperação devem ser definidos em conjunto com o enfermeiro, que facilita a sua participação ativa nas decisões que afetam o seu tratamento, a sua funcionalidade, a sua saúde e o seu projeto de vida (Gomes, 2007, 2013).

Neste sentido, considerou-se pertinente a implementação do projeto descrito no presente relatório que teve como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, ajudando-a na gestão da sua saúde e na promoção do cuidado de Si durante a experiência de uma cirurgia. Considera-se que a intervenção do enfermeiro passa por assistir a pessoa na execução de ABVD, como se ela tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários para o fazer sozinha (Henderson, 1978).

A realização do projeto propiciou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). A aquisição destas competências conduziu a uma prática especializada no cuidado à pessoa idosa, sustentada no conhecimento científico e no quadro conceitual de enfermagem, no sentido de promover a funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia.

O presente trabalho, sustentado numa metodologia de projeto, permitiu uma abordagem centrada no idoso, baseada no modelo de intervenção em parceria de

Gomes (2009). Esta abordagem possibilitou-me individualizar os cuidados e estabelecer prioridades de intervenção centradas nos seus objetivos e expectativas relativamente à recuperação da funcionalidade após uma cirurgia, tendo em conta o projeto de vida que cada idoso possui.

Após refletir acerca dos objetivos específicos definidos para o projeto, é possível afirmar que estes foram atingidos na sua globalidade. À medida que foram sendo alcançados, foram desenvolvidas competências científicas, técnicas, humanas e sociais adequadas à prestação de cuidados especializados à pessoa idosa, que me permitiram aproximar do nível de perita (Benner, 2001).

Para motivar a equipa para a participação e implementação do projeto, foi necessário desenvolver **competências de formação e de comunicação**, mais especificamente na melhoria da comunicação oral, da capacidade de argumentação e da dinamização da equipa, facilitando a partilha de conhecimentos e a reflexão conjunta. Foi transmitida informação aos membros da equipa sobre estratégias facilitadoras da realização das ABVD da pessoa idosa, que permitem continuar com o seu projeto de vida.

Foi essencial desenvolver **competências de investigação**, no sentido de procurar conhecimentos científicos que suportam as intervenções promotoras da independência. A elaboração do “Manual de Intervenções Promotoras da Funcionalidade” e do “Guia Orientador de Educação para a Saúde” permitiu-me ainda desenvolver **competências de gestão e de liderança**, direcionando a equipa para a avaliação da pessoa idosa e para a implementação das intervenções educativas promotoras da funcionalidade. Assim, a pessoa idosa poderá regressar ao seu ambiente habitual capaz de assumir o cuidado de Si ou o seu cuidador ficará capacitado para assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013).

Para facilitar a implementação das intervenções por parte da equipa, ao longo do estágio desenvolvi **competências relacionais**, determinantes para trabalhar em parceria com a equipa de enfermagem. Mostrei-me sempre disponível para acompanhar os enfermeiros na prestação de cuidados, maximizando os seus pontos fortes. Simultaneamente, fui ouvindo as suas dúvidas e inquietações com o objetivo de os estimular para a mudança, de modo a satisfazer as exigências de cuidados.

Avaliando os resultados, concluiu-se que, atualmente, os enfermeiros procuram conferir maior visibilidade ao desempenho e à participação da pessoa idosa nas atividades de vida. Nota-se um esforço acrescido em incluir nos seus registos, dados que lhes permitam conhecer as áreas mais afetadas pela cirurgia e que necessitam de investimento, através de estratégias educativas facilitadoras de uma transição saudável para o domicílio.

O facto de fazer parte integrante da equipa e a existência de uma relação de confiança com os pares foram elementos facilitadores para o desenvolvimento do estágio. A interação com a equipa de enfermagem assentou numa relação de transparência e reciprocidade, existindo partilha de críticas construtivas, de forma a dar resposta à problemática e a propor soluções de melhoria.

As limitações à implementação deste projeto estiveram relacionadas com a gestão do tempo e a sobrecarga de trabalho da equipa de enfermagem. Embora a equipa tenha demonstrado compreender que a escala de Barthel se assume como fundamental no planeamento individualizado dos cuidados e na seleção das intervenções a desenvolver, verificou-se que a sua implementação necessita de maior investimento e reflexão. Esta reflexão poderá ajudar os profissionais a intervir de forma eficaz perante os problemas complexos do idoso, capacitando-o para cuidar de Si ou a família para assegurar o cuidado do Outro, permitindo a continuação da sua trajetória de vida (Gomes, 2013).

Considero que a formação especializada contribuiu para o aperfeiçoamento da minha capacidade de refletir sobre a prática, dirigindo-a para a pessoa idosa enquanto ser de projeto e de cuidado, com toda uma história de vida que deve ser valorizada e tomada como base para o planeamento de intervenções de enfermagem. Compreendi que o plano de cuidados deve contemplar a avaliação multidimensional, no sentido de fornecer suporte à pessoa idosa na gestão dos problemas mais complexos do seu quotidiano, ao invés de focar apenas o problema que potenciou a hospitalização e intervenção cirúrgica.

Para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa idosa, sugere-se a introdução no serviço de diferentes instrumentos que permitam aos enfermeiros uma avaliação multidimensional mais objetiva e completa. Como investimento futuro nesta área, pretende-se elaborar um artigo científico que evidencie os contributos do projeto.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- American Psychological Association (2010). The Basics of APA Style. Acedido a 20/6/2013. Disponível em: <http://www.apastyle.org/index.aspx>.
- Alcock, M. & Chilvers, C.R. (2012). Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesthesia And Intensive Care*, 40(1), 90-94.
- Antunes, A. (2013). *Prevenção do declínio no desempenho das atividades básicas de vida diária do idoso hospitalizado: Intervenções de enfermagem em parceria com o idoso na promoção do cuidado de Si*. Lisboa: ESEL. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa (trabalho cedido por André Antunes).
- Araújo, F.; Ribeiro, J.L.P.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007) Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Lisboa: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bashaw, M. & Scott, D. (2012). Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 96(1), 58-74.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardo, A.; Gomes, I. & Almeida, P. (2004). Análise das práticas, uma estratégia de construção de saberes na prática dos cuidados de enfermagem. *Revista Formar*, 46-50.
- Bogdan, R. & Bicklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Investigação*. Porto: Porto Editora.

- Clayton, J.L. (2008). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. Association of periOperative Registered Nurses Journal, 87 (3), 557-570.
- Collière, M-F (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M-F (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Covinsky, K.; Palmer, R.; Fortinsky, R. et al. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(4), 451–458.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido a 12/03/2013. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Doerflinger, D.M.C. (2009). Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. Association of periOperative. *Registered Nurses Journal*, 90(2), 223-244.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). Regulamento de Mestrado. Lisboa.
- Fortin, M-F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta
- Gomes, I.D. (2007). *O conceito de parceria na interacção enfermeiro /doente idoso: da submissão à acção negociada*. In Gomes, I. D. et al (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I.D. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. *European Dialysis and Transplant Nurse*

- Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). First edition. Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos, Madrid. p. 43-65.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In Fernandes et al (2013). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.
- Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 204-212.
- Henderson, Virgínia (1978). The Concept of Nursing. Blackwell Scientific Publications. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 113-130.
- Inouye, S.; Studenski, S.; Tinetti, M. & Kuchel, G. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc*, 55(5), 780–791.
- Instituto Nacional de Estatística (2012), Censos 2011. Lisboa. Acedido a 25/3/2013. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2013). Anuário Estatístico de Portugal 2012. Acedido em 08/04/2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=209570943&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Projeções de população residente 2012-2060. Acedido em 08/04/2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice* (Foundations in Nursing and Health Care). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Kawasaki K. & Diogo, M. (2007). Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiátr*, 14(3), 164-169.

- Krešević, D. (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Physical Function. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more
- Kvale, K. & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(4), 582-589.
- Lien, C.; Lin, H.; Kuo, I. & Chen, M. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2311-2319.
- Lopes, P.; Oliveira, C.; Gomes, I. & Gândara, M. (2012). *Guião de colheita de dados*. Curso de Mestrado, UC: Enfermagem Avançada. Instrumento de trabalho usado no ano letivo 2012/2013. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moreira, M.F.; Nóbrega, M.M.L. & Silva, M.I.T. (2003). Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *V Bra Enferm*, 56(2), 184-188.
- Nascimento, S. (2013). *A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária do Doente Idoso Hospitalizado: A Parceria como uma Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si*. Lisboa: ESEL. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa (trabalho cedido por Sílvia Nascimento).
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. Acedido a 25/11/2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manualis_BPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20168-2011_IndividualizacaoEspecialidades.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Organização Mundial de Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: organização Pan-Americana da Saúde. 60p.

Palleschi, L.; De Alfieri, W.; Salani, B.; Fimognari, F.L.; Marsilli, A.; Pierantozzi, A.; Di Cioccio, L. & Zuccaro, S.M. (2011). Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(2), 193-199.

Rodrigues, M. & Ferrão, L. (2006). *Formação Pedagógica de Formadores* (7ª Edição). Lisboa: Lidel.

Ruivo, M.; Nunes, L. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15.

Sahlsten, M.; Larsson, I.; Sjostrom, B.; Lindencrona, C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-637.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

Shah, S.; Vanclay, F. & Cooper, B. (1989). Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42(8), 703-709.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Westhead, C. (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 25(3), 34-35; 37-41.

APÊNDICES

**APÊNDICE I: GRELHA DE ANÁLISE DOS PROCESSOS DE
ENFERMAGEM**

GRELHA DE ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

1ª FASE: REVELAR-SE					
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	Nome preferido				
	Idade				
	Estado Civil				
	Profissão				
	Habilitações literárias				
	Hábitos de vida				
	Crenças religiosas				
SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR	Agregado familiar				
	Número de filhos				
	Pessoa de Referência				
	Condições habitacionais				
	Recursos comunitários				
CONTEXTO DA DOENÇA	Motivo de Internamento				
	Antecedentes e alergias				
	Medicação habitual do domicílio				
	Impacto da doença na sua vida				
REDE DE APOIO (se relevante)	Médico de Família				
	Enfermeiro de Referência				
	Frequência idas Centro de Saúde				
	Apoios Comunitários				
	Cuidador familiar				
	Processo familiar				

RECURSOS MATERIAIS	Auxiliares de Marcha				
	Próteses oculares e auditivas				
GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DAS ABVD	Higiene Pessoal				
	Tomar Banho				
	Alimentação				
	Ir à Casa de Banho				
	Subir escadas				
	Vestir-se				
	Eliminação Urinária				
	Eliminação Intestinal				
	Deambulação				
	Transferência cadeira/cama				

2ª FASE: ENVOLVER-SE					
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
RELAÇÃO ENFERMEIRO - PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	Demonstra tempo e disponibilidade				
	Respeita a privacidade da pessoa idosa				
	Clarifica os termos da relação				
	Envolve a pessoa idosa e família nos cuidados				
	Conhece o que o idoso sabe da sua situação				

3ª FASE: CAPACITAR E POSSIBILITAR

INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
PARTILHA DE PODER / AÇÃO CONJUNTA ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	Partilha informação durante os cuidados				
	Respeita as preferências da pessoa idosa				
	Negoceia e estabelece compromissos				
	Atua de acordo com as prioridades da pessoa idosa				
	Ajuda na tomada de decisão				
	Facilita o acesso a recursos				
	Valida a eficácia dos cuidados prestados				
	Capacita o cuidador familiar, se necessário				

4ª FASE: COMPROMETER-SE

INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA RESTABELECER A CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO SUBMETIDO A CIRURGIA	Implementa intervenções para promover a capacidade para a realização de ABVD				
	Realiza reforço positivo do desempenho da pessoa idosa				
	Monitoriza a evolução da pessoa idosa				

5ª FASE: ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

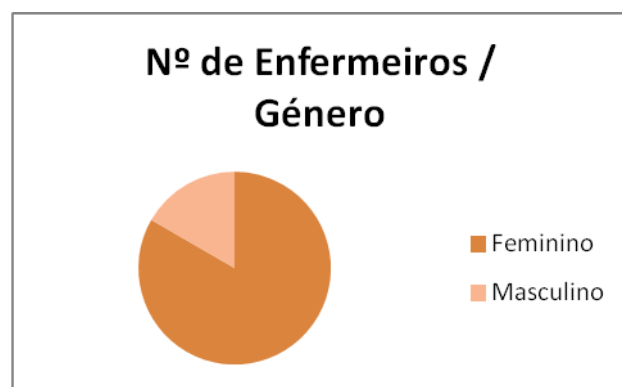
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
CAPACIDADE PARA CUIDAR DE SI E PROSSEGUIR COM O SEU PROJETO DE VIDA	A pessoa idosa manifesta conforto e bem estar				
	A pessoa idosa tem capacidade para assumir o cuidado de Si, ou o cuidador, se relevante, para assegurar o cuidado do idoso				
	Validação com a pessoa idosa e família que o enfermeiro permanece como um recurso, em caso de necessidade				

APÊNDICE II: CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

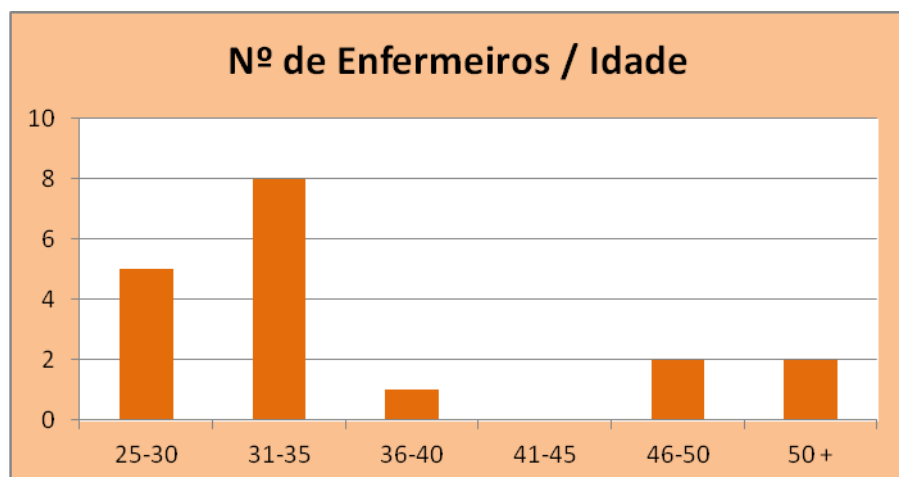
Distribuição de Enfermeiros por Género

Género	Nº de Enfermeiros	Percentagem (%)
Feminino	15	83,30%
Masculino	3	16,70%



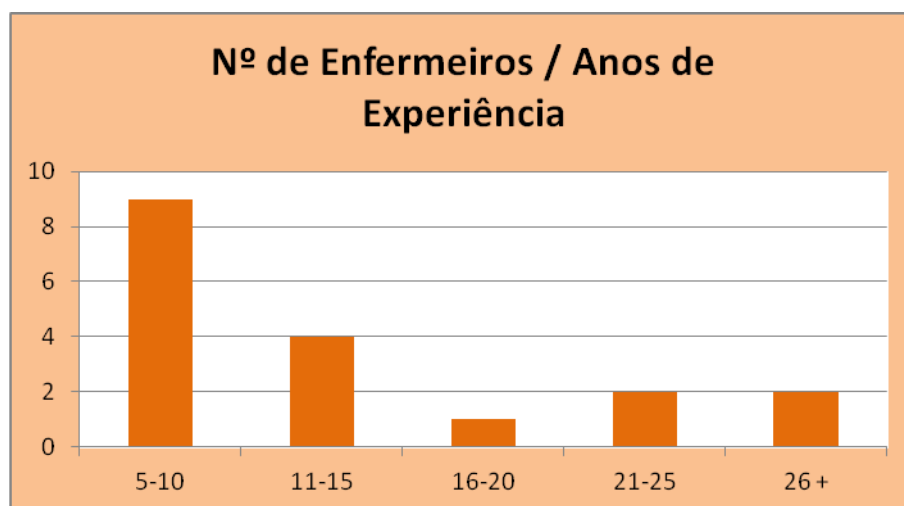
Distribuição dos Enfermeiros por Idade

Idade	Nº de Enfermeiros	Percentagem (%)
25-30	5	27,80%
31-35	8	44,40%
36-40	1	5,60%
41-45	0	0
46-50	2	11,10%
50 +	2	11,10%



Distribuição dos Enfermeiros por Anos de Experiência Profissional

Anos de Experiência Profissional	Nº de Enfermeiros	Percentagem (%)
5-10	9	50,00%
11-15	4	22,20%
16-20	1	5,60%
21-25	2	11,10%
26 +	2	11,10%



**APÊNDICE III: FASES DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM
PARCERIA**

FASES DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA

De acordo com o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009), a relação de parceria pode ser dividida em 5 fases, que podem ajudar a estruturar a individualização da prática de cuidados, na promoção do cuidado de Si: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro.

Na primeira fase, **Revelar-se**, o enfermeiro procura conhecer o potencial desenvolvimento do doente, de forma a poder ajudá-lo a promover o cuidado de Si e a prosseguir o seu projeto de vida e de saúde, independentemente da sua condição (Gomes, 2009, 2011, 2013). Neste sentido, o enfermeiro deve mobilizar técnicas de comunicação para ser dar a conhecer e conhecer o doente, promove a afetividade sendo afetivo para com o doente, demonstra disponibilidade e promove a escuta ativa, questionando o doente acerca dos seus desejos, preferências e expectativas, demonstrando que compreende a pessoa e a sua situação (Gomes, 2009, 2011, 2013).

O enfermeiro deve conhecer quem e como é a pessoa, os seus valores, a sua cultura e o seu contexto para poder propor soluções para os problemas e dificuldades que surgem com o declínio da capacidade funcional. Deve procurar entender o significado que a incapacidade tem para si e como influencia o seu percurso de vida, identificando o conhecimento e os recursos pessoais que a pessoa tem para lidar com a situação de dependência (Gomes, 2009, 2011, 2013). Os enfermeiros, em vez de pensarem pelo doente, devem antes promover nele processos de reflexão e autonomia no processo de tomada de decisão, tendo em vista a recuperação da sua capacidade funcional. Os doentes necessitam de se verem a eles próprios como peritos na gestão das suas vidas se eles participarem nas decisões acerca do seu tratamento e cuidados.

A segunda fase, **Envolver-se**, caracteriza-se pela construção de um ambiente recíproco, onde é dado espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade e de confiança entre o enfermeiro e a pessoa idosa. O enfermeiro mostra-se disponível para ouvir o doente, demonstra preocupação com a sua situação e respeita a sua individualidade, numa atitude de cuidado centrado no doente. Quando

a relação é estabelecida, o enfermeiro deve partilhar com o doente os termos da relação e o que esperado de cada um dos intervenientes (Gomes, 2009, 2011, 2013). Para facilitar a participação do idoso, o enfermeiro deve transferir parte de seu conhecimento especializado e habilidades, clara e intencionalmente, permitindo-lhe assim aumentar a sua competência e liberdade de controlo da situação. Estas ações possibilitam o conhecimento aprofundado do doente idoso, das suas necessidades específicas e do seu projeto de vida e saúde, planeando as mudanças na sua vida de acordo com as prioridades e expectativas do doente. Além disso, este envolvimento permite ao enfermeiro identificar as lacunas de conhecimento que existem, as limitações funcionais decorrentes da doença na realização das atividades de vida diária. Reconhecer estas situações ajuda as pessoas a descobrir as suas motivações, o que faz sentido para a sua vida e, ao mesmo tempo, identificar oportunidades e recursos para cuidar de Si (Gomes, 2011).

A terceira fase do processo de parceria é bidirecional: **Capacitar ou Possibilitar**. A primeira dimensão refere-se à criação de uma ação conjunta que procura capacitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si, assente nos objetivos predefinidos em conjunto, tendo em conta a experiência da pessoa (Gomes, 2009, 2011, 2013). Para serem reais parceiros dos cuidados, os doentes precisam de ser capacitados. O enfermeiro deve comunicar, numa linguagem compreensível para o doente, os aspetos importantes referentes ao seu processo de doença, ser honestos com ele sobre as suas condições terapêuticas, ouvi-lo, verificar as suas perceções antes de iniciar as intervenções e ajudá-los a compreender a sua doença e tratamento. Quando o doente tem autonomia, a estratégia passa pela partilha de responsabilidade e poder para promover o potencial da pessoa para restaurar a sua funcionalidade, validando com ela as suas necessidades e o seu conhecimento, estabelecendo prioridades. O ênfase dado à negociação transmite-nos que a relação de parceria reveste-se de uma heterogeneidade de ideias e opiniões que podem entrar em conflito. Tem de haver a construção de um compromisso entre os envolvidos para chegar a um consenso nos objetivos. Na segunda dimensão, a relação de parceria passa por criar uma ação na qual o enfermeiro promove o cuidado do Outro, adotando atitudes que se esperaria que o doente teria para si próprio, baseadas no conhecimento prévio acerca do doente e das suas

experiências de vida, através da linguagem não verbal ou de informações transmitidas pela família ou cuidador (Gomes, 2009, 2011, 2013). Quando o doente é dependente e não tem autonomia, o cuidador deve ser capacitado pelo enfermeiro para cuidar do Outro, de acordo com as expectativas, princípios e valores do doente e no sentido que este dá a vida.

A quarta fase, **Comprometer-se**, reflete-se no desenvolvimento de esforços mútuos para atingir os objetivos estabelecidos com a pessoa idosa baseados na sua experiência e nas suas respostas perante uma adversidade, como é o declínio da capacidade funcional. O enfermeiro e a pessoa idosa partilham um ponto de partida comum, trabalhando em conjunto, numa relação não-hierárquica. Gomes (2011) afirma que quando o doente participa e se sente envolvido nos cuidados, é mais fácil chegar a um acordo com ele sobre os passos necessários a seguir para melhorar a sua saúde. O enfermeiro dá suporte ao doente no compromisso que este assumiu com base no que lhe faz sentido, ajudando-o na transição da sua capacidade funcional potencial em capacidade real e na continuação do seu percurso de vida (Gomes, 2009, 2011, 2013). A assunção de um compromisso obriga o enfermeiro a demonstrar abertura e motivação ao considerar o que realmente tem significado para o doente idoso na sua vida diária, e o que este considera ser fundamental para a sua recuperação.

A quinta fase tem uma dupla dimensão: **Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro**. Na primeira dimensão, a pessoa idosa está informada e assume o controlo do seu projeto de vida e de saúde, tem capacidade para tomar as decisões por si próprio e expressa conforto e bem-estar na gestão da sua situação. Na segunda dimensão, quando a pessoa idosa não tem essa capacidade, o enfermeiro garante que a família adquiriu competências para cuidar dele, e permanece como um recurso. O enfermeiro promove a capacitação do cliente e a competência do cuidador através da manutenção do relacionamento, reforçando o progresso do cliente, apoiando a tomada de decisões, e ajudando o doente e cuidador a aprender novos conhecimentos e habilidades (Gomes, 2009, 2011, 2013).

APÊNDICE IV: ANÁLISE SWOT

ANÁLISE SWOT

Forças	Fraquezas
- Pertinência do tema; - Empenho pessoal na implementação do projeto; - Interesse e motivação da equipa; - Existência da aplicação SAPE no serviço.	- Não adesão da equipa a todas as atividades propostas; - Recusa por parte de alguns idosos no envolvimento no projeto.
Oportunidades	Ameaças
- Envelhecimento / dependência da população; - Premência de formação de enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa idosa; - Crescente exigência de qualidade de cuidados de saúde; - Equipa de enfermagem jovem e dinâmica.	- Conjuntura económico-social instável; - Demora média de internamento reduzida; - Tempo de estágio insuficiente para cumprir todas as atividades propostas.

APÊNDICE V: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades desenvolvidas	2013			2014		
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
- Revisão Sistemática da Literatura						
- Consulta da Legislação, regulamento de Mestrados da ESEL e documentos da OE sobre as competências do enfermeiro generalista e enfermeiro especialista						
- Reflexão sobre o quadro de referência de enfermagem que sustenta o projeto						
- Realização de entrevistas informais aos enfermeiros e análise de conteúdo						
- Estágio no Centro de Saúde						
- Estágio de Observação num serviço onde já se encontra implementado a prestação de cuidados em parceria e a avaliação da funcionalidade do idoso						
- Elaboração de estudos de caso (avaliação multidimensional do idoso)						
- Realização do processo de enfermagem baseado no modelo de intervenção em parceria para a promoção do cuidado de Si						
- Análise dos processos de enfermagem das pessoas idosas submetidas a cirurgia, através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009)						
- Observação de práticas de enfermagem às pessoas idosas submetidas a cirurgia, através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de parceria de Gomes (2009)						
- Promoção de momentos de partilha e reflexão em parceria com a equipa no âmbito da promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia, usando a parceria como intervenção de enfermagem para o cuidado de Si.						
- Elaboração, em parceria com a equipa, de um manual de intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia						
- Elaboração, em parceria com a equipa, de um guia orientador de educação para a saúde sobre estratégias facilitadoras da realização das ABVD em casa, após a alta hospitalar						
- Observação final de práticas às pessoas idosas submetidas a cirurgia, com base nas fases do modelo de parceria de Gomes (2009)						
- Avaliação final do processo de enfermagem desde a admissão até à alta através dos indicadores de avaliação, com base nas fases do modelo de parceria de Gomes (2009)						
- Monitorização da implementação da intervenção da CIPE "Monitorizar índice de Barthel"						
- Elaboração de entrevista à pessoa idosa submetida a cirurgia						
- Reuniões com a Professora Orientadora						
- Entrega do Relatório de Estágio						

**APÊNDICE VI: REGISTO DE INTERAÇÃO E ESTUDO DE CASO –
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

REGISTO DE INTERAÇÃO E ESTUDO DE CASO – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Data: 15/10/2013

Local de interação: Residência da Sra. A.

Intervenientes: Aluna, futura enfermeira especialista, e Sra. A.

Objetivo: Descrever uma situação de interação entre aluna, futura enfermeira especialista, e pessoa idosa/cuidador familiar e proceder à sua análise. Elaborar uma reflexão crítica relativamente ao modo como a aluna avalia a pessoa idosa e como promove o cuidado de si, tendo por base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2009).

- **Descrição da Situação**

No dia 15 de Outubro de 2013, desloquei-me à casa da Sra. A, com a enfermeira da USF, a fim de realizar uma visita domiciliária. A Sra. A. foi submetida a colocação de uma prótese total do joelho no dia 16 de Setembro, tendo tido alta hospitalar no dia 20 de Setembro. Foi estabelecida uma interação entre mim e a Sra. A que irá ser descrita e analisada.

Cerca das 14h30, batemos à porta de casa da Sra. A, tendo esta vindo abrir. Após cumprimentar a Sra. A., esta convidou-nos a entrar em sua casa. Dirigimo-nos até à sala, e enquanto a enfermeira realizava o penso da Sra. A, apresentei-me e iniciei o diálogo:

Eu: Sra. A., o meu nome é Ana, sou enfermeira e estou a especializar-me no cuidado à pessoa idosa, pelo que gostaria de lhe fazer umas perguntas acerca de si, da sua situação de doença, da sua vida para a conhecer melhor e, desta forma, ajudá-la a encontrar estratégias que facilitem a sua vida em casa, agora depois de ser operada. O que acha?

Sra. A.: Por mim tudo bem, desde que não seja para me pedir dinheiro! – disse a Sra. A. em tom de brincadeira.

Eu: Não, isso não. Isto serve apenas para me ajudar a ajudá-la. Só conhecendo a sua situação, é que posso saber no que posso ajudar.

Entretanto, a enfermeira saiu para ir fazer outras visitas domiciliárias a outros utentes, tendo eu ficado a conversar com a Sra. A., mais à vontade.

Eu: Então foi operada ao joelho...em que é que a sua vida mudou? Como se tem sentido?

Sra. A.: Olhe, mudou tudo! Antes ainda ia à cidade fazer umas comprinhas e também gostava muito de ir a casa das minhas vizinhas... agora são elas que cá vêm trazer-me comida e ajudar-me a tomar banho. Até perdi a vontade de me mexer, estou sempre na cama...

Eu: Eu compreendo a sua situação...houve uma alteração repentina dos seus hábitos de vida e não é fácil a adaptação a esta nova fase. Já saiu do hospital há quase um mês... Sabe que é importante para a sua saúde, tentar caminhar devagarinho aqui por casa com as canadianas agora ao início da sua recuperação. Vai ver que daqui a um tempinho já vai poder ir até à rua!

Sra. A.: Sim..era o que eu mais queria...voltar a ter a minha vida.

Eu: Lá no hospital ensinaram-na a andar com as canadianas?

Sra. A.: Sim, ensinaram. Eu treinei várias vezes antes de vir para casa e a minha nora também aprendeu e ajuda-me muito.

Eu: A sua nora é que lhe dá muito apoio, não é?

Sra. A.: Sim... Ela é muito minha amiga. Vem cá todas as semanas limpar-me a casa. Sabe, já tento fazer o meu almoço, coisas simples mas lá vou fazendo.

Eu: Faz muito bem Sra. A., tem de se começar por alguma coisa! Então consegue ir à casa de banho?

Sra. A.: Isso é que está mais difícil, ainda por cima tenho problemas de bexiga, estou sempre a urinar. Tenho um bacio no quarto, para não ter de andar muito...

Neste momento, pedi à Sra. A. para me mostrar onde era a casa de banho. Foram as duas até lá enquanto fui observando as condições da casa e o que poderia ser mudado para facilitar a ida da Sra. A. à casa de banho.

Aluna: Como fazia antes de ser operada?

Sra. A.: Ia à casa de banho...mesmo à noite, acendia o candeeiro e lá ia eu devagarinho...

Eu: E agora não faz isso porquê? O que é que a faz estar mais parada agora?

Sra. A.: Olhe é mais pelo medo de cair. Ainda por cima estou aqui sozinha...

Eu: Estou a perceber o seu medo, mas olhe que à medida que se vai exercitando, vai aumentando a sua atividade e ao mesmo tempo a confiança em si própria. Já vi que tem umas pantufas com sola antiderrapante e isso é o ideal para caminhar. Uma coisa que eu sugiro é tirar estes tapetes que aqui tem espalhados pela casa para não tropeçar. Concorda?

Sra. A.: Pois, tem razão. Vou pedir à minha nora para dar aqui um jeitinho na casa. Voltamos para a sala.

Eu: Então Sra. A., vamos fazer assim...já vi que a sua casa de banho é ampla e fica logo ali ao fundo do corredor. Portanto, vai tentar ir à casa de banho, não só para urinar e evacuar, mas também para fazer a sua higiene pessoal, pelo menos durante o dia, até porque assim também está a praticar exercício ao seu joelho. Mesmo para tomar banho, tem um poliban que facilita imenso a sua entrada e saída. Pode começar a tentar fazer isso sozinha. O que acha desta ideia?

Sra. A.: Olhe é isso mesmo. Ainda bem que quando fiz obras na casa há uns anos, equipei-a logo a pensar na velhice! Vou começar a fazer as coisas aos poucos. Tenho de puxar por mim! Muito obrigada.

Eu: Para a semana, se concordar, venho cá ter consigo outra vez, para falarmos e treinarmos mais um bocadinho...

Sra. A.: Será um gosto recebê-la, sempre me vai animando e motivando!

Eu: Até lá, se for preciso alguma coisa, não hesite em contactar a USF. Estamos sempre lá!

- **Análise da Situação (segundo a Modelo de Intervenção em Parceria)**

A situação acima descrita representa o primeiro momento de interação com a Sra. A. Trata-se de um primeiro momento de contacto, durante o qual se tentou conhecer a pessoa idosa. Houve uma segunda interação que, apesar de não se ter elaborado registo de interação, será referenciada sempre que necessário.

1ª Fase: Revelar-se

Na primeira fase, procura-se conhecer a pessoa idosa, a sua identidade, o seu contexto de vida, os seus recursos, a forma como esta vivencia a sua situação de doença, o seu potencial de desenvolvimento e o seu projeto de vida (Gomes, 2011, 2013).

Ao apresentar-me, dei-me a conhecer e promovi a afetividade para com a Sra. A. Expliquei os objetivos da nossa interação para mim e para a utente, para que ela perceba que as perguntas são feitas com o intuito de a ajudar a cuidar de si e não apenas para saber coisas da vida dela. Procuro entender o significado que a incapacidade tem para a Sra. A e demonstro compreender a sua situação de doença. Tento explorar os cuidados que esta tem tido consigo mesmo e a forma como a cirurgia afetou a funcionalidade no seu quotidiano quando pergunto o que mudou na vida da Sra. .Ao perguntar se a nora da Sra. A lhe tem dado apoio, demonstro que conheço a sua situação familiar. Quando questiono a utente sobre as estratégias educativas desenvolvidas no hospital, tento perceber o que ela sabe e o que consegue fazer perante a sua incapacidade e limitação. Tento conhecer as potencialidades da Sra. A. para cuidar de si, de acordo com as suas expetativas e experiências anteriores: “como fazia antes de ser operada?”.

2ª Fase: Envolver-se

Nesta fase, procura-se encontrar tempo e disponibilidade para se estabelecer uma relação de confiança, clarificando o que se espera desta, tentando obter conhecimento sobre a capacidade da pessoa idosa para desenvolver a sua autonomia (Gomes, 2011, 2013).

Foi realizada uma avaliação multidimensional da Sra. A. para conhecer as suas capacidades, que é apresentada quando se descreve o estudo de caso. O facto de me ter mostrado interessada na situação da Sra. A. e de a ter envolvido nos cuidados, fez com que a Sra. A. partilhasse comigo as suas preocupações, as suas motivações e o seu projeto de vida. Levei a utente até à casa de banho para perceber quais as condições que esta dispõe e o que se pode melhorar, no sentido de facilitar a promoção da sua funcionalidade e independência. Demonstrei que compreendia a Sra. A. e a sua situação e o modo como esta influencia a sua vida,

quando afirmo “Eu compreendo a sua situação...houve uma alteração repentina dos seus hábitos de vida e não é fácil a adaptação a esta nova fase” e “Estou a perceber o seu medo”. Foi dada oportunidade para a senhora treinar os exercícios de deambulação com canadianas, possibilitando assim identificar as lacunas de conhecimento que existem, as limitações funcionais decorrentes da doença na realização das atividades de vida diária da Sra. A e, ao mesmo tempo, desmistificar os seus medos e angústia perante a sua limitação na funcionalidade.

3ª Fase: Capacitar e Possibilitar

O enfermeiro deverá assegurar o seu cuidado ou capacitar a família/cuidador para cuidar da pessoa idosa, de modo a que esta consiga prosseguir o seu projeto de vida (Gomes, 2011, 2013).

Comuniquei, numa linguagem compreensível para a Sra. A., falei pausadamente e de forma clara, transmitindo-lhe os aspetos importantes referentes ao seu processo de doença. Convidei-a a ser parceira nos cuidados que visam a promoção da sua saúde, incentivando-a a manter-se ativa e confiante nas suas capacidades, negociando objetivos concretizáveis e que fizessem sentido para a Sra. A., como por exemplo, aumentar o número de idas à casa de banho e começar a tomar banho sozinha. Quando sugeri uma nova visita para falarmos mais um bocadinho, estabeleci um compromisso com a Sra. A., de forma a motivá-la para mostrar resultados positivos na próxima visita.

4ª Fase: Comprometer-se

Procura-se conjugar esforços para atingir os objetivos definidos em parceria com a pessoa idosa, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2011, 2013).

Ao desenvolver intervenções educativas numa ação conjunta com a Sra. A., consegui chegar a um acordo com ela sobre os passos necessários a seguir para melhorar a sua saúde, de acordo com os seus desejos, preferências e expectativas, ou seja, do que lhe faz sentido para a continuação do seu projeto de vida. A Sra. A. percebeu que é benéfico para ela o facto de caminhar em casa por curtos períodos e ir mais vezes à casa de banho. Também houve recetividade da parte da Sra. A em

retirar os tapetes da casa para facilitar a sua deambulação em segurança, prevenindo as quedas. O elogio dado à Sra. A. pelo seu comportamento reforçou a importância da sua participação ativa na transição da sua capacidade funcional potencial em capacidade real e na sua recuperação.

5ª Fase: Assumir o controlo do cuidado de si

A pessoa idosa deverá ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou o enfermeiro deve garantir que os seus cuidadores/família adquiram as competências necessárias para cuidar desta, mantendo-se o enfermeiro como um recurso, caso necessitem (Gomes, 2011, 2013).

A Sra. A, no final da interação, demonstra bem-estar e sente-se satisfeita com o compromisso estabelecido e manifesta vontade de cumprir os objetivos delineados. É esperado que na próxima interação, a utente demonstre progressos no seu desempenho na realização das atividades de vida e se sinta confortável ao ser a perita na gestão da sua doença e da sua vida.

• Análise de Conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
1ª Fase – Revelar-se	Conhece a identidade da pessoa	“Sra. A., o meu nome é Ana, sou enfermeira”
	Conhece a situação sociofamiliar	“A sua nora é que lhe tem dado muito apoio, não é?”
	Conhece os hábitos e estilos de vida	“Como fazia antes de ser operada?”
	Conhece os recursos materiais	“com as canadianas agora ao início da sua recuperação.”
2ª Fase – Envolver-se	Demonstra tempo e disponibilidade	“para falarmos e treinarmos mais um bocadinho...”
	Demonstra preocupação com a	“Como se tem sentido?” “Eu compreendo a sua situação...”

	situação saúde-doença	“Estou a perceber o seu medo...”
	Respeita a privacidade	“tendo eu ficado a conversar com a Sra. A., mais à vontade”
	Envolve nos cuidados	“tem de se começar por alguma coisa” “vamos fazer assim...” “Concorda?” “O que acha desta ideia?”
3ª Fase – Capacitar e possibilitar	Partilha informação	“sabe que é importante para a sua saúde”
	Respeita as preferências e o ritmo	“tentar caminhar devagarinho aqui por casa”
	Negoceia e estabelece compromissos conjuntamente	“Então Sra. A., vamos fazer assim...”
	Valida a eficácia dos cuidados	“O que acha desta ideia?” “para falarmos e treinarmos mais um bocadinho...”
4ª Fase – Comprometer-se	Ajuda na consecução das escolhas/objetivos	“vai tentar ir à casa de banho, não só para urinar e evacuar, mas também para fazer a sua higiene pessoal, pelo menos durante o dia” “Mesmo para tomar banho... “Pode começar a tentar fazer isso sozinha”
	Efetua um reforço positivo	“Faz muito bem Sra. A.”
5ª Fase – Assumir ou	O idoso manifesta bem estar	“Olhe é isso mesmo. Vou começar a fazer isso.”

assegurar o cuidado de si		“Será um gosto recebê-la, sempre me vai animando e motivando!”
	O idoso tem capacidade para assumir o cuidado de si próprio ou a família tem capacidade para cuidar do idoso	Sem referências
	O idoso e família reconhece o enfermeiro como um recurso em caso de necessidade	“Até lá, se for preciso alguma coisa, não hesite em contactar a USF. Estamos sempre lá!”

Reflexão da situação

A interação foi realizada na casa da Sra. A., onde foi promovido um ambiente calmo, propício à partilha de informação entre o enfermeiro e a utente. Ao explicar à Sra. A. qual era o objetivo das minhas perguntas, partilhei com ela os termos da relação e o que era esperado de cada uma de nós, facto que facilitou a interação.

Visto que para conhecer a Sra. A. era necessária uma grande quantidade de perguntas, e isso poderia ser um entrave à sua receptividade em participar neste processo, optei por conhecer antecedentes pessoais, cirúrgicos e medicação recorrendo à enfermeira e à consulta do processo de enfermagem.

Apesar de sentir que a Sra. A. ficou mais à vontade para falar comigo quando a enfermeira saiu da sua residência, o facto de ter permanecido de bata durante a interação condicionou o estabelecimento da relação de confiança com a Sra. A.

Ao longo de toda a conversa, mostrei-me disponível para ouvir a Sra. A. e demonstrei preocupação com a sua situação. Referi que compreendia o facto da Sra. A. ter mudado radicalmente a sua vida, devido a ter sido submetida a uma intervenção cirúrgica. Perguntei à senhora em que é que a vida dela tinha alterado, e

como fazia relativamente às suas atividades diárias antes de ser operada, respeitando a sua individualidade, numa atitude de cuidado centrado no doente. Para facilitar a sua participação nos cuidados para a sua recuperação, transferi o meu conhecimento acerca das melhores estratégias a adotar tendo em vista a sua recuperação, de forma clara e adequada ao nível cognitivo da Sra. A., permitindo-lhe assim aumentar a sua competência e liberdade de controlo da situação.

Convidei a Sra. A. a ser parceira nos cuidados, quando lhe sugeri irmos até à casa de banho para conhecer as condições que esta dispõe e quando negocieei com ela as idas à casa de banho, tendo em conta os seus hábitos e experiências anteriores. Foram estabelecidos objetivos comuns como a deambulação por curtos períodos, as idas à casa de banho durante o dia, confirmados com a Sra. A, quando perguntei “o que acha da ideia?”. Penso que o reforço positivo que dei do desempenho da Sra. A. relativamente à preparação das suas próprias refeições, ao tomar banho de forma independente, à retiradas dos tapetes para prevenir as quedas e ao treino de marcha com canadianas foi facilitador da assunção de um compromisso, permitindo acordar com ela sobre os passos necessários a seguir para melhorar a sua saúde. Estas intervenções contribuíram para que a Sra. A. ganhasse confiança em si, motivando-a a ser mais participativa nos cuidados e a tomar decisões, não só relativamente à sua alimentação como também ao seu processo de recuperação.

O envolvimento com o doente é uma fase que necessita de bastante tempo e disponibilidade. O facto de fazer só duas visitas não permitiu envolver-me com a Sra. A., ao ponto de obter um conhecimento aprofundado da Sra. A., das suas necessidades específicas e do seu projeto de vida e saúde, planeando as mudanças na sua vida de acordo com as suas prioridades e expectativas. Senti que não consegui ajudar a Sra. A. a descobrir as suas motivações, o que faz sentido para a sua vida. Quando a Sra. A. refere que tem de começar a fazer o que combinámos e me agradece pela ajuda, manifesta bem-estar na gestão da sua situação. Penso que consegui promover na Sra. A uma reflexão das suas competências reais para cuidar de si. Embora na segunda visita a casa da Sra. A, já se notarem diferenças no desempenho da Sra. A., sugere-se um maior número de visitas por forma a existirem garantias de que a Sra. A já tem capacidade para cuidar de si própria, perante o declínio da capacidade funcional.

Embora tenha, em conjunto com a Sra. A, identificado oportunidades e recursos para cuidar de Si, seria benéfico envolver a vizinha da Sra. A e a nora (cuidadoras) de forma a avaliar os seus conhecimentos e explicar as vantagens de incentivar à participação ativa da Sra. A nos cuidados, dando-lhes a conhecer estratégias facilitadoras, como respeitar as suas preferências, o seu ritmo, dando-lhe a possibilidade de escolher o que vai vestir, estimular a sua mobilidade, diminuindo progressivamente a ajuda para tomar banho, por exemplo.

A reflexão sobre esta interação permite-me ter consciência da importância da prestação direta de cuidados à pessoa idosa, no seu domicílio, para o conhecimento aprofundado da sua identidade, dos seus hábitos e preferências e da forma como este conhecimento influencia a sua recuperação. Só conhecendo a pessoa no seu todo, posso saber quais as suas necessidades específicas e o que lhe faz sentido. Através desta reflexão, posso analisar o meu desempenho enquanto enfermeira na relação com a pessoa idosa e o que posso melhorar, para conseguir a colaboração da pessoa idosa nos cuidados.

ESTUDO DE CASO

INTRODUÇÃO

“Na idade avançada é cada vez mais importante que a intervenção ultrapasse o tratamento clínico da doença e que se desenvolva noutras vertentes como o bem-estar, a capacidade funcional, a integração social e a qualidade de vida” (Cabete, 2005, p.31). A avaliação da pessoa idosa não pode ser limitada a uma visão biomédica, apenas centrada nos seus problemas de saúde/doença, é antes um processo que se inicia a partir de um diagnóstico até a uma intervenção, cuja meta final é o restabelecimento da funcionalidade e independência do idoso.

A avaliação da pessoa idosa tem como intuito principal promover a qualidade de vida da pessoa idosa e inclui anamnese, exame físico, avaliação funcional, mental, social, perfil ocupacional e fatores ambientais.

Krešević (2012) descreve a avaliação do estado funcional como um indicador de saúde ou doença nas pessoas idosas, descrevendo a sua capacidade e a performance para realizar as ABVD e as AIVD de forma segura. Para Botelho (2000, p.49), “a avaliação funcional multidimensional dos idosos deverá apresentar, idealmente, três etapas: identificação de problemas; intervenção, mediante a proposta de recomendações sobre os problemas detetados; acompanhamento, com a monitorização e o incentivo de aderência às recomendações propostas”. Assim, dever-se-á promover um processo desenvolvido em parceria com o cliente idoso e a sua família, permitindo uma operacionalização dos cuidados centrados no cuidado da pessoa, possibilitando a promoção do cuidado de Si (de si próprio ou do outro) (Gomes, 2009).

1. DESCRIÇÃO DO CASO

1.1. Revelar-se

Na primeira interação com o idoso, o enfermeiro deve conhecer quem ele é, como é, os seus valores, a sua cultura e o seu contexto, de forma a poder ajudá-lo a promover o cuidado de Si e a prosseguir o seu projeto de vida e de saúde, independentemente da sua condição (Gomes, 2009, 2011, 2013). Neste sentido, o enfermeiro deve mobilizar técnicas de comunicação para se dar a conhecer e conhecer o doente, promove a afetividade sendo afetivo para com o doente, demonstra disponibilidade e promove a escuta ativa, questionando o doente acerca dos seus desejos, preferências e expectativas, demonstrando que compreende a pessoa e a sua situação (Gomes, 2009, 2011, 2013).

- **Identificação da pessoa idosa, família e contexto de vida:**

A Sra. A.M.F. é uma utente do género feminino, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa. Tem 80 anos, tendo nascido em Alcobaça no dia 10 de Junho de 1933. Gosta de ser tratada por A. É analfabeta e a sua religião é católica.

Trabalhou durante 35 anos como empregada de limpeza. Emigrou para França aos 45 anos, tendo lá permanecido durante 15 anos. Regressou a Portugal há cerca de 20 anos, altura em que comprou a casa na qual atualmente vive. A sua reforma é de

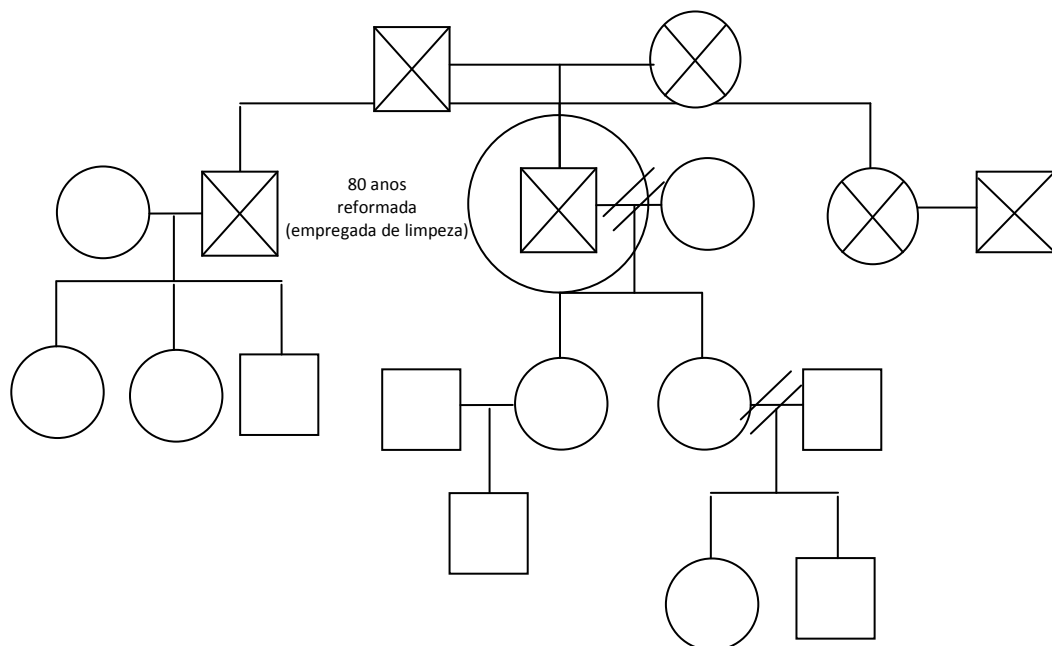
280 €. Vive sozinha na sua própria casa, num bairro na periferia da cidade. É uma moradia com 3 quartos, sala, cozinha e casa de banho. Tem saneamento básico, eletricidade e gás natural.

Atualmente, é divorciada, tem dois filhos e 3 netos. O filho mais novo é divorciado, vive em França e tem dois filhos. O filho mais velho é casado e tem uma filha. A nora é a pessoa de referência para a Sra. A., uma vez que é a ela que recorre quando necessita de ajuda.

- **Genograma**

O Genograma representa a árvore familiar que regista informação sobre os membros de uma família e as suas relações durante pelo menos três gerações.

Para uma história clínica, o Genograma é um resumo que permite adquirir de forma rápida uma grande quantidade de informação sobre uma família e, deste modo, ter uma visão dos potenciais problemas.



- **Antecedentes Pessoais**

A Sra. A. tem como antecedentes pessoais HTA, bexiga hiperativa (com incontinência urinária de esforço – usa fralda de proteção), hérnias discais, diminuição da acuidade auditiva à esquerda e da acuidade visual, usa óculos.

Como antecedentes cirúrgicos, a Sra. A. tem histerectomia radical e anexectomia bilateral há 30 anos, excisão de quisto na mão esquerda há 20 anos e colocação de prótese total do joelho direito em Março de 2012.

A medicação do domicílio é: Clopidogrel (1 comp. por dia); Clonixina (8/8h); Paracetamol + tramadol (em SOS). O médico de família receitou-lhe também: Ditropan (oxibutinina), Letter (levotiroxina sódica) e AAS (ácido acetilsalisílico) que a Sra. A. refere não tomar por falta de dinheiro para comprar esta medicação na farmácia.

Tem como atividades recreativas ver televisão, especialmente noticiários e jogos de futebol, fazer renda, regar as plantas, ir à missa e conversar com as vizinhas. Gosta ainda de ir à cidade na carrinha da câmara municipal fazer as compras para casa e pagar as despesas de água, luz e gás, pagando 7,70€ por mês para poder usufruir desse transporte.

Relativamente ao estilo de vida, refere não fumar e beber vinho apenas nas refeições em que a família está presente. Faz 4 refeições por dia: pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Diz não ter preferências alimentares.

- **História de Doença Atual**

A Sra. A. foi submetida a colocação de prótese total do joelho esquerdo por gonartrose, no dia 16/9/2013 no Hospital de Santo André em Leiria. Teve alta hospitalar no dia 20/9/2013 para o seu domicílio. A nora da Sra. A. deslocou-se ao Centro de Saúde da sua área de residência, Alcobaça, para entregar a carta de referência de enfermagem à enfermeira de família. Foram agendadas visitas domiciliárias a casa da Sra. A. para realizar o penso da ferida cirúrgica e para vigilância de cuidados. Foram retirados os agramos no dia 1 de Outubro, sendo que a sutura apresenta boa evolução cicatricial.

À observação, a Sra. A. apresenta-se consciente e orientada, no tempo e no espaço, pele e mucosas coradas e hidratadas. Está eupneica.

TA – 145/80 mmHg

FC – 73 bpm

Temperatura – 37,0°C

Dor – 4 (escala da dor – 0 a 10)

Até ser operada, era independente nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Cozinhava as suas próprias refeições e tratava da roupa e da casa. Neste momento, deambula com canadianas por curtos períodos, referindo dor à mobilização e cansaço fácil. Diz passar a maior parte do tempo na cama e necessitar de ajuda de uma vizinha para tomar banho e para as tarefas da casa. Refere que durante 15 dias, terá de se deslocar numa ambulância para realizar sessões de fisioterapia todos os dias de manhã, para treino de marcha. Demonstra ansiedade pelo facto de ter de pagar 150€ pela fisioterapia e 30€ aos bombeiros pelo transporte.

1.2. Envolver-se

Esta fase caracteriza-se pela construção de um ambiente recíproco, onde é dado espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade e de confiança entre o enfermeiro e a pessoa idosa.

- **Avaliação Multidimensional**

A avaliação multidimensional do idoso deve ter como objetivos a promoção da sua capacidade funcional, a prevenção de complicações pós-cirúrgicas e a continuação do seu projeto de vida e saúde (Doerflinger, 2009; Gomes, 2013). Os idosos requerem um cuidado minucioso e individualizado e, por isso, os enfermeiros devem estar familiarizados com os pontos fortes e fracos e a precisão das escalas de avaliação para entender a melhor forma de as utilizar como complemento à prática clínica (Hartigan, 2007).

Na abordagem à Sra. A., procurou-se abordar várias dimensões: cognitiva, psicológica e funcional. Para uma melhor e mais completa avaliação da Sra. A., foi considerada pertinente a aplicação de alguns instrumentos de avaliação, nos quais mais importante que o valor numérico encontrado, trata-se de compreender os problemas e as dificuldades da Sra. A.

Assim, no concerne às atividades instrumentais de vida diária, foi utilizado o índice de Lawton, que revelou dependência, com um score de 21 pontos. A dependência

verificou-se de maneira acentuada em todos os itens, salientando-se o uso de transportes, a realização da lida da casa e ir às compras, bem como lavar a roupa e preparar a comida.

Relativamente às atividades básicas de vida diária, utilizando o índice de Barthel, esta demonstrou um nível de dependência ligeira no momento da avaliação, com um score de 75. Esta evidencia-se, principalmente em atividades como tomar banho, nas transferências e subir e descer escadas. Comparando com o score do seu estado prévio à cirurgia, esta apresentou um declínio no seu desempenho, já que este era de 95, o que revelava que a Sra. A. era independente.

Com recurso ao Mini-Mental State Examination de Folstein (utilizado para fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas), a Sra. A. sugere apresentar a um défice cognitivo grave, já que se obteve um score de 15, atendendo ao facto da senhora ser analfabeta. Estas alterações verificaram-se principalmente nas atividades como o cálculo, a leitura e a organização de pensamento e discurso.

Foi ainda aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (usada facilmente para rastreio dos transtornos de humor), pela incapacidade provocada pela cirurgia e a forma como esta influencia na vida quotidiana da Sra. A., no entanto, o score obtido, 3 pontos, revela que a utente não tem depressão.

Para a avaliação do estado nutricional, foi realizado o Mini-Nutricional Assessment, tendo revelado um score de 20, que sugere que a cliente estará sob risco de desnutrição. Este score associa-se principalmente à sua restrição na mobilidade derivada da intervenção cirúrgica.

Na escala de Morse, segundo a CIPE, a Sra. A. apresentou um score de 50, apresentando médio risco de queda. Este score deveu-se, essencialmente, a alterações na marcha e no equilíbrio.

Apesar da mobilidade limitada da Sra. A., ela anda ocasionalmente, pelo que utilizando a escala de Braden, segundo a CIPE, apresenta baixo risco de úlcera de pressão, com um score de 17.

1.3. Capacitar e Possibilitar

A primeira dimensão refere-se à criação de uma ação conjunta que procura capacitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si, assente nos objetivos predefinidos em conjunto, tendo em conta a experiência da pessoa (Gomes, 2009, 2011, 2013). Caso o cliente idoso não apresente condições que lhe permita realizar a tomada de decisão, o enfermeiro deverá assegurar o seu cuidado ou capacitar a família/cuidador para cuidar da pessoa idosa, de modo a que esta consiga prosseguir o seu trajeto de vida (Gomes, 2009, 2011).

Uma correta avaliação da pessoa idosa elaborado no seu contexto real permite aos enfermeiros da comunidade conhecer a pessoa e detetar precocemente as suas necessidades. Com a mobilização dos conhecimentos sobre a pessoa, do seu contexto de vida e doença e, ainda, da avaliação efetuada, torna-se importante refletir e transmitir informações que possibilitem a concretização de capacidades potenciais em reais.

Para serem reais parceiros dos cuidados, os doentes precisam de ser capacitados (Gomes, 2011, 2013). A Sra. A., apesar de ter sofrido algum declínio da sua capacidade funcional, tem condições para tomar decisões e assumir o controlo do cuidado de si. Devido à Sra. A. ser analfabeta, adequei a minha linguagem e comuniquei numa linguagem compreensível para a utente. Desenvolvi em conjunto com ela intervenções educativas referentes aos aspetos mais importantes do seu processo de doença, sendo honesta com ela sobre as suas condições terapêuticas. Antes de iniciar as intervenções, ouvi-a e verifiquei as suas perceções acerca do significado que a incapacidade funcional tem para si e para o seu projeto de vida.

Houve uma consciencialização dos problemas major da Sra. A, em que a limitação de mobilidade se assume como a principal causa do declínio da funcionalidade. Assim, torna-se preponderante a adoção de competências que possam atenuar o impacto deste declínio no desempenho das atividades de vida diárias. As lacunas na toma de medicação e o risco de queda presente representam igualmente problemas reais para a Sra. A., pelo que deverão também ser alvo de atenção, no que concerne à gestão do regime terapêutico e a estratégias de prevenção de queda no domicílio. A nutrição e hidratação foram, também, áreas identificadas como alvo de

cuidados, uma vez que um aporte nutricional e hidratação adequados permite a manutenção das suas reservas funcionais, importantes face à sua situação de doença.

A estratégia de intervenção com a Sra. A. passou pela partilha de responsabilidade e poder para promover o potencial dela para restaurar a sua funcionalidade, validando com ela as suas necessidades e o seu conhecimento, estabelecendo prioridades, de forma a desenvolver conhecimentos e competências necessárias para fazer face à sua situação. Tem de haver negociação e a construção de um compromisso entre os envolvidos para chegar a um consenso nos objetivos (Gomes, 2009, 2013).

1.4. Comprometer-se

Esta fase reflete-se no desenvolvimento de esforços mútuos para atingir os objetivos estabelecidos com a pessoa idosa, com vista à promoção da sua independência. O enfermeiro dá suporte ao doente no compromisso que este assumiu com base no que lhe faz sentido, ajudando-o na transição da sua capacidade funcional potencial em capacidade real e na continuação do seu percurso de vida (Gomes, 2009, 2011, 2013).

- **Diagnósticos e intervenções de enfermagem**

Com base no compromisso estabelecido com a Sra. A., foi considerado o que realmente tem significado para ela na sua vida diária, e o que esta considera ser fundamental para a sua recuperação. Assim, foi planeado um plano de cuidados individualizado adaptado para promover a capacidade funcional da Sra. A., permitindo-lhe continuar com a sua trajetória de vida e saúde. O plano de cuidados, na USF de Alcobaça, é feito pelos enfermeiros através do sistema informático SAPE, que utiliza a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011). Tendo em conta a especificidade do doente idoso submetido a cirurgia, foi realizado o Processo de Enfermagem com base nos diagnósticos de enfermagem segundo a linguagem CIPE (2011), e foram planeadas intervenções de

enfermagem educacionais e comportamentais, promotoras de bem-estar, tendo em vista a recuperação e a reabilitação da pessoa idosa.

1.5. Assumir o cuidado de si ou assegurar o controlo do cuidado do outro

Na quinta fase, a pessoa idosa está informada e assume o controlo do seu projeto de vida e de saúde, tem capacidade para tomar as decisões por si próprio e expressa conforto e bem-estar na gestão da sua situação. O enfermeiro ajuda a pessoa idosa a aprender novos conhecimentos e habilidades, permanecendo como um recurso.

O enfermeiro promove a capacitação do cliente e a competência do cuidador através da manutenção do relacionamento, reforçando o progresso do cliente, apoiando a tomada de decisões, e ajudando o doente e cuidador a aprender novos conhecimentos e habilidades (Gomes, 2009, 2011, 2013).

- **Indicadores de avaliação**

Para cada diagnóstico, foram definidos indicadores de avaliação, que traduzem ganhos em saúde para a pessoa idosa em questão, tendo em conta a sua unicidade, em termos de necessidades, sentimentos, desejos e preferências (McComarck, 2003). Os ganhos definem o resultado da intervenção de enfermagem. São indicadores da resolução do problema ou do progresso desse mesmo problema ou da resolução do sintoma. Os ganhos sensíveis às ações de enfermagem caracterizam-se pelas alterações induzidas no estado geral de saúde da pessoa, diretamente influenciadas pelo enfermeiro. (OE, 2002). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem dizem respeito à forma como os clientes e as suas condições são afetadas pelas suas interações com os enfermeiros (Jansson, 2010).

Os diagnósticos (foco e juízo), as intervenções de enfermagem desenvolvidas na primeira visita e respetivos indicadores de avaliação são apresentados na tabela seguinte:

Foco	Juízo	Intervenções de enfermagem	Indicadores de Avaliação
Gestão do regime terapêutico	Ineficaz	• Avaliar as causas da suspensão de alguns medicamentos • Instruir sobre as vantagens da medicação para a saúde da Sra. A, adaptando a linguagem de acordo com a sua capacidade cognitiva	A Sra. A é capaz de identificar a terapêutica necessária e toma os medicamentos receitados pelo médico de forma correta.
Cair	Algum risco de cair	• Instruir a pessoa sobre medidas de segurança • Verificar adequação do calçado • Identificar barreiras arquitetônicas no domicílio • Manter objetos pessoais acessíveis	Demonstra conhecimentos sobre medidas de prevenção de quedas. Não apresentou quedas no domicílio.
Posicionar-se	Dependente, em grau moderado	• Incentivar a Sra. A a mobilizar-se no leito • Solicitar a participação da Sra. A na transferência da cama para a cadeira, evitando esforços desnecessários • Explicar os passos e a forma como a Sra. A. pode colaborar • Treinar a marcha com a Sra. A., de acordo com os seus timings • Incentivar a Sra. A. a deambular por curtos períodos pela casa, do quarto para a casa de banho e para a cozinha • Ensinar vantagens da atividade física • Adaptar o ambiente do domicílio, se necessário, como retirar carpetes, providenciar um bacio no quarto e os objetos pessoais de fácil alcance • Instruir sobre as ajudas técnicas, nomeadamente canadianas.	Posiciona-se em alternância de decúbitos no leito. Efetua exercícios de mobilização dos membros inferiores no leito. Transfere-se da cama para a cadeira e bacio, de forma independente. Deambula pela casa por curtos períodos com o auxílio de canadianas.
Autocuidado Higiene	Dependente, em grau elevado	• Executar os cuidados de higiene de acordo com os hábitos e preferências	A Sra. A. reúne todo o material necessário

		da Sra. A. • Providenciar produtos de higiene/objetos pessoais necessários para o autocuidado higiene • Respeitar a privacidade da Sra. A. • Incentivar à participação ativa da Sra. A. durante o banho, permitindo aumentar a sua mobilidade • Efetuar reforço positivo do desempenho da Sra. A. • Estimular a Sra. A. respeitando o seu ritmo e promovendo a sua independência	antes de iniciar o banho de forma a agilizar esta atividade. É capaz de tomar banho sozinha na casa de banho.
Alimentar-se	Dependente, em grau moderado	• Instruir sobre alimentação equilibrada • Estimular a ingestão hídrica • Explicar os benefícios de uma boa nutrição e hidratação para a sua recuperação, respeitando os seus hábitos • Estimular para a realização da higiene oral pelo menos 2 vezes por dia • Incentivar a realização das suas próprias refeições	É capaz de cozinhar as suas refeições e de se alimentar de forma autónoma, ao seu próprio ritmo. Ingere 4 a 5 copos de água por dia.
Autocuidado Eliminação	Dependente, em grau moderado	Facilitar o acesso à casa de banho Incentivar idas ao WC, pelo menos durante o dia, de acordo com a preferência da Sra. A. Instruir exercícios de treino vesical Incentivar aos cuidados de higiene genital sempre que vai à casa de banho, por forma a manter a pele seca e prevenir maceração da zona perineal. Incentivar ao uso de fralda de proteção durante a noite, se for do agrado da Sra. A, por forma a sentir-se confortável	A Sra. A. vai sempre urinar à casa de banho durante o dia, fazendo a sua higiene pessoal após as micções, referindo sentir-se confortável.
Ferida Cirúrgica	Joelho, lado esquerdo	Executar tratamento da ferida cirúrgica Vigiar penso da ferida Monitorizar temperatura corporal	Apresenta penso operatório limpo e seco.

		Ensinar sobre vigilância da ferida Instruir sobre medidas de prevenção de complicações da ferida Instruir sobre medidas de prevenção da hemorragia Explicar que o enfermeiro permanece como um recurso	A sutura cirúrgica mantém boa evolução cicatricial.
Dor	Presente em grau moderado	• Monitorizar tensão arterial • Monitorizar frequência cardíaca • Treinar técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como exercícios de respiração e mobilização passiva dos membros inferiores. • Incentivar à toma de medicação analgésica quando tem dor	Demonstra alívio da dor quando toma medicação analgésica
Ansiedade	Demonstrada, em grau elevado	Mostrar disponibilidade e tempo para ouvir a Sra. A. Entender o significado que a incapacidade funcional tem para a Sra. A. Promover expressão de sentimentos Encontrar estratégias em conjunto com a Sra. A para permitir a sua trajetória de vida e saúde	Demonstra sinais de controlo da ansiedade. Apresenta-se calma e confiante face à sua situação. A Sra. A. tem capacidade para assumir do cuidado de si

A realização de intervenções educativas relacionadas com a mobilidade na primeira visita domiciliária, fez com que a Sra. A. refletisse sobre o seu estado de saúde e compreendesse a importância de melhorar os seus hábitos para a sua recuperação. Ao contrário do que aconteceu na primeira visita, em que a Sra. A. permaneceu todo o tempo de interação na sua cama, na segunda visita, a Sra. A. recebeu-me na sala, verificando-se um aumento da sua capacidade de marcha. A Sra. A. referiu que tem deambulado com canadianas por curtos períodos pela sua casa. Este facto facilitou o seu acesso à casa de banho e à cozinha, levando a que a Sra. A. começasse a preparar as suas refeições. Na segunda visita ao domicílio da Sra. A., esta referiu ter compreendido a importância de manter a sua atividade física para a continuação da

realização das atividades do cotidiano de forma independente. A Sra. A., atualmente necessita apenas de apoio no banho e na lida da casa. Já sabe utilizar os transportes públicos para ir à cidade e pagar as suas contas.

Assim, ao capacitar a pessoa idosa com diferentes competências, é esperado que esta assegure o controlo do cuidado de si nas suas áreas afetadas e proporcionem a sua recuperação para que esta consiga manter ou melhorar o seu estado funcional e cognitivo, prosseguindo o seu projeto de vida.

2. CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso ajudou ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no sentido da prestação de cuidados à pessoa idosa, centrada nos seus problemas e tendo em conta as suas preferências e expetativas. A avaliação multidimensional da utente permitiu o conhecimento aprofundado da sua identidade, daquilo que lhe fazia sentido para si, levando à implementação de intervenções educativas individualizadas ajustadas às suas capacidades e necessidades. Além disso, a relação de parceria criada com a utente permitiu ajudá-la a compreender o seu processo de doença e recuperação, favorecendo a sua participação ativa nos cuidados e fortalecendo o seu papel de gestão da sua saúde e a continuação do seu projeto de vida.

Conseguiu-se criar uma relação afetiva com a utente, proporcionando momentos de partilha de informação e de reflexão de competências, no sentido de a capacitar para assumir o cuidado de si, possibilitando transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais.

A demonstração de preocupação com a sua situação de doença e incapacidade e o respeito pela individualidade da utente, facilitou a negociação de estratégias e objetivos comuns com a utente e a sua tomada de decisões, com vista ao cuidado de si, à recuperação da sua funcionalidade prévia à cirurgia e à continuação do seu projeto de vida e saúde.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos*. Porto: Laboratórios Bial.
- Cabete, Dulce (2005). O idoso, a doença e o hospital – o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Lisboa. Lusociência.
- Doerflinger, DMC (2009). Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. Association of periOperative. *Registered Nurses Journal*, 90(2), 223-244.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). First edition. Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos, Madrid. p. 43-65.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In Fernandes et al (2013). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Hartigan, I (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 204-212.
- Kresevic, D (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Physical Function. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more

APÊNDICE VII: REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

Esta revisão da literatura, utilizando a metodologia de revisão sistemática, visa sintetizar um conjunto de intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade no desempenho das ABVD da pessoa idosa submetida a cirurgia, durante a sua hospitalização.

1. METODOLOGIA

Como ponto de partida para a revisão da literatura foi utilizada a metodologia de revisão sistemática de literatura e formulada a pergunta de investigação em formato PI(C)O (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005):

“Quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem a funcionalidade no desempenho das ABVD (O) da pessoa idosa submetida a cirurgia (P), durante a hospitalização?” (Tabela 1)

P	Participantes	Quem foi estudado?	Utentes com mais de 65 anos	Palavras-Chave /Descritores: - Pessoa idosa - Intervenções de enfermagem - Hospitalização - Cirurgia
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem	
(C)	Comparações	Podem existir ou não.	Não se aplica	
O	Outcomes	Resultados, Efeitos ou Consequências	Promoção da funcionalidade no desempenho das ABVD durante a hospitalização	

A investigação resultou na consulta da base de dados eletrónica EBSCO, em particular na CINAHL (*Plus with Full Text*) e MEDLINE (*Plus with Full Text*). Foram procurados artigos científicos recorrendo aos descritores nomeados na Tabela 1.

Apesar de Melnyk, Fineout-Overholt, Stetler & Allan (2005), preconizarem que a revisão sistemática da literatura deve ter em conta a evidência dos últimos cinco anos, considerou-me mais adequado estender a pesquisa a um período temporal de 6 anos (Janeiro de 2007 a Dezembro de 2013) para se conseguir uma maior

abrangência face ao conhecimento existente sobre a matéria em análise. Através desta pesquisa, foram obtidos um total de 734 artigos, pelo que foi necessário construir um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de forma a realizar a pesquisa e a obter os artigos adequados à questão de investigação e aos objetivos do estudo.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Enfermeiros e doentes idosos (com mais de 65 anos) hospitalizados ou com hospitalização recente (< 1 ano)	População com menos de 65 anos
Fenómeno de interesse	Artigos com enfoque nas intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade do idoso submetido a cirurgia	Artigos sem enfoque na problemática em análise
Desenho do Estudo	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura e/ou estudos de caso	Artigos com metodologia pouco clara, sem metodologia quantitativa, que não sejam revisões sistemáticas da literatura e/ou estudos de caso

Pela leitura do título e resumo de todos os artigos, excluíram-se 715 artigos, ficando a base bibliográfica composta por 19 artigos. Após leitura do texto integral, excluíram-se 14 artigos, resultando um total de 5 artigos para análise. Para cada artigo foi realizada uma grelha de análise, que se apresenta em seguida, sendo que, para a classificação dos níveis de evidência, foram respeitados os critérios de Melnyk & Fineout-Overholt (2010):

Nível I – evidência obtida a partir de revisões sistemáticas ou meta análises de todos os ensaios clínicos randomizados controlados que sejam de linhas de orientação para a prática clínica);

Nível II – evidência obtida a partir de pelo menos um estudo experimental;

Nível III – evidência obtida a partir de estudos controlados sem randomização;

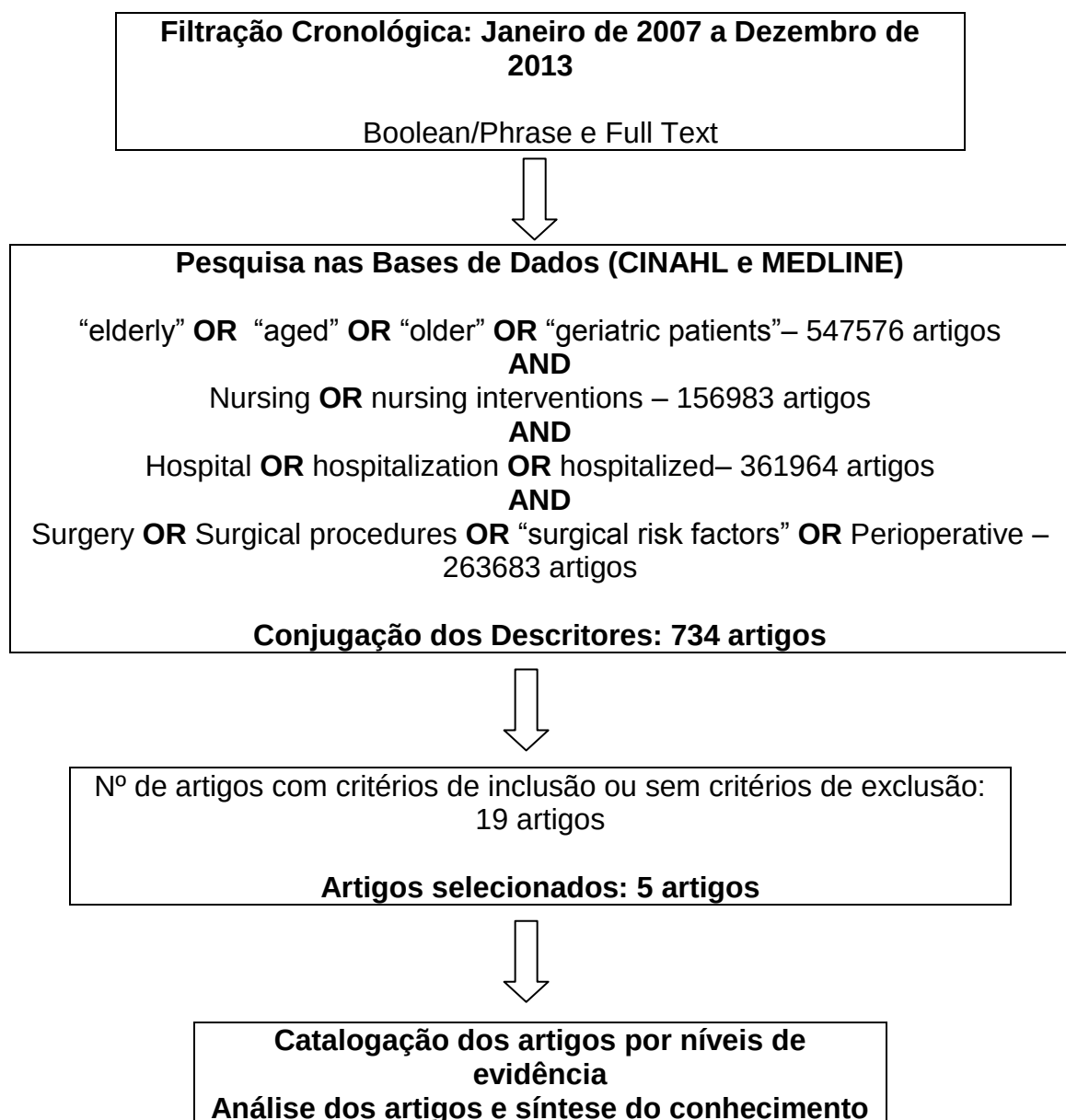
Nível IV – evidência obtida a partir de estudos não experimentais (coorte e caso-controle);

Nível V – evidência obtida a partir de revisões sistemáticas de estudos descritivos / relatório de avaliação de programa;

Nível VI – evidência obtida a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo;

Nível VII – evidência obtida a partir de opiniões de autoridades / painéis de consenso.

Figura 1: Processo de pesquisa e seleção



2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O objetivo desta fase é sintetizar os resultados obtidos para alcançar uma estimativa da intervenção pesquisada. Assim, aplicando a metodologia da prática baseada na evidência, apresenta-se no seguinte quadro os objetivos, participantes, intervenções, nível de evidência e os resultados de cada artigo selecionado.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Alcock M e Chilvers R Emergency Surgery in the elderly: a retrospective observational study 2012 Anaesth Intensive Care 40: 90-94.
FINALIDADE DO ESTUDO	Promover uma síntese rápida dos riscos dos procedimentos cirúrgicos nos idosos num hospital central, evidenciando algumas limitações dos fatores estabelecidos para avaliar o risco da população idosa e analisar o estado funcional como fator de risco e como um resultado em saúde para esta população.
TIPO DE ESTUDO	Restrospetivo Observacional
PARTICIPANTES	178 doentes idosos com 80 ou mais anos que foram submetidos a uma cirurgia
INTERVENÇÕES	Foram colhidos dados dos doente referentes à idade, score ASA, especialidade, estado funcional prévio à admissão e no dia da alta e dados referentes a complicações e mortalidade após 28 dias da alta hospitalar. Foi feita uma revisão dos registos dos doentes para detetar a taxa de complicações, estas foram classificadas com base no sistema Master Trial. O estado funcional foi classificado em três níveis: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente. A classificação é objetiva, rápida e facilmente obtida com uma história clínica básica efetuada no pré-operatório.
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	O estudo foi aprovado pelo Tasmanian Human Research Ethics Commitee; a confidencialidade dos dados foi assegurada; foi usada a Launceston General Hospital's Patient Administrative System para identificar os doentes

RESULTADOS	- A taxa de mortalidade nos doentes com 80 e mais anos foi de 9% - As infeções e as complicações cardiovasculares e neurológicas foram as mais comuns - A idade avançada, o score ASA elevado e um nível de funcionalidade baixo prévio parecem aumentar o risco de complicações e mortalidade no pós-operatório - O estado funcional prévio pode complementar os fatores de risco já estabelecidos para avaliar o risco cirúrgico, porque dá informação sobre a reserva funcional/fisiológica do doente e influencia múltiplos sistemas orgânicos - O estado funcional pode ser um indicador da fragilidade do doente. O estudo mostrou que a fragilidade é um fator independente para complicações pós-operatórias, internamentos prolongados e alta hospitalar com grau de dependência superior ao do momento da entrada. - O estado funcional é uma medida dinâmica. O declínio do estado funcional depois de uma cirurgia foi documentado num número substancial dos doentes. - Conhecer o estado funcional pré-admissão é um guia para conhecer as necessidades pós-alta de cuidados de enfermagem - Um mau resultado em saúde é quando o doente tem alta hospitalar com algum grau de dependência e precisa de ser institucionalizado. - 28% dos doentes parcialmente dependentes na admissão, no momento da alta apresentavam-se totalmente dependentes com necessidades de cuidados - 5% dos doentes independentes na admissão, no momento da alta apresentavam-se totalmente dependentes.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	O estado funcional dos doentes no momento da admissão complementado com os fatores de risco existentes podem dar informação preciosa sobre as reservas funcionais dos doentes e a sua função orgânica.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível VI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Marie Bashaw; Dana N. Scott Surgical Risks Factors in Geriatric Perioperative Patients 2012 Association of periOperative Registered Nurses Journal, 96(1), 58-74.
FINALIDADE DO ESTUDO	Identificar os fatores de risco cirúrgico para os utentes idosos e a forma como estes afetam os resultados na fase pós-operatória.
TIPO DE ESTUDO	Opinião de Autoridades
PARTICIPANTES	Não se aplica
INTERVENÇÕES	Revisão da Literatura
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Não se aplica
RESULTADOS	As condições preexistentes e as alterações normais relacionadas com o envelhecimento podem resultar em complicações perioperatórias nos doentes idosos. Uma avaliação cuidada e uma correção de problemas existentes no pré-operatório e um planeamento de cuidados adequado podem promover maior segurança e uma experiência cirúrgica de sucesso para os utentes idosos.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Os enfermeiros devem estar atentos aos fatores de risco cirúrgico para os utentes idosos e às alterações físicas e psicológicas associadas à idade e a forma como estas as afetam quando são submetidos a intervenção cirúrgica.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível VII

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Deirdre M. Carolan Doerflinger Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. 2009 Association of periOperative Registered Nurses Journal, 90(2), 223-244.
FINALIDADE DO ESTUDO	Mostrar a relação entre as especificidades da pessoa idosa e o maior risco cirúrgico. Dar a conhecer as implicações perioperatórias que as alterações do envelhecimento têm na

	recuperação pós-operatória dos doentes idosos. Descrever as intervenções de enfermagem preconizadas na literatura para as várias fases operatórias.
TIPO DE ESTUDO	Opinião de Autoridades
PARTICIPANTES	Não se aplica
INTERVENÇÕES	Revisão da Literatura
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Não se aplica
RESULTADOS	Os doentes idosos normalmente têm doenças crónicas associadas que aumentam o risco cirúrgico. Deve ser respeitada a individualidade de cada doente, na avaliação do seu estado funcional, das suas características específicas e fatores de risco. O risco cirúrgico é maior nos doentes idosos mas uma avaliação pré-operatória individualizada pode aumentar os benefícios relativamente aos riscos, minimizando as complicações e aumentando a qualidade de vida da população idosa.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Os enfermeiros devem conhecer as alterações próprias do envelhecimento e devem desenvolver competências comunicacionais para conhecer a pessoa idosa. Devem compreender os riscos específicos e os benefícios da cirurgia na vida do idoso e planejar intervenções individualizadas para melhorar os resultados pós-operatórios.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível VII

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Judith L. Clayton Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery 2008 Association of periOperativemRegistered Nurses Journal, 87(3), 557-570.
FINALIDADE DO ESTUDO	Descrever os fatores de risco e as necessidades específicas das pessoas idosas que são submetidas a uma intervenção cirúrgica, nas várias fases operatórias
TIPO DE ESTUDO	Opinião de Autoridades

PARTICIPANTES	Não se aplica
INTERVENÇÕES	Revisão da Literatura
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Não se aplica
RESULTADOS	O facto de haver problemas de saúde prévios à cirurgia associados é um fator de risco importante da mortalidade pré-operatória. Todos os esforços devem ser feitos para promover uma avaliação pré-operatória com o objetivo de identificar o risco intra-operatório e o risco de complicações pós-operatórias e para otimizar a condição do idoso antes da cirurgia. A vigilância no pré operatório e as intervenções apropriadas resultam na segurança do doente. No pós-operatório, as avaliações devem ser completadas para garantir o conforto e a segurança do doente após a cirurgia. A gestão adequada dos fatores de risco cirúrgico depende da compreensão do enfermeiro acerca das alterações próprias do envelhecimento que podem afetar os resultados dos procedimentos cirúrgicos.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	O planeamento cuidadoso, o cuidado efetivo de enfermagem durante o período perioperatório vai reduzir a morbilidade cirúrgica das pessoas idosas.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível VII

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Cameron Westhead Perioperative nursing management of the elderly patient. 2007 Canadian Operating Room Nursing Journal, 25(3), 34-35; 37-41.
FINALIDADE DO ESTUDO	Enfatizar as áreas mais importantes incluídos na avaliação da pessoa idosa, as intervenções de enfermagem e as precauções que devem ser tomadas durante as várias fases cirúrgicas.
TIPO DE ESTUDO	Opinião de Autoridades

PARTICIPANTES	Não se aplica
INTERVENÇÕES	Revisão da Literatura
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Não se aplica
RESULTADOS	A existência de comorbidades é o fator de risco maior para a mortalidade associada a cirurgia, necessitando de uma avaliação cuidada e um plano de cuidados complexo. Devido a estas pré-condições comuns aos idosos, é previsível que estes experienciem um período de dependência após a cirurgia. Quando as pessoas são idosas com todos os fatores de risco associados, a intervenção cirúrgica pode ser assustadora. Os enfermeiros estão na posição ideal para diminuir a ansiedade resultante da cirurgia. As intervenções de enfermagem têm como objetivo manter a dignidade da pessoa idosa e promover a sua autonomia. Deve ser avaliado o estado funcional, físico e o estado psicossocial. O enfermeiro deve falar de forma clara, apresentar uma ideia de cada vez e dar tempo suficiente ao idoso para responder.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Os enfermeiros devem ter competências e conhecimentos necessários para realizar uma avaliação adequada dos idosos, de forma a poderem tomar as precauções apropriadas e planejar intervenções de enfermagem no sentido de evitar complicações nas fases pré, intra e pós-operatória.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível VII

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados apresentados remete-nos para um conjunto de intervenções de enfermagem que permitem promover a funcionalidade no desempenho das ABVD no idoso hospitalizado submetido a cirurgia. Estas intervenções devem ser realizadas em parceria com o idoso hospitalizado e abrangem as mais diversas áreas da dimensão do cuidar, promovendo o cuidado de Si.

As pessoas idosas têm um risco acrescido de complicações associadas a uma intervenção cirúrgica (Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Bashaw e Scott, 2012). A gravidade dessas complicações depende do estado funcional prévio das pessoas idosas e das alterações próprias do envelhecimento (Clayton, 2008; Bashaw e Scott, 2012). A deterioração do estado funcional foi documentada em 1/3 dos idosos submetidos a cirurgia (Alcock e Chivers, 2012).

Durante a hospitalização, os idosos devem ser alvo de estratégias que permitam promover a independência e recuperar o estado funcional anterior à cirurgia, minimizar os riscos cirúrgicos e prevenir complicações. No pré-operatório, deve ser realizada uma avaliação multidimensional ao idoso que inclui o estado da pele, o estado cognitivo, a mobilidade, a capacidade para realizar as ABVD. Deve ser avaliada também a competência da família para cuidar do idoso após a alta hospitalar, caso seja necessário (Clayton, 2008).

As alterações físicas e psicológicas que podem ocorrer no seguimento de uma cirurgia aumentam a dificuldade dos idosos em restabelecer o seu nível prévio de independência. Sendo assim, o idoso deve ser alvo de uma preparação física e psicológica, através de intervenções educativas desenvolvidas na fase pré-operatória, sobre o que é esperado no pós-operatório (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009).

Os enfermeiros devem conhecer os riscos cirúrgicos específicos dos idosos, as suas condições físicas e psicológicas e a forma como estas afetam o seu estado funcional, quando são submetidos a uma intervenção cirúrgica (Bashaw e Scott, 2012).

Os autores constataram que uma das preocupações dos idosos é regressar a casa com um estado funcional otimizado, necessitando de serem alvo de cuidados de

enfermagem que promovam a sua independência funcional. Nos idosos, há um medo acrescido associado à intervenção cirúrgica relacionado com o risco de dependência para a realização das ABVD, o facto de poder não voltar a ter condições para viver de forma independente na sua casa, e a institucionalização (Clayton, 2008). Uma avaliação cuidada e individualizada dos idosos e o planeamento de intervenções promotoras da funcionalidade durante o período de hospitalização minimizam os riscos potenciais decorrentes da cirurgia, traduzindo ganhos em saúde para a população idosa (Westhead, 2007; Doerflinger, 2009; Bashaw e Scott, 2012).

Assim, torna-se importante aceitar o idoso hospitalizado como parceiro nos cuidados, programando intervenções personalizadas e adequadas que possibilitem a promoção da sua funcionalidade no desempenho das atividades básicas de vida diárias e promovam uma vida com autonomia e independência.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcock, M; Chilvers, CR (2012). Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesthesia And Intensive Care*, 40(1), 90-94.

Bashaw, M; Scott, Dana (2012). Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 96(1), 58-74.

Clayton, JL. (2008). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 87(3), 557-570.

Doerflinger, DMC (2009). Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. *Association of periOperative. Registered Nurses Journal*, 90(2), 223-244.

Melnyk, B.; Fineout-Overholt, E.; Stetler, C. & Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Practice Leadership Summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, 2(3), 113-121.

Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2010). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia, Pensylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

Disponível

em:

<http://books.google.pt/books?id=hHn7ESF1DJoC&pg=PT355&lpg=PT19&hl=pt-PT&source=gbs%20toc%20r&cad=3#v=onepage&q&f=false>

Westhead, C (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 25(3), 34-35; 37-41.

**APÊNDICE VIII: GUIÃO DE ENTREVISTA INFORMAL AOS
ENFERMEIROS**

GUIÃO DE ENTREVISTA INFORMAL AOS ENFERMEIROS

1. Considera importante realizar uma avaliação do grau de dependência do doente idoso internado que vai ser/foi submetida a uma cirurgia?
2. Considera uma mais valia para o planeamento da alta a implementação no serviço de intervenções de enfermagem que otimizem a capacidade dos idosos internados para realizar as atividades básicas de vida diária? Porquê?
3. Descreva, do início ao fim, com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs, uma situação de cuidados em que avalia o grau de dependência dos idosos internados que vão ser/foram submetidos a uma cirurgia. Quando o fez e sobre o quê? Com que sentido fez?

**APÊNDICE IX: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS
REALIZADAS AOS ENFERMEIROS**

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ENFERMEIROS

Área temática 1: Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Importância da avaliação do grau de dependência	Identificação do grau de dependência	“a forma como o utente desempenha as suas atividades básicas de vida diárias e com que nível de autonomia” E1 (30,M) “percecionar o grau de dependência nos autocuidados” E2 (31,F), E8 (30,F), E13 (30,M) “onde consta o nível de dependência em cada atividade de vida diária” E12 (32,F)
	Individualização de cuidados	“adaptamos os cuidados prestados à pessoa que temos à frente e de acordo com as suas necessidades individuais” E1, E2 “direcionar as intervenções para o utente em questão” E6 (30,F) “são preconizadas intervenções para cada doente” E7 (33,F) “a prioridade é prestar cuidados de qualidade à pessoa” E11 (33,F)
	Identificação de necessidades e incapacidades	“assegurar a satisfação das necessidades de vida diária” E3 (35,F), E12 “avaliar as possíveis alterações motoras ou sensoriais” E5 (33,F) “são avaliadas as capacidades e incapacidades” E7 “adequo os meus cuidados e os meus ensinamentos consoante a sua capacidade” E10 (39,F), E13 “posso avaliar a pessoa como um todo” E11
	Planeamento das intervenções	“é feito um planeamento adequado” E3 “permite definir as intervenções de enfermagem” E5 “intervenções de enfermagem eficazes” E6 “planear de cuidados de acordo com o grau de dependência” E7 “é implementado um conjunto de intervenções” E12 “saber as prioridades de atuação” E14 (56,F)

Modo de avaliação do grau de dependência	Entrevista informal ao idoso e/ou pessoa de referência	“são alvo de uma entrevista informal” E1, E13 “sempre que pertinente, incluímos a família para completar a avaliação” E2
	Observação direta	“avalio com base na observação” E3, E6, E7 “observo o doente” E8, E9 (48,F), E12 “através da observação” E4 (33,F), E5, E10
	Utilização de escala	Sem referências
Momentos de avaliação do grau de dependência	Admissão no hospital	“No momento da admissão” E1, E5, E6, E10 “Todos os doentes admitidos no serviço” E2, E12 “a avaliação é feita na entrada do doente” E3 “quando o doente é internado” E7, E14 “à data da admissão” E8, E9, E13 “Sempre que é admitida uma pessoa no internamento” E11
	Pós-operatório	“O planeamento é atualizado sempre que se verifica alguma alteração digna de intervenção de enfermagem” E1 “Durante o internamento, vamos fazendo uma atualização da variação do grau de dependência” E2 “avaliação contínua” E3 “no primeiro levante após a cirurgia” E4 “logo após a cirurgia e nos dias seguintes” E5 “sempre que se justifique” E6, E13 “tem de se ir fazendo durante o internamento” E8 “no pós-operatório imediato” E10, E14

	Dia da alta hospitalar	“é feita frequentemente no dia da alta” E6 “à data da alta, avalio outra vez” E8, E14
Dificuldades na avaliação	Características do doente idoso	“estado de consciência do doente” E3 “doentes desorientados” E4 “em pessoas com alteração do estado de orientação” E5 “dificuldades de comunicação pela falta de cultura e literacia” E14
	Ansiedade presente	“o internamento gera grande stress no idoso e família, principalmente quando ocorrem mudanças no grau de dependência, mesmo que sejam transitórias” E11
	Ausência de familiares	“pouca colaboração da família” E3 “quando não têm visitas” E4
	Ausência de escala de avaliação	“o facto de não haver uma escala objetiva” E3 “ausência de escalas” E4, E13, E14 “de forma isolada e subjetiva” E6 “não avaliamos com um suporte adequado” E11
	Gestão de tempo	“escassa disponibilidade de tempo/recursos” E3 “dificultada por falta de tempo” E4 “quando tenho tempo” E10 “é impossível realizar registos de qualidade devido ao fluxo de doentes que entram no serviço e ao número reduzido de enfermeiros” E11

Área temática 2: Implementação de intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade do idoso hospitalizado submetido a cirurgia

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Importância da implementação de intervenções	Especificidade da pessoa idosa	“são os idosos os utentes em que uma intervenção cirúrgica provoca mais alterações ao nível das atividades de vida diárias” E1 “mais tempo demoram a recuperar os seus níveis de autonomia” E2 “retardam o regresso a autonomia nas atividades básicas de vida diárias” E3 “a situação de dependência agrava-se após um longo período de imobilidade” E5 “o internamento e a própria cirurgia são momentos em que o idoso fica mais fragilizado” E11
	Promoção da independência	“retorno à autonomia perdida com a cirurgia” E1 “preservar ou melhorar as capacidades do utente” E2 “sempre com vista à independência funcional” E3, E5, E13 “permitem melhorar a sua funcionalidade” E4 “otimizar as suas capacidades” E6 “visa a autonomia e independência do idoso na execução das atividades básicas de vida” E7, E14 “para se poder auto-cuidar sem a ajuda de terceiros” E9 “é vantajoso para a recuperação da independência” E11 “para que retorne à sua vida diária com o

		mesmo ou maior nível de autonomia” E12
	Prevenção de complicações	“reduzir sentimentos de incapacidade que muitas vezes prejudicam as dinâmicas familiares” E1 “minimizar os efeitos negativos da intervenção cirúrgica a que o utente é sujeito” E2 “o processo de alta pode ser dificultado” E3 “com o intuito de prevenir acidentes” E4 “prevenção de quedas e úlceras de pressão” E5 “para que a alta ocorra com o mínimo de incidentes possível” E11
	Planeamento da alta	“diminuição da ansiedade no momento da alta” E1 “facilitar o processo da alta” E2 e E3 “conduzir da melhor maneira a situação pós-alta” E5 “de forma a que o regresso ao domicílio se faça de forma segura e eficaz” E7 “vigio se está preparado para ter alta” E9 “no sentido de promover a sua independência no domicílio” E10, E13 “por forma a planear atempadamente a alta” E11
	Ganhos em saúde	“a implementação precoce dessas intervenções traduzir-se-iam certamente em ganhos de saúde consideráveis para o utente idoso e sua família” E1 “o máximo de ganhos em saúde” E2 “a promoção da funcionalidade é um ganho em saúde” E4

		“permite reduzir custos em saúde” E5, E14
Estabelecimento de relação de parceria	Tempo e disponibilidade	“articular os ensinamentos com a família, se o doente não for capaz” E5 “negociar as melhores estratégias com o idoso e família” E6 “Deve ser dado tempo e espaço ao idoso” E7
	Estratégias educativas	“instruir o idoso para a necessidade de realizar atividades da vida quotidiana” E5 “estimular para os autocuidados” E2 “a melhor forma de capacitar o utente” E6 “as atividades devem ser treinadas e melhoradas durante o internamento” E7 “depois da intervenção cirúrgica, faço ensinamentos” E9 “faço ensinamentos sobre o levantar e a respiração no pós-operatório” E10 “é feito ensino para ser o mais autónomo possível” E12
	Envolvimento da família	“Envolvendo os cuidadores informais/família no processo de cuidados” E1 “Sempre que possível, devemos envolver a família” E3 “é feito o acolhimento ao doente e família” E11
	Bem estar do idoso	“o objetivo final é o bem estar do doente/família” E2 “aumentar a qualidade de vida” E5, E13 “tendo em conta o seu projeto de vida” E6 “tendo em conta as suas preocupações, motivações, crenças, antecedentes, grau de dependência e perspetivas face à alta” E11

APÊNDICE X: ESTUDO DE CASO - HOSPITAL

ESTUDO DE CASO - HOSPITAL

PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA SUBMETIDA A CISTECTOMIA RADICAL COM URETEROILESTOMIA

INTRODUÇÃO

“Na idade avançada é cada vez mais importante que a intervenção ultrapasse o tratamento clínico da doença e que se desenvolva noutras vertentes como o bem-estar, a capacidade funcional, a integração social e a qualidade de vida” (Cabete, 2005, p.31). A avaliação da pessoa idosa não pode ser limitada a uma visão biomédica, apenas centrada nos seus problemas de saúde/doença, é antes um processo que se inicia a partir de um diagnóstico até a uma intervenção, cuja meta final é o restabelecimento da funcionalidade e independência do idoso.

A avaliação da pessoa idosa tem como intuito principal promover a qualidade de vida da pessoa idosa e inclui anamnese, exame físico, avaliação funcional, mental, social, perfil ocupacional e fatores ambientais.

Krešević (2012) descreve a avaliação do estado funcional como um indicador de saúde ou doença nas pessoas idosas, descrevendo a sua capacidade e a performance para realizar as ABVD e as AIVD de forma segura. Para Botelho (2000, p.49), “a avaliação funcional multidimensional dos idosos deverá apresentar, idealmente, três etapas: identificação de problemas; intervenção, mediante a proposta de recomendações sobre os problemas detetados; acompanhamento, com a monitorização e o incentivo de aderência às recomendações propostas”. Assim, dever-se-á promover um processo desenvolvido em parceria com o cliente idoso e a sua família, permitindo uma operacionalização dos cuidados centrados no cuidado da pessoa, possibilitando a promoção do cuidado de Si (de si próprio ou do outro) (Gomes, 2013).

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A. O que sabemos da pessoa

a) Dados demográficos

Nome: J.V., prefere ser chamado por V.

Idade: 76 anos; sexo masculino.

Naturalidade: Alcanena.

Residência: Alcanena, Santarém.

Estado civil: Casado, com 2 filhas.

Profissão: Carpinteiro reformado.

Habilitações literárias: 4º ano de escolaridade.

b) Experiências de vida significativas

Há cerca de 4 anos, foi diagnosticada doença de Alzheimer à sua esposa, Sra. A.V. A partir desse momento, a Sra. A. V. foi perdendo capacidades, pelo que se tornou dependente do Sr. V. para satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais e para realizar as atividades de vida diária. Há cerca de 1 ano, a Sra. A. V. ficou acamada, sendo que o Sr. V. e as suas filhas decidiram em conjunto institucionalizar a Sra. A. V., uma vez que sozinho o Sr. V. não conseguia cuidar da sua esposa. Este foi um momento muito marcante na vida do Sr. V., que deu início a um processo de transição que ainda não conseguiu concluir. Segundo ele, “ela já não conhece ninguém, para ela acaba por ser igual estar em casa ou no lar...eu é que fiquei pior...acabou a vida para mim, estou para ali sozinho”. Começou nessa altura a tomar “comprimidos para dormir”.

Teve vários internamentos no serviço de urologia por episódios de hematúria recorrentes, experiências negativas para ele “a primeira vez que cá estive e fiquei melhor, achei que fosse uma coisa passageira, mas depois na segunda e na terceira, fui-me abaixo, percebi que devia ser algo grave. Tenho-me sentido pior, sem forças, quase nem saio de casa”.

Estamos perante um idoso em processos de transição (Meleis, 2012) múltiplos e sobrepostos. A institucionalização da esposa, cuja transição (situacional) ainda não

concluiu, sobrepõe-se a outra transição (saúde–doença), despoletada pelas hospitalizações repetidas, em que resultou em diminuição da força muscular e do interesse para realizar as suas tarefas do quotidiano.

Este desequilíbrio provoca necessidades não satisfeitas, respostas não adaptativas e incapacidade para cuidar de Si.

c) Crenças e valores

Projeto de vida – O Sr. V. anseia por voltar para casa, após a cirurgia, com força e capacidade para “viver mais uns anos com qualidade”(sic). Neste momento o seu único anseio é voltar para casa, de forma independente. Tem consciência que irá ter dificuldades em se adaptar à sua nova condição e que irá precisar de ajuda na realização das atividades de vida diária e nos cuidados a ter com o estoma. Sente-se mais descansado porque sabe que as filhas vão fazer de tudo para que ele se sinta bem e integrado na sua nova situação de vida.

Sentido dado à doença - Associa muito esta doença “cancro” à morte. Diz que se a esposa estivesse bem, a viver com ele em casa, não se deixava ir abaixo e tinha mais força para continuar. Está apreensivo com o período pós-operatório, das dificuldades que terá para se “desenrascar” sozinho. Tem medo de ficar dependente de terceiros, não conseguir viver sozinho e ter que ir para uma instituição.

d) Individualidade da pessoa – padrão de vida único

Necessidades humanas básicas/ atividades de vida diária (AVD) - Um dos aspetos fundamentais da avaliação geriátrica é o estado funcional da pessoa idosa. Quando hospitalizados e submetidos a uma cirurgia, pela sua menor capacidade adaptativa ao ambiente e a acontecimentos adversos, os idosos encontram-se mais suscetíveis de sofrer uma perda significativa das suas capacidades funcionais para realizar as atividades de vida diárias (Covinsky et al, 2003; Clayton, 2008; Palleschi et al, 2011).

De acordo com dados colhidos durante a entrevista e com a avaliação multidimensional, o Sr. V. apresenta uma dependência leve na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), com um score de 98 pontos, de acordo

com a Escala de Barthel modificada, utilizada no serviço, devido à incontinência urinária e à necessidade de uso de fralda para proteção de acidentes ocasionais. Apresenta dependência ligeira para as atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), com um score de 6 pontos, de acordo com o índice de Lawton, principalmente no que diz respeito à preparação das refeições, limpeza da casa e da lavagem da roupa, que fica ao encargo das funcionárias do Lar onde se encontra a esposa.

Respirar – Eupneico em repouso. Sem necessidade de suporte de oxigênio, com saturações periféricas de 98%. Boa amplitude torácica. Respiração de amplitude superficial, ritmo regular, sem sinais de tiragem, supra-clavicular ou intercostal.

Comer e beber – Refere perda de apetite desde o último internamento, há cerca de um mês. Quase nunca come toda a refeição e ao jantar alimenta-se de apenas uma sopa. Não precisa de ajuda para se alimentar ou cortar os alimentos (pontuação de 10 no item “alimentação” da escala modificada de Barthel). Tem ingerido 2L de água por dia, conforme a indicação médica dada no último internamento.

Para a avaliação do estado nutricional, foi utilizado o Mini Nutritional Assessment (MNA) já que deteta precocemente sinais de desnutrição antes mesmo de surgirem alterações bioquímicas.

Na avaliação inicial (triagem) deste instrumento obteve a pontuação de 9, havendo neste caso (valor igual ou inferior a 11) indicação para continuar o preenchimento do questionário. A pontuação total foi de 19, o que significa que o Sr. V. se encontra sob risco de desnutrição. Nega alterações do paladar ou olfato.

Manter a temperatura corporal – Sem problemas. Apirético (Temperatura timpânica = 36,9°C).

Manter-se limpo – É independente para lavar a cara, pentear-se, fazer a barba e lavar os dentes, com um score de 5 no item “higiene pessoal” na escala modificada de Barthel. É capaz de realizar todas as etapas do banho sozinho, sem que ninguém esteja presente (pontuação de 5 no item “banho” da escala modificada de Barthel).

Eliminar – É capaz de se sentar e levantar da sanita, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e consegue utilizar o papel higiênico sem necessidade de ajuda (score de 10 nos itens “toalete” da escala modificada do índice de Barthel). Tem continência fecal (pontuação de 10 no item “controle do intestino” da escala modificada de Barthel). Devido às algalias recorrentes por episódios de hematúria, o Sr. V. apresenta urgência urinária e, por vezes, não tem tempo de chegar à casa de banho para urinar, tendo acidentes ocasionais (pontuação de 8 no item “controle de bexiga”). Usa fralda para proteção de acidentes.

Movimentar-se e manter a postura correta – O Sr. V. é totalmente independente para deambular (pontuação de 15 no item “deambulação” na escala modificada de Barthel) e transfere-se com segurança da cama para uma cadeira, sendo independente em todas as fases da transferência (pontuação de 15 no item “transferência cadeira/cama” na escala modificada de Barthel).

Vestir e despir-se – é capaz de se vestir e despir, atar os atacadores dos sapatos e abotoar botões de forma independente (pontuação de 10 no item “vestuário” da escala modificada de Barthel).

Evitar os perigos

Visão: Diminuída. Usa óculos com lentes progressivas.

Audição: Mantida

Sensibilidade: Mantida nos membros superiores e inferiores. Sem edemas, com pulsos palpáveis.

Risco de quedas: Na admissão, apresentava baixo risco de queda, com um score de 20 segundo a escala de Morse.

Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Apresenta baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com uma pontuação de 18 na escala de Braden. Apresenta pele íntegra, sem soluções de continuidade.

Comunicar: É uma pessoa comunicativa, gosta de conversar sobre a sua história de vida, desabafar os seus medos e inseguranças relativamente à cirurgia e à forma

como esta vai afetar o seu projeto de vida e saúde. Não tem problemas ao nível do discurso, nem da interpretação e compreensão da mensagem que lhe é transmitida.

Dormir e repousar – Toma ansiolíticos e dorme bem na sua casa. No hospital costuma ter dificuldade em adormecer “porque não é a minha cama...e porque as coisas más vêm-lhe todas à cabeça” (sic).

Praticar a sua religião – É católico praticante. Afirma que quando vai à missa, renova a sua energia e força de viver.

Ocupar-se – Em casa, gosta de ver televisão, ler o jornal e ouvir rádio para se distrair. Quando recebe a visita dos netos, gosta muito de conversar e passear com eles no jardim.

e) Avaliação cognitiva e emocional

Encontra-se orientado no tempo, espaço e pessoa. Não aparenta déficits cognitivos de acordo com a pontuação de 27 no Mini Mental State Exam, que significa sem demência.

Tendo em conta que o Sr. V. se encontra ansioso e receoso com a cirurgia e com o período pós-operatório, referindo várias vezes que “a vida acabou, não tenho interesse por nada” ou “o que vai ser de mim?”, manifestando baixa de autoestima, e por todos os acontecimentos adversos que passou ultimamente, considerou-se pertinente a avaliação da existência de depressão pelo que foi utilizada a versão abreviada de 15 itens da Escala Geriátrica de Depressão (GDS). A pontuação obtida de 6, indicou a presença de depressão leve. Apesar de referir que teme que algo de mal lhe aconteça depois desta cirurgia e que acha que a sua vida é pior que a dos outros da sua idade, porque tem uma doença grave, refere que se sente feliz por estar vivo e que gosta da vida que tem.

B. O que sabemos do meio que a rodeia

Caracterização do ambiente familiar

Toda a informação foi colhida através de entrevista com o Sr. V.

O Sr. V. vive sozinho, tem 2 filhas e 3 netos. A filha mais velha é casada e vive relativamente perto do Sr. V., é assistente operacional no lar onde a mãe se encontra e trabalha por turnos. É muito presente na vida do Sr. V., bem como a neta de 22 anos. A filha mais nova tem 2 filhos rapazes e, atualmente, reside em Lisboa, estando mais afastada do Sr. V.

O Sr. V. nasceu em Alcanena, onde sempre viveu. Trabalhou como carpinteiro numa serralharia, enquanto a sua esposa sempre trabalhou em casa e cuidou das filhas. Sempre foi independente para todas as atividades de vida.

Apesar da sua reforma e a da sua esposa serem pequenas (260€+100€), considera que é o suficiente para as despesas correntes, mas tem consciência que os recursos financeiros não são suficientes quando é necessário fazer despesas extra, como por exemplo a adaptação da casa de banho à sua nova condição de ostomizado.

Caracterização da habitação

Vive numa moradia com 2 quartos, 1 casa de banho com banheira, não tem chuveiro com acessibilidade para cadeira de rodas. Vive sozinho desde há 1 ano, altura em que a esposa foi institucionalizada, por se encontrar totalmente dependente, devido à doença de Alzheimer, diagnosticada há 4 anos. Vai visitar a esposa apenas uma vez por semana.

Estruturas de apoio da comunidade

Tem apoio domiciliário, fornecido pelas funcionárias do lar onde se encontra a esposa, para a preparação das refeições, limpeza da casa e lavagem da roupa.

Apgar familiar

O Apgar Familiar (*Family Apgar*), desenvolvido por Smilkstein (1978), é um instrumento composto por cinco questões que permitem medir a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, participação/comunicação,

desenvolvimento, afeto e capacidade resolutiva (quadro 1). A família do Sr. J.V. apresenta-se como altamente funcional (apgar = 8).

Pontuação: 2 – Quase sempre; 1 – Às vezes; 0 - Raramente

Resultados:

0 - 3 = família severamente disfuncional

4 – 6 = família com moderada disfunção

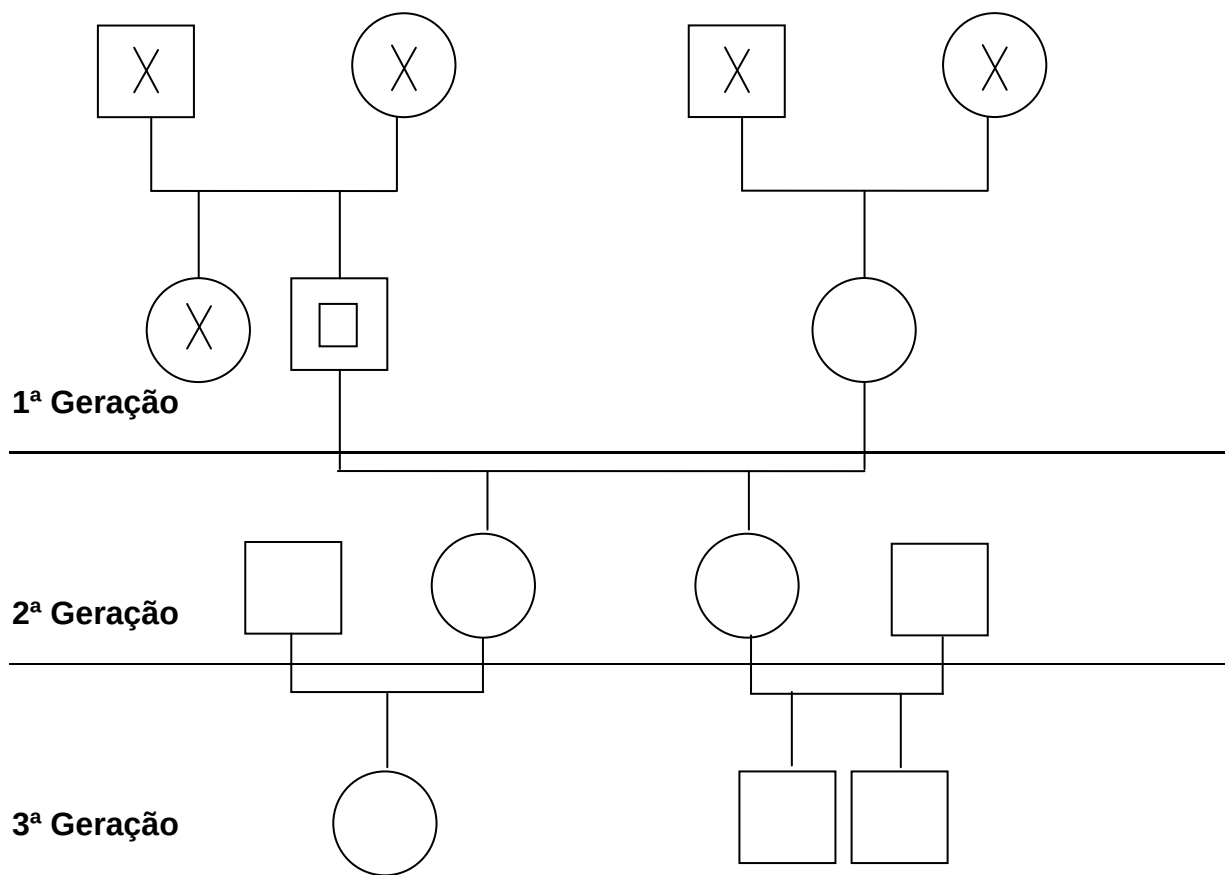
7 – 10 = família altamente funcional

	Quase sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar	2		
Estou satisfeito com a maneira como a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas	2		
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor		1	
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida	2		
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos		1	
Total	8		

Quadro 1: Apgar familiar

Genograma

Para Hanson (2005) o genograma é uma forma de representação visual da dinâmica e estrutura familiar, que permite de uma forma simples perceber a composição dos agregados familiares e as relações entre si, num contexto de, pelo menos, várias gerações.

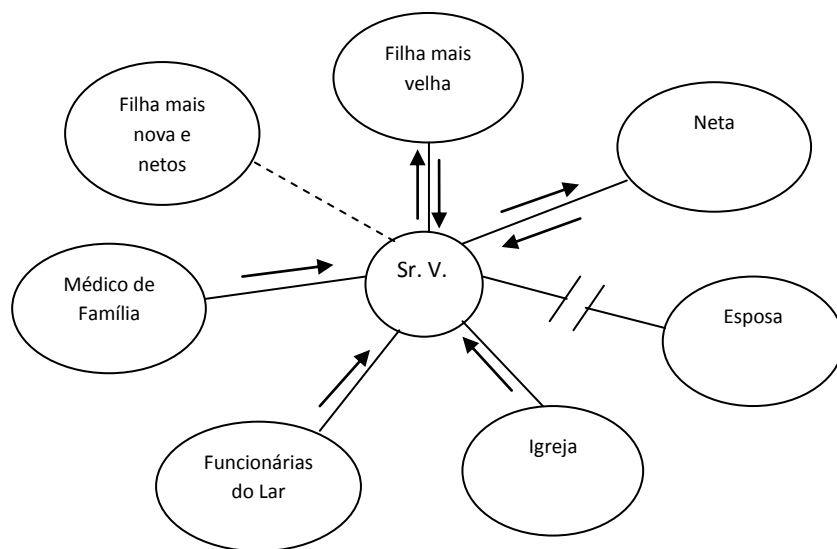


Legenda do Genograma:

- - Homem
- ◻ - Homem estudado
- - Mulher
- X - Falecido

Ecomapa

O ecomapa complementa o genograma e serve para compreender a composição e dinâmicas familiares, mas também o meio ambiente onde o doente/família estão inseridos (Hanson, 2005).



Legenda do Ecomapa:

- - Relação forte
- - Relação tênue
- - Fluxo de energia
- //— - Ruptura ou afastamento

C. O que sabemos sobre a doença da pessoa

a) História de saúde

Antecedentes pessoais médicos

- Hipertensão arterial;
- Dislipidémia;
- Diabetes mellitus tipo II.

Antecedentes pessoais cirúrgicos

- cirurgia do foro ortopédico por fratura da clavícula direita (acidente de viação);

- herniorrafia inguinal bilateral;
- 3 resseções transuretrais vesicais (a última há cerca de 3 meses).

Internamentos anteriores recentes

- no serviço de urologia, por hematúria, há 1 mês.

Alergias medicamentosas e/ ou alimentares

- desconhece.

Vigilância de saúde

- Vai ao centro de saúde de 2 em dois meses: consulta médica e de enfermagem (monitorização da tensão arterial e da diabetes e esclarecimento de dúvidas).

b) História de doença atual

Terapêutica no domicílio

O Sr. V. toma os comprimidos no horário correto, sem dificuldade.

	P. Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Sinvastatina			X	
Acarbose	X	X	X	
Metformina	X		X	
Perindopril	X			
Unisedil 5mg				X

Quadro 2: Tabela terapêutica

Motivo de internamento e de procura de cuidados de saúde

Desde há 3 anos que o Sr. V. iniciou episódios de hematúria. Recorreu à urgência deste hospital, tendo ficado internado 3 vezes. Foi algaliado com sonda vesical de 3 vias e foi feito tratamento com lavagem vesical contínua. A urina manteve-se hemática, com necessidade de efetuar lavagens vesicais manuais com saída de coágulos em grande quantidade. Uma vez que o tratamento conservador não tinha resultados, optou-se por tratamento cirúrgico, tendo o Sr. V. sido submetido a 3 Resseções Transuretrais Vesicais para eletrocoagulação. Das 2 primeiras vezes, a

cirurgia teve efeitos positivos, uma vez que a urina do Sr. V. ficou clara. O Sr. V. foi desalgaliado, urinou espontaneamente urina clara, sem referir qualquer sintoma. Da última vez, o cenário não foi tão animador, uma vez que, mesmo recorrendo à intervenção cirúrgica, o Sr. V. teve de permanecer algaliado no domicílio e a sua urina manteve-se sempre com vestígios hemáticos. Esta situação ocorreu no último internamento do Sr. V., há cerca de um mês, no qual realizou um Uro Tac. O resultado confirmou um tumor maligno vesical infiltrativo de alto grau. Foi comunicado ao Sr. V. e explicadas as alternativas de tratamento. Foi decidido que a melhor opção seria a cistectomia radical, com ureteroileostomia, que é, atualmente, o motivo de internamento do Sr. V.

Desde o último internamento, o Sr. V. ficou muito desanimado com a sua vida, tendo ficado mais debilitado, a nível da realização das atividades instrumentais da vida diária. Desde essa altura, tem vindo a perder o apetite e o interesse em atividades sociais com os amigos. Apenas sai de casa para visitar a esposa e pagar as despesas mensais.

No dia 18 de Dezembro de 2013, o Sr. V. foi submetido a cistectomia radical com ureteroileostomia sob anestesia geral, sem intercorrências. Regressou ao serviço no dia 19 de Dezembro, proveniente da Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos (UCPC). À chegada, estava consciente, calmo e orientado, apresentando a pele e as mucosas descoradas. Tinha soroterapia em curso em veia periférica permeável. O penso abdominal apresentava-se externamente limpo e seco. Tinha sonda vesical a servir como dreno com conteúdo hemático. Apresentava dor (4 na escala de dor) na região onde foi operado. Apresentava uma urostomia com urina concentrada em pequena quantidade.

Foi aplicado o Índice de Barthel quando o Sr. V. regressou ao serviço, após a cirurgia e constatou-se que o seu grau de dependência foi alterado (score de 9 na escala modificada de Barthel).

O problema emergente identificado neste estudo de caso é o declínio da capacidade funcional para a realização das ABVD, decorrente da cirurgia, da presença de urostomia e da existência de uma ferida operatória.

Na admissão do Sr. V e após a sua avaliação global, foi estabelecido o plano de cuidados, que foi atualizado após a cirurgia a que foi submetido.

Tendo em conta a especificidade da pessoa idosa submetida a cirurgia, foi realizado o Processo de Enfermagem com base nos diagnósticos segundo a linguagem CIPE, elaborada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), e foram planeadas intervenções de enfermagem educacionais e comportamentais, promotoras de bem-estar, tendo em vista a recuperação e a reabilitação da pessoa idosa. Para cada diagnóstico, foram definidos indicadores de avaliação, que traduzem ganhos em saúde para a pessoa idosa em questão, tendo em conta a sua unicidade, em termos de necessidades, sentimentos, desejos e preferências (McComarck, 2003; Gomes, 2013). Os ganhos definem o resultado da intervenção de enfermagem e caracterizam-se pelas alterações induzidas no estado geral de saúde da pessoa, diretamente influenciadas pelo enfermeiro (OE, 2002). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem dizem respeito à forma como os doentes e as suas condições são afetadas pelas suas interações com os enfermeiros (Jansson, 2010). Os diagnósticos (foco e juízo), as intervenções de enfermagem planeadas e respetivos indicadores de avaliação são apresentados no quadro seguinte:

Foco	Juízo	Intervenções	Indicadores de Avaliação
Conhecimento	Comprometido, em grau elevado	• Educar sobre procedimentos do pré e pós-operatório • Ensinar sobre o procedimento a efetuar • Informar a pessoa sobre recursos existentes (caminha, triângulo de apoio, iluminação individual, WC) • Gerir a comunicação (diminuir sons "parasitas" à comunicação que se pretende estabelecer; permitir a presença de significativos; utilizar frases simples e curtas na comunicação; demonstrar ao doente que dispõe do tempo que necessitar para tentar comunicar) • Negociar parcerias na vigilância com prestador de cuidados • Apoiar a tomada de decisão (estabelecer objetivos comuns)	Demonstra conhecimentos acerca dos procedimentos pré e pós-operatórios

Cair	Alto risco de cair	• Instruir a pessoa sobre medidas de segurança e de prevenção de quedas • Monitorizar risco de queda com Escala de Morse (SOS) • Verificar adequação do calçado (sola anti derrapante) • Gerir ambiente (condições de piso e luminosidade adequadas) • Providenciar sistema de chamada (campainha) • Manter objetos pessoais/auxiliares de marcha acessíveis (óculos) • Aplicar dispositivos de segurança (grades do leito elevadas; cadeirão travado) • Manter a cama na cota zero e travada	Demonstra conhecimentos sobre medidas de prevenção de quedas. Não apresenta quedas ao longo do internamento.
Úlcera de Pressão	Alto risco de úlcera de pressão	• Monitorizar risco de úlcera de pressão com Escala de Braden (2 em 2 dias) • Estimular posicionamento • Providenciar dispositivos auxiliares de alívio da pressão • Instruir a pessoa sobre prevenção de úlcera de pressão	Não desenvolveu úlceras de pressão durante o internamento
Dor	Presente em grau moderado	• Monitorizar a dor através da escala de dor (1x por turno) • Monitorizar tensão arterial (2x dia) • Monitorizar frequência cardíaca (2x dia) • Gerir regime medicamentoso • Instruir sobre regime medicamentoso • Treinar técnicas não farmacológicas de alívio da dor (massagem, respiração, musicoterapia)	Demonstra alívio da dor quando a terapêutica analgésica é administrada
Autocuidado Higiene	Dependente, em grau elevado	• Executar técnica de higiene corporal na cama/no chuveiro • Providenciar objetos pessoais necessários para o autocuidado higiene • Instruir a pessoa sobre o auto cuidado: higiene	Toma banho sozinho no WC da enfermaria. É capaz de fazer a barba e lavar os dentes de forma autónoma.

		• Treinar a pessoa sobre o auto cuidado: higiene • Negociar auto cuidado: higiene • Estimular a pessoa para o auto cuidado: higiene • Estimular a higiene oral e a higiene após eliminação	
Alimentar-se	Dependente, em grau moderado	• Assistir a pessoa a alimentar-se • Estimular a pessoa a alimentar-se • Estimular o levante • Vigiar a refeição • Vigiar náuseas e/ou vômitos • Instruir sobre hábitos de vida saudável: Alimentação • Instruir sobre estratégias adaptativas para comer	Alimenta-se da totalidade das refeições e tolera a dieta fornecida. É capaz de se levantar, ir até à mesa e alimentar-se de forma autónoma.
Autocuidado Eliminação	Dependente, em grau elevado	• Instalar a pessoa na arrastadeira /no WC • Promover idas ao WC • Vigiar características da urina • Vigiar características das fezes • Instruir sobre estratégias adaptativas para uso do sanitário	Apresenta urina clara. É capaz de evacuar no WC o mais breve possível.
Eliminação Urinária	Comprometido, agudo	• Inserir cateter urinário • Monitorizar débito urinário • Estimular ingestão hídrica • Vigiar funcionalidade do cateter urinário • Instruir a pessoa sobre dispositivos urinários (urostomia) • Treinar a pessoa na utilização de dispositivo urinário (urostomia)	Apresenta um débito urinário dentro dos valores normais. Apresenta urostomia funcionante, e pele peri-estoma íntegra e seca.
Posicionar-se	Dependente, em grau elevado	• Posicionar a pessoa (3 em 3 horas) • Massajar a superfície corporal com creme hidratante • Estimular levante e transferência • Ensinar sobre vantagens do levante e posicionamento adequado	Posiciona-se em alternância de decúbitos no leito. Efetua exercícios de mobilização dos membros inferiores

		• Orientar quanto ao uso de trapézio existente na cabeceira da cama • Promover períodos de marcha • Instruir e treinar técnica de marcha • Instruir sobre meios auxiliares de marcha • Treinar técnica de transferência • Negociar tempo de permanência sentado • Elogiar progressos (efetuar reforço positivo do desempenho do doente)	no leito. Transfere-se da cama para o cadeirão sem ajuda. Deambula pela enfermaria, efetuando pausas.
Ferida Cirúrgica	Abdômen parte inferior	• Executar tratamento da ferida cirúrgica • Vigiar penso da ferida • Monitorizar temperatura corporal • Ensinar sobre vigilância da ferida • Instruir sobre medidas de prevenção de complicações de feridas • Instruir sobre medidas de prevenção da hemorragia	Apresenta penso operatório limpo e seco. Sutura cirúrgica com boa evolução cicatricial.
Ansiedade	Demonstrada, em grau elevado	• Executar técnica de escuta ativa • Manter privacidade • Executar técnicas não farmacológicas de controlo da ansiedade • Promover expressão de sentimentos • Vigiar sinais de ansiedade • Encorajar a pessoa nas suas atividades (atividades de vida diária) • Facilitar apoio de pessoa significativa • Avaliar capacidade do utente/prestador de cuidados para os cuidados globais • Treinar doente/ prestador de cuidados sobre o comportamento a adotar	Demonstra sinais de controlo da ansiedade. Apresenta-se calmo e confiante face à sua situação.

Quadro 3: Diagnósticos, Intervenções e Indicadores de Avaliação

Avaliação dos resultados

Constatou-se que o Sr. V., ao longo do período pós-operatório foi melhorando a sua capacidade para assumir o cuidado de si, diminuindo o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária.

Os enfermeiros, durante o internamento, asseguraram o cuidado do Sr. V., no sentido de lhe proporcionarem bem-estar. Ao mesmo tempo, foram estimulando o Sr. V. a participar na realização das atividades, no sentido de programarem a sua alta de forma saudável, capacitando, planeando e mobilizando os recursos necessários, de modo a que o doente e a sua filha consigam assegurar o seu cuidado, dando seguimento à manutenção do seu projeto de vida (Gomes, 2013).

O incentivo ao levantar e deambulação, explicando todos os passos a seguir, permitiu ao Sr. V. um aumento da sua capacidade de marcha, facilitando o seu acesso ao WC e à mesa onde é deixado o tabuleiro da alimentação. O Sr. V. compreendeu a importância de manter a sua atividade física para promover a sua independência quando regressar ao domicílio. A filha mais velha do Sr. V. mostrou-se receptiva à aprendizagem de estratégias de educação para a saúde sobre os cuidados ao estoma, apreendendo a forma correta de trocar a placa e saco de urostomia, bem como os cuidados a ter com a pele peri-estoma. Foi entregue um kit de urostomia que inclui material necessário, contactos para aquisição de placas e sacos, e um guia orientador do doente ostomizado. Houve oportunidade para o Sr. V. e a filha treinarem várias vezes, todos os cuidados inerentes ao estoma.

O Sr. V. esteve internado 16 dias no hospital, tendo tido alta para o domicílio. Uma vez que a filha vive perto, assumiu o compromisso de ajudar o Sr. V. com as suas atividades de vida e com a troca do saco e placa da urostomia, pelo menos nos primeiros tempos, enquanto o Sr. V. se encontra mais debilitado. Ao capacitar a filha do Sr. V. com diferentes competências, é esperado que esta assegure o controlo do cuidado do pai nas suas áreas afetadas e proporcione que este consiga manter ou melhorar o seu estado funcional, prosseguindo o seu projeto de vida.

O Sr. V. assumiu também o compromisso de se manter mais ativo, garantindo assim a continuação das diversas estratégias desenvolvidas durante o internamento, no sentido de mobilizar as suas capacidades com vista à sua independência.

Como reforço na transmissão de informação, foi elaborada uma carta de enfermagem com informações escritas acerca do internamento do Sr. V., do grau de dependência que este apresenta no momento da alta hospitalar, bem como as intervenções educativas desenvolvidas, em parceria com o Sr. V. e sua filha, durante a hospitalização.

2. CONCLUSÃO

Segundo Benner (2001), as enfermeiras aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que requerem a capacidade de apreender uma situação. A realização deste estudo de caso ajudou ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no sentido da prestação de cuidados à pessoa idosa, centrada nos seus problemas mais complexos e tendo em conta as suas preferências e expectativas. A avaliação multidimensional do utente permitiu o conhecimento aprofundado da sua identidade, daquilo que lhe fazia sentido para si, levando à implementação de intervenções educativas individualizadas ajustadas às suas capacidades e necessidades. Além disso, a relação de parceria criada com o utente permitiu ajudá-la a compreender o seu processo de doença e recuperação, favorecendo a sua participação ativa nos cuidados e fortalecendo o seu papel de gestão da sua saúde e a continuação do seu projeto de vida (Gomes, 2013).

Conseguiu-se criar uma relação afetiva com o utente, proporcionando momentos de partilha de informação e de reflexão de competências, no sentido de o capacitar para assumir o cuidado de si, possibilitando transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais.

A demonstração de preocupação com a sua situação de doença e incapacidade e o respeito pela individualidade do utente, facilitou a negociação de estratégias e objetivos comuns com ele e a sua tomada de decisões, com vista a uma transição saudável e preparação para a alta, ao cuidado de si, à recuperação da sua funcionalidade prévia à cirurgia e à continuação do seu projeto de vida e saúde.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos*. Porto: Laboratórios Bial.
- Cabete, Dulce (2005). O idoso, a doença e o hospital – o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Lisboa. Lusociência.
- Covinsky, KE; Palmer, RM; Fortinsky, RH et al. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal American Geriatric Society*. 51(4). 451–458.
- Clayton, J. L. (2008). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 87 (3), 557-570.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In Fernandes et al (2013). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Camarate: Lusociência.
- Jansson, I; Pilhammar-Andersson, E; Forsberg, A.(2010). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16. 611–618.

- Kresevic, D (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Physical Function. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more
- Meleis, A (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCormack, B (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202–209.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Palleschi, L.; De Alfieri, W.; Salani, B.; Fimognari, F. L.; Marsilli, A.; Pierantozzi, A.; Di Cioccio, L.; Zuccaro, S. M. (2011). Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(2), 193-199.
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.*;6(6):1231-9.

**APÊNDICE XI: ANÁLISE INICIAL DOS PROCESSOS DE
ENFERMAGEM**

ANÁLISE INICIAL DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM (n=21 processos)

1ª FASE: REVELAR-SE					
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	Nome preferido	17	4	0	0
	Idade	21	0	0	0
	Estado Civil	0	21	0	0
	Profissão	15	5	1	0
	Habilitações literárias	7	14	0	0
	Hábitos de vida	0	6	15	0
	Crenças religiosas	8	13	0	0
SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR	Agregado familiar	17	4	0	0
	Número de filhos	13	8	0	0
	Pessoa de Referência	20	0	1	0
	Condições habitacionais	3	17	1	0
	Recursos comunitários	6	13	2	0
CONTEXTO DA DOENÇA	Motivo de Internamento	21	0	0	0
	Antecedentes e alergias	5	0	16	0
	Medicação habitual do domicílio	20	1	0	0
	Impacto da doença na sua vida	1	20	0	0
REDE DE APOIO (se relevante)	Médico de Família	7	14	0	0
	Enfermeiro de Referência	0	21	0	0
	Frequência idas Centro de Saúde	0	21	0	0
	Apoios Comunitários	0	17	0	4
	Cuidador familiar	2	17	0	2
	Processo familiar	7	14	0	0

RECURSOS MATERIAIS	Auxiliares de Marcha	2	2	0	17
	Próteses oculares e auditivas	5	4	0	12
GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DAS ABVD	Higiene Pessoal	0	21	0	0
	Tomar Banho	2	19	0	0
	Alimentação	3	18	0	0
	Ir à Casa de Banho	4	17	0	0
	Subir escadas	0	21	0	0
	Vestir-se	0	21	0	0
	Eliminação Urinária	3	18	0	0
	Eliminação Intestinal	5	16	0	0
	Deambulação	2	2	0	17
	Transferência cadeira/cama	0	21	0	0

2ª FASE: ENVOLVER-SE					
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
RELAÇÃO ENFERMEIRO - PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	Demonstra tempo e disponibilidade	3	18	0	0
	Respeita a privacidade da pessoa idosa	0	21	0	0
	Clarifica os termos da relação	0	0	0	21
	Envolve a pessoa idosa e família nos cuidados	21	0	0	0
	Conhece o que o idoso sabe da sua situação	0	21	0	0

3ª FASE: CAPACITAR E POSSIBILITAR

INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
PARTILHA DE PODER / AÇÃO CONJUNTA ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	Partilha informação durante os cuidados	16	0	5	0
	Respeita as preferências da pessoa idosa	0	17	4	0
	Negoceia e estabelece compromissos	1	20	0	0
	Atua de acordo com as prioridades da pessoa idosa	0	21	0	0
	Ajuda na tomada de decisão	0	21	0	0
	Facilita o acesso a recursos	21	0	0	0
	Valida a eficácia dos cuidados prestados	19	2	0	0
	Capacita o cuidador familiar, se necessário	3	0	0	18

4ª FASE: COMPROMETER-SE					
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA RESTABELECEER A CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO SUBMETIDO A CIRURGIA	Implementa intervenções para promover a capacidade para a realização de ABVD	4	5	12	0
	Realiza reforço positivo do desempenho da pessoa idosa	0	21	0	0
	Monitoriza a evolução da pessoa idosa	0	0	21	0

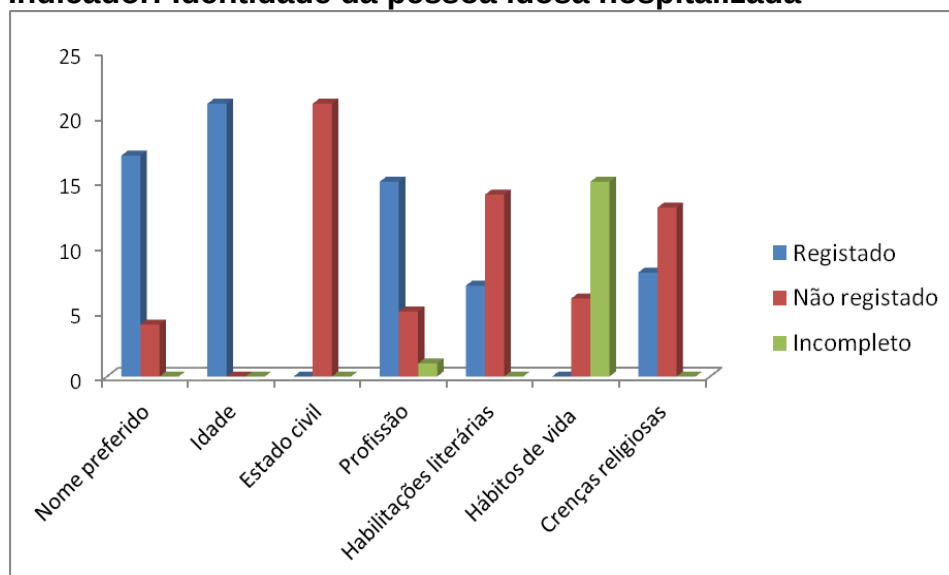
5ª FASE: ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO					
INDICADORES	CATEGORIAS	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
CAPACIDADE PARA CUIDAR DE SI E PROSSEGUIR COM O SEU PROJETO DE VIDA	A pessoa idosa manifesta conforto e bem estar	0	0	21	0
	A pessoa idosa tem capacidade para assumir o cuidado de Si, ou o cuidador, se relevante, para assegurar o cuidado do idoso	0	0	21	0
	Validação com a pessoa idosa e família que o enfermeiro permanece como um recurso, em caso de necessidade	21	0	0	0

Análise de resultados

Foram construídos gráficos com os dados obtidos e descritos nas grelhas de análise, de modo a permitir uma melhor visualização dos resultados.

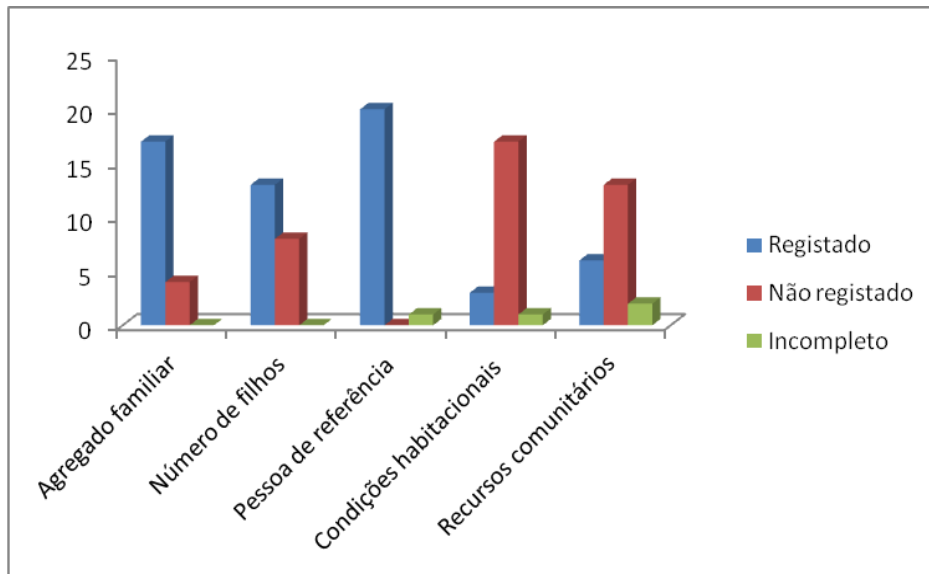
- Na primeira fase do modelo de parceria (Gomes, 2011, 2013), **revelar-se**, prevê-se o conhecimento da identidade do cliente idoso, do seu contexto de vida e doença e ainda dos seus recursos.

Indicador: Identidade da pessoa idosa hospitalizada



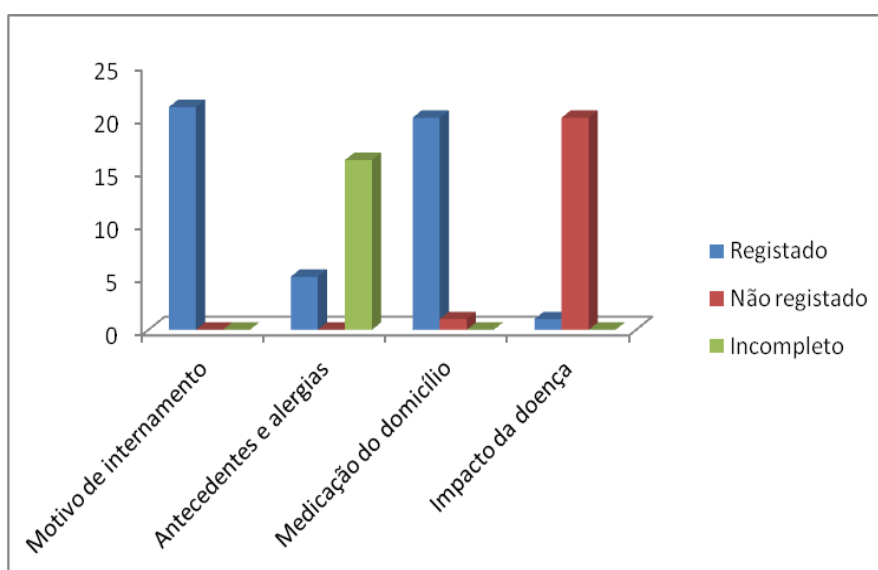
Constatou-se que o nome preferido, a idade e a profissão foram registados quase na totalidade dos processos observados, existindo um baixo registo nos outros indicadores, mais acentuado nas crenças religiosas e habilitações literárias, sendo que o estado civil nunca foi registado. Relativamente aos hábitos de vida, são registados em determinadas áreas, como os alimentos preferidos, os hábitos tabágicos e alcoólicos, mas nunca em termos de atividades recreativas, considerando-se os registos incompletos.

Indicador: Situação sociofamiliar



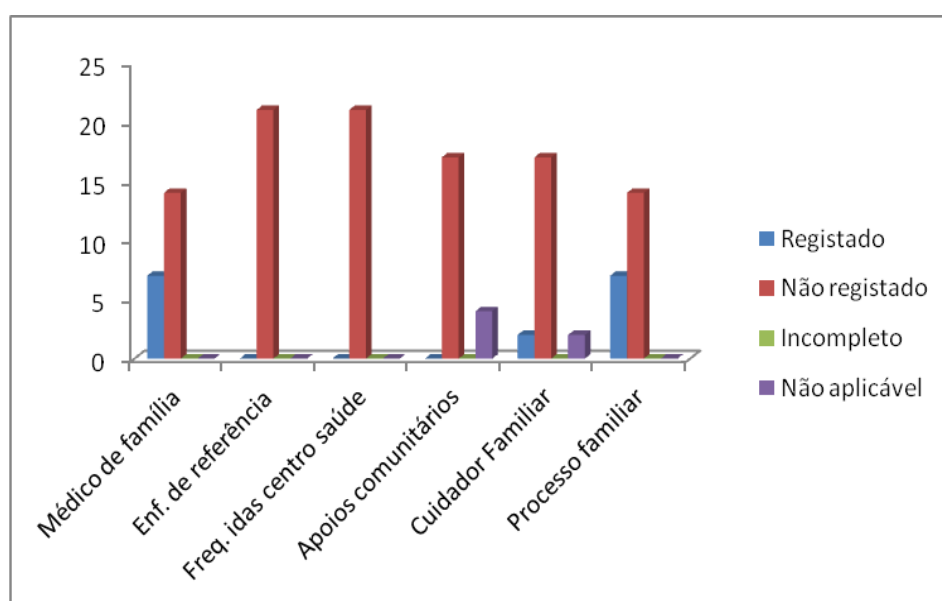
Em relação ao contexto de vida (situação sociofamiliar), existe registos em praticamente 100% dos processos analisados relativamente ao agregado familiar, número de filhos e pessoa de referência, item que englobava o registo do nome, grau de parentesco e contacto telefónico. Em relação às condições habitacionais e económicas e aos recursos comunitários denota-se uma taxa de registo inferior a 50% dos processos analisados.

Indicador: Contexto da doença



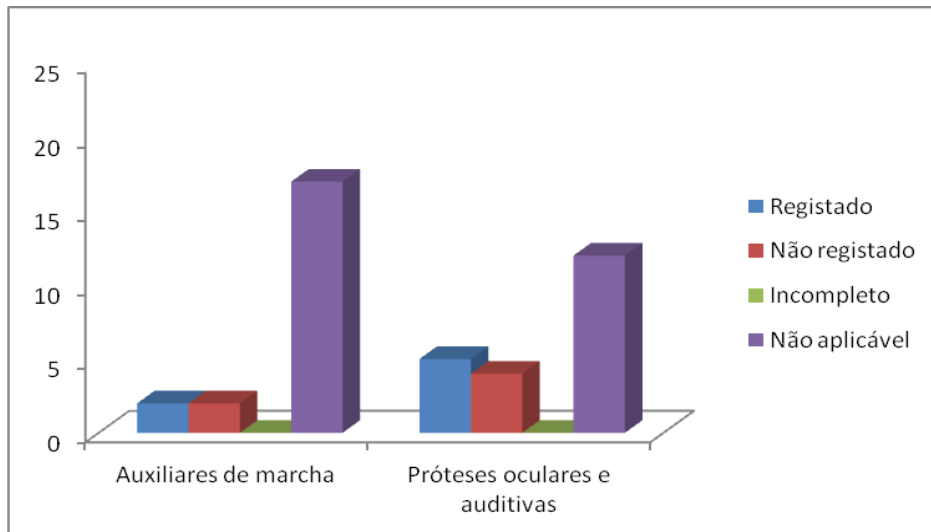
No contexto de doença observou-se o registo do motivo de internamento em 100% dos processos analisados, bem como da medicação do domicílio em 95%. De realçar que o impacto que a doença/cirurgia tem na vida da pessoa idosa foi registado apenas num único processo. No item antecedentes e alergias, a maior parte dos registos foi considerado incompleto, visto que as alergias, aspeto muito importante num doente cirúrgico, apenas são registadas quando existem, não existindo registos quando o utente desconhece ou nega alergias.

Indicador: Rede de apoio



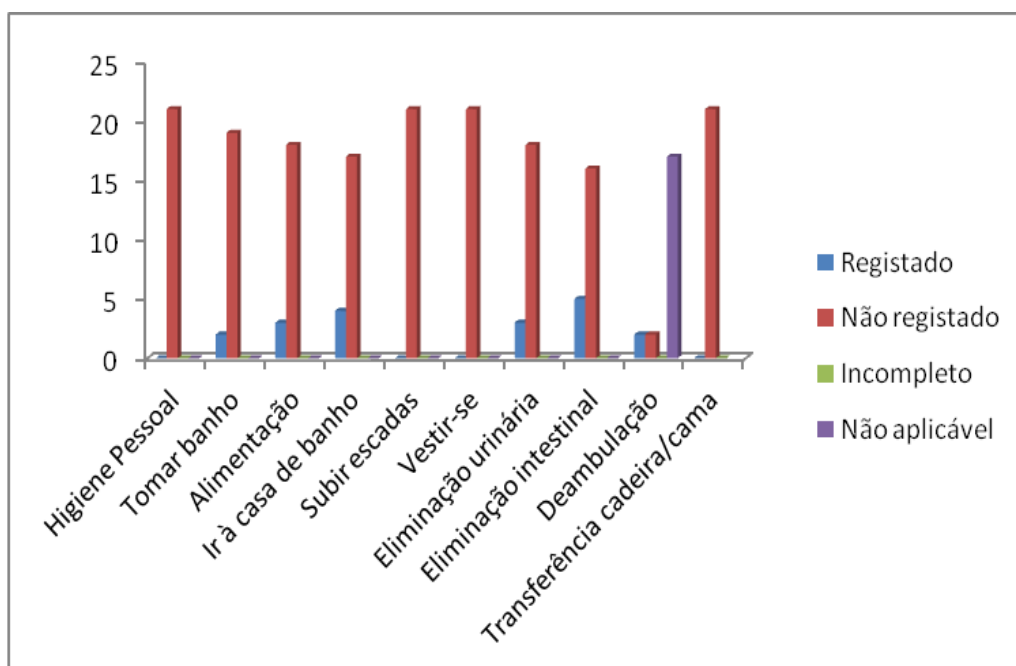
Em relação ao indicador relacionado com a rede de apoio da pessoa idosa, verificou-se que apenas são registados o nome do médico de família, o cuidador familiar, quando existe, e se o processo familiar é satisfatório. Os restantes itens não estavam registados em nenhum processo analisado. Estes indicadores tornam-se importantes porque o conhecimento acerca da rede de apoio do doente idoso permite que a equipa de enfermagem possa planear a alta hospitalar e agilizar a continuidade dos cuidados na comunidade.

Indicador: Recursos materiais



Quanto ao indicador recursos materiais, a maior parte dos doentes idosos que foram analisados não usavam meios auxiliares de deambulação, nem próteses oculares ou auditivas. Apenas em 9 processos se verificou que os doentes usavam óculos, sendo que foram registrados apenas 4. Quanto aos auxiliares de marcha, 4 doentes usavam bengala para deambular, mas apenas constavam registros em 50% dos processos.

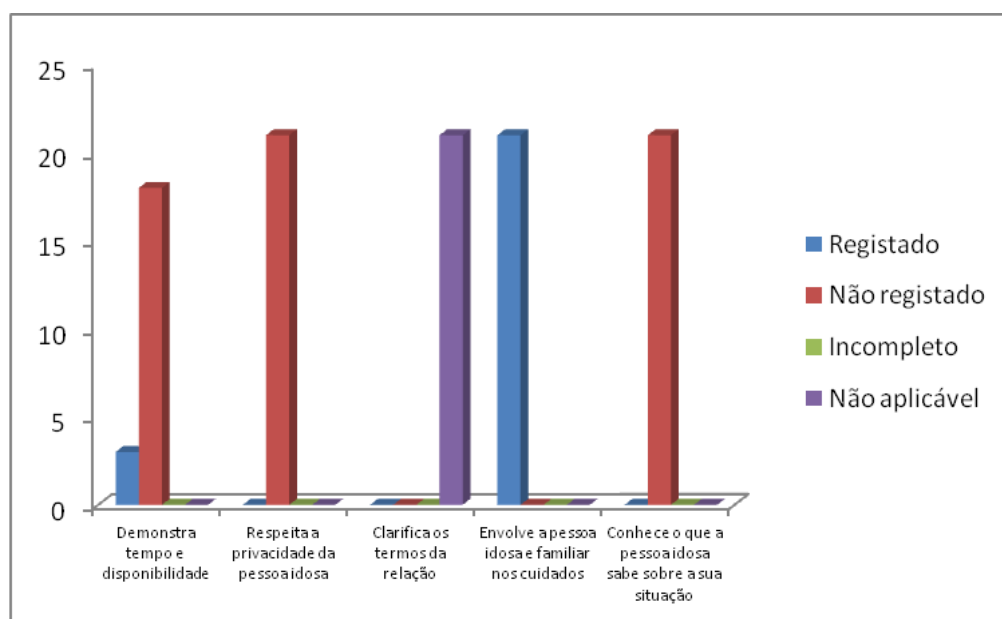
Indicador: Grau de dependência nas ABVD



Neste indicador referente ao grau de dependência do doente idoso para realizar as suas ABVD, verificou-se escassos registos, apenas no banho, alimentação, eliminação e deambulação. Este indicador necessita de ser trabalhado, para que no futuro existam registos de intervenções de enfermagem que promovam a capacidade dos doentes idosos em realizar as ABVD.

- Na segunda fase do modelo de parceria (Gomes, 201, 2013), **envolver-se**, procura-se encontrar tempo e disponibilidade para se estabelecer uma relação de confiança, clarificando o que se espera desta, tentando obter conhecimento sobre a potencialidade da pessoa idosa para mobilizar as suas capacidades e desenvolver a sua autonomia.

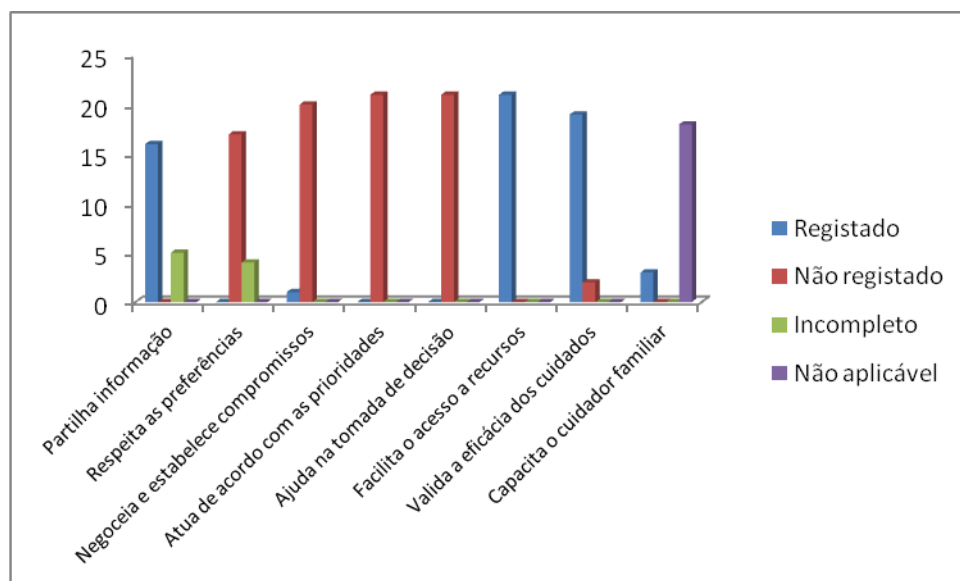
Indicador: Relação enfermeiro – pessoa idosa hospitalizada



Pela análise realizada, denota-se uma preocupação da equipa de enfermagem em envolver a pessoa idosa e família nos cuidados, tentando que esta adquira competências para cuidar de si (registado em 100% dos processos analisados). Quanto aos restantes aspetos da relação de parceria, os registos são praticamente nulos, embora sejam importantes na criação de uma relação terapêutica e no estabelecimento de metas com vista à independência funcional da pessoa idosa submetida a cirurgia.

- No que diz respeito à terceira fase do modelo de parceria (Gomes, 2011, 2013), **possibilitar/capacitar**, o enfermeiro deverá assegurar o seu cuidado ou capacitar a família/cuidador para cuidar da pessoa idosa, de modo a que esta consiga prosseguir o seu projeto de vida.

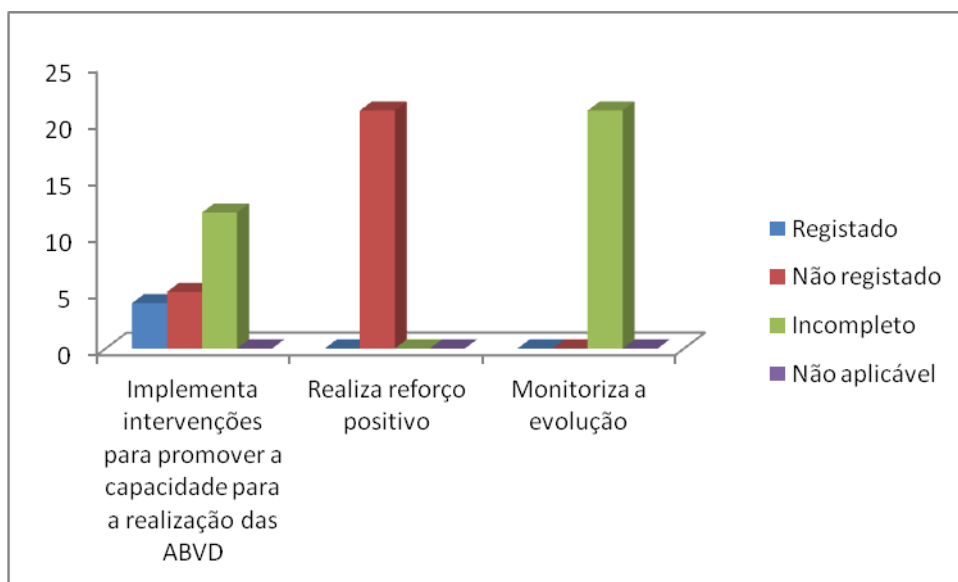
Indicador: Partilha de poder / ação conjunta



A equipa de enfermagem registou que partilha informação com a pessoa cuidada e sua família durante os cuidados em 76% dos processos analisados, através de intervenções como “instruir o doente e prestador de cuidados...”. Em todos os processos, há registo de que os enfermeiros facilitam o acesso a recursos, como por exemplo “assistir na utilização dos recursos”, providenciar sistema de alarme”, “orientar no uso do trapézio da cama”. A maior parte dos enfermeiros valida a eficácia dos cuidados, ao registar “doente recetivo – necessita de reforço”. Quando o doente é dependente, existem registos da capacitação do cuidador familiar em todos os processos analisados. Constatase, no entanto, uma falha nos registos sobre o respeito pelas preferências e prioridades do doente, a negociação e estabelecimento de compromissos e o apoio na tomada de decisão por parte do doente idoso.

- Na quarta fase **Comprometer-se** (Gomes, 2011, 2013), procura-se conjugar esforços para atingir os objetivos definidos em parceria com a pessoa idosa, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do seu projeto de vida e saúde.

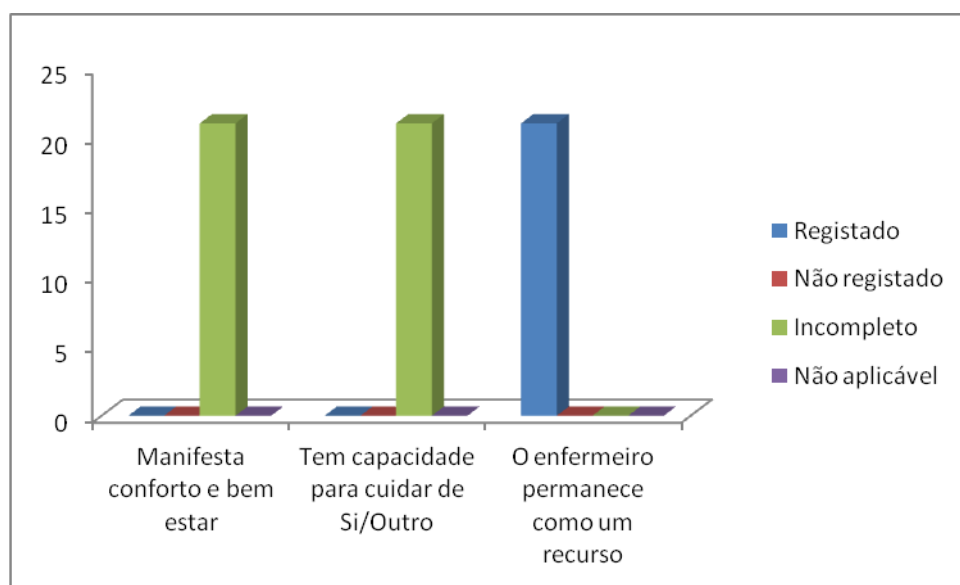
Indicador: Desenvolvimento de competências



Da análise realizada aos itens presentes neste indicador, constata-se que existem registos sobre as intervenções promotoras da funcionalidade do doente idoso submetido a cirurgia, apesar deste registo ser insuficiente. Não existem registos do tipo “estimular”, “incentivar”, “encorajar”, apenas “assitir”, “vigiar” e “executar” relativamente às atividades básicas de vida diária. Apesar disso, os enfermeiros, ainda que de forma indireta e incompleta, monitorizam a evolução do doente idoso, através da atualização do plano de cuidados, com base na observação das suas capacidades. Os enfermeiros, apesar de elogiarem os progressos dos doentes idosos, não registam este reforço positivo acerca do seu desempenho.

- Na última fase, **assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro** (Gomes, 2011,2013), a pessoa idosa deverá ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde ou o enfermeiro deve garantir que os seus cuidadores/família adquiram as competências necessárias para cuidar desta, mantendo-se o enfermeiro como um recurso, caso necessitem.

Indicador: Capacidade para cuidar de Si e prosseguir com o seu projeto de vida



Ao analisar este indicador nos processos, denota-se que, apesar de existirem registos acerca do conforto e bem-estar da pessoa idosa e da sua capacidade para cuidar de Si, estes são incompletos, uma vez que não dão a conhecer a forma como a pessoa idosa adquiriu as competências necessárias para cuidar de si no domicílio. Uma vez que os processos analisados se referem a doentes internados, que ainda não tinham tido alta, em relação ao item "o enfermeiro permanece como um recurso" foi sempre registado através da intervenção "providenciar sistema de chamada". De referir que, quando os doentes têm alta, é-lhes sempre dito que podem contactar o serviço caso surja alguma dúvida, no entanto, não lhes é fornecido qualquer documento escrito que contenha o contacto telefónico do hospital.

APÊNDICE XII: REGISTO DE INTERAÇÃO INICIAL

REGISTO DE INTERAÇÃO INICIAL

Data – Novembro de 2013

Local de interação– serviço de urologia

Hora – turno da manhã

Contexto – Admissão de um doente idoso no serviço que vai ser operado na manhã do dia seguinte

Objetivo - Descrever uma situação de interação entre o enfermeiro C. e a pessoa idosa e proceder à sua análise, tendo por base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2009).

Descrição da situação

Durante o turno da manhã, cerca das 10 horas, tive a oportunidade de observar a admissão de um doente idoso no serviço, realizada pelo enfermeiro C..

O enfermeiro C. pegou no processo clínico do doente e dirigiu-se à sala de espera. Quando lá chegou, chamou o doente pelo nome e encaminhou-o à sua enfermaria. O doente estava acompanhado pela sua filha. No caminho, foi explicando a organização e estrutura do serviço ao doente e filha.

Já na enfermaria, introduziu o diálogo:

Enf. C.: Sr. J., esta vai ser a sua cama e tem o número 6, e tem também aquele armário, com o mesmo número, onde pode guardar as suas coisas. Aqui fica a campainha para poder chamar alguém, o interruptor da luz de cabeceira e a casa de banho fica aqui à saída do quarto.

Sr. J.: Sim senhor.

Enf. C.: Agora que estamos já instalados no seu quarto, tenho aqui umas perguntinhas para lhe fazer, acha que me consegue responder ou prefere que eu pergunte à sua filha?

Sr. J.: Eu ajudo no que eu puder...

Enf. C.: Então qual é o nome que gosta de ser tratado? O Sr. vive com quem?

Sr. J.: Pode-me chamar J. Sou viúvo há 5 meses, desde essa altura que vivo em casa da minha filha – diz com ar triste.

Enf. C.: Toma medicamentos em casa? Sabe os nomes?

Sr. J.: Eu já tinha dado os nomes da outra vez que cá vim, à consulta de anestesia.

Enf. C.: Pois...realmente está tudo aqui escrito! Olhe, sabe o que veio cá fazer ao hospital?

Sr. J.: Sim...vim ser operado à próstata. Mais não sei, que ninguém me disse.

Enf. C.: Exatamente, vem ser operado à próstata. A operação vai ser amanhã de manhã, logo de manhã, nós vimos aqui acordá-lo, o Sr. J. toma banho e fica prontinho para ir para o Bloco operatório. Hoje ainda, vamos picar-lhe uma veia para tirar sangue para análises e fica já com um cateter para depois se ligar um soro...

Sr. J.: Ah pois, tenho de ficar em jejum, não é?

Enf. C.: Exatamente Sr. J., estou a ver que andou a estudar! A partir da meia-noite não pode comer nem beber nada, nem água! Também ainda vamos ter de tirar os pelos que o Sr. tem na barriga.. Depois da operação, o Sr. vai ficar um tempinho em repouso na cama, não se pode levantar logo, só no dia a seguir. Quanto a comer, só quando os enfermeiros derem indicações para isso, percebeu?

Sr. J.: Espere lá...disse a partir da meia noite? A ver se não me esqueço... Então e os comprimidos que eu tomava para a tensão de manhãzinha?

Enf. C.: Ainda vem cá o anestesista observá-lo e depois, consoante a sua avaliação, nós damos os comprimidos que ele prescrever, está certo?

Sr. J.: Certíssimo. Eu estou nas vossas mãos.

Enf. C.: Convém cumprir aquilo que nós lhe dizemos, para ficar bom depressa! E sempre que precisar, toca à campainha que nós vimos cá ter consigo.

Filha do Sr. J.: Então, já agora, diga-me... qual é o horário das visitas?

Enf. C.: Das 14h30 às 20h. Já agora, pergunto-lhe a si, qual o seu contacto telefónico, para ficar no processo, caso seja necessário alguma coisa. Há mais alguma coisa em que eu possa ajudar?

Sr. J.: Para já está tudo esclarecido. Obrigada.

Enf. C.: Vá vestindo o seu pijama, que eu já cá venho ver-lhe a tensão. Até já!

Sr. J.: Até já Sr. Enfermeiro... Qual é mesmo o seu nome?

Enf. C.: Olhe desculpe que nem me apresentei! O meu nome é C, enfº C.

Análise da situação

1ª Fase: Revelar-se

O enfermeiro C. teve a preocupação de levar o processo clínico quando fez o acolhimento do doente no serviço, mas não o consultou antes de falar com o doente, uma vez que não sabia os medicamentos que o Sr. J. estava a tomar, antes de falar com ele. Interessa consultar o processo anteriormente, para mostrar ao doente que já o conhece, que está preocupado com a sua situação, de forma a que este perceba que os cuidados são para ele e de forma a que este se sinta à vontade para expor os seus receios e as suas dúvidas perante esta situação de doença/cirurgia e as consequências que irá ter na sua vida.

O enfermeiro perguntou ao Sr. J. o seu nome preferido, com quem vive, antecedentes, alergias, medicação do domicílio e os seus conhecimentos relativos à cirurgia, com o objetivo de conhecer o doente. No entanto, o enfermeiro deveria ter-se apresentado logo no início da interação, pois o primeiro passo numa relação de parceria é dar-se a conhecer e clarificar o que é esperado da sua parte na relação.

O facto do enfermeiro falar no plural não beneficia a construção de uma relação de parceria. Quando diz que estão instalados no quarto, não explora os sentimentos do doente perante o internamento e a adaptação a um novo ambiente, totalmente desconhecido. O mesmo se passa quando diz “vamos tirar os pelos”, não esclarece se é o próprio enfermeiro que vai efetuar esse procedimento. O doente fica na dúvida se será outro enfermeiro que ele não conhece que vai realizar essa intervenção e até mesmo apreensivo, uma vez que a tricotomia é um procedimento que interfere com a intimidade e com a privacidade da pessoa.

2ª Fase: Envolver-se

Logo no início, o enfermeiro deveria ter logo compreendido que o doente tem capacidade para responder às perguntas. Quando questiona se ele preferia que fosse a filha a falar, denota-se que o enfermeiro não tentou conhecer as potencialidades do doente e a sua capacidade de tomada de decisão. Não se conseguiu envolver com o Sr. J. na sua interação, pois não demonstrou tempo e disponibilidade para o Sr. J. e não explorou os hábitos e preferências do doente, não

tentou perceber os seus hábitos e costumes e o impacto que a cirurgia tem na sua vida, mostrando-se até um pouco indiferente à tristeza demonstrada pelo Sr. J., quando este refere que está viúvo há 5 meses. Esta experiência negativa ainda não está resolvida, pelo que pode ter influência no decorrer do internamento e no restabelecimento da sua independência após ser submetido à intervenção cirúrgica.

3ª Fase: Capacitar e possibilitar

O enfermeiro partilha informação pertinente com o doente e filha acerca dos procedimentos esperados para o pré e pós-operatório. No entanto, não se interessou em conhecer quais os principais medos do doente, o que ele já conhecia acerca da cirurgia e o que gostava de saber acerca dos procedimentos e cuidados a que teria de ser sujeito. De igual forma, não respeitou os seus timings de aprendizagem, quando explicou todos os procedimentos, de uma forma contínua sem interrupções, sem dar espaço para as dúvidas do doente. O Sr. J. até teve de lhe pedir para esperar um pouco, a fim de lhe perguntar como fazia com a medicação.

Quando o enfermeiro pergunta “está certo?” e “percebeu?” valida a eficácia das intervenções educativas, assegura que o Sr. J. percebeu as indicações dadas. Contudo, não houve tempo para o estabelecimento de uma relação de confiança com o doente. Quando o doente mostrou receio de se esquecer de cumprir o jejum durante a noite, o enfermeiro poderia ter descansado o doente e dizer que o iriam relembrar outra vez desse facto, ao mesmo tempo que lhe deveria ter explicado o porquê da importância de se manter em dieta zero, as últimas 6 horas antes da cirurgia.

4ª Fase: Comprometer-se

O enfermeiro adotou uma postura paternalista, dando indicações do que o doente deveria fazer, ao invés de envolver o doente nos seus próprios cuidados. Se o enfermeiro, em vez de dizer “vá vestindo o pijama”, tivesse dito “se quiser, pode ir vestindo o pijama”, teria desenvolvido uma ação conjunta com o Sr. J., partilhando o poder com ele, para que este conseguisse sentir que detém o papel principal na gestão da sua vida e doença. O facto do Sr. J. responder “estou nas vossas mãos”,

significa que está a colocar todo o poder e responsabilidade das ações nos profissionais de saúde. O enfermeiro poderia ter convidado o Sr. J. para ser parceiro nos cuidados, no estabelecimento de objetivos e compromissos comuns a serem alcançados, tendo em conta as motivações e as expectativas em relação à cirurgia e ao impacto que esta tem na sua vida.

5ª Fase: Assumir o cuidado de si

No final da interação, o enfermeiro mostrou-se como um recurso quando refere que “Sempre que precisar de alguma coisa, toca à campainha que nós vimos cá ter consigo” ou quando pergunta “Há mais alguma coisa em que eu possa ajudar?”. Contudo, o enfermeiro C, apesar de ter tido o cuidado de envolver a filha na interação, não avaliou a sua competência para cuidar do Sr. J. em caso de haver necessidade quando este tiver alta, em termos de disponibilidade profissional, condições habitacionais, etc.

Análise de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
1ª Fase – Revelar-se	Conhece a identidade da pessoa	“Então qual é o nome pelo qual gosta de ser tratado?”
	Conhece a situação sociofamiliar	“O Sr. vive com quem?”
	Conhece os hábitos e estilos de vida	Sem referências
	Conhece os recursos materiais	Não aplicável
2ª Fase – Envolver-se	Demonstra tempo e disponibilidade	Sem referências
	Demonstra preocupação com a situação saúde-doença	“Olhe, sabe o que veio cá fazer ao hospital?”
	Respeita a privacidade	Sem referências
	Envolve nos cuidados	Sem referências

3ª Fase – Capacitar e possibilitar	Partilha informação	“A operação vai ser amanhã de manhã (...) fica já com um cateter”, “A partir da meia-noite não pode comer nem beber nada (...)”, “Depois da operação (...) não se pode levantar logo, só no dia a seguir.
	Respeita as preferências e o ritmo	Sem referências
	Negoceia e estabelece compromissos conjuntamente	Sem referências
	Valida a eficácia dos cuidados	“está certo?”, “percebeu?”
4ª Fase – Comprometer-se	Ajuda na consecução das escolhas/objetivos	Sem referências
	Efetua um reforço positivo	“Exatamente Sr. J., estou a ver que andou a estudar!”
5ª Fase – Assumir ou assegurar o cuidado de si	O idoso manifesta bem estar	“Certíssimo”, “Para já está tudo esclarecido. Obrigada.”
	O idoso tem capacidade para assumir o cuidado de si próprio ou a família tem capacidade para cuidar do idoso	Sem referências
	O idoso e família reconhece o enfermeiro como um recurso em caso de necessidade	“Sempre que precisar de alguma coisa, toca à campainha que nós vimos cá ter consigo”, “Há mais alguma coisa em que eu possa ajudar?”

APÊNDICE XIII: SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: “Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa Hospitalizada Submetida a Cirurgia: a Parceria como Intervenção de Enfermagem para o Cuidado de Si”

DATA: 21 de Novembro de 2013

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Sala de Reuniões do Serviço de Urologia

DURAÇÃO: 1 hora

FORMADORA: Enfermeira Ana Santos

DESTINATÁRIOS: A sessão é destinada a todos os enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urologia

OBJETIVO GERAL: Pretende-se com a sessão de formação que os enfermeiros conheçam o projeto, a sua pertinência e os objetivos da sua implementação.

OBJECTIVOS OPERATIVOS: Pretende-se que, no final da ação de formação, os enfermeiros:

- estejam motivados para a implementação do projeto no serviço;
- se comprometam a avaliar o grau de dependência da pessoa idosa admitida no serviço, utilizando o índice de Barthel;
- estejam capacitados para desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa internada, com vista à sua independência.

Momentos	Conteúdos	Método	Meio Auxiliar Pedagógico
INTRODUÇÃO	- Contextualização da problemática em estudo - Sumário	Expositivo	Projektor Computador
DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO	- A pessoa idosa hospitalizada - Promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia - A Parceria como intervenção de enfermagem - Resultados da Análise dos processos de enfermagem	Expositivo	Projektor Computador
	- Índice de Barthel: • preenchimento • momentos de avaliação	Expositivo Demonstrativo	Projektor Computador Sistema Informático (CIPE/SAPE)
	- Importância dos registos – RSCE - Construção de um manual de intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa	Participativo	Projektor Computador
CONCLUSÃO / AVALIAÇÃO	- Síntese da sessão - Conclusão	Expositivo	Projektor Computador

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa

Projetos de Estágio

Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa Hospitalizada Submetida a Cirurgia: a Parceria como intervenção de Enfermagem para o Cuidado de Si

Professora Orientadora: Idalina Gomes

Discente: Enfª Ana Santos

2013

Sumário

- A pessoa idosa hospitalizada
- Promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia
- Índice de Barthel
- A Parceria como intervenção de enfermagem
- Análise dos processos de enfermagem
- Conclusões
- Referências Bibliográficas

A Pessoa Idosa Hospitalizada

Envelhecimento: processo dinâmico, lento mas progressivo, complexo, multifatorial, e individual, com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas.

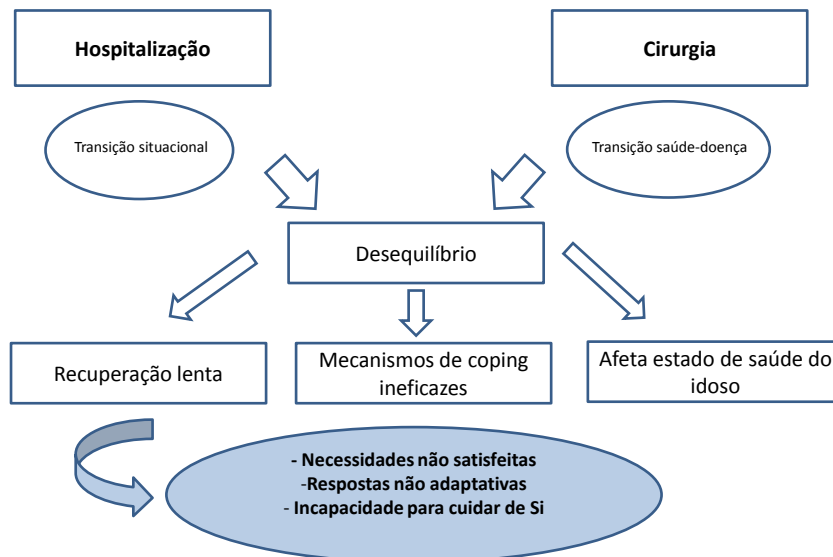
Imaginário (2004); Araújo, Paúl e Martins (2011)

- Impacto da hospitalização na pessoa idosa

Devido às alterações associadas ao envelhecimento, como a diminuição da sua capacidade para manter o seu equilíbrio homeostático e a diminuição da sua reserva funcional, a pessoa idosa quando hospitalizada encontra-se mais vulnerável a sofrer complicações, que pode ser agravada e acelerada pela presença de múltiplas doenças crónicas.

Guedes, Nakatani, Santana e Bachion (2009)

A Pessoa Idosa Hospitalizada



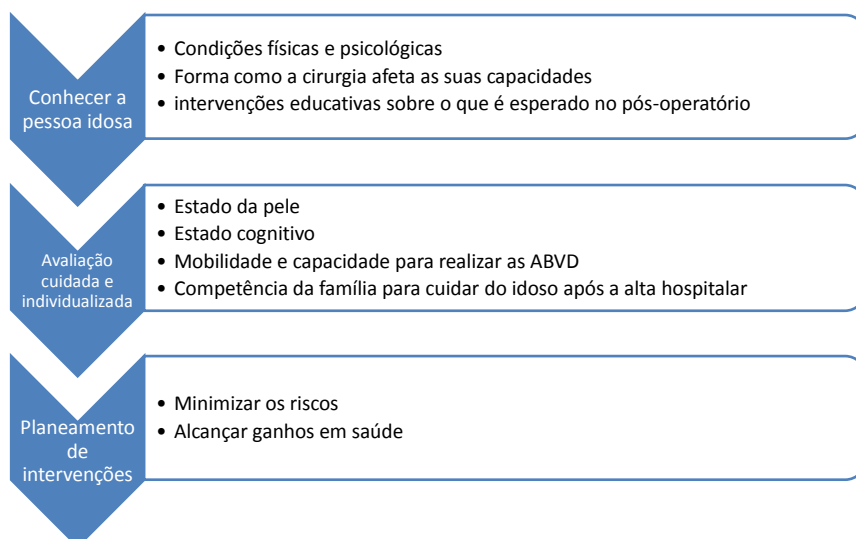
Schumacher & Meleis (1994); Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000); Meleis (2007).

Promoção da Funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia



Clayton (2008); Doerflinger (2009); Bashaw e Scott (2012)

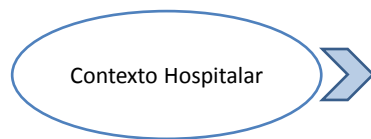
Promoção da Funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia



Westhead (2007); Doerflinger (2009); Bashaw e Scott (2012)

Índice de Barthel

- Instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD):
 - higiene pessoal, banho, vestir-se, alimentar-se, levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho, subir e descer escadas, andar/marcha ou deslocar-se, função intestinal, função urinária e ir à casa de banho



escala mais adequada para avaliar a funcionalidade das pessoas idosas no momento do diagnóstico e como adjuvante no planeamento da alta

Mahoney & Barthel (1965); Araújo *et al.* (2007); Hartigan (2007), Sequeira (2010)

Escala Modificada de Barthel (Shah *et al.*, 1989)

Introduz um aumento no número de categorias significativas para diferenciar a quantidade e a qualidade da ajuda necessária



Torna a escala mais sensível às pequenas mudanças no estado funcional dos doentes



Permite identificar o grau de dependência de forma global e parcelar em cada uma das atividades básicas e planear os cuidados de forma individualizada

Esquema da Escala Modificada de Barthel existente no serviço

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento: 13017347 Data / Hora: 10-12-2013 15:33

Higiene Pessoal:

Banho:

Alimentação:

Toalete:

Subir Escadas:

Vestuário:

Controle de Bexiga:

Controle de Intestino:

Deambulação (1):

Ou Cadeira de Rodas (2):

Transferência cadeira/cama:

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registro: 61291

Ok Cancelar

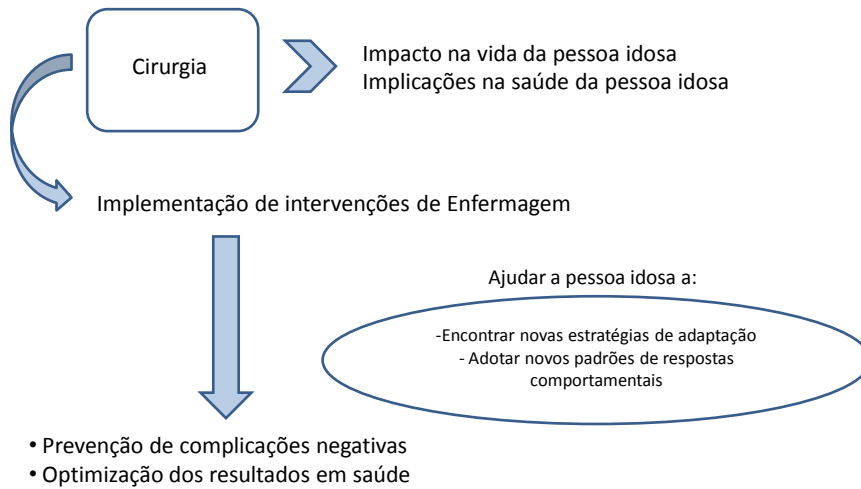
Pontuação da escala modificada de Barthel:

Categoria Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle Intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas	0	1	3	4	5
Transferência Cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do resultado:

Grau de dependência	Score
Totalmente Independente	100 pontos
Dependência leve	99-76 pontos
Dependência moderada	75-51 pontos
Dependência severa	50-26 pontos
Dependência total	25 e menos pontos

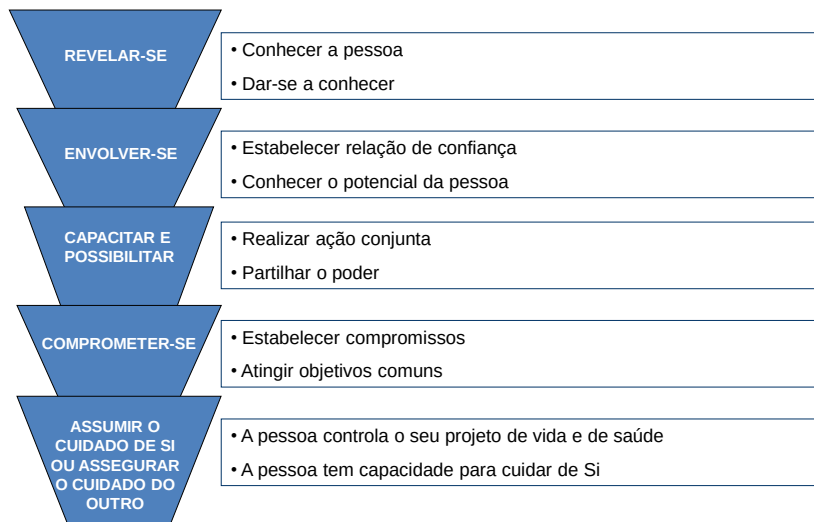
A Parceria como intervenção de Enfermagem



Schumacher & Meleis (1994); Schumacher et al (1999); Meleis (2007).

A Parceria como intervenção de enfermagem

Processo dinâmico, negociado entre doente/família e enfermeiro, que promove o cuidado de Si, envolvendo a construção de uma acção que permite à pessoa ser a protagonista da sua própria experiência de vida.



Gomes (2011, 2013)

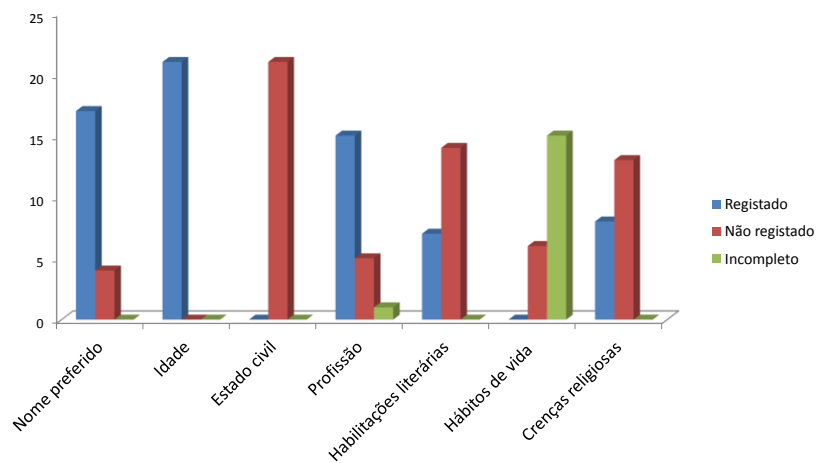
Análise dos Processos de Enfermagem

Contexto de Ação: Serviço de Urologia

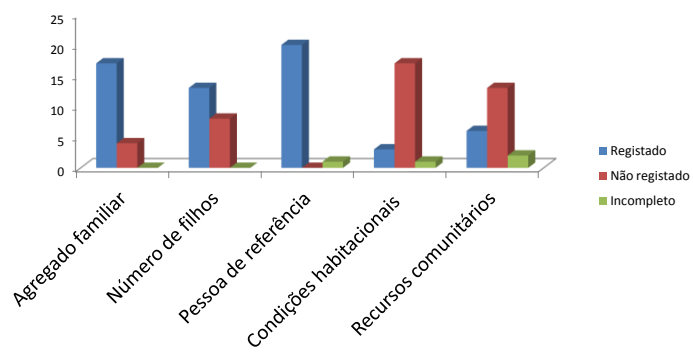
- **823 doentes internados (2012)**
- Prevalência de idosos: **58,19% dos doentes tem mais de 65 anos**
- Demora média de internamento: 3,7 dias
- Taxa de reinternamento (até 5 dias após a alta): 5,5%

Foram analisados 21 processos de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, entre os dias 4 e 11 de Novembro de 2013.

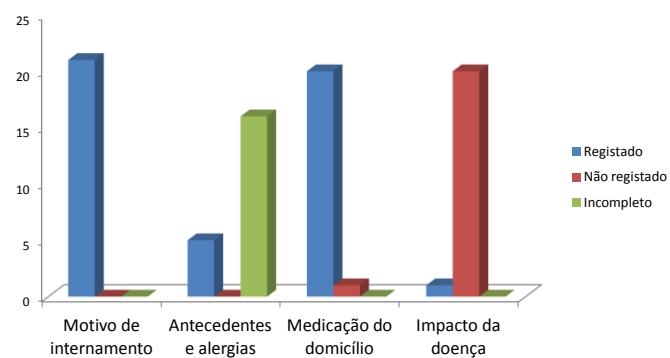
Indicador: Identidade da pessoa idosa hospitalizada



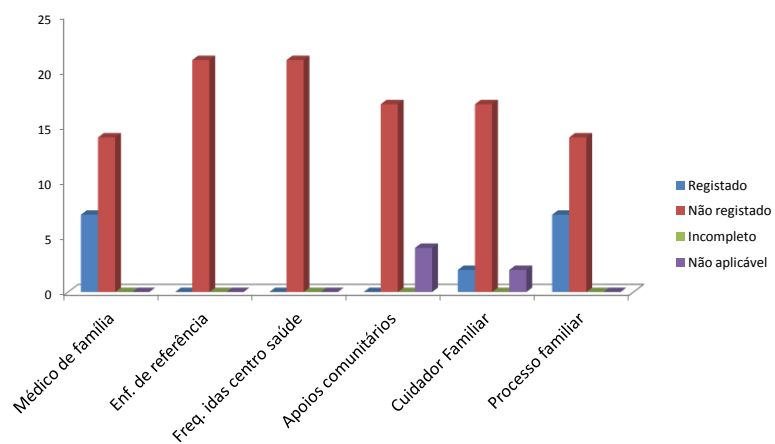
Indicador: Situação sócio-familiar



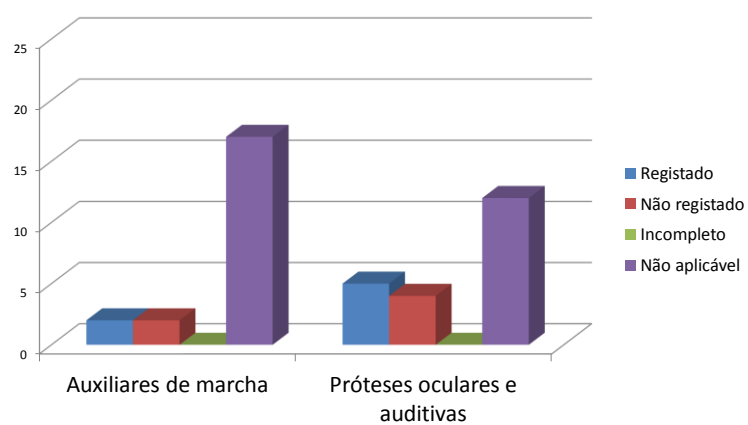
Indicador: Contexto da doença



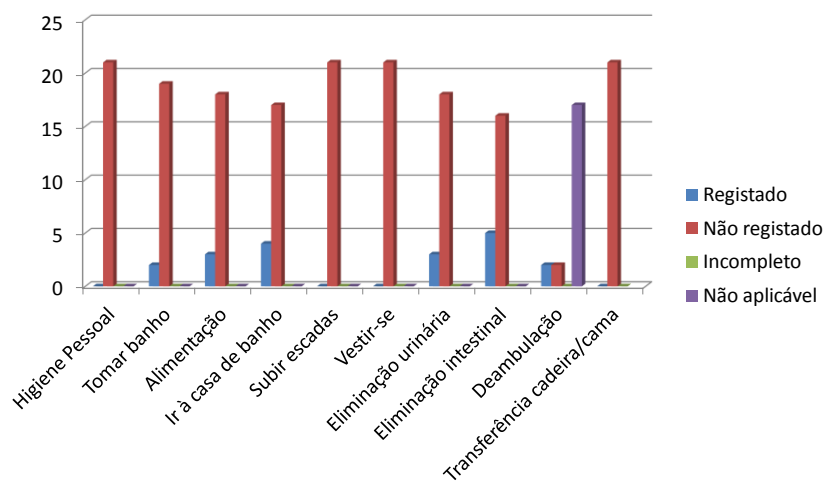
Indicador: Rede de apoio



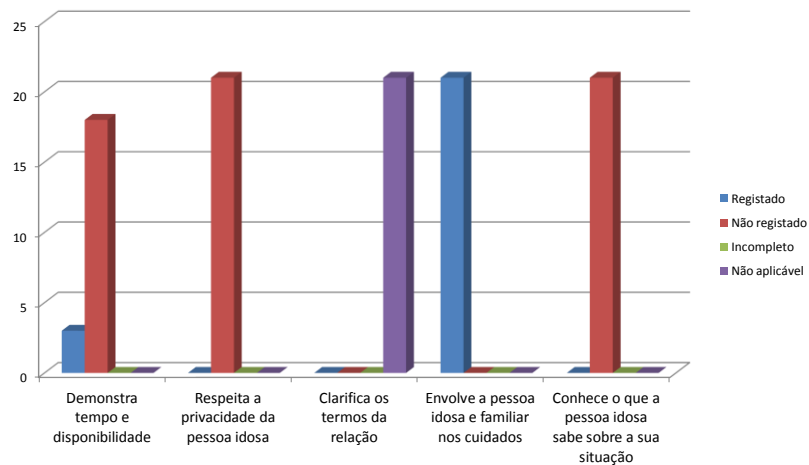
Indicador: Recursos materiais



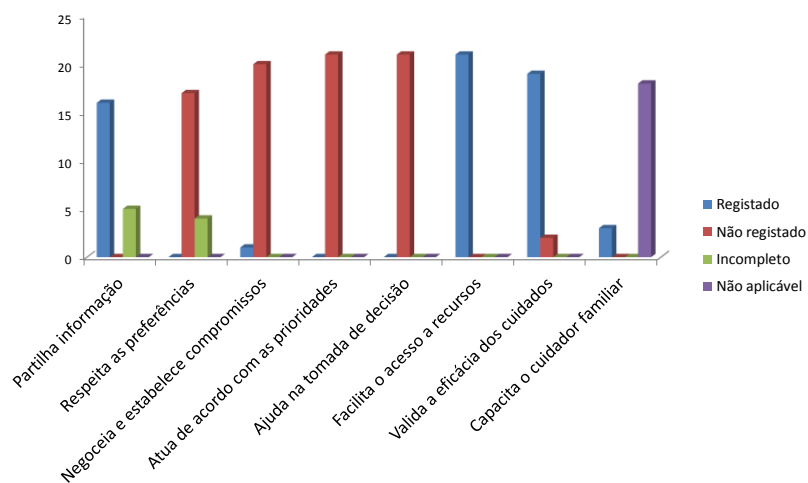
Indicador: Grau de dependência nas ABVD



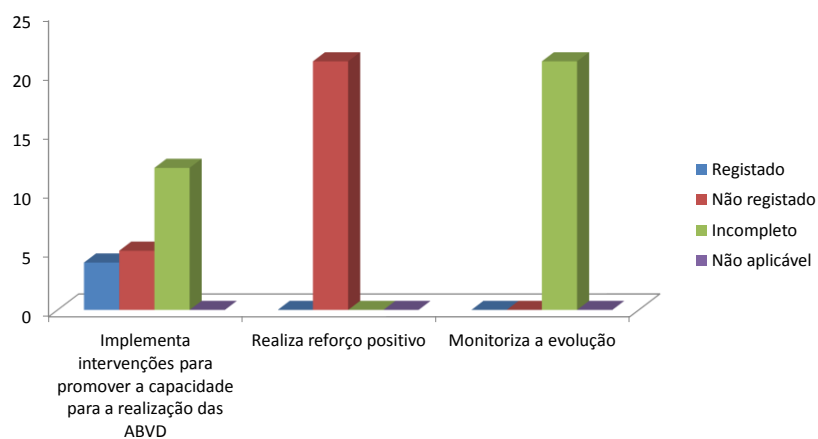
Indicador: Relação enfermeiro – pessoa idosa hospitalizada



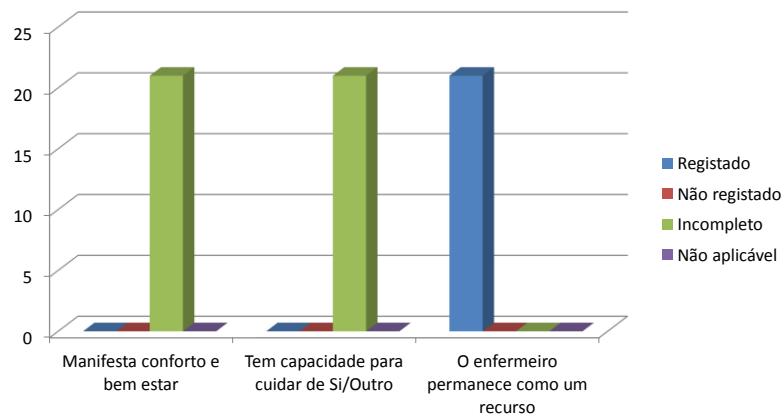
Indicador: Partilha de poder / ação conjunta



Indicador: Desenvolvimento de competências



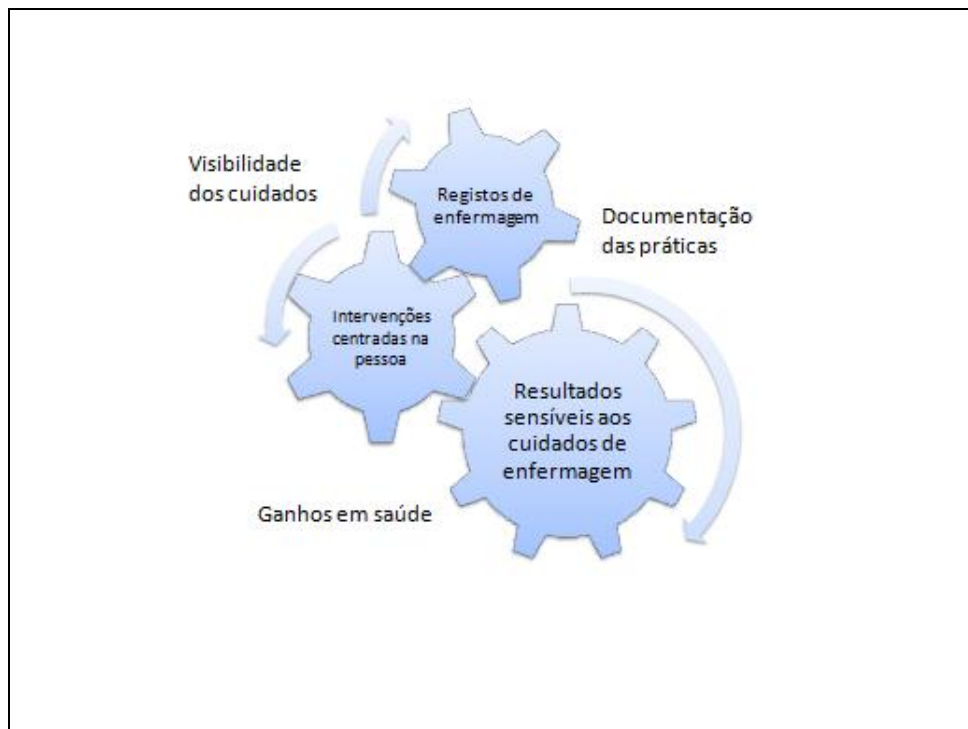
Indicador: Capacidade para cuidar de Si e prosseguir com o seu projeto de vida



Conclusões

- Os enfermeiros desenvolvem intervenções em parceria com a pessoa idosa/família com vista a uma transição saudável para o domicílio.
- No entanto... **não existem registos da maioria destas intervenções, da participação do idoso nos cuidados e da sua capacidade para assumir o cuidado de Si.**

Qual a importância dos registos?



Desafio...

Estimular a reflexão...

Partilhar opiniões...

Negociar soluções ...

Referências bibliográficas

- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Araújo, I.; Paúl, C.; Martins, M. (2011). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência, III série (2)*, 45-53.
- Bashaw, M.; Scott, Dana (2012). Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 96(1), 58-74.
- Clayton, JL (2008). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*. 87(3). p. 557-570.
- Doerflinger, D.M.C. (2009). Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*. 90(2). p. 223-244.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formassau.
- Gomes, I. D. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*. First edition. Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos, Madrid. p. 43-65.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In Fernandes et al (2013). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência

Referências bibliográficas

- Guedes, H.M., Nakatanili, A.Y. K., Santana R.F.S., Bachion, M.M. (2009) Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar *Rev. Eletr. Enf.* 11(2):249-56.
- Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*. 2 (3). 204-212.
- Mahoney F.I. & Barthel D. (1965). "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal*. 14. 56-61.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E. O.; Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª Edição. Filadélfia: Lippincott.
- Schumacher, K & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal Of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119 -127.
- Schumacher, K & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal Of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119 -127.
- Schumacher, K., Jones, P., Meleis, A. (1999). Helping Elderly Persons in Transitions: A Framework for Research and Practice. IN: Meleis A., *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Shah, Surya; Vanclay, Frank; Cooper, Betty (1989). Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42(8), 703-709.
- Westhead, C (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 25(3), 34-35; 37-41.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Com o finalizar desta sessão de formação, solicito agora que me ajude a avaliar este momento reflexivo. Para o preenchimento deste impresso, assinale com uma cruz o número que exprime a sua opinião, de acordo com a classificação: **1 - Insuficiente 2 - Médio 3 - Bom 4 - Excelente**

1. Conhecimentos iniciais	1	2	3	4
Os seus conhecimentos sobre a parceria na promoção da funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada eram:				

2. Expectativas	1	2	3	4
Esta sessão correspondeu ao que esperava, tendo sido útil?				

3. Formador	1	2	3	4
A formadora transmitiu as informações com clareza?				
A formadora conseguiu criar um clima propício à participação?				
A formadora dominava o assunto que foi exposto?				
O apoio prestado pela formadora foi adequado?				

4. Sessão de Formação	1	2	3	4
Os objetivos da sessão eram claros?				
O conteúdo da sessão foi adequado às suas necessidades?				
A duração da apresentação, relativamente ao conteúdo, foi adequada?				
Os métodos utilizados foram os mais ajustados?				

5. Resultados alcançados	1	2	3	4
Como classifica os resultados alcançados pela participação nesta sessão?				

6. PONTOS FORTES

PONTOS FRACOS

7. SUGESTÕES:

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Ana Santos

**APÊNDICE XIV: MANUAL DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PROMOTORAS DA FUNCIONALIDADE EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA
HOSPITALIZADA SUBMETIDA A CIRURGIA**

**MANUAL DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PROMOTORAS DA FUNCIONALIDADE EM PARCERIA
COM A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA SUBMETIDA A
CIRURGIA**

Aluna: Ana Margarida Reis Lopes dos Santos

Professora Orientadora: Idalina Gomes

Enfermeira Orientadora no local de estágio: Fernanda Vital

Janeiro de 2014

**DOCUMENTO ELABORADO NO ÂMBITO DO
ESTÁGIO/PROJETO DE ESTÁGIO INSERIDO NO 4º CURSO
DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE PESSOA IDOSA**

Aluna: Ana Margarida Reis Lopes dos Santos

Professora Orientadora: Idalina Gomes

Enfermeira Orientadora no local de estágio: Fernanda Vital

Janeiro de 2014

ÍNDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. ÂMBITO.....	1913
3. ENQUADRAMENTO	191
3.1. Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia	1913
3.2. A Transição da Pessoa Idosa submetida a cirurgia, em contexto hospitalar. A Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si.	7
4. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA SUBMETIDA A CIRURGIA	9
4.1. Intervenções Pré-operatórias.....	197
4.1.1. Colheita de dados	9
4.1.2. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	199
4.1.3. Avaliação Funcional da Pessoa Idosa	199
4.1.4. Índice de Barthel	201
4.2. Intervenções Pós-operatórias.....	18
4.2.1. Intervenções gerais para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia	18
4.2.2. Intervenções específicas para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia, na realização das ABVD	21
5. CONCLUSÕES.....	25
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. OBJETIVO

Este manual tem como objetivo:

Garantir uma adequada intervenção de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, tendo em vista a promoção da sua funcionalidade na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD).

2. ÂMBITO

Este manual aplica-se ao serviço de Urologia, sendo o enfermeiro o profissional de saúde responsável pela sua execução.

3. ENQUADRAMENTO

Neste ponto, será apresentada a pesquisa bibliográfica realizada para sustentar o problema de enfermagem identificado, realçando as consequências da hospitalização e de uma cirurgia na funcionalidade e no projeto de vida da pessoa idosa, a importância da avaliação da pessoa idosa que vai ser submetida a cirurgia, bem como o papel do enfermeiro na promoção da sua funcionalidade, utilizando a parceria na promoção do cuidado de Si e com a família no cuidado do Outro.

3.1. Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa Submetida a Cirurgia

Os idosos face à sua longevidade encontram-se mais vulneráveis ao aparecimento de uma doença aguda ou à agudização de uma doença crónica, que se tende a manifestar de forma mais expressiva e cumulativa (Duarte, Andrade & Lebrão, 2006). O progresso das ciências médicas e desenvolvimento tecnológico tem encaminhado cada vez mais pessoas idosas

para tratamento cirúrgico (Bashaw e Scott, 2012). De todas as cirurgias realizadas, 55% são realizadas à população idosa (Doerflinger, 2009).

As pessoas idosas apresentam um maior risco cirúrgico para desenvolver complicações durante e após a cirurgia do que as pessoas adultas, pelo que requerem outra atenção, nomeadamente no que se refere à perda de capacidades funcionais (Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Bashaw e Scott, 2012). A gravidade dessas complicações depende do estado funcional prévio das pessoas idosas e das alterações próprias do envelhecimento (Clayton, 2008; Bashaw e Scott, 2012). As alterações do envelhecimento incluem o declínio da força muscular e capacidade aeróbia; a redução da água corporal total e da densidade óssea e fragilidade cutânea. Estas alterações têm repercussões na funcionalidade das pessoas idosas, interferindo com a sua capacidade para realizar as AVD (Sequeira, 2010).

A OMS (2004) elaborou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que promove uma perspetiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade. Sendo assim, o termo Funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (OMS, 2004). A funcionalidade pode ser avaliada de acordo com a capacidade de realizar ABVD como tomar banho, vestir-se, arranjar-se, transferir-se, ter continência e alimentar-se e também atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar roupa, ir às compras, cuidar das finanças e tomar medicamentos (Kawasaki e Diogo, 2007). Torna-se essencial que o enfermeiro avalie a funcionalidade da pessoa idosa “em termos de poder, de poder parcialmente, ou de não poder fazer determinada coisa” (Collière, 1989, p.300), sendo que “a clarificação (...) das diminuições funcionais é a base (...) para decidir o projeto de cuidados, bem como os tratamentos a pôr em prática” (Collière, 2003, p.380).

Perante estas especificidades que podem existir nas pessoas idosas e o aumento verificado em termos de intervenções cirúrgicas a esta população, interessa perceber a forma como as alterações físicas e psicológicas que podem ocorrer no seguimento de uma cirurgia afetam a sua funcionalidade.

Uma hospitalização, por si só, tem implicações devastadoras na funcionalidade das pessoas idosas e no seu projeto de vida. Quando hospitalizados, pela sua menor capacidade adaptativa ao ambiente, os idosos encontram-se mais suscetíveis de sofrer complicações associadas ao internamento, apresentando um risco acrescido de perda significativa das suas capacidades funcionais para realizar as atividades de vida diárias (Covinsky et al, 2003; Palleschi et al, 2011).

Devido à sua limitada capacidade para manter a homeostase em situações de stress, como é a intervenção cirúrgica, as pessoas idosas requerem um cuidado personalizado. Quando são submetidas a uma cirurgia, as pessoas idosas, além dos medos comuns relativos a um procedimento cirúrgico, apresentam um medo acrescido que diz respeito ao facto de ficarem dependentes, sem poderem continuar com o seu projeto de vida e a assumir o controlo do cuidado de Si (Clayton, 2008).

Os fatores que mais contribuem para o elevado risco cirúrgico da pessoa idosa incluem as “síndromes geriátricas”. Inouye et al (2007) descreveram cinco síndromes geriátricas comuns: úlceras de pressão, incontinência, quedas, declínio da capacidade funcional e delírio, identificando quatro riscos partilhados que são idade avançada, comprometimento cognitivo, comprometimento funcional e mobilidade comprometida. Estas síndromes têm implicações substanciais na funcionalidade das pessoas idosas e são passíveis de intervenção de enfermagem.

A evidência científica defende que um investimento na recuperação dos idosos que são submetidos a um procedimento cirúrgico até ao momento da alta contribui para o restabelecimento da funcionalidade e a independência prévia à cirurgia (Westhead, 2007; Alcock e Chivers, 2012). Os enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa idosa devem estar equipados com competências que lhes permitem intervir de forma a evitar complicações cirúrgicas, produzindo um impacto significativo na melhoria da sua funcionalidade (Westhead, 2007).

O enfermeiro deve, portanto, identificar em que grau a funcionalidade da pessoa idosa foi afetada com a cirurgia, comparando a avaliação efetuada no pré-operatório e no pós-operatório (Clayton, 2008). O declínio funcional pode

ocorrer devido à própria intervenção cirúrgica, a reações adversas à terapêutica, à presença de dor não controlada, a uma deficiente nutrição, a uma diminuição da mobilidade, ao repouso prolongado no leito, a distúrbios do sono, ao uso prolongado da cateterização vesical, à ocorrência de episódios de confusão mental, bem como, a mudanças no ambiente e nas rotinas da pessoa idosa (Wallace & Fulmer, 2007; Kresevic, 2012).

O enfermeiro pode facilitar o restabelecimento do estado funcional prévio através do levantar logo na manhã após a realização da cirurgia (Westhead, 2007). Deve assistir a pessoa idosa no levantar e transferência, repetindo, várias vezes, as instruções sobre as medidas de segurança para prevenir a ocorrência de quedas (Bashaw e Scott, 2012). O medo de cair faz com o idoso permaneça a maior parte do tempo no leito (Bashaw e Scott, 2012). Cabe ao enfermeiro desmistificar esse medo, dando suporte emocional ao idoso e efetuando um reforço positivo do seu desempenho (Clayton, 2008, Bashaw e Scott, 2012).

Promover a autonomia para realizar as AVD deve ser o objetivo primordial dos cuidados de enfermagem, de forma a ajudar a pessoa idosa a restaurar a sua funcionalidade (Kresevic, 2012). O uso de cateter urinário pode restringir a mobilidade, pelo que deve ser retirado logo que possível (Bashaw e Scott, 2012). A deambulação precoce previne a atrofia muscular e a atelectasia, aumentando assim a capacidade para realizar as ABVD (Westhead, 2007).

A desnutrição e o aparecimento de úlceras de pressão é outro fator de risco que merece a atenção do enfermeiro (Bashaw e Scott, 2012). Os cuidados passam por promover uma ingestão hídrica adequada após a cirurgia, de forma a prevenir a desidratação no pós-operatório (Westhead, 2007), bem como vigiar as características da pele, aliviando as zonas de pressão (Bashaw e Scott, 2012).

Outro dos fatores de risco para a incapacidade funcional no pós-operatório prende-se com a polimedicação (Westhead, 2007). As pessoas idosas que são internadas, normalmente já tomam medicação no domicílio, que associada a novas prescrições, podem ter efeitos adversos. O enfermeiro deve ter conhecimentos de farmacologia que lhe permite identificar precocemente reações adversas potenciais à medicação (Bashaw e Scott, 2012; Kresevic,

2012). Além disso, as pessoas idosas apresentam uma maior suscetibilidade no pós-operatório para desenvolver delírio e confusão mental (Bashaw e Scott, 2012). Se a confusão mental não for prevenida, pode levar à perda de capacidade para realizar as ABVD. Deve ser providenciado um ambiente tranquilo, reduzir o ruído, principalmente no período noturno, falar de forma clara e suave, mantendo o contato visual durante a comunicação, limitando a quantidade de informação fornecida e reorientando a pessoa no tempo e no espaço (Clayton, 2008; Bashaw e Scott, 2012).

Perante o exposto, interessa enquadrar na conceção de enfermagem, o fenómeno da hospitalização/cirurgia como uma transição na vida da pessoa idosa, e o papel do enfermeiro na promoção da sua funcionalidade, utilizando a parceria na promoção do cuidado de Si e com a família no cuidado do Outro.

3.2. A Transição da Pessoa Idosa submetida a cirurgia, em contexto hospitalar. A Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si.

A pessoa idosa que vai ser submetida a uma cirurgia depara-se com uma dupla transição situacional: o fenómeno da hospitalização, em que o idoso sai do seu ambiente habitual para um desconhecido, e o procedimento cirúrgico em si, que precipita a ocorrência do declínio do seu estado de saúde para doença, nomeadamente da sua funcionalidade (Meleis, 2012).

A adaptação da pessoa idosa ao internamento e à nova condição decorrente da cirurgia, traz mudanças no estado de saúde, expectativas ou capacidades, criando um período de desequilíbrio e dependência. Este desequilíbrio pode afetar o seu estado funcional e manifesta-se por respostas não adaptativas, criando necessidades e incapacidades para cuidar de Si. Os enfermeiros podem ajudar a pessoa idosa a ultrapassar essa transição de uma forma saudável, procurando “maximizar os pontos fortes dos clientes, reais e potenciais, ou contribuir para a restauração do cliente para níveis ótimos de saúde, função, conforto e auto-realização” (Meleis, 2012, p.101), conduzindo assim, a uma recuperação efetiva e ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes para lidar com a sua condição de saúde e gerir a continuidade do seu projeto de vida.

Segundo Collière (2003), a competência de enfermagem passa por apreender a forma como se apresenta a incapacidade da pessoa, e a partir daí fazer a ligação entre as suas dificuldades e as que coloca aos outros. Desta forma, a intervenção do enfermeiro só é eficaz se for feita em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2007, 2011). A parceria segundo Gomes (2009, p.251) constitui “um processo que envolve o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação, na qual se partilham significados da experiência da pessoa dados por esta, ou pela família, com um duplo sentido: a construção de uma ação conjunta, quando o doente tem capacidade de decisão a construção de uma ação em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, quando o doente não tem capacidade de decisão”. Esta é uma abordagem de cuidado centrado na pessoa idosa e permite que esta possa prosseguir com o seu projeto de vida.

“O processo de parceria como promotor do cuidado de Si tem como condições essenciais, num contexto de vulnerabilidade e dependência, a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado” (Gomes, 2013, p.94). Para que consiga utilizar esta abordagem é essencial que o enfermeiro reconheça a pessoa como única, nos seus valores, desejos e expectativas em relação à sua trajetória de vida (Gomes, 2009, 2013). Para as pessoas idosas com algum grau de dependência, a participação nos cuidados de promoção da funcionalidade é essencial porque reduz a ansiedade e aumenta a sua satisfação com os cuidados recebidos (Sahlsten, 2007, Gomes, 2007, 2013).

Em suma, no âmbito desta temática, as intervenções educativas desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia, tendo em vista o cuidado de Si, destinam-se a promover a sua funcionalidade, quando esta tem capacidade de decisão, ou, se esta se encontra vulnerável ou dependente, têm como objetivo possibilitar ou capacitar a família a assegurar a responsabilidade do cuidado do Outro (doente), de acordo com as suas necessidades, e da mesma forma como a pessoa idosa as fazia, se tivesse capacidade para tal (Gomes, 2011). Para se conseguir esta abordagem à pessoa idosa, torna-se pertinente conhecer quais as intervenções a implementar pelos enfermeiros, no período pré e pós-operatório.

4. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA SUBMETIDA A CIRURGIA

Com base na evidência científica, na experiência da equipa de enfermagem e na realidade do serviço, foram selecionadas intervenções de enfermagem pré e pós-operatórias, adaptadas à linguagem CIPE, que, em parceria com a pessoa idosa e sua família, são promotoras da sua funcionalidade (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Alcock e Chivers, 2012; Bashaw e Scott, 2012; Lopes, Oliveira, Gomes e Gândara, 2012).

4.1. Intervenções Pré-operatórias

A literatura refere que no período pré-operatório devem ser desenvolvidas intervenções educativas com a pessoa idosa, que visam a sua preparação física e psicológica acerca do que é esperado no pós-operatório (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009). A colheita de dados e a avaliação multidimensional da pessoa idosa que vai ser submetida a uma cirurgia permitem um diagnóstico abrangente das suas condições física, psíquica e social e promove a uniformização da linguagem entre os profissionais da saúde (Clayton, 2008; Doerflinger, 2009).

4.1.1. Colheita de dados

<u>O que sabemos da pessoa</u>	
Dados demográficos	• Nome - nome pelo qual gosta de ser tratado • Idade • Naturalidade • Residência • Estado civil • Profissão • Habilitações Literárias
Experiências de vida significativas	• Transições situacionais e de desenvolvimento vividas
Crenças e valores	• Projeto de vida • Sentido dado à doença

Padrão de vida cotidiano	• Necessidades Humanas Fundamentais / Atividades básicas de vida diária - Como, quando, porque as realiza • Particularidades do seu padrão único de vida - O que faz sozinho - O que faz com ajuda - O que não faz - O que sabe - O que não sabe - O que quer saber e pode saber
Avaliação cognitiva e emocional	• Face à etapa de desenvolvimento • Orientação tempo e espaço • Mini mental • Défices cognitivos: - Sinais/indícios de demência - Humor - Comportamentos agressivos - Comportamentos de passividade - Sinais de depressão
<u>O que sabemos do meio que a rodeia</u>	
Caracterização ambiente familiar	• Agregado familiar • Espaço relacional com a família - valores e cultura • Rendimentos suficientes/agregado familiar • Vizinhaça relacionamento - social, distante, próximo. • Rendimentos agregado familiar
Caracterização da habitação	• Tipo de habitação • Presença de elevador e barreiras arquitetônicas • Casa de banho adaptada, portas adequadas para cadeira de rodas • Climatização/aquecimento, saneamento básico, instalação elétrica/gás • Higiene da habitação
Estruturas de apoio da comunidade	• Apoios Comunitários • Cuidador Familiar
<u>O que sabemos sobre a doença da pessoa</u>	
História de saúde	• Antecedentes pessoais médicos, cirúrgicos • Internamentos anteriores antigos/recentes • Alergias medicamentosas ou alimentares • Médico/Enfermeiro de família. • Vigilância de saúde (frequência idas ao Centro Saúde)
História da doença atual	• Início, sinais e sintomas; exames efetuados • Terapêutica em uso/ habitual • Motivo do pedido de cuidados de enfermagem.
Processo de recuperação/adaptação	• Percepção da pessoa sobre o diagnóstico/ prognóstico • Adaptação à situação de doença/dependência - Stressores internos e externos • Energia: física, psíquica e afetiva • Vontade de morrer como um direito • Recurso a terapias complementares

4.1.2. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

A relevância da avaliação multidimensional geriátrica surge no panorama da transição demográfica atual, no sentido de conhecer de forma prévia e uniformizada as pessoas idosas, e intervir adequadamente, permitindo-lhes continuar com a sua trajetória de vida e saúde (Gomes, 2009). Para se efetuar uma correta avaliação multidimensional da pessoa idosa, os enfermeiros podem recorrer ao uso de instrumentos para avaliação sistemática de problemas existentes (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna):

- **Índice de Barthel** (utilizado para avaliar a capacidade para realizar as ABVD)
- **Índice de Lawton** (utilizado para avaliação da capacidade para realizar as AIVD)
- **Mini Mental State Examination de Folstein** (utilizado para fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas)
- **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage** (usada facilmente para rastreio dos transtornos de humor)
- **Mini-Nutricional Assessment** (utilizada para avaliar o estado nutricional)
- **Escala de Morse** (usada para avaliar o risco de queda)
- **Escala de Braden** (usada para avaliar o risco de úlcera de pressão)

A avaliação multidimensional dos idosos deve inevitavelmente incluir a sua capacidade funcional (Botelho, 2000). A avaliação funcional inclui a avaliação da sua capacidade para realizar as ABVD, atividades essenciais do quotidiano, que permitem ao indivíduo viver e cuidar de si de forma independente (Hartigan, 2007; Sequeira, 2010).

4.1.3. Avaliação Funcional da Pessoa Idosa

A avaliação funcional do idoso deve ter como objetivos a promoção da sua capacidade funcional, a prevenção de complicações pós-cirúrgicas e a continuação do seu projeto de vida e saúde (Doerflinger, 2009; Gomes, 2013).

Nesta medida, para se efetuar um diagnóstico rigoroso da funcionalidade da pessoa idosa e direcionar as intervenções da equipa de enfermagem na prestação de cuidados, torna-se crucial a seleção de instrumentos de medida específicos que complementem os dados colhidos pela observação. Estes promovem uma medida objetiva da funcionalidade da pessoa idosa para as ABVD e AIVD no momento em que são aplicados e permitem aos enfermeiros planear e implementar um plano de cuidados individualizado.

Para que se tornem operacionais e viáveis, os instrumentos de avaliação selecionados devem ser curtos, de fácil aplicação e interpretação, de rápido preenchimento, fornecer informação prática, úteis e serem incorporados na colheita de dados da pessoa idosa hospitalizada (Kresevic, 2012). Os idosos requerem um cuidado minucioso e individualizado e, por isso, os enfermeiros devem estar familiarizados com os pontos fortes e fracos e a precisão das escalas de avaliação para entender a melhor forma de as utilizar como complemento à prática clínica (Hartigan, 2007).

Sendo o tema central deste projeto a avaliação das atividades básicas de vida diária da pessoa idosa hospitalizada, a escolha do instrumento a implementar recaiu entre o Índice de Barthel e o Índice de Katz, dado que permitem avaliar continuamente o nível de independência ou a capacidade da pessoa idosa para executar as suas ABVD (Mahoney & Barthel, 1965; Hartigan, 2007).

O Índice de Barthel e de Katz são instrumentos simples, abrangentes, que requerem poucos recursos e que podem e devem ser aplicados pelos enfermeiros (Hartigan, 2007). Em contexto hospitalar, segundo Hartigan (2007), o índice de Barthel, em comparação com o índice de Katz, é a escala mais adequada para avaliar a funcionalidade das pessoas idosas no momento do diagnóstico e como adjuvante no planeamento da alta hospitalar. Pode ser registada por observação direta, através da entrevista, ou pela consulta dos registos, dando informações acerca das necessidades específicas do idoso e dos resultados alcançados com as intervenções de enfermagem implementadas (Hartigan, 2007).

4.1.4. Índice de Barthel

O Índice de Barthel permite identificar o grau de dependência de forma global e parcelar em cada uma das atividades básicas e planejar os cuidados de forma individualizada, consoante as (in)capacidades e o risco de declínio funcional (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo *et al.*, 2007; Sequeira, 2010). A versão modificada por Shah, em 1989, tornou o índice de Barthel mais sensível às pequenas mudanças no estado funcional dos doentes, introduzindo um aumento no número de categorias significativas para diferenciar a quantidade e a qualidade da ajuda necessária (Shah, Vanclay e Cooper, 1989).

A pontuação modificada não causa nenhuma dificuldade adicional, pelo contrário, melhora a consistência interna da escala, e proporciona melhor discriminação da capacidade funcional (Shah *et al.*, 1989).

Índice de Barthel existente no Sclínico (sistema informático utilizado)

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento 13017347 Data / Hora 10-12-2013 15:33

Higiene Pessoal

Banho

Alimentação

Toalete

Subir Escadas

Vestuário

Controle de Bexiga

Controle de Intestino

Deambulação (1)

Ou Cadeira de Rodas (2)

Transferência cadeira/cama

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registo 61291

Ok Cancelar...

Pontuação da escala modificada de Barthel:

Categoria Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle Intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas	0	1	3	4	5
Transferência Cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do resultado:

Grau de dependência	Score
Totalmente Independente	100 pontos
Dependência leve	99-76 pontos
Dependência moderada	75-51 pontos
Dependência severa	50-26 pontos
Dependência total	25 e menos pontos

Guidelines da Escala Modificada de Barthel

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O doente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos.
2. O doente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. O doente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. O doente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspetos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O doente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTACAO

1. Dependente em todos os aspetos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O doente pode alimentar-se de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, barrar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso da sanita.
2. Necessita de assistência no uso da sanita.
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um urinol ou uma arrastadeira podem ser usados a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O doente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar um urinol ou uma arrastadeira, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O doente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspetos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O doente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O doente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUARIO

1. O doente é dependente em todos os aspetos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O doente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspetos relacionados ao vestuário
3. Necessita de assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita de assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O doente é capaz de vestir-se, despir-se, atar os atacadores dos sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)
1. O doente apresenta incontinência urinária. 2. O doente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O doente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O doente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O doente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
1. O doente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo. 2. O doente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. 3. O doente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. 4. O doente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. 5. O doente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULAÇÃO
1. Totalmente dependente para deambular. 2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. 3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. 4. O doente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. 5. O doente é capaz de colocar os braços, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O doente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas. 2. O doente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. 4. O doente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. 5. O doente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). Não se aplica aos pacientes que deambulam.
CATEGORIA 10: TRANSFERÊNCIAS CADEIRA/CAMA
1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. 2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. 3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. 4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. 5. O doente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O doente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Legenda:

1. Incapaz de realizar a tarefa
2. Requer ajuda substancial
3. Requer moderada ajuda
4. Requer mínima ajuda
5. Totalmente independente

Momentos de preenchimento da Escala de Barthel

Estabeleceu-se conjuntamente com a equipa de enfermagem que a monitorização com o Índice de Barthel seria efetuada com um intervalo temporal de 2 dias, tendo em conta o tempo médio de internamento do idoso no serviço (3,7 dias).

Pretende-se avaliar o grau de dependência da pessoa idosa admitida no serviço para ser submetida a cirurgia, na realização das suas ABVD com a escala modificada de Barthel, utilizando a intervenção “Monitorizar Índice de Barthel”, existente no SClínico.

1º Momento: O enfermeiro que recebe o doente, faz a avaliação inicial, preenche o índice de Barthel de acordo com o grau de dependência que o doente apresenta no momento da admissão no hospital, elabora o plano de cuidados em conformidade com os limites funcionais identificados de acordo com o índice de Barthel, e planeia nova avaliação do grau de dependência para a manhã seguinte à cirurgia (2/2 dias).

2º Momento: O enfermeiro que fica responsável por esse mesmo doente na manhã após a cirurgia, preenche o índice de Barthel, de acordo com o grau de dependência presente nesse momento (pós-operatório), e atualiza o plano de cuidados de acordo com o resultado do índice de Barthel, e planeia nova avaliação para 2 dias depois, momento provável da alta hospitalar.

Caso o doente permaneça na Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos (UCPC), cujo foco de atenção é a estabilidade hemodinâmica da pessoa que foi submetida a cirurgia, a intervenção pode ser suspensa, pelo que, quando o doente regressa ao serviço, o enfermeiro responsável deverá ter em atenção este aspeto, confirmando a existência da intervenção. Se esta não existir, deverá ser recolocada no plano de cuidados do doente, no sentido de se efetuar uma correta monitorização da funcionalidade do doente.

3º Momento: O enfermeiro responsável pelo doente no dia da alta, deverá preencher o índice de Barthel novamente com o intuito de avaliar os resultados e a eficácia das intervenções e assim identificar as áreas / ABVD em que o doente ainda precisa de ajuda, a fim de reforçar estratégias educativas com o doente/família facilitadoras do seu desempenho no domicílio.

Importa perceber, igualmente, quais as intervenções pós-operatórias promotoras da funcionalidade que podem ser adotadas pelos enfermeiros para maximizar a sua capacidade para realizar as atividades básicas de vida diária após a cirurgia, no curso do internamento, de forma a restabelecer a sua independência prévia.

4.2. Intervenções Pós-operatórias

Dado o número crescente de idosos a serem submetidos a intervenção cirúrgica, impera a necessidade de se questionarem as intervenções e os cuidados prestados ao doente idoso hospitalizado. Este deve ser olhado na sua globalidade e não apenas para a resolução do motivo ou problema que motivou a cirurgia. As suas capacidades devem ser enfatizadas, as suas necessidades de auxílio identificadas e o cuidado de si promovido.

Foram então definidas, em parceria com a equipa de enfermagem, intervenções gerais e específicas para cada ABVD, que permitem ajudar a pessoa idosa hospitalizada a vivenciar este período de instabilidade da sua vida, a criar condições propícias a uma transição saudável, contribuindo para que esta possa prosseguir na consecução do seu projeto de vida e de saúde (Sequeira, 2010; Gomes, 2013).

4.2.1. Intervenções gerais para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia

Foco de atenção	Intervenções
Queda	- Avaliar o risco de quedas com a Escala de Morse na admissão do doente e sempre que se verificar alteração do seu estado;

	- Colocar pulseira no doente, de acordo com o risco de queda identificado; - Manter cama na cota zero e travada; - Verificar a adequação do calçado; - Manter objetos pessoais acessíveis; - Aplicar dispositivos de segurança como grades do leito elevadas; - Instruir a pessoa sobre medidas de segurança e prevenção de quedas.
Úlcera de Pressão	- Avaliar o risco de úlcera de pressão com a Escala de Braden no dia da admissão do doente e 2 em 2 dias (de acordo com o protocolo da Instituição); - Vigiar características da pele; - Posicionar a pessoa em alternância de decúbitos, massajando a sua superfície corporal com creme hidratante; - Aplicar dispositivos auxiliares de alívio da pressão; - Estimular ingestão hídrica.
Ambiente	- Manter as zonas de circulação do doente nomeadamente a enfermaria, os corredores, a casa de banho, o banho assistido bem iluminadas e sem obstáculos à sua circulação; - Promover a diminuição da intensidade das luzes e da estimulação sonora durante o período noturno, para uma melhor otimização do padrão do sono; - Procurar manter os doentes desorientados e agitados numa enfermaria próxima da sala de enfermagem, para maior vigilância e prevenção de acidentes; - Manter privacidade do doente, correndo a cortina sempre que necessário efetuar um procedimento.
Comunicação	- Gerir a comunicação, falando de forma clara e suave, mantendo o contato visual durante a comunicação e limitando a quantidade de informação fornecida; - Utilizar frases simples e curtas na comunicação; - Diminuir sons "parasitas" à comunicação;

	- Permitir a presença de significativos; - Demonstrar ao doente que dispõe de tempo para comunicar; - Promover expressão de sentimentos; - Entender o significado que a incapacidade tem para o doente; - Encontrar estratégias em conjunto com o doente para permitir a sua trajetória de vida e saúde.
Confusão mental e/ou agitação psicomotora	- Procurar identificar e agir sobre a causa da confusão mental e/ou agitação psicomotora (anestesia, sedação, infecção, desidratação, desequilíbrios eletrolíticos, hipoxémia, hipercapnia,...), procurando reverter o quadro confusional; - Procurar orientar o doente para a realidade, no tempo e no espaço, de uma forma contínua; - Explorar alternativas ao uso da contenção química e física, diminuindo a intensidade das luzes e dos ruídos, falando num tom de voz audível e calmo, mantendo o contacto visual e usando o toque terapêutico; - Utilizar a contenção mecânica apenas de acordo com as situações presentes na Circular Normativa emitida pela Direção Geral de Saúde.
Gestão terapêutica	- Manter a terapêutica endovenosa intermitente conectada ao acesso venoso periférico apenas o tempo estritamente necessário à sua perfusão completa, devendo posteriormente ser desconectado o sistema e obturado o acesso venoso; - Utilizar criteriosamente a terapêutica (psicoativa, hipotensora, hipoglicemiante e diurética) pelos seus efeitos potenciais: desequilíbrio na marcha, desorientação, hipotensão arterial e urgência urinária; - (Re)avaliar e registar a intensidade e características da dor do doente no mínimo uma vez por turno; - Implementar intervenções não farmacológicas (alternância de decúbitos, estimulação cutânea, aplicação de calor/frio, técnicas de distração, toque terapêutico) para o seu controlo.

Envolvimento da família nos cuidados	- Promover visitas alargadas dos familiares, cuidadores e/ou pessoa significativa ao doente e negociar o seu envolvimento na prestação de cuidados; - Desenvolver estratégias educativas em parceria com a família para cuidar do doente, quando este tiver alta para o domicílio.
Educação para a saúde ao doente, família e/ou pessoa significativa	- Desmistificar o medo de quedas, educar sobre medidas preventivas à sua ocorrência e disponibilizar dispositivos auxiliares de marcha existentes no serviço; - Educar o doente quanto a métodos de conservação de energia e a sequenciar as atividades físicas de modo a efetuar períodos de repouso; - Educar o idoso, família e/ou pessoa significativa sobre os benefícios fisiológicos e psicológicos da mobilidade.

4.2.2. Intervenções específicas para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia, na realização das ABVD

Atividade	Intervenções
Higiene Pessoal e Banho	- Executar os cuidados de higiene de acordo com os hábitos e preferências do doente, respeitando a sua privacidade; - Incentivar o uso da casa de banho para a higiene e para o banho, sempre que possível; - Providenciar produtos de higiene/objetos pessoais necessários para o autocuidado higiene*, tornando o ambiente hospitalar mais personalizado; - Providenciar o uso de dispositivos de adaptação, como cadeiras sanitárias, com braços laterais, para conduzir o doente à casa de banho e/ou banho assistido, sempre que se justifique; - Providenciar o uso de cadeiras de higiene, com braços laterais, para se efetuar o banho do doente, sempre que se justifique; - Manter sempre presente uma pessoa com o doente dependente;

	- Garantir a assistência ao doente no tomar banho e na higiene pessoal (supervisionar, assistir e/ou executar), procurando identificar necessidades de auxílio e não substituir; - Hidratar e massajar a pele do doente, efetuando o despiste de úlceras de pressão; - Negociar auto cuidado: higiene*; - Estimular a higiene oral*; - Estimular a higiene após eliminação*; - Estimular a pessoa para o auto cuidado: higiene*, respeitando o seu ritmo e promovendo a sua independência; - Incentivar à participação ativa do doente, durante o banho, permitindo aumentar a sua mobilidade; - Efetuar reforço positivo do desempenho do doente; - Treinar prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene*.
Alimentação	- Conhecer as preferências alimentares e culturais do doente; - Adequar a dieta às preferências do idoso, solicitando o apoio da dietista para a sua personalização, sempre que se justifique; - Adequar a consistência da dieta à dentição e capacidade de deglutição do idoso; - Incentivar o uso das próteses dentárias do doente se ajustadas, mantendo-as acessíveis ou procedendo à sua colocação; - Garantir a assistência ao doente na alimentação (supervisionar, assistir e/ou executar), nomeadamente no aceder ao tabuleiro, na preparação do prato ou na alimentação, consoante a sua necessidade; - Posicionar os doentes dependentes adequadamente no momento da refeição e estimular o seu levantar para a refeição; - Instruir sobre alimentação equilibrada*, explicando os benefícios de uma boa nutrição e hidratação para a sua recuperação, respeitando os seus hábitos; - Estimular ingestão hídrica*, fornecendo fluidos e mantendo os copos e garrafas de água individuais acessíveis;

	- Promover a presença da família durante as refeições e o fornecimento de alimentação vinda do domicílio, caso seja a vontade de doente e família; - Instruir prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para comer*.
Toalete e Controlo de bexiga e intestino	- Promover idas ao WC* regulares; - Providenciar uso de urinol e arrastadeira, ensinando e treinando a sua utilização; - Incentivar o doente a eliminar no WC, consoante as suas capacidades, e garantir a assistência ao doente (supervisionar, assistir e/ou executar); - Estimular ingestão hídrica*; - Estimular a utilização dos recursos*; - Aplicar dispositivo de absorção* (fralda), apenas em casos estritamente necessários; - Instruir sobre estratégias adaptativas para uso do sanitário*; - Instruir e treinar sobre dispositivos urinários*; - Instruir sobre estratégias facilitadoras de eliminação*, assegurando um padrão de eliminação normal para o doente; - Remover cateter urinário, assim que for possível, consoante indicação médica e instruir exercícios de treino vesical; - Facilitar o acesso à casa de banho, providenciando auxiliares de marcha ou uma cadeira sanitária para o doente se deslocar à casa de banho para eliminar; - Incentivar aos cuidados de higiene genital sempre que vai à casa de banho, de forma a manter a pele seca e prevenir maceração da zona perineal; - Vigiar características da urina e das fezes*.
Vestuário	- Vestir/despir*, garantindo a assistência ao doente no vestir (supervisionar, assistir e/ou executar); - Solicitar à família do doente que lhe traga pijama e robe personalizado para uso próprio e facilitador da sua mobilização;

	- Providenciar e/ou solicitar à família do doente que lhe traga meias e calçado antiderrapante, incentivando o seu uso.
Subir escadas e Deambulação	- Manter a cama na cota zero e travada, para que o doente suba e desça de forma segura; - Instruir e treinar o doente sobre medidas de segurança*, sobre condições de piso e calçado antiderrapante; - Avaliar a necessidade de uso de auxiliares de marcha, verificar o seu correto funcionamento e promover o seu uso, informando e treinando com o doente a sua utilização; - Promover períodos de marcha*, supervisionada ou assistida, no turno da manhã e no turno da tarde na enfermaria e/ou corredor; - Instruir e treinar o uso de dispositivos auxiliares de marcha*; - Ensinar famílias sobre vantagens do levantar*; estimulando-as, consoante a sua disponibilidade e vontade, a deambular com os doentes durante o horário das visitas.
Deambulação em cadeira de rodas	- Estimular deambulação em cadeira de rodas*; - Garantir a assistência ao doente na deambulação com cadeira de rodas (supervisionar, assistir e/ou executar); - Manter cadeira de rodas travada*, promovendo a segurança do doente nas transferências.
Transferência Cadeira/cama	- Minimizar o repouso do doente no leito ao estritamente necessário ao seu restabelecimento; - Estimular levantar* do doente, o mais precocemente possível, para um cadeirão, sempre que a sua situação clínica o permita; - Estimular a transferência*, solicitar a participação do doente; - Assegurar o uso de meias e calçado antiderrapante; - Manter cadeirão travado* e promover uma transferência segura; - Ensinar sobre vantagens do posicionamento adequado*; - Negociar tempo de permanência sentado; - Usar o imobilizador de tronco quando o doente se encontra sentado no cadeirão, apenas quando a situação clínica o justifique (doentes desorientados e agitados).

5. CONCLUSÕES

No panorama da transição demográfica atual, torna-se fundamental adequar as respostas de cuidados e serviços às necessidades da população idosa. É neste contexto que surge a relevância da parceria nos cuidados de enfermagem, permitindo oferecer melhores respostas de cuidados. Cuidar em parceria “surge pois como a partilha de um poder entre os utilizadores dos cuidados e os que os prestam, e isso exige tornar-se capaz de situar os limites da ação de cuidados, entre os quais os cuidados de enfermagem” (Collière, 1989, p.318).

Cabe-nos a nós, enquanto equipa, contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem e alcançar ganhos em saúde que poderão melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Através de intervenções adequadas e registos mais completos e individualizados, que nos possam dar indicadores dos ganhos para a saúde relativamente aos cuidados proporcionados pelos enfermeiros relativamente à funcionalidade da pessoa idosa, vamos fazer a diferença e dar visibilidade à qualidade e excelência dos nossos cuidados!

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcock, M.; Chilvers, C. R. (2012). Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesthesia And Intensive Care*, 40 (1), 90-94.
- Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Lisboa: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Bashaw, M.; Scott, Dana. (2012). Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 96 (1), 58-74.
- Clayton, J. L. (2008). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 87 (3), 557-570.
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Covinsky, K.; Palmer, R.; Fortinsky, R. et al. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatric Society*, 51 (4), 451 – 458.
- Doerflinger, D. M. C. (2009). Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. *Association of periOperative. Registered Nurses Journal*, 90(2), 223-244.
- Duarte, Y.; Andrade, C. & Lebrão, M. (2006). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista de Enfermagem da USP*. 41 (2), 317-325.
- Gomes, I. D. (2007). *O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso: da submissão à acção negociada*. In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.

- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). First edition. Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos, Madrid. 43-65.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In Fernandes et al (2013). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 204-212.
- Inouye, S; Studenski, S; Tinetti, M; Kuchel, G (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc*, 55(5), 780–791.
- Kawasaki K; Diogo, M (2007). Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiátr*, 14(3), 164-169.
- Kresevic, D. (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Physical Function. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more
- Lopes, Pereira; Oliveira, Célia; Gomes, Idalina; Gândara, Manuela (2012). Guião de colheita de dados. Curso de Mestrado, UC do tronco comum - Enfermagem Avançada. Instrumento de trabalho usado no ano letivo 2012/2013.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mahoney F. I. & Barthel D. (1965). "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Palleschi, L.; De Alfieri, W.; Salani, B.; Fimognari, F. L.; Marsilii, A.; Pierantozzi, A.; Di Cioccio, L.; Zuccaro, S. M. (2011). Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(2), 193-199.
- Sahlsten, M; Larsson, I; Sjostrom, B; Lindencrona, C; Plos, K (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-637.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Shah, Surya; Vanclay, Frank; Cooper, Betty (1989). Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42(8), 703-709.
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Avaliação Geriátrica. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Wallace, M., & Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *Try This: Best Practices In Nursing Care To Older Adults*, (1).
- Westhead, C. (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 25 (3), 34-35; 37-41.

**APÊNDICE XV: GUIA ORIENTADOR DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE À PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA E
FAMÍLIA/CUIDADOR, PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES
BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA NO DOMICÍLIO**

**GUIA ORIENTADOR DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE À
PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA E
FAMÍLIA/CUIDADOR, PARA A REALIZAÇÃO DAS
ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA NO DOMICÍLIO**

Aluna: Ana Margarida Reis Lopes dos Santos

Professora Orientadora: Idalina Gomes

Enfermeira Orientadora no local de estágio: Fernanda Vital

Janeiro de 2014

**DOCUMENTO ELABORADO NO ÂMBITO DO
ESTÁGIO/PROJETO DE ESTÁGIO INSERIDO NO 4º CURSO
DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE PESSOA IDOSA**

Aluna: Ana Margarida Reis Lopes dos Santos

Professora Orientadora: Idalina Gomes

Enfermeira Orientadora no local de estágio: Fernanda Vital

Janeiro de 2014

1. FINALIDADE DO GUIA

Melhorar as práticas profissionais junto da pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, em processo de transição do hospital para casa.

2. OBJETIVOS DE UMA ABORDAGEM CENTRADA NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Esta abordagem, integrada no cuidado individualizado à pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia, pretende aumentar a sua funcionalidade e qualidade de vida no domicílio, nomeadamente:

- Capacitar a pessoa idosa/família/cuidador para lidar com o seu grau de dependência atual;
- Capacitar a pessoa idosa/família/cuidador para promover a sua funcionalidade no domicílio, numa perspetiva de continuidade de cuidados.

3. ÂMBITO

Este guia aplica-se ao Serviço de Urologia, sendo o enfermeiro o profissional de saúde responsável pela sua execução.

4. SELEÇÃO DOS DOENTES

As atividades de educação para a saúde, no âmbito deste projeto, destinam-se às pessoas idosas que apresentem, comparativamente ao seu estado funcional prévio à cirurgia, declínio da sua funcionalidade e aumento do seu grau de dependência na realização das suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e que possuam alta para o domicílio, bem como aos seus familiares/cuidadores.

5. ENQUADRAMENTO

À medida que a idade vai avançando, vão surgindo alterações próprias do envelhecimento que levam ao declínio da funcionalidade (Westhead, 2007; Kresevic, 2012), aumentando também o risco dos idosos desenvolverem complicações associadas a uma intervenção cirúrgica (Doerflinger, 2009; Bashaw e Scott, 2012). A evidência científica defende que um investimento na recuperação da pessoa idosa que é submetida a cirurgia até ao momento da alta contribui para o restabelecimento da funcionalidade e a independência prévia à cirurgia (Westhead, 2007; Alcock e Chivers, 2012). Logo no período pré-operatório, devem ser desenvolvidas intervenções educativas com a pessoa idosa, que visam a sua preparação física e psicológica acerca do que é esperado no pós-operatório (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009).

Segundo Benner (2001, p.103), “já há muito tempo que as enfermeiras sabem o quanto é importante educar o doente tendo em vista a intervenção cirúrgica, e depois a recuperação”. O enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa deve estar equipado com competências que lhe permite intervir de forma a evitar complicações cirúrgicas, produzindo um impacto significativo na melhoria da sua funcionalidade (Westhead, 2007).

Promover a autonomia para realizar as atividades de vida diária deve ser o objetivo primordial dos cuidados de enfermagem, de forma a ajudar a pessoa idosa a restaurar a sua funcionalidade (Kresevic, 2012). O enfermeiro deve, portanto, identificar em que grau a funcionalidade da pessoa idosa foi afetada com a cirurgia, comparando a avaliação efetuada no pré-operatório e no pós-operatório (Clayton, 2008).

A adaptação da pessoa idosa ao internamento e à nova condição decorrente da cirurgia, traz mudanças no estado de saúde, expectativas ou capacidades, criando um período de desequilíbrio e dependência. Este desequilíbrio pode afetar o seu estado funcional e manifesta-se por respostas não adaptativas, criando necessidades e incapacidades para cuidar de Si. Os enfermeiros podem ajudar a pessoa idosa a ultrapassar essa transição de uma forma saudável, procurando “maximizar os pontos fortes dos clientes, reais e potenciais, ou contribuir para a

restauração do doente para níveis ótimos de saúde, função, conforto e auto-realização” (Meleis, 2012, p.101), conduzindo assim, a uma recuperação efetiva e ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes para lidar a sua condição de saúde e gerir a continuidade do seu projeto de vida.

Segundo Collière (2003), a competência de enfermagem passa por apreender a forma como se apresenta a incapacidade da pessoa, e a partir daí fazer a ligação entre as suas dificuldades e as que coloca aos outros. Desta forma, a intervenção do enfermeiro só é eficaz se for feita em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2007, 2011). A parceria segundo Gomes (2009, p.251) constitui “um processo que envolve o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação, na qual se partilham significados da experiência da pessoa dados por esta, ou pela família, com um duplo sentido: a construção de uma ação conjunta, quando o doente tem capacidade de decisão a construção de uma ação em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, quando o doente não tem capacidade de decisão”. Esta é uma abordagem de cuidado centrado no doente e permite que esta possa prosseguir com o seu projeto de vida.

As pessoas idosas geralmente mostram-se preocupadas com a forma como a cirurgia as vai afetar em termos de dependência quando regressarem a casa (Clayton, 2008, Lien et al, 2009, Gomes 2013). Por isso, “sempre que possível, as enfermeiras avisam os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações” (Benner, 2001, p.103), incentivando as pessoas a assumirem o controlo do cuidado de Si. O “cuidado de Si” propõe a participação ativa da pessoa, como ser de projeto e de cuidado que é, e promove a sua iniciativa no processo de tomada de decisões, ajudando-a a lidar com a doença, no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2011, 2013).

O “cuidado de Si” assume uma dupla faceta: o cuidado de Si e o cuidado do Outro (Gomes, 2009, 2013). Assim, quando a pessoa idosa não tem capacidade de decisão, o enfermeiro deve capacitar a família/cuidador para cuidar dela, até à sua recuperação, tendo em conta as escolhas do projeto de vida da pessoa cuidada (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Doerflinger, 2009; Lien et al, 2009; Gomes, 2013).

O conceito de “cuidado de Si” sustenta muitas intervenções educativas de enfermagem. A função de educação é um dos domínios fundamentais dos cuidados

de enfermagem (Benner, 2001). Os enfermeiros utilizam a sua competência para saber quando é que a pessoa está pronta para aprender, ajudá-la a interiorizar as implicações da doença e do tratamento no seu projeto de vida.

“O enfermeiro assegura-se que o doente é capaz de ter controlo sobre a sua situação, mas mantém-se sempre como um recurso” (Gomes, 2013, p.96 e 97). Pode haver necessidade de complementar as informações dadas oralmente, através do suporte escrito. A informação escrita tem de ser clara e objetiva e deve ir ao encontro do nível cultural e cognitivo da pessoa idosa e família. Tem como objetivo reforçar as ideias orais, promover a segurança nos cuidados, favorecendo a tomada de decisão da pessoa e família (Moreira, Nóbrega e Silva, 2003).

Em suma, no âmbito deste projeto, as intervenções educativas desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia, tendo em vista o cuidado de Si, destinam-se a promover a sua funcionalidade, quando esta tem capacidade de decisão, ou, se esta se encontra vulnerável ou dependente, têm como objetivo possibilitar ou capacitar a família a assumir a responsabilidade do cuidado do Outro (doente), de acordo com as suas necessidades, e da mesma forma como a pessoa idosa as faria, se tivesse capacidade para tal (Gomes, 2011).

6. LINHAS DE ORIENTAÇÃO

Perante o comprovado risco associado às pessoas idosas para desenvolver complicações e incapacidades para realizar ABVD, após serem submetidas a uma cirurgia, surge como fundamental a definição de linhas de orientação para a realização da educação para a saúde à pessoa e família/cuidador (Westhead, 2007; Clayton, 2008; Sequeira, 2010; Alcock e Chivers, 2012). Deste modo, com base na evidência científica e na experiência da equipa de enfermagem, foram definidas orientações para educar a pessoa idosa e família/cuidador no sentido de facilitar a realização das ABVD no domicílio.

ABVD AFETADA	EDUCAR A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA/CUIDADOR NO SENTIDO DE...	JUSTIFICAÇÃO
HIGIENE PESSOAL E BANHO	Estimular banho na casa de banho, preferencialmente no chuveiro em detrimento da banheira;	O uso da casa de banho permite que o indivíduo efetue o levante do leito, promovendo o aumento da força muscular e carga a nível dos membros inferiores, o equilíbrio, a capacidade de deambulação, a participação na sua higiene pessoal, e previne o risco de infeção respiratória, urinária e complicações cardíacas.
	Recorrer ao uso de cadeiras de rodas ou cadeiras sanitárias para levar a pessoa à casa de banho; Por vezes são necessárias pequenas adaptações na casa de banho, sem gastos avultados, possibilitando que o banho seja executado de forma agradável e em segurança;	O uso de dispositivos de mobilização (cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias, andarilhos e/ou canadianas) permite conduzir à casa de banho indivíduos com desequilíbrios na marcha ou sem capacidade para deambular, evitando-se o banho no leito. O uso de cadeiras de higiene permite que a pessoa idosa tome banho sentado, diminuindo o cansaço associado à execução desta atividade, o que vai permitir aumentar a sua participação.

	Estimular a participação da pessoa idosa nos cuidados, procurando respeitar o seu próprio ritmo e fornecer apenas a ajuda necessária! Não esquecer de efetuar um reforço positivo do seu desempenho e evitar comentários depreciativos; É fundamental a preservação da privacidade da pessoa alvo de cuidados.	O estímulo do autocuidado e o respeito pelo tempo necessário para a realização deste pela pessoa, permite manter e/ou promover a independência. O reforço positivo aumenta a auto-estima da pessoa e a sua pro-atividade. O respeito pela privacidade da pessoa permite manter a sua dignidade.
ALIMENTAÇÃO	Estimular a pessoa idosa ao levantar para uma cadeira ou, no caso de ser dependente, posicioná-la adequadamente no leito;	Um adequado posicionamento no momento da refeição permite tornar a refeição num momento agradável.
	Privilegiar o uso de utensílios facilitadores da alimentação (tabuleiro rígido, pratos com rebordo e/ou copos rígidos);	O recurso a tabuleiros rígidos permite manter a estabilidade da alimentação, nomeadamente na pessoa dependente e/ou com limitação dos movimentos. Os pratos com rebordo facilitam a preparação dos alimentos e os copos rígidos a preensão dos mesmos, evitando derrames de líquidos. Estes meios adaptativos podem facilitar o ato de alimentar-se e promover a independência da pessoa.

	Preparar os alimentos apenas quando este ato compromete a autoalimentação;	A preparação do prato permite que a pessoa que não consegue preparar a comida, consiga alimentar-se sozinha e que os alimentos sejam ingeridos com facilidade e sem riscos acrescidos para a pessoa.
	Incentivar ou reforçar a ingestão de líquidos (salvo quando há indicação médica para restrição hídrica);	A ingestão hídrica previne a desidratação e o aparecimento de úlceras de pressão ou soluções de continuidade na pele.
	Estimular a pessoa a alimentar-se ao seu próprio ritmo; Mostrar que permanece como um recurso, sempre que a pessoa precisa de ajuda.	O estímulo da autoalimentação favorece a sua participação e, conseqüentemente a sua independência. Deve ser respeitado o ritmo da pessoa de modo a não tornar o ato de alimentar-se num sacrifício para a pessoa dependente.
TOALETE E CONTROLO DE BEXIGA E INTESTINO	Conduzir a pessoa dependente à casa de banho e/ou aplicar o urinol/arrastadeira com uma frequência de acordo com as necessidades da pessoa;	A eliminação regular permite prevenir a ocorrência de incontinência urinária e/ou fecal, de acidentes ocasionais, bem como de infeções urinárias.
	Utilizar a fralda somente em situações de incontinência urinária e/ou fecal;	O uso desnecessário da fralda pode conduzir à incontinência previamente inexistente.

	Providenciar dispositivos de mobilização (auxiliares de marcha, cadeira sanitária e/ou de rodas) para a deslocação à casa de banho;	O uso de dispositivos de mobilização permite conduzir o indivíduo dependente à casa de banho, evitando-se o uso do urinol/arrastadeira e/ou na fralda.
	Promover o acesso fácil ao uso de dispositivos urinários (urinóis, bacios, arrastadeiras, etc.);	O estímulo ao uso de dispositivos urinários promove a independência e mantém a pessoa limpa e confortável.
	Aliviar a possível tensão e desconforto associados ao comprometimento desta atividade e evitar uma atitude crítica, depreciativa ou de reprovação;	A incontinência urinária/fecal pode implicar um sentimento “perturbador” e desconfortante para quem cuida e para a pessoa alvo de cuidados.
SUBIR ESCADAS	Recorrer ao uso de meias ou sapatos com sola antiderrapante;	O uso de meias ou calçado antiderrapante transmite segurança à pessoa e evita que esta escorregue e caia.
	Recorrer ao uso de auxiliares de marcha (bengala e/ou canadianas);	O uso de auxiliares de marcha em pessoas com desequilíbrio e/ou debilidade muscular nos membros inferiores permite conferir estabilidade no subir/descer e previne o risco de quedas.
	Subir as escadas efetuando pausas a cada 2 degraus, procurando inspirar antes e expirar durante a subida dos degraus;	As pausas e o controlo da respiração melhoram a tolerância ao esforço e consequentemente a mobilidade.

VESTUÁRIO	Privilegiar o uso de roupa facilitadora da mobilização da pessoa e da sua eliminação;	O uso de roupa larga permite que a pessoa se mobilize mais facilmente no desempenho das suas atividades e facilita a eliminação de forma independente.
	Solicitar a participação da pessoa na escolha do vestuário e colocar a roupa pela ordem inversa da sua utilização;	O estímulo à participação da pessoa ajuda a manter a sua dignidade através da manutenção da sua capacidade de decisão e valorizando a sua opinião em termos de hábitos e preferências; A ordem inversa das peças de roupa facilita o ato de vestir e permite diminuir o tempo entre o banho e o vestir.
	Recorrer ao uso de meias ou sapatos com sola antiderrapante;	O uso de meias com calçado antiderrapante permite que a pessoa não escorregue ao levantar-se do leito e ao deambular, prevenindo-se assim a ocorrência de quedas.
	Privilegiar o uso de fechos em vez de botões, e sapatos confortáveis, sem atacadores;	O uso de fechos facilita a atividade vestir e permite que a pessoa se vista e dispa sozinha; O uso de sapatos sem atacadores permite maior agilidade e que a pessoa se calce de forma independente.

	Estimular a pessoa a vestir-se sozinha e em caso de limitação da mobilidade de um dos membros começar pelo membro afetado;	O estímulo do autocuidado e do recurso a esta técnica de vestir, permite facilitar a realização desta atividade e manter e/ou promover a independência da pessoa.
DEAMBULAÇÃO	Incentivar a pessoa a deambular duas a três vezes ao dia, por curtos períodos;	A deambulação diária permite aumentar a força e massa muscular a nível dos membros inferiores e as pausas evitam o cansaço e esforços desnecessários.
	Recorrer ao uso de auxiliares de marcha (andarilhos, bengalas e canadianas);	O uso de auxiliares de marcha em pessoas com marcha instável permite possibilita a deambulação com segurança e evita quedas.
	Adaptar o ambiente físico do domicílio (retirar tapetes, manter as zonas iluminadas e bem sinalizadas, colocar barras laterais e afastar móveis dos espaços de circulação);	A gestão e manipulação ambiental confere segurança à deambulação, essencial para a manter a pessoa o mais ativa possível, estimulando o exercício.
	Recorrer ao uso de meias ou sapatos com sola antiderrapante;	O uso de meias ou calçado antiderrapante conferem segurança à deambulação da pessoa e previne consequentemente a ocorrência de quedas.

TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA	Incentivar o levante diário da pessoa para a cadeira ou cadeira de rodas;	O repouso prolongado no leito conduz a uma diminuição da força e massa muscular a nível dos membros inferiores, bem como, a contracturas que, por conseguinte, vão afetar a capacidade de levante e de andar da pessoa, comprometendo progressivamente a sua independência.
	Assegurar o uso de meias ou sapatos com sola antiderrapante;	O uso de meias ou calçado antiderrapante transmite segurança à pessoa ao mesmo tempo que evita que escorregue aquando do levante e caia.
	Em camas articuladas, baixar o plano da cama e travar as rodas;	Ao baixar o plano da cama diminui-se a distância desta ao chão e ao se travar as suas rodas previne-se que esta se desloque aquando do levante, o que por conseguinte evita a ocorrência de quedas e fraturas.
	Solicitar a participação da pessoa nesta atividade, explicar os passos que está a fazer e formas da pessoa colaborar;	O estímulo à participação evita esforços desnecessários e pode facilitar o processo da transferência.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcock, M.; Chilvers, C. R. (2012). Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesthesia And Intensive Care*, 40 (1), 90-94.
- Bashaw, M.; Scott, Dana. (2012). Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 96 (1), 58-74.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Clayton, J. L. (2008). Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 87 (3), 557-570.
- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Doerflinger, D. M. C. (2009). Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. *Association of periOperative. Registered Nurses Journal*, 90(2), 223-244.
- Gomes, I. D. (2007). *O conceito de parceria na interação enfermeiro/ doente idoso: da submissão à acção negociada*. In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*. First edition. Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos, Madrid. 43-65.

- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In Fernandes et al (2013). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Kresevic, D. (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Physical Function. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Acedido a 25/03/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more
- Lien, C; Lin, H; Kuo, I; Chen, M (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2311-2319.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moreira, MF; Nóbrega, MML; Silva, MIT (2003). Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *V Bra Enferm*, 56(2), 184-188.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Westhead, C. (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 25 (3), 34-35; 37-41.

APÊNDICE XVI: REGISTO DE INTERAÇÃO FINAL

REGISTO DE INTERAÇÃO FINAL

Data – Janeiro de 2014

Local de interação– serviço de urologia

Hora – turno da tarde

Contexto – Intervenções de enfermagem que incidem nos cuidados com a sonda vesical da pessoa idosa hospitalizada que foi submetida a cirurgia, e que vai algaliada para o domicílio.

Objetivo - Descrever uma situação de interação entre a enfermeira M. e a pessoa idosa e sua família/cuidador e proceder à sua análise, tendo por base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2009).

Descrição da situação

Durante o turno da tarde, a enfermeira M. ficou responsável pelos cuidados ao Sr. J., submetido a prostatectomia radical 3 dias antes. Durante a manhã decorreu a visita médica, na qual ficou decidido que o Sr. J. teria alta hospitalar nos próximos dias e que permanecerá algaliado mais uma semana, por indicação cirúrgica.

Na passagem de turno da manhã para a tarde, foi transmitida esta informação à enfermeira M.

Cerca das 17 horas, a enfermeira M. dirigiu-se à enfermaria do Sr. J.:

Enf. M.: Boa tarde Sr. J. Como tem passado?

Sr. J.: Olá Sra Enfermeira M...isto parece que está a evoluir bem. Já me estão quase a mandar embora para casa.

Enf. M.: Pois..era mesmo disso que eu gostava de falar consigo... Já sabe como vai para casa?

Sr. J.: Sim...vou ter de ir com algália, não é verdade? Mas depois venho aqui à consulta do doutor para me a tirarem.

Enf. M.: Exatamente, é só durante uma semana. Mas até lá, o Sr. J. vai ter de saber umas coisas sobre a algália. Por exemplo, como se despeja o saco, como se troca, entre outras coisas. Sente-se capaz de aprender?

Sr. J.: Sim... Mas olhe, a minha cabeça está um bocadinho baralhada, por isso, se pudesse esperar pela minha mulher que vem cá mais daqui a bocado, para mim era melhor!

Enf. M.: Estou a perceber. O Sr. J. sente-se mais seguro se eu explicar todos os cuidados a ter em casa à Sra. B., é isso que me está a tentar dizer?

Sr. J.: É isso mesmo. Agradeço a sua atenção.

Enf. M.: Tudo bem, vamos esperar que a Sra. B. venha. Mas Sr. J. vai ver que não é difícil e que vai conseguir. Até porque tem de voltar rapidamente às idas ao café com os seus amigos, eles já devem ter saudades das suas anedotas!

Cerca das 18 horas, a esposa do Sr. J. vai visitá-lo ao serviço. A enf. M. chama a Sra. B. até à sala de tratamentos e inicia o diálogo.

Enf. M.: Olá Sra. B. Está boazinha? Então o Sr. J. já lhe contou as novidades?

Sra. B.: Já sim...e eu estou um bocado preocupada! Então como é que nós nos vamos desenrascar os dois sozinhos?

Enf. M.: Calma! Tudo se resolve... O que é que a está a preocupar?

Sra. B.: Olhe, ele vai com algália. Não sei se temos capacidade para mexer nisso...

Enf. M.: Eu percebo que esteja ansiosa com esta situação. Afinal é uma situação nova nas vossas vidas. Mas é por isso mesmo que eu estou aqui, para vos ajudar em tudo o que precisarem. Agora vou-vos dar umas explicações sobre os cuidados a ter com a algália, amanhã se for preciso, voltamos a falar sobre isto, e mesmo quando o Sr. J. tiver alta, sempre que houver dúvidas, podem ligar para o serviço que nós estamos sempre cá para vos esclarecer. Acha que desta forma, vai ser mais fácil para vocês?

Sra. B.: Ah..assim já estou mais descansada! Pensei que o mandavam embora assim e pronto! Então vamos a isso...

A enf. M. dirige-se à enfermaria do Sr. J. acompanhada pela Sra. B., pedindo às visitas dos outros doentes para aguardarem no corredor, durante um bocadinho.

Enf. M.: Vamos lá então à casa de banho Sr. J.? Porque primeiro que tudo, temos sempre de lavar as mãos. As mãos são o principal meio de transmitirmos os “bichinhos”. Ao lavarmos as mãos, protegemos o Sr. J. das infeções. Sr. J., o sr.

também vai participar! Vai fazer primeira a sua esposa e depois o Sr. J. Vai ver que amanhã já consegue fazer sozinho!

No fim da enf. M. explicar todos os procedimentos ao Sr. J. e sua esposa, dá-lhes a oportunidade de treinarem os dois, mas o Sr. J. recusa.

Sr. J.: Não...eu não quero fazer nada agora. Ela é que vai fazer tudo em casa.

Enf. M.: Tudo bem Sr. J. É a sua decisão e eu respeito-a. Quando estiver preparado, faz então.

Enf. M.: Então como se sente Sra. B.? Percebeu tudo? Mais tranquila em relação aos cuidados a ter em casa?

Sra. B.: Sim...já estou menos ansiosa. Mas de qualquer forma, preciso de treinar mais uma vez...

Enf. M.: Então o que acham de combinarmos para amanhã à mesma hora? Eu estou cá amanhã e volto a falar convosco. A Sra. B. está disponível?

Sra. B.: Estou sim. Isto agora é a coisa mais importante para nós.

Enf. M.: Está combinado. Mas digo-lhe já que esteve muito bem. Sr. J. amanhã quer tentar?

Sr. J.: Vamos ver. Vou pensar sobre isso. Mas realmente achava que fosse mais difícil. Secalhar amanhã já vou conseguir despejar o saco sozinho.

Enf. M.: Claro que vai conseguir Sr. J. Também dizia que não se conseguia levantar nem caminhar e já viu que afinal conseguiu...ao seu ritmo, mas conseguiu! E isso é que é o mais importante.

Sr. J.: Sim...é verdade. E fiquei muito contente por conseguir andar pelo corredor sem ajuda. Significa que em casa vou poder ir até ao jardim regar as minhas florzinhas, que eu tanto gosto.

Enf. M.: Muito bem. Fico contente por ver que o sr. tem força de vontade para continuar com a sua vida, mesmo depois de ter sido operado. Bem...se já não precisarem mais de mim, vou ali preparar a medicação para o jantar.

Sr. J.: Faça favor. Muito obrigada por tudo Sra Enfermeira. Se eu precisar, eu chamo-a.

Análise da situação

1ª Fase: Revelar-se

A enfermeira M. ao tratar o doente pelo nome demonstra conhecê-lo, a sua identidade e a sua situação saúde/doença. Da mesma forma, o doente ao saber o nome da enfermeira, revela que esta se deu a conhecer desde o início da interação, ao longo do internamento, denotando-se a existência de uma relação de confiança entre eles. A enfermeira M. quando abordou o doente sobre o facto de este ir para casa algaliado, tentou saber em primeiro lugar o que o este sabia sobre a sua situação, tentando atenuar os aspetos negativos “é só durante uma semana” e favorecendo os positivos “vai ter de saber algumas coisas sobre a algália”, “até porque tem de voltar rapidamente às idas ao café”, no sentido do doente assumir o cuidado de si e a continuação da sua trajetória de vida.

Quando a enfermeira M. pergunta ao doente “sente-se capaz de aprender” significa que procura conhecer o potencial desenvolvimento do doente, de forma a poder ajudá-lo a promover o cuidado de Si. A enfermeira preocupa-se com o seu estado, com a sua vontade de aprender a ser independente quando regressar ao domicílio. O doente diz-lhe que preferia aprender em conjunto com a esposa. A sinceridade do doente revela o envolvimento que o doente tem com a enfermeira, que lhe permite a partilha dos seus medos e inseguranças relativos à sua nova condição. A enfermeira M. respeita as preferências do doente e espera pela esposa para partilhar a informação necessária para assegurar o cuidado de si/outro.

2ª Fase: Envolver-se

Logo que a esposa do doente chegou, a enfermeira M. falou com ela num espaço calmo e tranquilo, propício à criação de um ambiente recíproco facilitador do estabelecimento de uma relação de confiança. Explorou os sentimentos da senhora e a insegurança dela perante o facto do doente ir para casa com algália.

Demonstrou tempo e disponibilidade para ouvir a senhora, promoveu a escuta ativa e mostrou-lhe que compreendia a sua situação, quando disse “Eu percebo que esteja ansiosa com esta situação. Afinal é uma situação nova nas vossas vidas”. Ao mesmo tempo, promove a afetividade e disponibiliza a sua ajuda para lhe transmitir conhecimentos e habilidades, de acordo com as suas capacidades e vontade de aprender, permitindo-lhe assim aumentar a sua competência para cuidar do seu marido, quando este regressar ao domicílio.

No fim de clarificar os termos da relação, o que é esperado de cada um dos intervenientes, a enfermeira M. e a senhora dirigem-se para a enfermaria do doente. Neste momento, pede gentilmente às visitas dos outros dos doentes para saírem da enfermaria, demonstrando respeito pela privacidade do doente e esposa, no sentido de personalizar o ambiente hospitalar e de os fazer sentir à vontade nos cuidados.

3ª Fase: Capacitar e possibilitar

A enfermeira M. partilhou informação pertinente com o doente e filha acerca dos procedimentos corretos a ter com a algália e saco coletor e explicou o porquê de tais procedimentos “Ao lavarmos as mãos, protegemos o Sr. J. das infeções”, respeitando os seus timings de aprendizagem.

A enfermeira M. comunicou numa linguagem compreensível para o doente e esposa, e isso vê-se quando ela chama “bichinhos” aos microrganismos, de forma a garantir que as informações dadas foram claramente percebidas.

No final da explicação, a enfermeira incentiva a participação do doente e esposa, quando lhes dá oportunidade para treinar. Apesar do doente se recusar a fazer o procedimento, a enfermeira M. respeita a sua decisão e ainda lhe diz “quando estiver preparado, faz então”, demonstrando que compreende a sua apreensão e a sua insegurança nos movimentos, mostrando-se disponível para partilhar informação quando o doente assim o entender, indo ao encontro dos seus desejos e preferências.

Como o doente não quis aprender naquele momento, a enfermeira procurou capacitar a esposa assente nos objetivos predefinidos, no sentido desta cuidar dele,

de acordo com as expectativas, princípios e valores do doente e no sentido que este dá a vida. Quando o enfermeiro pergunta “Como se sente Sra. B.? Percebeu tudo?” valida a eficácia das intervenções educativas, assegura que a esposa percebeu as indicações dadas.

4ª Fase: Comprometer-se

A enfermeira ao envolver a esposa do doente, promove que esta seja detentora de informação e estratégias que lhes permitam assegurar o cuidado do doente, ajudá-lo na sua recuperação e prosseguir o seu projeto de vida.

Quando a esposa diz à enfermeira que necessita de reforço no treino do manuseamento da algália e saco coletor, a enfermeira negocia com ela uma nova sessão de educação, perguntando-lhe se está disponível no dia seguinte à mesma hora. A esposa compromete-se a regressar no dia seguinte. Ao mesmo tempo, solicita a participação do doente, no sentido de promover nele processos de reflexão “vou pensar sobre isso” e autonomia no processo de tomada de decisão, tendo em vista a continuação do seu projeto de vida.

O doente e a enfermeira estabelecem então o objetivo comum de que no dia seguinte o doente irá tentar realizar os cuidados à algália. Quando o doente participa e se sente envolvido nos cuidados, é mais fácil chegar a um acordo com ele sobre os passos necessários a seguir para melhorar a sua saúde.

Ao elogiar os progressos no desempenho do doente relativamente à deambulação, a enfermeira demonstra o seu agrado com a sua evolução, motivando-o para fazer o que realmente tem significado para ele na sua vida diária “significa que em casa vou poder ir até ao jardim regar as minhas florzinhas, que eu tanto gosto”.

A enfermeira dá suporte ao doente no compromisso que este assumiu com base no que lhe faz sentido, ajudando-o na transição da sua capacidade funcional potencial em capacidade real e na continuação do seu percurso de vida.

5ª Fase: Assumir o cuidado de si

Como o doente recusou participar nos cuidados na primeira sessão de educação acerca dos cuidados a ter com a algália, torna-se precoce afirmar que o doente está informado e tem capacidade para lidar com a sua situação e cuidar de si. Apenas na próxima interação se poderá garantir a aquisição de competências por parte do doente na gestão do seu processo de recuperação.

De qualquer forma, o doente expressa conforto e bem-estar por perceber que os cuidados são para si e por ser ele o responsável pela gestão da sua situação saúde-doença. Quanto à esposa, a enfermeira agenda novo contacto para garantir que esta adquiriu competências para cuidar do doente, e explica que permanece como um recurso, inclusivamente quando o doente tiver alta hospitalar. A enfermeira promove a capacitação do doente e a competência do cuidador através da manutenção do relacionamento, reforçando o progresso do cliente “fico contente por ver que o sr. tem força de vontade para continuar com a sua vida”. Ela apoia a tomada de decisões e ajuda o doente e a esposa a aprender novos conhecimentos e habilidades, permitindo, desta forma a continuação do seu projeto de vida.

Análise de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
1ª Fase – Revelar-se	Conhece a identidade da pessoa	“Boa tarde Sr. J. Como tem passado?” “Olá Sra. B. Está boazinha?”
	Conhece a situação sociofamiliar	“O Sr. J. sente-se mais seguro se eu explicar todos os cuidados a ter em casa à Sra. B.”
	Conhece os hábitos e estilos de vida	“Até porque tem de voltar rapidamente às idas ao café com os seus amigos, eles já devem ter saudades das suas anedotas!”
	Conhece os recursos materiais	Sem referências

2ª Fase – Envolver-se	Demonstra tempo e disponibilidade	“vamos esperar que a Sra. B. venha.” “amanhã se for preciso, voltamos a falar sobre isto” “Eu estou cá amanhã e volto a falar convosco.”
	Demonstra preocupação com a situação saúde-doença	“O que é que a está a preocupar?” “Eu percebo que esteja ansiosa com esta situação.”
	Respeita a privacidade	“A enf. M. dirige-se à enfermaria do Sr. J. acompanhada pela Sra. B., pedindo às visitas dos outros doentes para aguardarem no corredor” “A enf. M. chama a Sra. B. até à sala de tratamentos”
	Envolve nos cuidados	“Sente-se capaz de aprender?” “Agora vou-vos dar umas explicações sobre os cuidados a ter com a algália” “Vamos lá então à casa de banho Sr. J.?” “Vai fazer primeira a sua esposa e depois o Sr. J. Vai ver que amanhã já consegue fazer sozinho!” “Sr. J., o sr. também vai participar!”
3ª Fase – Capacitar e possibilitar	Partilha informação	“Porque primeiro que tudo, temos sempre de lavar as mãos. As mãos são o principal meio de transmitirmos os “bichinhos”. Ao lavarmos as mãos, protegemos o Sr. J. das infeções.”

	Respeita as preferências e o ritmo	“O Sr. J. sente-se mais seguro se eu explicar todos os cuidados a ter em casa à Sra. B., é isso que me está a tentar dizer?” “Tudo bem Sr. J. É a sua decisão e eu respeito-a. Quando estiver preparado, faz então.” “conseguiu...ao seu ritmo, mas conseguiu!”
	Negoceia e estabelece compromissos conjuntamente	“Quando estiver preparado, faz então.” “Então o que acham de combinarmos para amanhã à mesma hora?” “A Sra. B. está disponível?” “Sr. J. amanhã quer tentar?”
	Valida a eficácia dos cuidados	“Então como se sente Sra. B.? Percebeu tudo? Mais tranquila em relação aos cuidados a ter em casa?”
4ª Fase – Comprometer-se	Ajuda na consecução das escolhas/objetivos	“Acha que desta forma, vai ser mais fácil para vocês?” “Vai fazer primeira a sua esposa e depois o Sr. J. Vai ver que amanhã já consegue fazer sozinho!” “vou poder ir até ao jardim regar as minhas florzinhas, que eu tanto gosto.”
	Efetua um reforço positivo	“Claro que vai conseguir Sr. J.” “Vai ver que amanhã já consegue fazer sozinho!” “Mas digo-lhe já que esteve muito bem.”

5ª Fase – Assumir ou assegurar o cuidado de si	O idoso manifesta bem estar	“E fiquei muito contente por conseguir andar pelo corredor sem ajuda.”
	O idoso tem capacidade para assumir o cuidado de si próprio ou a família tem capacidade para cuidar do idoso	“Secalhar amanhã já vou conseguir despejar o saco sozinho.” “já estou menos ansiosa.”
	O idoso e família reconhece o enfermeiro como um recurso em caso de necessidade	“e mesmo quando o Sr. J. tiver alta, sempre que houver dúvidas, podem ligar para o serviço que nós estamos sempre cá para vos esclarecer.” “Muito obrigada por tudo Sra Enfermeira. Se eu precisar, eu chamo-a.”

**APÊNDICE XVII: GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO
DA ESCALA DE BARTHEL**

Avaliação realizada entre 1/02/2014 e 14/02/2014

[illegible]

**APÊNDICE XVIII: GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS PESSOAS IDOSAS
HOSPITALIZADAS SUBMETIDAS A CIRURGIA**

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS SUBMETIDAS A CIRURGIA

1. Neste momento existe algum aspeto que o/a preocupe em relação à alta e aos cuidados que deve ter após a alta?
2. Considera importante adquirir conhecimentos sobre os cuidados básicos da vida diária como tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, quando regressa a casa?
3. Na sua opinião qual a melhor forma dos enfermeiros fornecerem informações aos utentes sobre os cuidados após a alta?
4. De que forma se sentiu envolvido/participou nos cuidados?
5. Sabe a quem recorrer em caso de necessidade?

**APÊNDICE XIX: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS
REALIZADAS ÀS PESSOAS IDOSAS SUBMETIDAS A CIRURGIA
SOBRE OS CONTRIBUTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS
INTERVENÇÕES EM PARCERIA, NA PROMOÇÃO DO CUIDADO DE
SI.**

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS ÀS PESSOAS IDOSAS SUBMETIDAS A CIRURGIA SOBRE OS CONTRIBUTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM PARCERIA, NA PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI.

Área temática: Relação de Parceria enfermeiro-pessoa idosa

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Prestação de cuidados	Envolvimento nos cuidados	“quando a enfermeira me disse para eu treinar a despejar o saco da algália” E1 (80,M) “A enfermeira deu-me coragem para fazer as coisas sozinha” E2 (77,F) “deixou-me decidir se queria almoçar na cama ou ir até à mesa. Ao meu ritmo, caminhei até à mesa e a enfermeira elogiou a minha decisão.” E3 (68,F)
	Recurso	“Enquanto aqui estiver, posso perguntar tudo aos enfermeiros que eles esclarecem sem problemas, foi o que me disseram. E depois quando for para casa, tenho o centro de saúde mas também posso ligar para o hospital.” E1 “Sim, quando tiver alta, se tiver dúvidas, tenho de vir aqui ao serviço. A enfermeira já me disse que estão sempre cá para nos ajudar.” E2

		“Os enfermeiros estão sempre disponíveis para ajudar.” E3
Partilha de informações	Importância das informações	“Muito importante.” E1 “Pois, porque aqui no hospital temos sempre ajuda, em casa estamos sozinhos.” E2 “Claro, essas são as coisas essenciais. Agora depois de ser operada, é melhor dar-me umas dicas para eu continuar a fazer a minha vida” E3
	Forma de dar informações	“Devem explicar tudo, calmamente, para percebermos tudo ao pormenor e não escapar nada.” E1 “Gostei quando a enfermeira me incentivou a tomar banho sozinha e disse que era para eu fazer de conta que estava em casa sozinha. Isso ajuda-me a ter força para fazer as coisas sozinha.” E2 “Os enfermeiros devem dizer como fazer as coisas de forma mais fácil e depois deixar-nos fazer, ver o que está mal e corrigir, no sentido de melhorar o nosso desempenho.” E3

Sentimentos presentes	Preocupação em relação à alta	“estou preocupado porque ainda não sei como vou fazer em relação ao penso e à algália” E1 “Ainda não percebi muito bem os cuidados com o banho e com a alimentação” E2 “Disseram-me que não vou poder fazer esforços...como vou cozinhar e limpar a casa?” E3
	Bem-estar da Pessoa Idosa	“Senti-me muito bem quando a enfermeira me disse para eu treinar...e eu consegui. Parece que até já era profissional na matéria.” E1 “A enfermeira deu-me coragem para fazer as coisas sozinha, isso fez sentir-me confiante nas minhas capacidades.” E2 “Gostei muito de participar nos meus cuidados, porque depois tenho de me desenrascar sozinha em casa a cuidar de mim, e assim já fui habituando à ideia.” E3

ANEXOS

ANEXO I: ÍNDICE DE BARTHEL

Índice de Barthel	Pontuação
A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1 ☐ Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 ☐ Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Actualmente, consegue tomar banho: 1 ☐ Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 ☐ Não consegue tomar banho sozinho	
C. Actualmente, consegue vestir-se: 2 ☐ Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 ☐ Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 ☐ Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Actualmente, consegue alimentar-se: 2 ☐ Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 ☐ Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 ☐ Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 ☐ Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 ☐ Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 ☐ Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 ☐ Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Actualmente, consegue subir e descer escadas 2 ☐ Consegue subir e descer escadas 1 ☐ Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 ☐ Não consegue subir ou descer escadas	
G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 ☐ Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.) 2 ☐ Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1 ☐ Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 ☐ Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Actualmente, tem controlo na função intestinal 2 ☐ Controla bem esta função 1 ☐ Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 ☐ Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Actualmente, controla a função urinária 2 ☐ Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 ☐ Perde urina acidentalmente 0 ☐ Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J Actualmente, consegue ir à casa de banho 2 ☐ Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 ☐ Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 0 ☐ Não consegue ir à casa de banho sozinho	
PONTUAÇÃO FINAL	

Fonte: Araújo, F; Ribeiro, JLP; 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.

ANEXO II: ÍNDICE DE BARTHEL SEGUNDO A CIPE

ESQUEMA DO ÍNDICE DE BARTHEL SEGUNDO A CIPE

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento 13017347 Data / Hora 10-12-2013 15:33

Higiene Pessoal	
Banho	
Alimentação	
Toalete	
Subir Escadas	
Vestuário	
Controle de Bexiga	
Controle de Intestino	
Deambulação (1)	
Ou Cadeira de Rodas (2)	
Transferência cadeira/cama	

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registo 61291

Ok Cancelar

**ANEXO III: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE
BARTHEL**

Ana Margarida Santos <santos.anamargarida@gmail.com>

2 de Julho de 2013 às
15:34

Para araujo@esenf.pt

Exma Sra Enfermeira Maria Fátima Araújo,

O meu nome é Ana Margarida Santos e encontro-me a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Opção II, foi-me solicitada a elaboração de um Projeto de Intervenção, a implementar em estágio no 3º semestre, que vise a melhoria da prática de Enfermagem no cuidado às pessoas idosas. Assiste-se a um elevado número de doentes idosos internados nos hospitais, que são submetidos a cirurgia e que sofrem um declínio da sua capacidade funcional. Nesta medida, pretendo desenvolver o meu projeto na área da avaliação da capacidade do idoso hospitalizado submetido a cirurgia, para a realização das atividades básicas de vida diária. Pretendo, assim, implementar a utilização de um instrumento específico e direcionado para a população idosa, que avalie de forma sistemática e objetiva o seu grau de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária. A avaliação da dependência do idoso no momento da admissão hospitalar, após o procedimento cirúrgico e no momento da alta, irá permitir à equipa de enfermagem planear e executar intervenções no âmbito da promoção da independência funcional do idoso, e, desta forma, contribuir para a sua qualidade de vida.

Perante o exposto, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar o Índice de Barthel, que foi validado para a população portuguesa por si e pelos seus colaboradores, no âmbito do meu Projeto de Estágio.

Sem outro assunto de momento e agradecendo desde já a atenção dispensada,

Atenciosamente,

Ana Margarida Santos

araujo@esenf.pt <araujo@esenf.pt>

2 de Julho de 2013 às 17:49

Para Ana Margarida Santos <santos.anamargarida@gmail.com>

Boa tarde
Srª Enfª Ana Margarida

Em resposta ao solicitado envio-lhe cópia do instrumento, o artigo de publicação e uma declaração de autorização, caso necessite colocar no relatório do trabalho.

Felicito-a pela pertinência do trabalho que vai realizar e desejo-lhe muito sucesso.

Atenciosamente
prof Fátima Araujo

Exma. Enfermeira
Ana Margarida Santos

Serve o presente documento para autorizar a aplicação da versão do "Índice de Barthel" no seu trabalho de investigação que está a desenvolver no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Desejo-lhe muito sucesso neste seu percurso académico e profissional.

Com os melhores cumprimentos pessoais

Porto, 02 Julho de 2013



(Maria de Fátima de Araújo Lopes Elias)

O meu nome é Ana Margarida Santos e encontro-me a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa na Escola, Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da Unidade Curricular Opção II, foi-me solicitada a elaboração de um Projeto de Intervenção, a implementar em estágio no 3º semestre, que vise a melhoria da prática de Enfermagem no cuidado às pessoas idosas.

**ANEXO IV: ESCALAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DAS PESSOAS IDOSAS – ESTUDOS DE
CASO**

Índice de Lawton

Item	AVD	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 alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as 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 táxi	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 sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Pontuação total		

Mini-Mental State Examination de Folstein

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

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 _____

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_

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

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____

Lápis _____

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

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 _____

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 _____

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

6. Capacidade 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. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

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

☐

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

☐

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

☐

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso(kg) / estatura (m²))

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

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

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

☐

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

☐

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

☐

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?

sim ☐ não ☐

sim ☐ não ☐

sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

☐

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

☐

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

☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

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

☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB < 22
1.0 = PB ≥ 22

☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 16 pontos)

☐

Pontuação da triagem

☐

Pontuação total (máximo 30 pontos)

☐

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, Villars B, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2008; 12:454-465.
 2. Rubenstein LZ, Harter JO, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M395-397.
 3. Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:495-497.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12/99 10M
Para mais informações: www.mna-elderly.com

Escala de Morse

ESCALA DE MORSE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. História de queda	Não 0 Sim 25
2. Diagnóstico secundário	Não 0 Sim 15
3. Ajuda na marcha Nenhuma/ajuda de cuidador/acamado Muletas/bengalas/canadiana/andarilho Apoia-se no mobiliário	0 15 30
4. Terapia endovenosa/heparina/cateter periférico obturado	Não 0 Sim 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15
Classificação do nível do risco: 0-24: sem risco 25-50: baixo médio ≥ 51: alto risco	

Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging* 1989; 8: 366-77. V2 - Adaptação cultural e linguística, 2010 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviços: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínicos). Engole poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na integra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento contínuo com ajuda manual. Especialidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total	