



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente

Idoso com Insuficiência Cardíaca Polimedicado

Parceria como Intervenção de Enfermagem

para a Promoção do Cuidado de Si

Patrícia Cortez

2012



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente

Idoso com Insuficiência Cardíaca Polimedicado

Parceria como Intervenção de Enfermagem

para a Promoção do Cuidado de Si

Patrícia Cortez

Orientadora: Prof^ª Doutora Idalina Gomes

Coorientadora: Enf^ª Especialista Ana Luísa Correia

Relatório de estágio orientado por: Prof.^ª Doutora Idalina Gomes

2012



RESUMO

A não adesão à terapêutica medicamentosa está associada a um aumento dos reinternamentos, agravamento do prognóstico e maior custo financeiro, situação que se acentua nas pessoas idosas.

No Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos, serviço onde decorreu o estágio, não se realizava uma monitorização objetiva e estruturada da adesão à terapêutica medicamentosa, pelo que este projeto teve como objetivo desenvolver competências como enfermeira especialista na área de especialização à pessoa idosa e promover o cuidado de si no doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado com não adesão à terapêutica medicamentosa, tendo o modelo de parceria como intervenção de enfermagem.

O desenvolvimento deste trabalho assentou numa metodologia de projeto, centrada num percurso de resolução de problemas. Para o diagnóstico, monitorização e avaliação, recorremos a: guião de observação, questionário (MAT), análise documental e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados realizou-se pela análise de conteúdo e estatística descritiva e decorreu de outubro de 2011 a fevereiro de 2012.

Constituíram-se como participantes, quatro enfermeiras do hospital de dia e sete doentes idosos com não adesão, selecionados, através da aplicação de um instrumento de medida, de entre 25 doentes idosos, com insuficiência cardíaca, polimedicados em cuidados no domicílio.

Os resultados do projeto demonstraram que as enfermeiras preocupam-se em capacitar o doente idoso para o cuidado de si, verificando-se uma mudança das práticas, aquando da implementação de intervenções para a promoção da adesão.

Após a implementação de intervenções de enfermagem, em parceria com o doente idoso, promotoras do cuidado de si na adesão à terapêutica medicamentosa, procedeu-se à sua avaliação, auscultando os doentes idosos através de entrevistas. Estas revelaram que os doentes têm conhecimento acerca da sua doença e do regime terapêutico medicamentoso, participam nos cuidados e sabem como articular-se com os serviços de saúde. Na reavaliação do nível de adesão de seis doentes, uma vez que um negou o consentimento, três passaram a apresentar adesão à terapêutica medicamentosa. Conclui-se que a parceria como construção de uma ação conjunta,

com estratégias de intervenção específicas, pode ajudar a promover o cuidado de si relativamente à adesão à terapêutica medicamentosa.

Palavras-Chave: Adesão à terapêutica medicamentosa; idoso polimedicado; parceria; intervenções de enfermagem; promoção do cuidado de si.

ABSTRACT

The non adherence to medication therapy is associated with readmission increase, prognostic worsening and higher financial costs.

In the Day Hospital of Cardiac Insufficiency where the placement has been held there was not a structured and objective monitoring of the adherence to medication therapy. Therefore, this project aimed to develop skills as a specialist nurse for the elderly and to promote self-care in older patients being polymedicated with non adherence to medication therapy, having the partnership model as nursing intervention.

Its development was based on a project methodology centered on a problem solving path for diagnosis, monitoring and evaluation. We have used: observation script, questionnaire (MAT), semistructured interviews and documental analysis. The data analysis was performed by descriptive statistics and content analysis. It occurred between October 2011 and February 2012.

There were established as participants 4 nurses from the Day Hospital and 7 elderly patients with non adherence, out of 25 elderly patients with polymedicated IC in house care, and selected by using a measuring instrument

The project evaluation results showed that the nurses are concerned with enabling the elderly patients to self-care, observing a change of practice when implementing interventions to promote medication adherence therapy. After the implementation of nursing interventions in partnership with the elderly patient - promoting self-care adherence to medication therapy - it was through interviews that evaluation was done. It showed that patients are self-aware of their illness, their medication therapy, as well as, get involved in its own care and find their way around health services. When reassessing the level of adhesion in 6 patients, 1 did not approve the medication therapy and 3 were willing to accept it.

It is concluded that the partnership as a joint action with specific intervention strategies enable self-care promotion in medication therapy adherence.

Key-words: Adherence; elderly multiple medication; partnership: nursing interventions; self-care promotion.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

- AC1 FC4 – Codificação das entrevistas (ver apêndice XIX)
- AD – Assistência Domiciliária
- ACC – *American College of Cardiology*
- AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APA – *American Psychological Association*
- AVD – Atividades de Vida Diária
- CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros
- EPICA – Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem
- ESC – *European Society of Cardiology*
- ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- HD – Hospital de Dia
- HDIC – Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos
- IC – Insuficiência Cardíaca
- ICN – *International Council of Nurses*
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IRC – Insuficiência Renal Crónica
- MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos
- NCOP – Notas de Campo de Observação das Práticas
- NYHA – *New York Heart Association*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSPI – Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- UIDE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem
- UR – Unidade de Registo
- WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

ABREVIATURAS

n.º - número

p. – página

p.ex. – por exemplo

pp. – páginas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1 – PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	16
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1 – O envelhecimento e o doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado	20
2.2 – A adesão à terapêutica medicamentosa no doente idoso, com IC, em situação de polimedicação.....	24
2.2.1 – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	27
2.3 – A parceria como intervenção de enfermagem no processo de transição saúde/doença do doente idoso, com IC, polimedicado.....	29
3 – METODOLOGIA.....	35
3.1 – Objetivos e finalidade do projeto.....	36
3.2 – Contexto de ação	38
3.3 – Participantes	39
ASPETOS ÉTICOS	39
3.4 – Meios utilizados na monitorização e avaliação do projeto	40
3.5 – Atividades desenvolvidas e resultados obtidos	42
3.5.1 – Fase de diagnóstico.....	42
3.5.2 – Fase de desenvolvimento	52
3.5.3 – Fase de avaliação.....	60
3.6 – Reflexão acerca dos resultados obtidos	68
3.7 – Implicações na prática.....	70
3.8 – Limitações do projeto.....	72
4 – CONCLUSÃO	73
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	85
Anexo I – Regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista e da individualização das especialidades clínicas de enfermagem.....	86
Anexo II – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	92

Anexo III – Pedido de autorização à Direção de Enfermagem e à Comissão de Ética	94
Anexo IV – Pedido de autorização para utilização da MAT	97
Anexo V – Índice de Barthel	100
Anexo VI – Escala de Avaliação Lawton e Brody	104
Anexo VII – Escala de Avaliação Breve do Estado Mental	108
Anexo VIII – Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse.....	115
Anexo IX – Avaliação de estágio.....	117
APÊNDICES	120
Apêndice I – Ciclo Reflexivo de Gibbs	121
Apêndice II – Narrativa de reflexão inicial das práticas.....	123
Apêndice III – Classificação da IC segundo a NYHA e a ACC	125
Apêndice IV – Consentimento informado	127
Apêndice V – Guião de observação dos processos clínicos	129
Apêndice VI – Questionário.....	131
Apêndice VII – Análise comparativa entre os fatores de adesão e os fatores de não adesão à terapêutica medicamentosa	133
Apêndice VIII – 1.ª Sessão de formação.....	140
Apêndice IX – Documento “O cuidado de si”	150
Apêndice X – Guião de observação dos registos de enfermagem	153
Apêndice XI – Descrição do quadro n.º 1	158
Apêndice XII – Notas de campo de observação das práticas	161
Apêndice XIII – Análise de conteúdo das NCOP	169
Apêndice XIV – Estudo de caso	173
Apêndice XV – Revisão da literatura	183
Apêndice XVI – Folha de registo de intervenções de enfermagem	194
Apêndice XVII – 2.ª Sessão de formação	198
Apêndice XVIII – Guião e questões orientadoras da entrevista	219
Apêndice XIX – Estrutura do guião da entrevista.....	221
Apêndice XX – Pré-teste	227
Apêndice XXI – Transcrição das entrevistas	233
Apêndice XXII – Análise de conteúdo das entrevistas	249

Apêndice XXIII – Análise comparativa entre a análise documental inicial e final dos registos de enfermagem.....	256
Apêndice XXIV – 3.ª Sessão de formação.....	260
Apêndice XXV – Narrativa de reflexão final das práticas	273

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico n.º 1 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do “revelar-se”	47
Gráfico n.º 2 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem Para a fase do “envolver-se”	47
Gráfico n.º 3 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do “capacitar e possibilitar”	48
Gráfico n.º 4 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do “comprometer-se”	48
Gráfico n.º 5 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do “assumir ou assegurar o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro”	48
Gráfico n.º 6 – Análise comparativa entre a análise documental inicial e final dos registos de enfermagem para as cinco fases da Parceria.....	67
Quadro n.º 1 – Áreas temáticas e categorias definidas através dos indicadores do trabalho em parceria	46
Quadro n.º 2 – Áreas temáticas e categorias definidas através da 5.ª fase do Modelo de Parceria.....	63

INTRODUÇÃO

Assiste-se a um processo de envelhecimento demográfico associado a um aumento da esperança média de vida devido à expansão dos processos terapêuticos, industrialização, urbanismo, globalização económica e alterações dos hábitos alimentares, com conseqüente aumento das doenças crónicas (Setor Futures, 2003; ICN, 2006). Estima-se, atualmente, que cerca de 80% das pessoas com mais de 65 anos sofram, pelo menos, de uma doença crónica (Louro, 2010).

Estas são condições geralmente incuráveis, exigindo um processo de adaptação individual de forma a prevenir, minimizar ou controlar as complicações a longo prazo que envolvem não só a pessoa que se encontra nesta situação, mas também a família, cuidador, comunidade e/ou sociedade.

Nas doenças crónicas inclui-se a doença cardíaca que, por sua vez, tem uma grande expressão no nosso país. De acordo com o Portal da Saúde (2005) as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal. A WHO (2003) indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças.

A insuficiência cardíaca é uma doença crónica que constitui, atualmente, um problema de saúde pública em virtude da sua elevada prevalência e incidência (Leibundgut, Pfisterer & La Rocca, 2007). Hunt, Abraham e Chin (2009) corroboram esta afirmação referindo que a sua prevalência e incidência têm vindo a aumentar nos últimos anos, tanto na Europa como nos EUA. Esta é predominante nas pessoas idosas, uma vez que o funcionamento do coração com o processo de senescência, também envelhece. Segundo Leibundgut, Pfisterer e La Rocca (2007) a mesma encontra-se em crescimento, especialmente na população idosa, com visível impacto na qualidade de vida e sobrevivência. A insuficiência cardíaca provoca uma diminuição do débito cardíaco, que leva a uma redução do aporte sanguíneo aos restantes órgãos, comprometendo a sua funcionalidade. Para controlo desta alteração funcional é necessário recorrer a diversos fármacos, o que pode ter como resultado a polimedicação. Esta deriva, também, do facto dos idosos serem portadores de múltiplas patologias.

A polimedicação é definida como o uso simultâneo de vários fármacos, podendo ser prejudicial para a pessoa idosa, tendo em conta que o excesso de medicamentos interfere com o seu metabolismo e com a capacidade de eliminação dos mesmos, estando esta muitas vezes comprometida (Linjakumpu *et al*, 2002; Aparasu, Mort & Brandt, 2005).

O controlo das doenças crónicas conferido pela polimedicação depende, necessariamente, da adesão ao regime terapêutico, que segundo Bugalho e Carneiro (2004) consiste num sinónimo de concordância, na medida em que a aceitação e a intervenção ativa e voluntária do doente partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue.

Assim, no âmbito da unidade curricular de Opção II, inserida no plano curricular do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa, foi-me proposta a realização de um estágio com a elaboração de um relatório, de modo a desenvolver competências como enfermeira especialista e para a obtenção do grau de mestre.

A área de especialização na saúde do idoso é direcionada, de acordo com a OE (2009), para os projetos de saúde da pessoa idosa que se encontra a vivenciar um processo de saúde/doença, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Por outro lado, a 29 de maio de 2010, foram aprovados e publicados pela Ordem dos Enfermeiros os regulamentos das competências comuns do enfermeiro especialista e da individualização das especialidades clínicas de enfermagem (Anexo I) que têm como objetivo o desenvolvimento de competências nas áreas da prestação de cuidados especializados, formação, gestão e investigação.

É de salientar, também, que este mestrado é um processo de formação centrado na aquisição e desenvolvimento de competências. Pretende que os enfermeiros, após a realização do mesmo, demonstrem: capacidade de análise acerca do desenvolvimento que sustenta a prática de enfermagem; desenvolvimento de projetos que reflitam as práticas, bem como o processo de inovação ao nível dos cuidados; compreensão dos discursos sobre a saúde, doença, cuidar/tratar e a sua implicação nas políticas de saúde e na organização dos cuidados; e análise das diversas dimensões da prática de enfermagem (ESEL, 2011).

No contexto do estágio, parece-me pertinente identificar o nível de competência em que me posiciono, de acordo com o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à enfermagem e descrito por Benner (2001). Atualmente, exerço a minha prática num bloco operatório, onde os idosos representam cerca de 25% de uma população que também abrange crianças e adultos, bem como estou no exercício de funções na área da prestação de cuidados ao adulto/idoso há cerca de 14 anos. Desta forma considero que me enquadro no nível de proeficiente por cuidar diariamente de doentes idosos. Para Benner (2001) a enfermeira proeficiente reconhece as situações na sua globalidade e não apenas como aspetos isolados, sendo que as suas ações são guiadas por máximas e baseiam-se na experiência e nos acontecimentos recentes.

No entanto, apesar deste facto, não detinha um conhecimento aprofundado da avaliação multidimensional da pessoa idosa, mas no decurso deste mestrado pude compreender as vertentes que devem ser tidas em consideração para avaliar a pessoa idosa na sua globalidade, nomeadamente, a sua capacidade funcional (AVD e AIVD) e a sua capacidade cognitiva.

Perante isto, no final do estágio e após implementação deste projeto espero estar mais próxima de me tornar uma enfermeira perita na saúde do idoso, uma vez que esta é definida por Benner (2001, pp. 58-61) como aquela que “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global”. Pretendo, também, que essas competências causem impacto direto na qualidade de vida daqueles a quem presto cuidados e que as mesmas sejam valorizadas e reconhecidas pelos meus pares.

Assim, para dar início ao meu desenvolvimento de competências nos vários domínios, após consultar a equipa do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos (HDIC) de um hospital central de Lisboa, serviço onde realizei o estágio, detetei lacunas relativamente à adesão à terapêutica medicamentosa dos doentes idosos, com IC, polimedicados que justificam a implementação de medidas que visam monitorizar e aferir a adesão à terapêutica medicamentosa nestes doentes.

Com base nestes factos, este projeto tem como tema “Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente Idoso, com Insuficiência Cardíaca, Polimedicado: Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si.”

Os objetivos gerais do projeto de estágio são:

✓ Desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, trabalhando em parceria com a mesma, nomeadamente com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de si;

✓ Desenvolver competências na equipa de enfermagem para que, trabalhando em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, promova a adesão à terapêutica medicamentosa e o cuidado de si.

Este projeto é suportado pelo modelo teórico de Afaf Meleis. A Teoria de Médio Alcance de Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000) pretende que a enfermagem constitua um processo facilitador das transições que ocorrem ao longo da vida. Segundo Meleis (2007) o enfermeiro interage com um ser humano numa situação de saúde/doença, estando este em constante interação com o contexto sociocultural, o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição.

A intervenção de enfermagem deve focar-se num trabalho em parceria (Gomes, 2009) com o intuito de introduzir novos conceitos e conhecimentos, promovendo as mudanças de comportamento nos indivíduos, neste caso em particular, nos doentes idosos, com IC, polimedicados e que revelam uma não adesão à terapêutica medicamentosa, no sentido de promover o cuidado de si.

Gomes (2009, p. 231) refere que “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 cuidado.” Foi com base nesta estrutura teórica aliada à evidência científica que se desenvolveu este projeto.

A metodologia definida para a realização do relatório teve como base uma metodologia de projeto, sustentada por revisão bibliográfica.

Este relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro identifico a problemática do estudo, justificando a sua pertinência. No segundo capítulo faço o enquadramento teórico dos temas abordados, explicitando o referencial teórico de enfermagem que serviu de suporte à compreensão e análise da problemática. No terceiro capítulo descrevo a metodologia, referindo a finalidade e os objetivos do projeto, o contexto de ação, os participantes e as questões éticas, bem como as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos. Descrevo, ainda, as implicações que

este projeto pode trazer para a prática de cuidados, assim como as limitações com que me deparei durante a realização do mesmo. Por último, finalizo com a sua conclusão.

Para a realização deste relatório, foram consideradas as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, as disposições e critérios normativos da APA, bem como o cumprimento do novo acordo ortográfico.

1 – PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Neste capítulo pretendo fundamentar a pertinência da realização deste projeto no contexto de ação do HDIC. Não obstante, este capítulo pretende também demonstrar a importância do papel do enfermeiro na avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador e que se encontra a vivenciar um processo de transição saúde/doença na promoção do cuidado de si.

Assim, no decurso deste mestrado, na unidade curricular de Opção II, propus-me desenvolver competências na área da pessoa idosa com não adesão à terapêutica medicamentosa, no Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos (HDIC) de um hospital central de Lisboa, dando continuidade a este desenvolvimento de competências com a realização de um estágio.

A escolha deste local teve a sua origem no facto do HDIC ser um serviço direcionado, essencialmente, para a prestação de cuidados a idosos. Por esta razão, seria previsível surgir a oportunidade de desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa.

A adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado constitui uma preocupação das enfermeiras daquele contexto e um problema sensível aos cuidados de enfermagem. O doente idoso com não adesão regista descompensações frequentes da sua doença, manifestadas por vários reinternamentos e associadas, frequentemente, à utilização irregular da medicação prescrita, prejudicando a gestão dos seus sintomas e a sua qualidade de vida.

Para promover a capacitação do doente idoso na gestão do seu regime terapêutico medicamentoso, as enfermeiras referiram desenvolver várias ações, tais como: ensino relativamente à doença, estilos de vida saudáveis e regime terapêutico medicamentoso; monitorização sintomática, medicamentosa e nutricional, detetando precocemente sinais e sintomas de descompensação da doença; e articulação, quando necessário, com a restante equipa multidisciplinar.

Estas ações, no entanto, não se apresentavam de forma objetiva e estruturada, ficando por desenvolver intervenções de enfermagem específicas, direcionadas para o doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado e com não adesão à terapêutica medicamentosa.

Neste sentido, pareceu-me pertinente desenvolver um projeto cuja finalidade visasse **fomentar a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado para a promoção do cuidado de si**. Esta foi uma decisão partilhada com a enfermeira coorientadora do estágio, com a equipa de enfermagem e, também, com a Enfermeira Chefe.

A equipa de enfermagem do HDIC pode ter um papel essencial na facilitação do processo de gestão do regime terapêutico medicamentoso do doente idoso com IC, polimedicado, pois, neste contexto, a teoria de Meleis (1994, 2000, 2005 e 2007) pressupõe o estabelecimento de uma relação do enfermeiro com a pessoa que está a viver o momento de transição, para que possa compreender o outro a partir do seu ponto de vista e identificar as necessidades para o cuidado “transacional”, congruentes com as experiências únicas da pessoa, resultando numa transição bem-sucedida.

A aquisição de novas habilidades e comportamentos está organizada à volta dum propósito (processo de enfermagem), onde os enfermeiros empregam as suas ações (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar (Lopes, 2006).

Assim, o enfermeiro especialista não fornece apenas informações, oferece novas maneiras de ser, novas perspetivas, novas maneiras de enfrentar a sua condição, abrindo caminho para a pessoa se reconstruir (Benner, 2001). Através da educação para a saúde é possível obter comportamentos de adesão que garantem um mais alto nível de bem-estar do doente idoso, com IC, polimedicado.

Neste sentido, com o objetivo de compreender o que equipa já fazia e o que sentia relativamente à não adesão à terapêutica medicamentosa, foi pedida uma narrativa às enfermeiras tendo como linha orientadora o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 1988) (Apêndice I). Esta narrativa era composta por três questões que pretendiam incentivar uma reflexão inicial sobre as práticas diárias (Apêndice II).

As questões colocadas para a reflexão foram: “refira qual a importância que atribui à avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa”; “refira as dificuldades sentidas na avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa” e, por último, “refira as estratégias utilizadas para corrigir a não adesão à terapêutica medicamentosa”.

As respostas foram tratadas questão a questão, através da análise de conteúdo, mas avaliadas globalmente. Sendo a equipa do HDIC composta por quatro enfermeiras, apenas três devolveram atempadamente a narrativa, uma vez que a

quarta se encontrava ausente do serviço. A análise das respostas revelou que consideraram muito importante a avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa, bem como esta avaliação ser fundamental para a correta contextualização da doença e para a sua evolução.

A forma como fazem a avaliação, quando surgem dúvidas relativamente ao cumprimento da prescrição, é pedir aos doentes que tragam a medicação para confirmação e perguntar o horário de administração da mesma.

Quanto às dificuldades sentidas nesta avaliação, as colegas referiram sentimentos de impotência e de frustração, bem como não conseguir que os doentes reiniciassem a medicação quando esta era interrompida por iniciativa própria.

As estratégias que utilizavam para corrigir a não adesão à terapêutica medicamentosa passavam por ensinamentos para a saúde, bem como ensinamentos sobre a importância da medicação, benefícios da mesma e relação com a sua doença.

Neste contexto, identifiquei como problema a **ausência de uma monitorização objetiva da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado**. Henriques (2006) refere que a não adesão à terapêutica medicamentosa consiste numa resposta humana que resulta num risco potencialmente negativo para a saúde, justificando a implementação de ações por parte da enfermagem, direcionadas para as pessoas idosas que vivem independentemente na comunidade.

Assim, o desenvolvimento deste projeto, no contexto de ação em que se insere, teve como objetivo desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, trabalhando em parceria com a mesma, nomeadamente com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de si. Por outro lado, também teve como objetivo desenvolver competências na equipa de enfermagem para que, trabalhando em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, promova a adesão à terapêutica medicamentosa e o cuidado de si. Para, deste modo, poder garantir que as enfermeiras identifiquem, em parceria com o doente idoso, situações de não adesão à terapêutica medicamentosa, para que sejam implementadas intervenções de enfermagem que permitam assegurar o cuidado de si para a melhoria do seu bem-estar.

Com vista a aprofundar conhecimentos sobre o problema, nomeadamente, identificar intervenções de enfermagem que capacitem o doente idoso para o cuidado de si, elaborei uma questão orientadora com a intenção de desenvolver uma revisão sistemática da literatura. Esta foi elaborada em formato PI(C)O: “Que intervenções de enfermagem (I) são promotoras do cuidado de si (O) para o doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado e/ou cuidador (P) com não adesão à terapêutica medicamentosa?”

De seguida, descrevo o referencial teórico dos temas abordados, que sustenta, com base na evidência científica, a problemática identificada e o meu desenvolvimento de competências no decorrer do estágio.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretendo relacionar o envelhecimento com a problemática da não adesão à terapêutica medicamentosa nas pessoas idosas com situação de doença crónica, nomeadamente a IC, analisando as implicações daí decorrentes para a pessoa e respetiva família. De seguida, irei enquadrar esta análise tendo em conta a Teoria de Médio Alcance de Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), que ajuda a justificar a importância deste tema como uma problemática de enfermagem, onde se encara a pessoa idosa como elemento participativo e integrante da equipa. Neste sentido, recorri ao Modelo de Parceria para a promoção do cuidado de si de Gomes (2009), que fornece indicadores precisos para a concretização de um trabalho em parceria.

2.1 – O envelhecimento e o doente idoso, com IC, polimedicado

A população idosa tem aumentado consideravelmente em todo o mundo, representando uma maior longevidade. O desenvolvimento tecnológico e científico tem contribuído para o aumento da esperança média de vida, o que leva a uma tendência para o desenvolvimento de doenças crónicas inerentes ao processo de envelhecimento.

Sequeira (2010) refere que o envelhecimento é um processo biológico e inevitável que implica modificações somáticas e psicossociais. As dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem continuamente de acordo com a interação humana, onde cada dimensão afeta e é afetada.

Segundo o INE (2011), o peso da população idosa mantém uma tendência crescente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade. O rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até 14 anos (índice de envelhecimento) atingiu também o seu ponto mais elevado, alcançando 120,1%, quando em 2000 era de 102,2% e em 1990 se situava em 68,1%.

Assim, o envelhecimento demográfico e o aumento da esperança média de vida implicam uma maior incidência e prevalência das doenças crónicas (Sousa, 2005).

Segundo a WHO (2005):

“as doenças crónicas como tendo uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por

alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.”

Por este motivo torna-se importante implementar medidas que promovam o Envelhecimento Ativo. A OMS (2002, p. 60) define Envelhecimento Ativo como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.” E tem como principal objetivo obter ganhos em anos de vida com independência (Ministério da Saúde, 2004a).

Os sistemas de saúde confrontam-se, assim, com novos desafios que passam, inevitavelmente, pela criação de condições que permitam obter ganhos em saúde e evitar situações de isolamento e exclusão social. A prevenção de situações que geram dependência e perda de autonomia, a promoção de um envelhecimento ativo, a manutenção da qualidade de vida e a recuperação global das pessoas, preferencialmente no domicílio e ambiente quotidiano, são os objetivos prioritários das atuais políticas de saúde.

A qualidade de vida é um conceito subjetivo, uma vez que envolve todos os componentes da condição humana, ou seja, os componentes psicológicos, sociais, físicos, culturais e espirituais.

Segundo o grupo WHOQOL (1994, 1995) a qualidade de vida é vista como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

O enfermeiro deve atuar de acordo com o conceito de qualidade de vida de cada um e não do modo como ele próprio a encara, ou seja, a pessoa idosa permanece como um ser holístico e, por esse motivo, deve ser vista na sua unicidade e complexidade.

Segundo Novais, Conceição, Domingos & Duque (2009: pp. 36-44) “dar a possibilidade à pessoa com doença crónica para exercer um papel ativo na prestação de cuidados, mobilizando todo um vasto leque de saberes, permitirá ao enfermeiro aperceber-se dos mesmos e personalizar os seus cuidados.” Capacitar os indivíduos de conhecimentos acerca da sua doença e dos fatores que a influenciam, torna-as capazes de tomarem decisões conscientes relativamente aos estilos de vida a adotar.

Neste sentido, a atitude do enfermeiro face à doença crónica é muito importante, uma vez que a imagem que este tem e transmite da doença, tratamento e prognóstico,

pode condicionar uma atitude positiva do doente perante a sua doença, podendo, deste modo, modificar a evolução da mesma.

Nas doenças crónicas insere-se a insuficiência cardíaca que, por sua vez, revela um aumento exponencial e um elevado índice de morbilidade e mortalidade (Dickson, McCauley & Riegel, 2008).

Nessler e Skrzypek (2008) referem que, como resultado do envelhecimento da população e do desenvolvimento dos cuidados de saúde, a insuficiência cardíaca é uma patologia cada vez mais frequente na população em geral.

Segundo Dickstein, Cohen-Solal e Filippatos (2008), a prevalência da IC, no mundo, situa-se entre os 2% e os 3% e aumenta marcadamente a partir dos 75 anos, sendo a população entre os 70 e os 80 anos de 10% a 20%. A ESC representa 51 países num total de 900 milhões de pessoas e, destas, 15 milhões apresentam IC (Dickstein, Cohen-Solal & Filippatos, 2008).

Um estudo elaborado por Ceia *et al* para a EPICA (2004), em doentes em ambulatório, demonstrou uma prevalência de 4,36% em Portugal, que tende para ser maior nas mulheres (4,38% vs 4,33%) e que aumenta exponencialmente com a idade, alcançando os 16% após os 80 anos.

Assim, a IC pode ser definida como uma síndrome clínica, adquirida ou herdada, em que uma alteração da estrutura ou função cardíaca desenvolve um conjunto de sintomas e sinais. Esta síndrome leva a hospitalizações frequentes, má qualidade de vida e redução da esperança média de vida (Fauci *et al*, 2009).

Dickstein, Cohen-Solal e Filippatos (2008) também definem IC como uma síndrome clínica em que os doentes apresentam sintomas e sinais típicos de IC, bem como evidência objetiva de anormalidade estrutural ou funcional do coração em repouso. Os sintomas típicos estão descritos como dispneia em repouso ou de esforço, cansaço fácil, astenia e edemas maleolares. Os sinais típicos são taquicardia, taquipneia, fevres, derrame pleural, ingurgitamento jugular, edemas periféricos e hepatomegália. Relativamente à evidência objetiva podem encontrar-se cardiomegália, S3, murmúrios cardíacos, alterações eletrocardiográficas e aumento do peptídeo natriurético (BNP).

A IC pode dividir-se em diastólica e sistólica. Na IC diastólica existe acumulação de sangue a montante do(s) ventrículo(s), que pode resultar na IC esquerda, caracterizada por sintomas respiratórios, nomeadamente ortopneia, dispneia

paroxística noturna e fevres de estase ou na IC direita que resulta na acumulação de sangue à periferia, desencadeando sintomas como edemas periféricos, hepatomegália e ingurgitamento jugular. Na IC sistólica existe uma diminuição da perfusão sanguínea a jusante, existindo, essencialmente, sintomas relacionados com o envolvimento do ventrículo esquerdo levando a uma baixa perfusão periférica com as inevitáveis consequências multiorgânicas (p. ex. IRC). É de salientar que a maioria dos doentes com IC tem envolvimento sistólico e diastólico (Dickstein, Cohen-Solal & Filippatos, 2008).

Com base na clínica, a IC pode ser classificada como ligeira, moderada ou grave, ou ainda, segundo a NYHA, apresentar uma classificação ao nível funcional ou, segundo o ACC, basear-se na estrutura e no grau de danificação do músculo cardíaco (Apêndice III).

Neste contexto, pode dizer-se que a abordagem da IC é mais complexa na pessoa idosa, uma vez que os doentes idosos com IC têm mais probabilidade de ter outras condições de comorbilidades, que, por sua vez, podem interferir com a prescrição dos medicamentos e contribuir para os problemas de adesão aos regimes terapêuticos e com os estilos de vida recomendados (Saczynski *et al*, 2009).

As pessoas com IC confrontam-se, assim, com obstáculos importantes para o cuidado de si, nomeadamente limitações físicas, défice de conhecimento, dificuldades financeiras e obtenção de suporte social e emocional (While & Kiek, 2009).

Segundo Gomes (2009) o cuidado de si contribui para a autonomia e para um cuidado centrado na pessoa, permitindo que esta possa controlar ou prosseguir a sua trajetória de vida e de saúde. No entanto, pode dizer-se que a capacidade de cuidado de si não é inata, mas adquirida.

Assim, progressivamente, os doentes com IC experienciam situações de grande fragilidade no relacionamento familiar e conjugal, no exercício profissional e no desempenho na sociedade devido à limitação da capacidade funcional que lhes está associada (Oguz & Enç, 2008). Deixam transparecer a passagem de uma fase de vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro, que Chick e Meleis (1986) denominam como transição.

A transição, segundo Meleis *et al* (2000), reporta uma matriz interativa de vivência. A pessoa faz comparações constantes e sucessivas entre o que lhe reservam as suas capacidades no presente e as que tinham antes de ser confrontado com a

situação de doença. São situações múltiplas, geradoras de conflito interno que comprometem, no quotidiano, o seu conforto e bem-estar (Mendes, Bastos e Paiva, 2010). Segundo estes autores, os eventos negativos em associação, tendem, muitas vezes, a ser penalizantes, condicionando significativamente a qualidade de vida experienciada.

Como o processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, só é passível de compreensão na perspetiva de quem a experiencia.

Neste contexto, a IC é a via final comum da maioria das cardiopatias. O custo socioeconómico desta síndrome é elevado, envolvendo um elevado custo financeiro com medicamentos, internamentos repetidos, perda de produtividade, reformas antecipadas, eventuais cirurgias e, ocasionalmente, transplante cardíaco.

No entanto, apesar do elevado custo financeiro, o cumprimento da terapêutica medicamentosa torna-se essencial para o prognóstico da doença e consequentemente para a melhoria da qualidade de vida do doente idoso, com IC, polimedicado.

2.2 – A adesão à terapêutica medicamentosa no doente idoso, com IC, em situação de polimedicação

O diagnóstico de uma doença crónica representa, sempre, um profundo traumatismo para a pessoa. O choque não é só o de interiorizar que se tem uma doença para toda a vida, com limitações nas suas capacidades e com probabilidade de uma vida mais curta, é também saber que terá que cumprir um tratamento e aceitar os constrangimentos que lhes estão associados (Mendes, 2005).

Sabe-se que as doenças crónicas levam à necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo, pelo que a polimedicação se torna uma realidade.

Neste contexto, parece pertinente definir a polimedicação. No entanto, pode dizer-se que não existe consenso no conceito de polimedicação (Linjakumpu *et al.*, 2002; Wyles & Rehman, 2005). Alguns autores definem polimedicação como os fármacos que não têm indicação clínica clara ou então apenas com o uso de dois, três, quatro, cinco, sete, 10 ou mais princípios ativos (Wyles & Rehman, 2005).

Segundo Veehof, Stewart, Haaijer-Ruskamp e Meyboom (1999) a polimedicação divide-se em ligeira que se refere ao consumo de dois ou três fármacos, moderada no que diz respeito ao consumo de quatro a cinco fármacos e grave que consiste no consumo de cinco ou mais fármacos.

Num estudo realizado por Silva, Luis e Biscaia (2004) a 159 idosos dos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz verificou-se que cerca de 55,9% consumiam três ou mais fármacos e 48,4% consumiam quatro ou mais fármacos. Sendo que o número médio de fármacos consumidos simultaneamente por doente idoso era de 3,9.

Neste contexto, a pessoa idosa apresenta maior risco de polimedicação, uma vez que consome um elevado número de fármacos e possui múltiplas comorbilidades. Contudo, o controlo das doenças crónicas conferido pela polimedicação depende, necessariamente, da adesão ao regime terapêutico.

Ao longo dos tempos, têm-se utilizado, concomitantemente, os termos *compliance* (cumprimento) e *adherence* (adesão). *Compliance* diz respeito ao comportamento de uma pessoa no que respeita à toma de medicamentos, cumprimento de dietas ou mudanças de estilo de vida, coincide com os conselhos médicos ou de saúde (Haynes, 1981). *Adherence* foi definida pelo mesmo autor como sendo o nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde (Haynes, 1981). Atualmente, utiliza-se, também, o termo *concordance* que representa a responsabilidade assumida por cada doente, contribuindo para as decisões nos cuidados de saúde, particularmente em relação à medicação (Jones, 2003).

Corroborando com estes autores, a WHO (2003) define adesão terapêutica como o comportamento de uma pessoa no que respeita à ingestão da medicação, cumprimento da dieta e/ou mudanças do estilo de vida, de acordo com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

Neste contexto, a adesão do doente não se limita ao cumprimento dos esquemas terapêuticos prescritos, mas também à adoção de comportamentos adequados, nomeadamente modificação de estilos de vida, aceitação da relação médico/doente, bem como constrangimentos de tempo e financeiros. Quando estes pressupostos não são cumpridos, pode dizer-se que não existe adesão ao regime terapêutico levando a riscos acrescidos para o doente.

A não adesão à terapêutica medicamentosa provoca, direta e indiretamente, cerca de 125 000 mortes por ano nos EUA e representa 5% a 10% de hospitalizações no mesmo período de tempo (Bugalho & Carneiro, 2004). Associa-se a um aumento dos reinternamentos, agravamento do prognóstico e, conseqüentemente, maior custo financeiro (Vanelli, Chendo, Gois, Santos & Levy, 2011).

As questões financeiras estão relacionadas não só com o deixar de trabalhar, mas também com gastos com a saúde/doença, principalmente no doente crónico, sendo estes muitas vezes incontroláveis e tendencialmente crescentes (Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009). Os custos prendem-se com o regime terapêutico medicamentoso, com a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, com os custos das deslocações frequentes ao hospital e no acesso a outros recursos, nomeadamente prestadores de cuidados de saúde e ajuda doméstica (Mendes, Bastos & Paiva, 2010).

Cabral & Silva (2010), no seu estudo, referem que o grau de adesão à terapêutica está dependente de alguns fatores interativos e que prejudicam o doente. Agruparam-nos em três grandes grupos: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relacionados com a própria doença e com o regime terapêutico prescrito; e fatores ligados à relação do doente com os profissionais e com os serviços de saúde. Os mesmos autores referem que, “o paciente dificilmente assume a não adesão, apresentando-se sempre como muito mais cumpridor do que os métodos diretos indiciam.” Por outro lado, “o paciente que declara não estar a cumprir exatamente as indicações dadas pelo médico diz quase sempre a verdade” (Cabral & Silva, 2010, pp. 19-20).

Para Henriques (2006) a não adesão não intencional pode ser devida a esquecimentos não intencionais, regimes terapêuticos complexos, elevado número de medicamentos, défice cognitivo, dificuldade em manusear as embalagens dos medicamentos e declínios de memória a que as pessoas idosas estão sujeitas. A não adesão intencional ocorre quando o doente, conscientemente, decide não tomar os medicamentos prescritos, devendo-se ao facto de existirem reações adversas provocadas pelos medicamentos, falhas de comunicação, défice de informação ou por estes acreditarem que a medicação tem poucos benefícios.

No entanto, sabe-se que, cada vez mais, os doentes pretendem sentir-se integrados no processo terapêutico, exigindo mais informação e uma melhor relação com os profissionais de saúde, pelo que é necessária uma abordagem bio-psico-social que encare os doentes como sujeitos ativos (Cabral & Silva, 2010).

Assim, Sousa (2005) defende que se deve implementar um modelo de cuidados crónicos centrado no paciente, concebendo um sistema de prestação de cuidados,

eficaz, eficiente, autossuficiente e consistente com a evidência científica e as preferências dos pacientes.

O modelo centrado no paciente é mais abrangente que o modelo biomédico, uma vez que procura entender as necessidades, as ambições e a experiência de doença.

Este modelo pode melhorar a atenção médica individual e coletiva, trazendo à discussão aspetos culturais e expectativas do doente e tornando-o num coparticipante dos cuidados com a sua saúde, com inequívoco benefício motivacional.

Atendendo à sua relevância e atualidade, este aspeto já foi contemplado no Plano Nacional de Saúde Português:

“é fundamental melhorar o acesso das pessoas com doença crónica à informação e aos materiais que a ajudem na autovigilância e autocontrolo da sua doença, capacitando-as para as tomadas de decisão e aumento da sua responsabilidade individual e social na evolução da sua doença” (Ministério da Saúde, 2004b).

Assim, cada vez mais se preconiza uma nova abordagem no sistema de saúde, no qual o indivíduo com doença crónica, sob supervisão, define os seus objetivos e estabelece prioridades relativamente às suas necessidades.

Uma dessas necessidades passa por assumir o cuidado de si, pelo que a deteção precoce de comportamentos de não adesão à terapêutica medicamentosa é uma prioridade. Neste contexto, o capítulo seguinte pretende explicar a aplicabilidade do instrumento de medida para a avaliação do nível de adesão.

2.2.1 – Medida de Adesão aos Tratamentos

A Medida de Adesão aos Tratamentos (Anexo II) é o único instrumento de avaliação do nível de adesão à terapêutica medicamentosa, validado para a população portuguesa, em geral, por Delgado e Lima (2001).

Segundo estes autores, o abandono ou o incorreto cumprimento das terapêuticas prescritas pelos profissionais de saúde constitui um dos principais problemas do sistema de saúde. Referem igualmente que os doentes não expressam, frequentemente, a verdade quando são questionados quanto à toma dos medicamentos, assim como a vontade de agradar ou de evitar a desaprovação leva a que os doentes enviessem as suas respostas para se mostrarem mais aderentes do que na realidade são.

Perante este facto, não parece que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar, fidedignamente, quem são os doentes aderentes e não aderentes por alguma característica que estes tenham ou por intuição, que alguns designam como “olho clínico” (Delgado & Lima, 2001).

Assim, com o objetivo de contornar algumas destas dificuldades, Morisky, Green e Levine (1986) desenvolveram uma medida de quatro itens para avaliar a adesão aos tratamentos aos quais os inquiridos respondiam de forma dicotómica (sim ou não).

No entanto, Delgado e Lima (2001) referem que a resposta aos itens dessa medida de adesão, na forma dicotómica, a torna pouco sensível para captar as diversas situações em termos de comportamento de adesão. Estes autores, no seu estudo realizado a 167 indivíduos com doença crónica, tiveram como objetivo contribuir para a validação de uma versão de sete itens da Medida de Adesão aos Tratamentos, que revelasse simultaneamente uma boa consistência interna, maior sensibilidade e apresentasse uma relação elevada com medidas objetivas de adesão aos tratamentos.

Pretenderam verificar se a resposta, em termos de uma escala de *Lickert*, comparativamente à escala dicotómica de Morisky, Green e Levine (1986), permitia melhorar a qualidade psicométrica do instrumento de medida, quer em termos de sensibilidade e de especificidade, quer de consistência interna (Delgado & Lima, 2001).

Neste sentido, Delgado e Lima (2001) construíram uma Medida de Adesão aos Tratamentos medicamentosos com sete itens, como referido anteriormente. Os itens um, dois, três e quatro foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item sexto foi adaptado de Ramalinho (1994) e o item sete foi adaptado de Shea, Misra, Ehrlich, Field e Francis (1992).

Esta escala de *Lickert* é constituída por seis pontos, que varia de “sempre = 1” a “nunca = 6”. Os sete itens foram combinados numa nova variável, cujo valor expressa o nível de adesão aos tratamentos. Este nível obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de adesão. A classificação dos indivíduos aderentes ou não aderentes foi feita segundo os valores da mediana (Delgado & Lima, 2001).

Neste estudo, Delgado e Lima (2001) consideraram como adesão os valores superiores ou iguais a 80% da dose prescrita no âmbito do tratamento que, convertida para pontos, resulta em valores superiores ou iguais a 34 de um total de 42 pontos possíveis.

Explicado o instrumento de medida utilizado neste estudo, anuncio o Modelo de Parceria como intervenção de enfermagem no doente idoso, com IC, polimedicado que se encontra a vivenciar uma situação de transição saúde/doença, para a promoção do cuidado de si.

2.3 – A parceria como intervenção de enfermagem no processo de transição saúde/doença do doente idoso, com IC, polimedicado

Nas teorias de enfermagem, com destaque para o desenvolvimento e crescimento pessoal e na adaptação do Ser Humano que se encontra em constante mudança na capacidade para o autocuidado, insere-se a Teoria de Médio Alcance de Meleis (Meleis *et al*, 2000).

Para esta autora as transições são complexas e multidimensionais e constituem o conceito central da enfermagem, na medida em que o encontro entre o cliente e o enfermeiro ocorre frequentemente durante períodos de instabilidade desencadeados por mudanças que ocorrem ao longo da vida (Meleis *et al*, 2000). As atuais alterações sociais e demográficas exigem alterações nas práticas profissionais para fazer face às exigências sentidas. Os enfermeiros surgem como os principais cuidadores do doente e família assistindo e interagindo nos processos de mudança, de modo a que a pessoa promova a sua saúde atingindo o bem-estar.

Realçando os conceitos do metaparadigma da teoria de médio alcance de Meleis, o cliente de enfermagem é um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e que tem capacidades para se adaptar a este, mas, devido à doença, situações de risco ou vulnerabilidade face a doenças potenciais, experiencia desequilíbrio ou está em risco de experienciar desequilíbrio (Meleis, 1985). O conceito de saúde está relacionado com a capacidade que a pessoa tem de incorporar novos conhecimentos para alterar determinados comportamentos, chamado *empowerment*, com consequentes mudanças face ao seu contexto de vida (Meleis, 1985). Outro conceito importante no desenrolar da transição é o ambiente onde a pessoa está inserida, na medida em que o evento não ocorre de forma isolada, ou seja, o processo de transição pode ser facilitado ou inibido de acordo com o meio em que o indivíduo está inserido (Meleis, 1985). O objetivo da intervenção de enfermagem consiste em facilitar todo o evento de transição, tendo o enfermeiro um papel ativo nos processos de transição vivenciados (Meleis, 1985).

A monitorização da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado é uma competência da enfermagem, uma vez que as situações resultantes da não adesão têm um impacto direto na vida da pessoa, interferindo com o seu bem-estar e com a sua qualidade de vida. Nesta ótica, o enfermeiro pode ser promotor do cuidado de si, estabelecendo um trabalho em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado na adesão à terapêutica medicamentosa. Esta adesão é um preditivo de êxito para o prognóstico e tratamento, pelo que é imperativo o conhecimento da sua importância atribuída pela pessoa relativamente a esta questão, saber com interfere com a sua vida e se se constitui como um problema.

Segundo Gomes (2009) a parceria é um processo dinâmico, negociado entre doentes, famílias e enfermeiros, que promove o cuidado de si, envolvendo a construção de uma ação conjunta, na qual se partilham significados da experiência da pessoa dados por esta, pela família ou pelos enfermeiros, quando o doente idoso não tem capacidade para decidir sobre os seus cuidados.

Foucault (1984) refere que o cuidado de si possibilita uma prática social que favorece as relações interpessoais, as trocas e as comunicações. A expressão “cuidado de si” associa-se à terminologia grega *epimeleia heautou*, onde o indivíduo permite conhecer-se e saber qual a razão dos seus cuidados (Foucault, 1984). É o conhecimento de nós próprios que nos permite encarar as situações, estar no mundo e estabelecer relações com o outro. O cuidado de si diz respeito não só ao cuidado que devemos de ter connosco, mas também ao cuidado que devemos ter com o outro. Deste modo não pode ser encarado como um exercício de solidão, mas com uma prática social. Cuidado de si é reconhecer a necessidade de receber a ajuda de outros (Foucault, 1984). Este autor esclarece que, antes de cuidarmos dos outros, devemos saber cuidar de nós mesmos, uma vez que o cuidado de si é também uma maneira de cuidarmos do outro.

Como tal, o enfermeiro, o doente idoso e o cuidador têm de reconhecer a existência de um problema realizando um trabalho em conjunto para a sua resolução, pressupondo para tal um processo de negociação e um respeito mútuo pela autonomia dos implicados no processo. Neste contexto, as intervenções de enfermagem devem visar a manutenção do projeto de vida do doente idoso, com IC, polimedicado, promover a adaptação à sua situação de doença e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

O enfermeiro interage, assim, com um ser humano numa situação de saúde/doença, estando este em constante interação com o contexto sociocultural, o qual se encontra em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (Meleis, 2007). A interação entre o enfermeiro e o doente está organizada de acordo com um propósito, sendo que os enfermeiros usam algumas estratégias para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2007). Estas estratégias ou terapêuticas de enfermagem são otimizadas se a família for englobada no processo de cuidados, especialmente se visam a alteração de comportamentos e mudanças dos estilos de vida que sejam compatíveis com a promoção da saúde. Assim, para Meleis *et al* (2000) as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada ao longo do processo de transição e antecedida pela compreensão do mesmo. Devem proporcionar conhecimento e *empowerment* àqueles que o vivem, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos doentes e/ou família.

Se o doente idoso, com IC, polimedicado apresentar lacunas na adesão à terapêutica medicamentosa, estas podem resultar de uma adaptação ineficaz no processo de transição saúde/doença.

Assim, os enfermeiros podem influenciar os processos de transição se a sua intervenção se centrar na pessoa e nas suas necessidades (Meleis *et al*, 2000). O enfermeiro deve promover o cuidado de si, fornecendo “ferramentas” para que, em conjunto, se definam estratégias para que a pessoa recupere a sua autonomia ou lide com as incapacidades. No cuidado de si, a pessoa é encarada como um sujeito ativo no processo de cuidados, sendo importante ver o outro como um parceiro (Dinis, 2006).

Squire (2005) refere que a parceria se encontra intimamente ligada ao *empowerment*, que, segundo Gomes (2009), significa o reconhecimento das capacidades das pessoas idosas para tomarem decisões, para assumirem as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades.

Esta visão é imperativa para que comecemos a ver as pessoas idosas como elementos essenciais no processo de gestão da sua doença, sendo a responsabilidade neste processo partilhada.

No contexto do doente idoso, com IC, polimedicado, evitar o agravamento do prognóstico e dos reinternamentos está dependente da adesão à terapêutica

medicamentosa. Se o enfermeiro perceber as experiências da pessoa e o contexto do momento que esta está a viver, pode desmistificar crenças e ideias erradas e, através da educação/informação acerca da sua doença e da otimização do regime terapêutico, influenciar a adesão à terapêutica medicamentosa. A qualidade da relação entre o enfermeiro e o doente é, talvez, o motivo mais marcante na adesão, porque dificilmente o doente seguirá um regime terapêutico se não conhecer ou confiar no profissional.

Assim, as transições entram no domínio da enfermagem quando interferem com a saúde ou a doença. As pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afetam o seu estado de saúde (Chick & Meleis, 1986), como acontece com o doente idoso, com IC, polimedicado.

Cabe ao enfermeiro facilitar o processo de aprendizagem de novos conhecimentos, tendo em conta as mudanças e as necessidades que acompanham as transições saúde/doença na vida diária. O conhecimento das transições permitirá manter, apoiar e aumentar o bem-estar bio-psico-socio-espiritual, assegurar o cuidado de si e a qualidade de vida das pessoas que vivenciam as transições.

Nos cuidados ao doente idoso, com IC, polimedicado que se encontra obrigado à necessidade de aderir ao regime terapêutico medicamentoso, de modo a não comprometer a sua recuperação, faz todo o sentido falar em processo de transição baseado nas numerosas transformações a que o doente está sujeito ao longo do processo de doença. Esta transição exige uma ação consertada entre o doente e os profissionais de saúde, no sentido de obter respostas adaptativas que visem transpor este período de instabilidade e assegurar o cuidado de si.

Neste contexto, O Cuidado de Si – Modelo de Intervenção de Enfermagem, elaborado por Gomes (2009, p. 251), vem permitir que a parceria comece a ser considerada na prática diária. O modelo desenvolve-se em cinco fases: o **revelar-se**, em que o enfermeiro adquire conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa, com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de vida e de saúde, bem como realizar-se em qualquer que seja a sua condição. Como tal, o enfermeiro tem que mobilizar as suas capacidades comunicacionais para conhecer a pessoa que tem perante si, bem como dar a conhecer-se; o **envolver-se**, em que o enfermeiro promove um ambiente seguro, estabelecendo tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade, assim como de uma relação de confiança. Deverá demonstrar competência técnica e relacional, ou seja, mais do que compreender o outro, deve ser

capaz de lhes dar a resposta adequada avaliando a sua situação. No contexto deste projeto surge a necessidade de promover a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado; o **capacitar e possibilitar** que se caracteriza pela ação conjunta no desenvolvimento de competências para o agir e decidir, mas também para assumir o cuidado que o outro devia ter consigo. O enfermeiro desenvolve estratégias que identificam e validam necessidades e potencialidades da pessoa. Deste modo, o enfermeiro, promovendo o conforto e a autonomia, capacita o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador no sentido de aderir à terapêutica medicamentosa. Determina, mediante uma conversa com o doente idoso/cuidador, o grau em que se encontra na adesão à terapêutica prescrita. Quando o enfermeiro possibilita o cuidado do outro, assume a responsabilidade dos cuidados que o outro devia ter consigo próprio se tivesse a capacidade de autonomia ou capacitando o cuidador para cuidar deste. Antecipa complicações, permitindo que o doente idoso possa ter conforto e bem-estar. Se este interiorizar a importância do seu regime terapêutico, o seu projeto de vida e de saúde jamais estarão comprometidos; o **comprometer-se**, que representa um conjunto de esforços no sentido de atingir os objetivos definidos. As estratégias desenvolvidas visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real; e o **assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si próprio ou do cuidado do outro**, sendo que esta fase, tal como a do capacitar e possibilitar, também apresenta duas vertentes. No assegurar o cuidado de si, o doente consegue controlar o seu projeto de vida e de saúde, ou seja, está informado, consegue gerir da melhor maneira a sua situação e qual o melhor caminho a seguir. No assumir o cuidado do outro, o enfermeiro garante que o doente idoso possa seguir a sua trajetória de vida e garante que o cuidador adquira a capacidade para cuidar do doente idoso, existindo partilha de poder (Gomes, 2009).

Neste contexto, a compreensão do significado de parceria torna-se importante para a prática de cuidados nas situações em que as pessoas se encontram vulneráveis e dependentes (Gomes, 2009). Por este motivo, encontram-se em risco de comprometer o seu tratamento ou a manutenção do mesmo por ineficácia da adesão à terapêutica desejada.

A compreensão do processo de parceria permite, ainda, ao enfermeiro visualizar o doente idoso na sua transição como um ser de ação em que o seu poder, decorrente

da sua unicidade como pessoa, é valorizado qualquer que seja a sua condição, promovendo a sua autonomia (Gomes, 2009).

Chick e Meleis (1986) referem que a transição tem uma característica essencialmente positiva uma vez que, se o indivíduo perceber a situação de transição, terá ganhos na sua saúde e maturidade desencadeando um período de estabilidade.

Na problemática em estudo pretende-se que o doente idoso, com IC, polimedicado desenvolva competências no seu novo papel e na capacidade de tomar decisões relativamente ao cumprimento da terapêutica medicamentosa. Estes são os indicadores para a transição saudável que se pretende alcançar.

Em suma, a evidência científica revela que o doente idoso necessita de cuidados especializados pois, para além de enfrentar uma situação de doença crónica, tem de enfrentar as perdas inerentes ao processo de senescência. Assim, um modelo de cuidados centrado no doente, constituindo-o como parceiro na gestão da sua doença e, neste caso, do seu regime terapêutico medicamentoso, coaduna-se com o pretendido para a promoção do cuidado de si e, conseqüentemente, para a melhoria da sua qualidade de vida. No capítulo seguinte será apresentada a metodologia utilizada para a concretização deste projeto, tendo em conta o referencial teórico e concetual analisado e descrito.

3 – METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho assentou numa metodologia de projeto que tem como objetivo principal a resolução de problemas, assim como permite adquirir capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). É uma metodologia que constitui um processo contínuo e interativo que exige uma adaptação permanente (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Este processo desenvolve-se de forma cíclica, implicando planeamento, ação, revisão, crítica e reflexão. Facilita a capacidade de resposta e de rigor nos requisitos da investigação e da ação, estimula uma participação ativa promotora de responsabilidade e desenvolvimento, bem como proporciona mudanças inesperadas, conduzindo a processos inovadores (Santos & Leite, 2004). Assim, pode dizer-se que os intervenientes analisam as suas práticas, identificam as áreas a melhorar, percorrendo um caminho que fomenta a mudança.

Segundo Guerra (1994) esta metodologia desenvolve-se em várias etapas: 1.^a, identificação de problemas e diagnóstico da situação; 2.^a, definição de objetivos; 3.^a, seleção de estratégias; 4.^a, programação das atividades; 5.^a, avaliação do trabalho; e 6.^a, divulgação dos resultados.

Tendo em conta as etapas descritas por esta autora, numa fase inicial foi realizado o diagnóstico da situação através da reflexão das práticas de enfermagem, da análise documental dos processos clínicos, da análise documental inicial dos registos de enfermagem, de notas de campo da observação das práticas e de reuniões informais com a equipa do HDIC, relativamente à problemática da não adesão à terapêutica medicamentosa. Com base no conhecimento adquirido foram delineados os objetivos e as estratégias para lhes dar resposta. Posteriormente, e uma vez que a metodologia de projeto tem um caráter dinâmico, coordenado e interativo, desenvolveram-se algumas atividades coordenadas a partir de estratégias ajustadas. A monitorização dessas atividades foi realizada através da implementação de intervenções de enfermagem resultantes da revisão de literatura, elaboração de um estudo de caso e de reuniões informais com a equipa de enfermagem, seguindo os indicadores de um trabalho em parceria para que, deste modo, fosse possível a uniformização dos cuidados e a consequente melhoria das práticas direcionadas para a promoção do cuidado de si no doente idoso com não adesão à terapêutica. A avaliação foi realizada a partir da análise documental final dos registos de enfermagem e de

entrevistas aos doentes e cuidadores quando presentes, cujas respostas foram submetidas a análise de conteúdo. No final, foram avaliados os resultados obtidos, utilizando os mesmos como um caminho para a mudança.

Para um melhor entendimento das atividades realizadas, de seguida clarifiquei os objetivos e a finalidade do projeto, levando em consideração as competências a atingir como enfermeiro especialista, bem como o nível de perícia pretendido.

3.1 – Objetivos e finalidade do projeto

Como já foi referido, o desenvolvimento deste projeto teve como principal objetivo desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, pelo que foi considerado o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros em maio de 2010. As referidas competências passam pelas áreas da prestação de cuidados especializados na saúde do idoso, formação, gestão e investigação.

Relativamente às competências específicas de cuidados ao idoso, considerei importante avaliá-lo de uma forma multidimensional; estabelecer um trabalho de parceria com o idoso e/ou cuidador; incentivar a equipa, durante todo o percurso do estágio, a manter um trabalho em parceria com o idoso e com os seus pares, desenvolvendo estratégias promotoras do cuidado de si no doente idoso; intervir ao nível da prevenção, tratamento e recuperação dos doentes idosos, com IC, polimedicados com não adesão à terapêutica medicamentosa.

No âmbito da aquisição de competências descritas por Benner (2001) este trabalho foi desenvolvido, também, no sentido de atingir o nível de perita nos cuidados especializados ao doente idoso.

Considerando a problemática identificada, no contexto da prática onde se realizou o estágio, ou seja, a ausência de uma monitorização objetiva da adesão à terapêutica medicamentosa nos doentes idosos, com IC, polimedicados do HDIC, pretendi com a implementação deste projeto: **fomentar a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado promovendo o cuidado de si.**

O desenvolvimento do projeto teve como objetivos gerais, **desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, trabalhando em parceria com a mesma, nomeadamente com o doente**

idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de si e, concomitantemente, desenvolver competências na equipa de enfermagem para que trabalhando em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, promova a adesão à terapêutica medicamentosa e o cuidado de si.

A descrição das atividades foi realizada em três fases distintas: a de diagnóstico, a de desenvolvimento e a de avaliação.

A **fase de diagnóstico** teve como objetivos: incentivar a reflexão da equipa de enfermagem sobre as suas práticas relativamente à promoção da adesão à terapêutica medicamentosa (descrita na problemática do estudo); identificar os doentes idosos, com IC, polimedicados que não apresentavam adesão à terapêutica medicamentosa e as causas que a condicionam e identificar as práticas de enfermagem relativamente à promoção da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado com não adesão.

Na **fase de desenvolvimento** os objetivos delineados foram: promover cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa, nomeadamente ao doente idoso, com IC, polimedicado com não adesão à terapêutica medicamentosa; identificar intervenções de enfermagem, em parceria com a equipa de enfermagem, visando a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado na promoção do cuidado de si; implementar no HDIC, em parceria com a equipa de enfermagem, o instrumento de avaliação Medida de Adesão aos Tratamentos e implementar intervenções de enfermagem em parceria com a equipa de enfermagem, ao doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa, visando o cuidado de si.

A **fase de avaliação** teve como objetivo, analisar os resultados das intervenções de enfermagem, desenvolvidas em parceria com a equipa, relativamente à promoção do cuidado de si na adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador.

Para a concretização destes objetivos foram delineadas atividades específicas durante o estágio. Contudo, antes de passar à sua descrição explicitarei o contexto de ação, a seleção dos participantes, as questões éticas envolvidas e os meios utilizados para responder à problemática identificada.

3.2 – Contexto da ação

Neste capítulo será explicitada a importância da existência do HDIC como contributo para os doentes no controlo e gestão da sua doença.

Segundo o INE (2005a), hospital de dia é um serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas. Assim, de modo a possibilitar este tipo de serviço, em fevereiro de 2002, foi criado o HDIC com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente e/ou família, evitando a hospitalização.

Atualmente assegura a assistência em ambulatório a cerca de 290 doentes com insuficiência cardíaca em classe II, III e IV da NYHA, sendo a população abrangida maioritariamente idosa.

A equipa do HDIC é constituída por três cardiologistas, quatro enfermeiras e um assistente operacional, que faz articulação, sempre que necessário, com a restante equipa multidisciplinar (farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra, dietista/nutricionista, médico de família, assistente social, enfermeira do Centro de Saúde e médico de Medicina Interna). Reconhece-se a necessidade de um médico geriatra, uma vez que a população é maioritariamente idosa, mas, neste momento, não integra nenhum.

O HDIC disponibiliza atendimento telefónico aos doentes entre as 8:00 e as 16:00 horas para esclarecimento de dúvidas, promovendo, desta forma, a continuidade dos cuidados.

Associada ao HDIC, em abril de 2008, foi criada a assistência domiciliária destinada aos doentes com mais de 65 anos que vivem sozinhos ou aos quais a família e/ou cuidador não consegue dar apoio, bem como a doentes que realizam 30 ou mais consultas por ano. Realiza-se às 2.^{as} e 6.^{as} feiras, contemplando três a quatro doentes por dia.

A finalidade da assistência domiciliária passa, também, por dar resposta aos problemas identificados nos doentes, famílias e/ou cuidadores que apresentam incapacidade individual para gerir a sua situação de doença, mesmo após a implementação de ensinamentos sobre a doença, estilos de vida saudáveis e importância do cumprimento do regime terapêutico medicamentoso.

3.3 – Participantes

Os participantes foram as quatro enfermeiras do HDIC com quem foi desenvolvido um trabalho de aquisição de competências para assegurar a adesão à terapêutica medicamentosa, bem como de um trabalho em parceria para a promoção do cuidado de si. Por outro lado, constituíram-se também como participantes os doentes idosos, com IC, polimedicados, que beneficiaram de assistência domiciliária no período compreendido entre 10 de outubro e 21 de novembro de 2011. Deste modo, foram definidos os seguintes critérios para os doentes idosos: apresentarem polimedicação moderada ou grave; após aplicação da MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos) não revelarem adesão à terapêutica medicamentosa; exprimirem-se fluentemente em português; estarem conscientes e orientados no tempo e no espaço; e, o mais importante, aceitarem responder.

Relativamente às enfermeiras do HDIC, três situam-se no nível de perita e uma no nível de competente, segundo os níveis de competência descritos por Benner (2001), e referidos anteriormente, uma vez que as peritas exercem a sua prática no HDIC há mais de seis anos e a competente há cerca de dois anos. Trata-se de uma equipa dinâmica e motivada para a melhoria da qualidade dos cuidados, privilegiando a formação em serviço e profissional, sendo recetiva à implementação de novas intervenções que proporcionem a mudança das práticas e a melhoria das mesmas.

Uma vez que a implementação deste projeto envolve pessoas, nomeadamente enfermeiros e doentes, torna-se importante mencionar os aspetos que salvaguardam a confidencialidade e a dignidade humana.

ASPETOS ÉTICOS

No nosso país, e a par do resto do mundo, as questões da ética têm sido de grande relevância e, para nós enfermeiros, tornaram-se visíveis através do Código Deontológico inserido no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

A investigação em enfermagem fornece as bases científicas aos cuidados de enfermagem. Contudo, não podemos descurar que, quando os sujeitos de investigação são pessoas, tal como normalmente ocorre na pesquisa sobre cuidar e cuidados de enfermagem, há que garantir que os direitos e a dignidade humana sejam

assegurados. Fortin (2006, p. 116) salvaguarda que se devem “(...) tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”.

Quer no que diz respeito aos enfermeiros, quer no que concerne aos doentes idosos envolvidos neste projeto, foi-lhes explicado o tema e os objetivos do mesmo, assim como a finalidade dos instrumentos utilizados com os enfermeiros (análise reflexiva, análise das práticas e análise documental dos registos de enfermagem) e com os doentes idosos (questionário, MAT e entrevista). Foi, igualmente, explicado o tipo de participação pretendida, os critérios de seleção dos participantes, os benefícios e eventuais desconfortos de participar, a possibilidade de recusar a participação em qualquer momento, a confidencialidade e o anonimato, bem como o tempo previsto para o seu envolvimento (Fortin, 2006).

Na minha atuação foram tidos em conta os três princípios éticos que orientam os profissionais de saúde: o respeito pela autonomia da pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Polit & Hugler, 1995).

Neste sentido foi redigido um documento denominado “Consentimento Informado” (Apêndice IV), onde me identifico, explico a intenção do estudo e o porquê da sua realização. Neste, salvaguardo que a informação obtida será tratada de forma confidencial ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98, bem como o carácter voluntário da participação, podendo a qualquer momento negar o consentimento. Embora não esteja explícita a utilização do minigravador, todos os participantes foram informados, no dia da realização da entrevista, do seu uso.

A informação fornecida foi adaptada às capacidades de compreensão do doente, sendo suficiente para que este pudesse dar um consentimento esclarecido, objetivo e personalizado (Archer, 1996).

Anteriormente, antes do início do estágio, foi pedida autorização à instituição onde se realizou o estágio, com parecer da Direção de Enfermagem e da Comissão de Ética (Anexo III).

3.4 – Meios utilizados na monitorização e avaliação do projeto

Segundo Fortin (1999, p. 261) “o processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.”

Assim, tendo em conta os objetivos do projeto, na **fase de diagnóstico** do estudo, considerou-se pertinente conhecer as práticas de enfermagem através de um processo reflexivo, realizar análise documental dos processos clínicos e respetivos registos de enfermagem, aplicar um questionário e o instrumento de medida de adesão aos doentes, de modo a adquirir conhecimento sobre estes.

Os registos de enfermagem possibilitam a continuidade dos cuidados, bem como dão visibilidade ao trabalho da enfermagem enquanto profissão, razão pela qual se realizou a análise documental dos mesmos, que teve como principal objetivo identificar o que se encontrava registado relativamente ao que a equipa de enfermagem conhecia acerca do doente idoso, com IC, polimedicado. Para tornar possível esta análise foi elaborado um guião de observação dos registos de enfermagem, seguindo os indicadores de um trabalho em parceria para a promoção do cuidado de si, elaborado por Gomes (2009). Segundo Bell (2000), a análise documental de fontes escritas ou impressas é um recurso de informação qualitativa extremamente importante que serve para complementar a informação obtida por outros métodos.

Por sua vez, o questionário aplicado aos doentes teve como objetivo clarificar dados relevantes para a compreensão da adesão à terapêutica medicamentosa. Este era composto por seis itens: estado civil, agregado familiar, cuidador, escolaridade, nível de adesão após aplicação da MAT e, em caso de não adesão, as causas subjacentes a esta. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003) o questionário permite analisar um fenómeno social que se julga apreender melhor a partir de informações dos indivíduos da população em questão.

Posteriormente, realizaram-se notas de campo para observar as práticas de enfermagem e, deste modo, verificar qual a atuação das enfermeiras na promoção do cuidado de si no doente com não adesão à terapêutica medicamentosa. A análise das mesmas foi feita através da análise de conteúdo, tendo como orientação os indicadores do modelo de parceria.

Na **fase de desenvolvimento** elaborou-se um estudo de caso com o objetivo de aprofundar conhecimentos relativamente ao doente idoso, com IC, polimedicado, bem como compreender as razões que levaram à sua não adesão à terapêutica medicamentosa.

Por último, na **fase de avaliação** do projeto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para avaliar o conhecimento/informação que os doentes detinham

acerca da sua doença para a promoção do cuidado de si. Este tipo de entrevistas estão incluídas nas entrevistas estruturadas e, tal como refere Fortin (1999, p. 247) “na entrevista parcialmente estruturada, o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula as questões a partir desses temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém.”

Após explicitar os instrumentos de colheita de dados que permitiram identificar o problema e caminhar numa perspetiva de mudança, serão apresentadas as atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos, encontrando-se cronologicamente documentadas e seguidas dos resultados obtidos.

3.5 – Atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Com o intuito de explicar o modo como irá ser apresentado este capítulo, parece importante lembrar os objetivos gerais definidos para a implementação deste projeto, sendo estes: **desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, trabalhando em parceria com a mesma, nomeadamente com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de si e desenvolver competências na equipa de enfermagem para que trabalhando em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, promova a adesão à terapêutica medicamentosa e o cuidado de si.**

No entanto, a concretização dos objetivos gerais foi realizada em simultâneo, não podendo ser feita uma divisão temporal, justa e real, uma vez que o mesmo objetivo específico e atividade podem responder aos dois objetivos gerais.

3.5.1 – Fase de diagnóstico

1.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar os doentes idosos, com IC, polimedicados com não adesão à terapêutica medicamentosa e as causas que a condicionam.

ATIVIDADE – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DE IDOSOS COM NÃO ADESÃO

Para um correto diagnóstico da situação foi necessário fazer um levantamento da incidência do número de idosos, com IC, polimedicados inseridos no programa de assistência domiciliária. Assim, procedi à análise documental dos 55 processos dos

doentes que beneficiam deste apoio utilizando um guião de observação dos processos clínicos (Apêndice V), que tinha como finalidade identificar o doente, o sexo, a idade, a classificação da polimedicação, bem como a existência de registos de enfermagem relativos à adesão à terapêutica medicamentosa.

RESULTADOS

Dos 55 doentes que beneficiam da AD, constatou-se que nove (16%) apresentavam uma idade inferior a 65 anos, 29 (53%) tinham uma idade compreendida entre os 65 e os 79 anos e 17 (31%) contavam mais de 80 anos.

Segundo o INE (2005b) a percentagem de idosos com mais de 80 anos, face ao total da população, aumentou de 1,2% para 3,8% entre 1960 e 2004, sendo estes considerados pela WHO (2003) como grande idosos.

Quanto à medicação, todos os doentes apresentavam polimedicação grave, visto ingerirem mais de cinco medicamentos por dia, segundo a classificação definida Veehof *et al* (1999).

A amostra inicial ficou, assim, constituída por 46 doentes, uma vez que nove foram excluídos pela idade.

Com o objetivo de identificar os doentes idosos, com IC, polimedicados com não adesão à terapêutica medicamentosa, no período compreendido entre 10/10/2011 e 21/11/2011, foram aplicadas a MAT e o questionário (Apêndice VI) aos doentes inseridos no programa de AD, durante a visita domiciliária e em contexto de HD. Realça-se o facto de, para a utilização da MAT, ter sido pedida autorização aos autores, Delgado e Lima, tendo sido concedida de imediato (Anexo IV).

No entanto, antes da aplicação deste instrumento de medida e do questionário, informaram-se os doentes da relevância do projeto e em que contexto se inseria, de modo a obter o seu consentimento informado.

Durante esse período, apenas foi possível aplicar a MAT a 25 doentes (54%), uma vez que 20 (44%) não tinham visita ou consulta agendada para a data estipulada para o levantamento de dados e um doente (2%) recusou participar no estudo.

Dos 25 doentes que aceitaram participar no estudo e que responderam à MAT, 18 (72%) apresentaram adesão à terapêutica medicamentosa e sete (28%) não registaram valores de adesão.

Assim, a amostra deste estudo ficou composta por sete indivíduos, três do sexo masculino e quatro do sexo feminino, possuidores das características definidas em 3.3.

Todos tinham nacionalidade portuguesa e as idades oscilavam entre os 65 e os 87 anos, com uma média de idades de 76,1 anos. Quanto ao nível de escolaridade, três indivíduos não sabiam ler nem escrever e quatro indivíduos detinham o 1.º ciclo.

Relativamente ao cuidador principal, seis (86%) constituíam o seu próprio cuidador e apenas um (14%) referia ter outra pessoa como cuidadora.

Os gráficos e a análise comparativa dos fatores de adesão e não adesão à terapêutica medicamentosa encontram-se descritos em apêndice (Apêndice VII).

Concomitantemente, através do mesmo questionário, foram identificadas as causas de não adesão à terapêutica medicamentosa. Para a identificação das mesmas, foi necessário a colaboração das colegas do HD, visto estas, à data da aplicação da MAT e do questionário, terem um conhecimento mais aprofundado dos doentes. Encontraram-se causas intencionais (dificuldades financeiras e descrença nos benefícios), não intencionais (declínio de memória, défice cognitivo, aumento do número de medicamentos e défice de informação/conhecimento) e mistas, isto é, quando estas englobam fatores dos dois tipos de causas. Um doente revelou somente uma causa intencional, quatro revelaram apenas causas não intencionais e dois revelaram ambos os tipos de causa.

No final da apresentação dos resultados referentes a esta atividade, na qual se identificaram os idosos, com IC, polimedicados com não adesão à terapêutica medicamentosa e as causas subjacentes, inicia-se a identificação das práticas de enfermagem relativamente à adesão à terapêutica medicamentosa.

2.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar as práticas de enfermagem relativamente à promoção da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado com não adesão.

ATIVIDADE – 1.ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

No dia 17/10/2011, procedi à apresentação do projeto de estágio às enfermeiras do HDIC (F.S., M.F., I.A. e A.C, sendo esta última a minha orientadora de estágio) e à Enf.ª Chefe D.V.. Esta apresentação teve como tema “Intervenção de enfermagem em parceria com o doente polimedicado e/ou cuidador na adesão à terapêutica medicamentosa” (Apêndice VIII) e deveria ter sido realizada antes do início do estágio, mas, por impossibilidade do serviço, não foi possível fazê-lo anteriormente a esta data. A sessão de formação teve como objetivos apresentar o projeto de estágio,

contextualizando a temática da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado. Esta sessão permitiu a partilha de experiências e o esclarecimento de dúvidas, sendo que a implementação deste projeto só faria sentido se a equipa de enfermagem compreendesse a importância da adesão à terapêutica medicamentosa.

A adesão da equipa de enfermagem situou-se nos 75% (quatro), considerando cinco elementos com a enfermeira chefe.

RESULTADOS

Neste caso, e como referido na reflexão das práticas, a equipa considerou o problema da não adesão como uma condicionante ao tratamento com reflexos negativos na evolução da doença.

ATIVIDADE – REUNIÃO REFLEXIVA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM

Na sequência da sessão de formação do dia 17/10/2011, no dia seguinte (18/10/2011), reuni-me, de modo informal, com a equipa de enfermagem para dar a conhecer o Modelo de Parceria elaborado por Gomes (2009). Foi entregue um documento que incidia na parceria como intervenção de enfermagem, tendo como objetivo a compreensão e reflexão por parte da equipa sobre a sua aplicação na prática (Apêndice IX).

Nesta reunião, ainda foi possível apresentar o instrumento de avaliação (MAT) que iria utilizar para avaliar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa, a razão da sua escolha e a forma de interpretá-lo.

RESULTADOS

A monitorização da adesão à terapêutica medicamentosa é indispensável para haver uma intervenção adequada e para dar resposta à não adesão, pelo que o conhecimento do que a equipa de enfermagem do HDIC realizava para solucionar o problema da não adesão à terapêutica medicamentosa revelou-se como uma necessidade. A compreensão das suas práticas é fulcral para uma abordagem adequada para a promoção do cuidado de si, através da manutenção de um trabalho em parceria.

ATIVIDADE – ANÁLISE DOCUMENTAL INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Numa avaliação inicial, que decorreu de 07/11/2011 a 11/11/2011, procedi à análise documental dos registos de enfermagem nos processos clínicos dos sete doentes que revelaram não adesão à terapêutica medicamentosa. A análise dos dados

foi realizada segundo as diretrizes de Bardin (1997), que referem que as categorias podem ser definidas *a priori*, *a posteriori* ou mediante uma combinação de ambas.

Para a concretização desta atividade utilizei o guião de observação dos registos de enfermagem (Apêndice X), seguindo os indicadores do trabalho em parceria para a promoção do cuidado de si.

As áreas temáticas definidas, *a priori*, foram as cinco fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009): revelar-se, envolver-se, capacitar e possibilitar, comprometer-se e assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro.

As categorias, igualmente, delineadas *a priori* tiveram por base os indicadores da cada uma dessas fases, sendo que a fase do revelar-se ficou constituída por cinco categorias, a fase do envolver-se por duas e as três últimas fases apenas por uma, como demonstrado no quadro n.º 1.

Quadro n.º 1 - Áreas temáticas e respetivas categorias definidas através dos indicadores do trabalho em parceria

Áreas Temáticas	Categorias
Revelar-se	· Identidade do doente idoso, com IC, polimedicado
	· Contexto de vida
	· Situação de doença
	· Conhecimentos relativamente à importância da adesão à terapêutica medicamentosa
	· Conhecimentos que as enfermeiras detêm acerca dos recursos pessoais do doente idoso, com IC, polimedicado
Envolver-se	· A enfermeira conhece o doente idoso, com IC, polimedicado face à sua adesão à terapêutica medicamentosa
	· A enfermeira partilha experiências com o doente idoso, com IC, polimedicado
Capacitar e Possibilitar	· O enfermeiro capacita e possibilita o doente idoso, com IC, polimedicado
Comprometer-se	· O enfermeiro compromete-se com o doente idoso, com IC, polimedicado
Assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro	· O enfermeiro assegura o cuidado de si do doente idoso, com IC, polimedicado

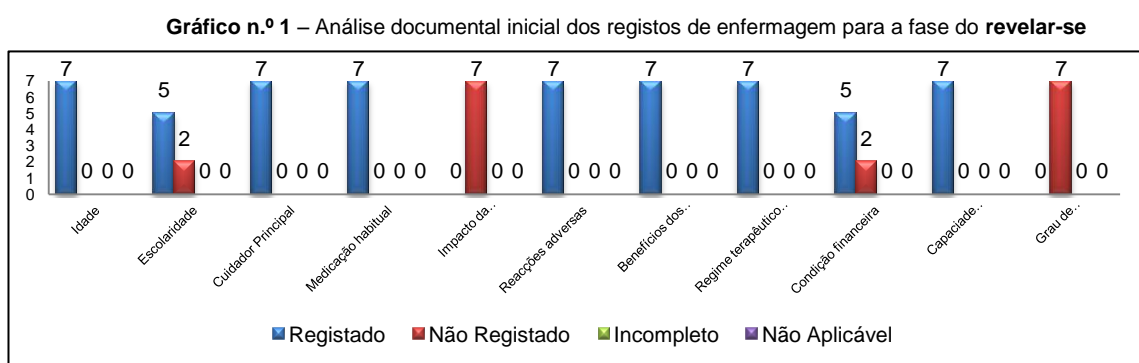
A descrição pormenorizada dos indicadores do trabalho em parceria, presentes neste quadro encontra-se em apêndice (Apêndice XI).

No entanto, foram selecionados apenas os registos que respondiam à problemática do estudo.

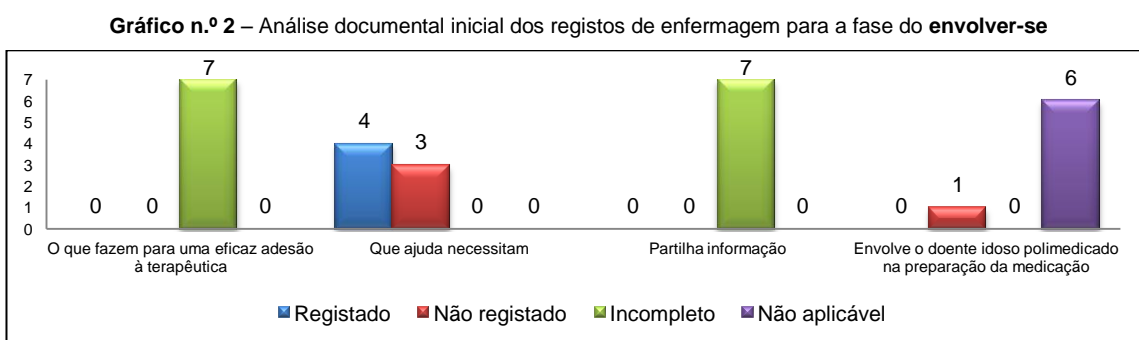
RESULTADOS

Na fase do **revelar-se** verificou-se que a equipa registava sempre a idade, o cuidador principal (nome e contactos) e a medicação habitual. Quanto ao conhecimento

do doente relativamente às reações adversas, aos benefícios dos medicamentos, ao regime terapêutico medicamentoso, bem como a sua capacidade funcional (dificuldade no manuseamento das embalagens) e a sua capacidade cognitiva (declínio de memória) também se encontravam registados na totalidade. Por outro lado, relativamente à escolaridade e à condição financeira, dois não as mencionavam e, quanto ao impacto da polimedicação e ao grau de informação/conhecimento do doente, não existia qualquer registo nos sete processos analisados, como registado no gráfico n.º 1.



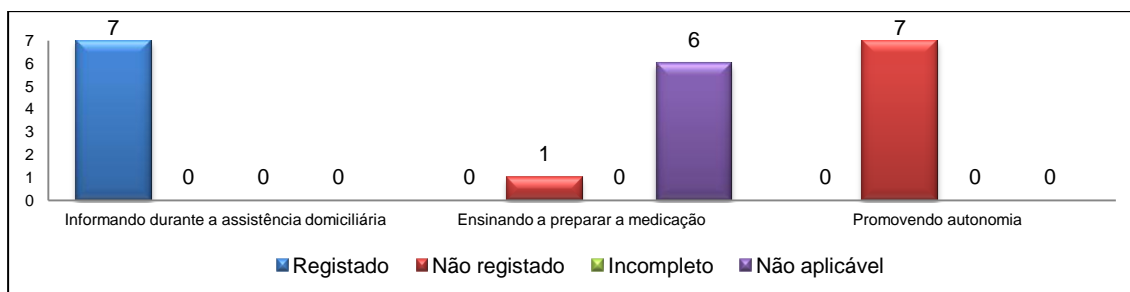
Na fase do **envolver-se**, o que fazem para uma eficaz adesão à terapêutica medicamentosa e a partilha de informação (riscos e benefícios do regime terapêutico medicamentoso) encontravam-se registados pela totalidade mas incompletos. Já no que respeita à ajuda que os doentes necessitam face à sua adesão à terapêutica medicamentosa, apenas quatro a mencionavam e, no envolver o doente na preparação da medicação, a seis não era aplicável e um não apresentava nenhum registo, como se pode observar no gráfico n.º 2.



Relativamente à 3.^a fase do Modelo de Parceria, **capacitar e possibilitar**, informar e esclarecer durante a AD estava registado nos sete processos. No entanto, não existia qualquer registo quanto ao ensinar a preparar e administrar a medicação

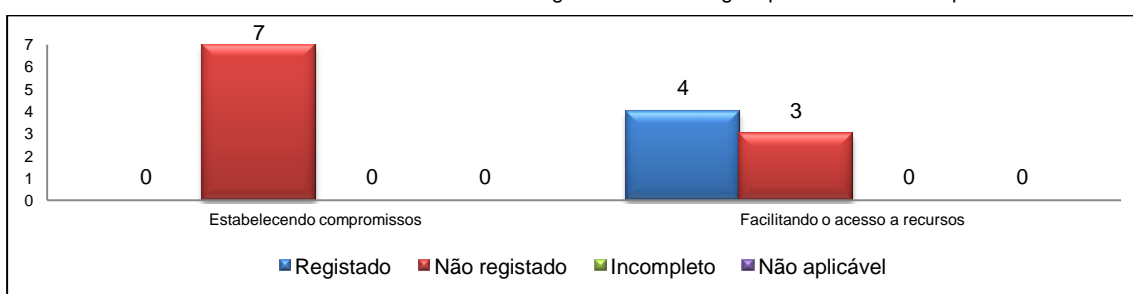
(este indicador apenas se aplicava a um processo) e nenhum registo relativo à promoção da autonomia, conforme demonstrado no gráfico n.º 3.

Gráfico n.º 3 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do **capacitar e possibilitar**



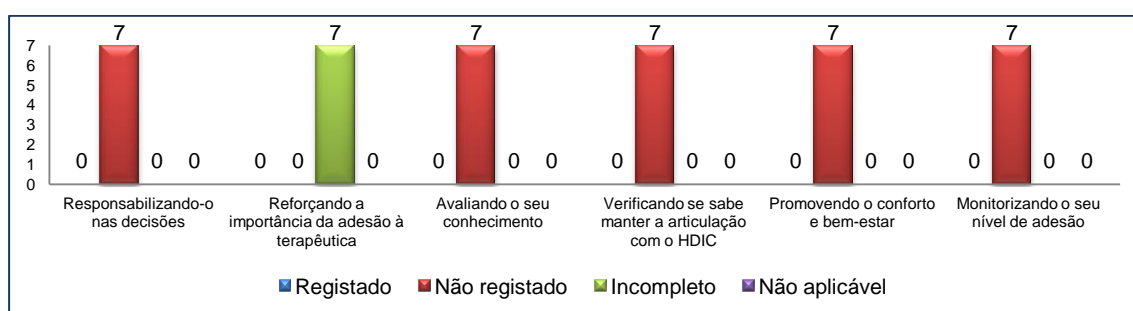
A fase do **comprometer-se** teve dois indicadores principais: o estabelecer compromissos e o facilitar o acesso a recursos (receituário, medicação, assistente social, farmácia hospitalar, entre outros) e, neste último, apenas quatro apresentavam registos, como se verifica no gráfico n.º 4.

Gráfico n.º 4 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do comprometer-se



Na última fase do Modelo de Parceria, **assumir ou assegurar o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro**, apenas o indicador relativo ao reforço da importância da adesão à terapêutica medicamentosa (relembrando os riscos e os benefícios da mesma) se apresentava registado nos sete processos, mas de forma incompleta. Os restantes indicadores não se encontravam mencionados em qualquer processo, tal como mostra o gráfico n.º 5.

Gráfico n.º 5 – Análise documental inicial dos registos de enfermagem para a fase do **assumir ou assegurar o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro**



Apesar de existirem algumas lacunas, mais evidentes na 4.^a e 5.^a fases do Modelo de Parceria, apercebi-me que a equipa de enfermagem do HDIC, de um modo geral, conhecia melhor os doentes idosos do que aquilo que se encontrava registado nos processos, pelo que procedi à realização de notas de campo de observação das práticas descritas na atividade seguinte.

ATIVIDADE – NOTAS DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS

Na semana de 14/11/2011 a 21/11/2011acompanhei duas colegas na visita domiciliária com o objetivo de realizar notas de campo de observação das práticas (Apêndice XII) e deste modo, verificar se os indicadores da parceria estavam presentes. Uma vez que três enfermeiras do HDIC se encontram no nível de peritas, segundo o Modelo de Dreyfus (Benner, 2001) e uma no nível de competente, optei por observar uma das peritas e a competente para perceber as diferenças entre os níveis descritos pela autora. Esta observação prende-se, também, com o facto de pretender verificar qual a atuação das enfermeiras na promoção do cuidado de si (Gomes, 2009), como referido anteriormente.

Após observação da interação entre as enfermeiras e os doentes que se encontravam a beneficiar de AD, procedi à análise das notas de campo (Apêndice XIII), à semelhança da análise dos registos de enfermagem, através da análise de conteúdo segundo Bardin (1997) e que segundo Fortin (1999, p. 364) “é uma estratégia que permite a identificação de um grupo de características que conferem um sentido ou uma definição de um determinado conceito.”

Neste caso, as áreas temáticas e as categorias foram definidas *a priori*, sendo as primeiras as cinco fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) e as segundas apenas pretenderam confirmar se se verificavam nas práticas de enfermagem com vista à promoção do cuidado de si.

RESULTADOS

Na área temática revelar-se, a primeira categoria definida foi **demonstra conhecimento acerca da pessoa**, onde foram identificadas cinco UR que demonstram que ambas as enfermeiras conhecem bem o doente e o seu contexto de vida, como se verifica em dois desses registos: “(...) faz uma daquelas infeções respiratórias e já se sabe como é que é!” (**NCOP1**) (virou-se para mim e informou-me que a doente fazia muitas infeções respiratórias) e “quando vai a algum lado tem que dizer que tem uma insuficiência cardíaca e que é portador de *pace-maker*.” (**NCOP2**) É importante que o

enfermeiro mobilize as suas capacidades comunicacionais para conhecer a pessoa que tem perante si, bem como dar a conhecer-se (Gomes, 2009).

Na área temática envolver-se, a categoria **promove um ambiente seguro** foi referida em duas UR, “quando acha que pode ir buscar a medicação?” (**NCOP1**) e, neste contexto, a enfermeira perita telefonou para o HDIC para marcar uma consulta. A enfermeira competente promoveu um ambiente seguro, fazendo ensino sobre a doença e alertando para situações que possam surgir, “então é importante dizer que tem insuficiência cardíaca? Porquê? Por exemplo, nós dizemos que só pode beber um litro de água por dia, mas se for à nefrologia dizem-lhe para beber dois litros. Por isso tem sempre que dizer a todos o que tem para equilibrar todas as suas doenças.” (**NCOP2**) Gomes (2009) refere que promover um ambiente seguro, estabelecendo tempo e espaço para a manutenção de uma relação de qualidade, é fulcral para haver um envolvimento entre a enfermeira e o doente, contribuindo para uma situação de bem-estar. Hesbeen (2000, p.100) defende que “a arte do prestador de cuidados, a que também se pode chamar arte do terapeuta, é aquela que vai em auxílio de uma pessoa para contribuir para o seu bem-estar, para a saúde”.

A categoria **promove confiança** foi identificada através de duas UR, mas apenas da enfermeira perita. A confiança é um sentimento a ter em conta nas relações interpessoais. A segurança do agir traz confiança e conforto ao doente que se encontra a vivenciar uma experiência negativa e que pode comprometer o seu bem-estar. Para demonstrar que a confiança deve estar presente em situações que possam comprometer o conforto e bem-estar do doente, na promoção do cuidado de si, passo a citar as duas frases da enfermeira perita onde esta demonstra a promoção de confiança: “Temos que pensar positivo. Quanto tempo falta para acabar a mensalidade? Dois anos?” (**NCOP1**) e “já sabe que são dois anos e depois as coisas equilibram. Já sabe que há fases boas e fases piores.” (**NCOP1**) Mais uma vez Gomes (2009) realça que é importante demonstrar-se disponibilidade de tempo para conhecer melhor o doente, promover um ambiente seguro e caminhar no sentido de uma relação de confiança.

Na área temática capacitar e possibilitar, a categoria **promove uma ação conjunta**, apenas foi confirmada na atuação da enfermeira perita, através de uma UR, quando tentou, em conjunto com a doente, solucionar um problema que interferia com a evolução satisfatória da sua situação de doença, conforme demonstrado na frase:

“vai levar esta listagem a uma farmácia e eles que façam uma relação de quanto custa cada medicamento e para quanto tempo dá, para entregar à assistente social. Eles que carimbem a folha de terapêutica. Se a conseguir levar na terça falamos com ela.” **(NCOP1)** Segundo Hesbeen (2000, p. 67) “os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim, numa ação interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas”.

No que diz respeito à categoria **previne e antecipa complicações** identificaram-se seis UR, como por exemplo: “(...) não está a fazer a medicação e (...) pode fazer um AVC.” **(NCOP1)** e “com o Varfine[®] pode ter uma hemorragia e por isso tem que estar atento às perdas de sangue, como nas fezes, nas gengivas.” **(NCOP2)**

As restantes categorias apenas foram identificadas na enfermeira perita.

Da área temática comprometer-se, a categoria **promove a autonomia** apresentou uma UR. Este registo surge quando a enfermeira perita orientou a doente no sentido de promover o cuidado de si, como se pode verificar nesta intervenção: “vai levar esta listagem a uma farmácia e eles que façam uma relação de quanto custa cada medicamento e para quanto tempo dá, para entregar à assistente social. Eles que carimbem a folha de terapêutica. Se a conseguir levar na terça falamos com ela.” **(NCOP1)** Neste sentido, devem desenvolver-se algumas estratégias para transformar uma capacidade potencial numa capacidade real (Gomes, 2009.)

Na última área temática, o assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro, estabeleceram-se duas categorias: a **partilha de poder** com identificação de três UR, sendo evidente o assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro: “quer combinar uma visita aqui ou lá (HDIC) com eles e explico o que é a doença e os riscos que corre?” **(NCOP1)** e “decida se quer ou se não quer que eu fale com eles.” **(NCOP1)**; e a categoria **permite seguir a sua trajetória de vida** presente em três UR, como por exemplo: “vou-lhe deixar uns Captopril[®] e toma um de manhã enquanto não comprar o Coversyl[®].” **(NCOP1)** Se o doente estiver informado, consegue gerir melhor a sua situação de doença e qual o melhor percurso a seguir, assim como o enfermeiro garante que o doente idoso possa seguir a sua trajetória de vida, existindo partilha de poder (Gomes, 2009).

Observou-se que a enfermeira perita contemplou as cinco fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) e a enfermeira competente, apenas contemplou as três primeiras fases.

3.5.2 – Fase de desenvolvimento

1.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Promover cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa, nomeadamente ao doente idoso, com IC, polimedicado com não adesão à terapêutica medicamentosa.

ATIVIDADE – ESTUDO DE CASO

O adquirir competências como enfermeira especialista e tornar-me perita na saúde do idoso foi um dos grandes objetivos do meu estágio, pelo que senti necessidade de elaborar um estudo de caso (Apêndice XIV). Este estudo permitiu-me consolidar conhecimentos relativamente ao doente idoso, com IC, polimedicado, compreender mais profundamente a não adesão à terapêutica medicamentosa, bem como permitiu, ainda, avaliar a pessoa idosa portadora de doença crónica na sua vertente multidimensional. Segundo Benner (2001, p. 50) “as enfermeiras aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação.”

O primeiro encontro com a D. A. foi durante a AD, aquando da aplicação da MAT e do questionário de colheita de dados. Uma vez que esta não revelou adesão à terapêutica medicamentosa, considerei importante para a minha aprendizagem compreender esta situação. Saliento o facto de a D. A. ter colaborado e participado ativamente no desenvolvimento deste trabalho, tendo possibilitado a criação de laços de proximidade e de empatia entre ambas.

O ponto de partida foi a valorização das necessidades da D. A., dando credibilidade à minha prestação de cuidados. Neste sentido, para definir intervenções eficazes e adequadas às suas necessidades, foi necessário identificar as suas potencialidades e vulnerabilidades, tendo a avaliação global permitido identificar a sua capacidade funcional e cognitiva.

Suh, Ju, Yeon e Shah (2004) referem que a incapacidade de realização das AVD e AIVD, bem como a perda das funções cognitivas têm um impacto *major* na qualidade de vida das pessoas idosas e dos seus cuidadores.

Assim, com o objetivo de melhor conhecer a capacidade funcional da D. A., pareceu-me pertinente aplicar duas escalas de avaliação, ou seja, o Índice de Barthel e a Escala de Avaliação Lawton e Brody (Anexos IV e V). Concomitantemente, optei por avaliar o défice da função cognitiva, pelo que apliquei a Escala de Avaliação Breve do Estado Mental (Anexo VI). Por outro lado, o risco de queda também se apresentou

como um problema para a D. A., uma vez que esta deambula com o auxílio de uma bengala e apresenta uma marcha lenta. Perante isto avaliei o seu risco de queda através da Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse (Anexo VII).

RESULTADOS

Perante a avaliação global realizada, considero que mantive um trabalho em parceria com a doente acompanhando-a durante quase todo o percurso do estágio, mas respeitando sempre o seu espaço e tempo. Um dos pontos fortes da realização deste trabalho foi o conhecimento que adquiri relativamente ao doente idoso, com IC, polimedicado, num contexto diferente do que habitualmente vivencio na minha experiência profissional. Desta forma, realço a visibilidade que a realização deste estudo de caso me deu para perceber que o doente, enquanto ser humano, mesmo portador de doença crónica pode ter objetivos de vida, bem como situações quotidianas que lhe podem dar ânimo e força para continuar a sua trajetória de vida.

No entanto, e apesar de ter respeitado as fases do Modelo de Parceria descrito por Gomes (2009), a D. A. continua a demonstrar incapacidade para assumir o cuidado de si no que respeita à adesão à terapêutica medicamentosa. Não cumpre a terapêutica prescrita, à exceção do Lasix[®], o que condiciona o seu prognóstico e a sua qualidade de vida. Com intenção de promover o seu bem-estar e o controlo da doença, aumentou-se o número de consultas no HDIC, assim como as visitas domiciliárias passaram a ser frequentes.

Com a realização deste estudo pude perceber que o modelo de parceria como promotor do cuidado de si contribui para que o cuidado esteja mais centrado no doente idoso e, deste modo, fazendo com que ele possa ter mais controlo sobre o seu projeto de saúde e de vida ou prosseguir a sua trajetória de vida. Este modelo de cuidados defende que, quando o doente idoso com dependência e vulnerabilidade não tem capacidade de autonomia, ou seja, quando não é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação, a estratégia passa pela construção de uma ação em que o enfermeiro assegura o do cuidado que o outro devia ter consigo próprio, tendo como base os conhecimentos que detém da pessoa, obtidos através da sua família e agindo tendo em conta os princípios e valores da profissão ou capacitando a família ou pessoa significativa para o fazer (Gomes, 2009).

ATIVIDADE – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

Com o objetivo de promover o meu crescimento enquanto enfermeira especialista e perita na saúde do idoso, no período compreendido entre 10/10/2011 e 21/11/2011, passei a acompanhar as colegas na AD, com a finalidade de me integrar nos cuidados prestados pelas enfermeiras do HDIC durante a realização da mesma.

Durante este período, senti-me como parte integrante da equipa, tive oportunidade de conhecer as atividades que realizam, as dificuldades com que se deparam e o modo como as solucionam.

A AD é uma vantagem para o controlo da IC, induzindo a promoção da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente, o medicamentoso. Com este apoio, o doente idoso, adquire uma melhor capacidade para se adaptar à sua situação de doença.

Esta engloba três fases: a pré-sessão, a sessão propriamente dita e a pós-sessão. Este processo permite a continuidade dos cuidados, não havendo necessidade de ser sempre a mesma enfermeira a acompanhar os mesmos doentes.

Na pré-sessão, em caso de seguimento e não de primeira vez, tem-se em conta o que foi avaliado na primeira visita ou visita anterior, verifica-se quantas vezes o doente recorreu ao HDIC, durante aquele período, quais as causas e a sua resolução para que se possa atuar dando resposta aos problemas.

Na sessão propriamente dita faz-se a avaliação dos parâmetros vitais, peso (se o doente tiver balança), estado geral (edemas, mucosas, perímetro abdominal), despiste de sinais e sintomas de descompensação da IC, ensino relativamente à gestão de esforços, alimentação, ingestão hídrica, terapêutica medicamentosa, esclarecimento de dúvidas e, se necessário, administração de Lasix[®] endovenoso. Durante a sessão a enfermeira disponibiliza tempo para que os doentes possam partilhar preocupações, vivências ou qualquer assunto que constitua um problema para eles, pelo que o tempo que se demora nas visitas domiciliárias é imprevisível.

Na pós-sessão descreve-se resumidamente o que foi realizado na sessão. Realça-se o que deve ser avaliado na visita seguinte, assim como se fazem contactos com outros profissionais (dietista, assistente social, psicóloga, farmácia hospitalar, etc), para que, quando os doentes recorrerem ao HD para a consulta de seguimento, essas questões já estejam resolvidas ou encaminhadas.

RESULTADOS

Procurei sempre conhecer a identidade do doente idoso e o seu potencial, completando os registos de enfermagem com informações relevantes para o seu processo de transição de saúde/doença na adesão à terapêutica medicamentosa, quer a nível de diagnósticos, quer a nível de intervenções desenvolvidas e resultados obtidos em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador. O conhecimento adquirido junto dos mesmos, aliado ao conhecimento que detenho sobre o processo de envelhecimento, impacto da doença crónica e estratégias promotoras de adesão à terapêutica medicamentosa, ajudaram-me a desenvolver intervenções de enfermagem com resultado positivo na diminuição da não adesão.

Por outro lado, a informação aprofundada sobre o doente idoso e o seu contexto e história de vida possibilitou identificar mais precocemente as necessidades específicas na adesão à terapêutica medicamentosa, como por exemplo, relativamente às dificuldades financeiras atuais. Consegui identificar expectativas e aumentar a colaboração nos cuidados, conhecer os problemas e formas de ajuda, bem como identificar recursos disponíveis. Envolver os doentes idosos nos cuidados, convidando sempre que possível o cuidador a participar nos mesmos, revelou-se uma mais-valia na implementação de intervenções para acompanhar e promover o seu processo de transição saúde/doença.

Assim, considero que me integrei com facilidade nos cuidados prestados aos doentes com IC e/ou cuidador no domicílio. Senti-me à vontade e fui adquirindo confiança e autonomia na avaliação multidimensional do doente idoso, bem como da sua adesão à terapêutica medicamentosa.

2.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar intervenções de enfermagem, em parceria com a equipa de enfermagem, que contribuam para a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado na promoção do cuidado de si.

ATIVIDADE – REVISÃO DA LITERATURA

Com vista a aprofundar conhecimentos sobre o problema, integrar uma prestação de cuidados especializados à pessoa idosa com base na evidência científica e adquirir orientações para dar continuidade ao meu trabalho, foi realizada, ao longo de todo o percurso, pesquisa bibliográfica. Esta, foi iniciada na fase de elaboração do

projeto, durante o desenvolvimento das atividades e terminou aquando da apresentação dos resultados.

No entanto, e uma vez que a finalidade deste projeto passava por fomentar a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado para a promoção do cuidado de si, surgiu a necessidade de fazer uma pesquisa de literatura direcionada para as intervenções de enfermagem promotoras da adesão à terapêutica medicamentosa. Esta pesquisa seguiu as diretrizes básicas de uma revisão sistemática da literatura e decorreu no período compreendido entre 03/10/2011 e 30/11/2011 (Apêndice XV).

Para a concretização desta revisão, foi elaborada uma questão orientadora em formato PICO: “Que intervenções de enfermagem (I) são promotoras do cuidado de si (O) para o doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado (P) com não adesão à terapêutica medicamentosa?”

A pesquisa de literatura teve em conta os artigos publicados em texto integral e restringida a um período de seis anos (2005-2011), tendo sido consultadas as bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS*, *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, *ACADEMIC SEARCH COMPLETE*, disponíveis no motor de busca EBSCO.

As palavras-chave utilizadas foram: *nursing strategies*, *elderly*, *non-adherence*, *nursing interventions*, *self-care promotion*, *heart failure* e *elderly multiple medication*.

Esta revisão permitiu-me identificar intervenções de enfermagem para a promoção do cuidado de si, que possibilitam trabalhar o problema da não adesão à terapêutica medicamentosa dos doentes idosos, com IC, polimedicados.

RESULTADOS

Numa reflexão final, após a análise dos artigos que se encontra em apêndice, conclui-se que a área da adesão à terapêutica medicamentosa merece o desenvolvimento de novas metodologias, quer na sua avaliação quer nas intervenções a desenvolver, uma vez que existem diversas formas de intervir, mas nenhuma é realmente eficaz. No entanto, foram estas formas de intervir que serviram de base à nossa atuação.

3.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Implementar, em parceria com a equipa de enfermagem do HDIC, o instrumento de avaliação Medida de Adesão aos Tratamentos.

ATIVIDADE – ELABORAÇÃO DA FOLHA DE REGISTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

De 23/11/2011 a 28/11/2011, com base nos resultados obtidos na revisão da literatura, elaborou-se uma folha de registo de intervenções de enfermagem para aplicar aos doentes com IC polimedicados com não adesão à terapêutica medicamentosa (Apêndice XVI).

Esta folha funciona como uma *check-list* com o objetivo de verificar o que já foi realizado e o número de vezes, para solucionar o problema da não adesão à terapêutica medicamentosa e, desta forma, capacitar o doente para o cuidado de si.

A folha de registo é composta por oito itens. No primeiro item pretende-se perceber qual o medicamento que o doente considera mais importante, uma vez que, segundo o estudo Elliott, Ross-Degnan, Safran e Soumerai (2007), o facto de o doente não aderir a um medicamento não quer dizer que não adira a outro.

O segundo item verifica se o esquema terapêutico foi discutido com o doente. Para Gomes (2009) o envolver o doente no processo de cuidados, representa que o enfermeiro deve partilhar a informação que possui com este. O enfermeiro deve ainda promover uma ação conjunta de modo a capacitar o doente para o cuidado de si, através de um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado com a partilha de responsabilidade e poder.

O terceiro item tem como objetivo registar se se envolveu o doente como parceiro na tomada de decisão, na medida em que se devem criar oportunidades para que a pessoa esteja envolvida, ativamente, no seu processo de cuidados e em decisões que influenciam a sua vida.

O quarto, quinto e sexto itens pretendem registar se foi partilhada e lembrada informação relacionada com o regime terapêutico medicamentoso do doente idoso polimedicado e que se encontra a vivenciar uma situação de incumprimento terapêutico, se se apoiou o mesmo na gestão desse regime e se se desenvolveram abordagens de educação terapêutica e motivacionais, uma vez que os reforços periódicos educacionais ajudam a manter os níveis de adesão (Williams, Manias & Walker, 2008).

O sétimo item regista os processos motivacionais, isto é, se o enfermeiro reforça positivamente os benefícios da adesão à terapêutica medicamentosa, lembrando a importância da mesma para o seu conforto e bem-estar.

O oitavo item visa a necessidade de articulação com outros serviços de saúde ou sociais, de modo a assegurar o cuidado do outro. No assegurar o cuidado do outro, o enfermeiro garante que o doente idoso, com IC, polimedicado e com não adesão à terapêutica medicamentosa possa seguir a sua trajetória de vida (Gomes, 2009).

RESULTADOS

A elaboração e implementação desta folha de registo de intervenções de enfermagem promotoras da adesão à terapêutica medicamentosa revelou-se adequada na capacitação do doente idoso para o cuidado de si, uma vez que promove a autonomia, o conforto, o reforço positivo, ajuda a compreender as escolhas do doente e facilita o acesso a recursos (Gomes, 2009).

ATIVIDADE – 2.ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

Com a finalidade de divulgar os resultados relativos ao número de doentes com não adesão à terapêutica medicamentosa e apresentar as intervenções de enfermagem para a promoção da mesma, no dia 05/12/2011, realizou-se uma nova sessão de formação com o tema: “Adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso com insuficiência cardíaca polimedicado” (Apêndice XVII).

Esta sessão serviu, também, para debater a folha elaborada e a sua aplicabilidade. Estiveram presentes dois (40%) elementos da equipa e dois colegas do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

RESULTADOS

As colegas acharam que esta folha, de um modo geral, se encontrava bem construída. No entanto, sugeriram que fosse acrescentada a descrição das estratégias/intervenções e um espaço onde se pudesse registar as avaliações realizadas de modo a dar continuidade aos cuidados.

Foi criado um documento da MAT, em *pdf*, que ficou no “ambiente de trabalho” do computador da secretária de unidade, para quando esta tirar os processos clínicos para as consultas no HDIC inserir um exemplar em cada um. Quanto à folha de registo das intervenções, arquivou-se num dossiê identificado que ficou no posto de enfermagem do HDIC.

Assim, durante esta reflexão em equipa, achou-se pertinente iniciar a aplicação da MAT e de intervenções a todos os doentes do HDIC, pelo que ficou estipulado o seu início para o dia 19/12/2011.

4.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Implementar intervenções de enfermagem, em parceria com a equipa de enfermagem, ao doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador, para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa, visando o cuidado de si.

ATIVIDADE – IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Durante o período compreendido entre 07/12/2011 e 16/12/2011 procedeu-se à implementação das intervenções direcionadas para os doentes com não adesão, com o intuito de promover o cuidado de si capacitando-os para a gestão do seu regime terapêutico medicamentoso e, desta forma, garantir o controlo da doença e a melhoria da sua qualidade de vida.

Salienta-se o facto de, entretanto, um dos doentes idosos ter negado a sua participação, pelo que apenas foi possível trabalhar com seis doentes.

Durante a implementação das intervenções de enfermagem, baseadas na evidência científica, caminhou-se no sentido de um trabalho em parceria percorrendo as cinco fases descritas por Gomes (2009) para a promoção do cuidado de si.

Enquanto enfermeira a desenvolver competências especializadas à pessoa idosa, o conhecimento que já detinha sobre estes doentes e das suas experiências de vida, possibilitaram o desenrolar desta atividade. Neste contexto, o enfermeiro deve promover o cuidado atuando segundo os valores e os princípios da eficácia terapêutica e do conhecimento que este detém da identidade e do contexto de vida da pessoa que tem perante si (Gomes, 2009).

Manteve-se uma escuta ativa para perceber qual a opinião do doente idoso, relativamente ao número de tomas e ao horário destas, bem como se tentou conhecer qual a ordem de importância de cada medicamento. Gomes (2009) refere que se o enfermeiro demonstrar competência técnica e relacional, preocupação e partilha, o doente idoso tem mais facilidade em envolver-se no seu processo de cuidados.

As intervenções de enfermagem promotoras da adesão passaram, também, pelo reforço do ensino sobre a sua doença e prognóstico, esquema terapêutico medicamentoso, riscos, benefícios e possíveis reações adversas dos medicamentos.

Com este ensino procurou-se informar o doente idoso, de modo a que este consiga gerir a sua doença e decidir qual o melhor caminho a seguir. Neste sentido, foram evidenciados os esforços conjuntos para atingir o principal objetivo que era assegurar ou assumir o cuidado de si na perspetiva de uma correta adesão à terapêutica medicamentosa.

A parceria, segundo Gomes (2009), permite manter compromissos apesar da existência de eventuais conflitos, na medida em que existe uma melhor compreensão dos significados da experiência de cada um dos intervenientes englobados neste processo.

RESULTADOS

Pôde constatar-se que muitos doentes, incluindo os que não beneficiavam de AD, apresentavam incumprimento terapêutico devido a causas financeiras. Esta causa é facilmente identificável através do item n.º seis da MAT (“alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?”), que permite perceber se o doente apresenta ou não algum tipo de dificuldade financeira.

Este é um problema com que nos deparamos atualmente e uma vez que se pretende assegurar o cuidado do outro, contactar os serviços sociais e facilitar o acesso a recursos, transforma-se numa competência da enfermagem. Meleis (2007) refere que o enfermeiro deve estar atento aos fatores que influenciam o processo de transição, nomeadamente, as expectativas da pessoa, o nível de conhecimento e de habilidade, o ambiente envolvente, o bem-estar físico e emocional, as ofertas da comunidade e os apoios sociais.

3.5.3 – Fase de avaliação

1.º OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar os resultados das intervenções de enfermagem, desenvolvidas em parceria com a equipa, relativamente à promoção do cuidado de si na adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado e/ou cuidador.

ATIVIDADE – ENTREVISTA

Para a concretização deste objetivo, conforme mencionado anteriormente, procedeu-se à realização de entrevistas semiestruturadas.

O horário eleito para a sua realização foi sempre no período da manhã, no HDIC, numa sala disponibilizada para o efeito, criando um ambiente calmo e, conseqüentemente, clima de abertura, clareza e espontaneidade.

As entrevistas foram gravadas de forma a evitar enviesamentos de memória e tiveram uma duração de, aproximadamente, quinze a vinte minutos, tendo esta variação dependido da informação partilhada. Procedeu-se à sua transcrição para facilitar a análise.

Contudo, antes da realização das entrevistas, foi elaborado um guião de entrevista com questões orientadoras (Apêndice XVIII) que teve como objetivos: obter elementos para a caracterização dos idosos participantes e/ou cuidador; identificar o conhecimento/informação do doente idoso polimedicado, com IC, com não adesão à terapêutica medicamentosa, relativamente à sua situação de doença, ao seu regime terapêutico medicamentoso, a sua participação nos cuidados e o modo de articulação com os serviços de saúde; e aprofundar e validar a informação adquirida. Este guião foi estruturado em três blocos, de modo a alcançar os objetivos descritos anteriormente (Apêndice XIX).

No entanto, para verificar se todas as questões eram compreendidas pelos inquiridos da forma prevista, se não existiam perguntas inadequadas à informação pretendida ou se existia alguma lacuna relativa à carência de perguntas relevantes, bem como averiguar se os inquiridos consideravam a entrevista adequada e pertinente, realizou-se um pré-teste. O pré-teste foi realizado a um doente idoso, com IC, polimedicado pertencente aos participantes selecionados.

Segundo Polit e Hungler (1995, p.169) “um pré-teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências, além disso, se ele solicita o tipo de informação que deseja.”

Assim, houve uma abordagem inicial por via oral, comunicando a existência do estudo e a seleção do doente idoso como elemento pertencente à população selecionada, sendo que este poderia recusar. Posteriormente, foi apresentado o consentimento informado, destinado a cada um dos elementos.

Foi fundamental, desde o primeiro contacto, criar um clima de confiança, desenvolvendo uma relação positiva, evitando barreiras e tendo sempre presente que a quantidade e qualidade dos dados obtidos são diretamente proporcionais à qualidade

da relação estabelecida entre os intervenientes. Uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto nos sentimentos positivos como nos sentimentos negativos (Watson, 1985), sendo indispensável que o doente tenha confiança no enfermeiro, mas também implica que este tenha confiança nas suas capacidades e competências para aderir ao regime terapêutico medicamentoso (Catela & Amendoeira, 2010).

Os sentimentos podem mudar pensamentos e influenciar comportamentos (Watson, 1985), logo o enfermeiro deve estar atento aos sentimentos do doente idoso para manter e promover a saúde e ajudá-lo a ultrapassar momentos de transição.

Assim, conforme previsto, foi realizado um pré-teste a um doente que cumpria os critérios de inclusão, no dia 4 de janeiro de 2012 (Apêndice XX).

Da análise da entrevista concluiu-se que este instrumento se revelou adequado para a análise dos resultados das intervenções desenvolvidas para a promoção do cuidado de si, não se detetando a necessidade de qualquer alteração, pelo que foi aplicado durante as entrevistas.

As entrevistas seguiram um planeamento e condução idêntica ao descrito anteriormente para o pré-teste e foram efetuadas entre 13 e 18 de janeiro de 2012 aos restantes doentes idosos com não adesão à terapêutica medicamentosa.

As suas transcrições decorreram no período compreendido entre 19/01/2012 e 24/01/2012, tentando refletir na palavra escrita, a dimensão dramática da expressão oral, de forma a garantir uma fiel interpretação e análise dos dados (Apêndice XXI).

Assim, as áreas temáticas e as categorias foram definidas através dos indicadores da 5.^a fase do Modelo de Parceria para verificar se o doente idoso com não adesão à terapêutica medicamentosa conseguia assumir o controlo do cuidado de si (Quadro n.º 2).

Quadro n.º 2 - Áreas temáticas e categorias definidas através da 5.ª fase do Modelo de Parceria

Áreas Temáticas	Categorias
Conhecimento da Situação de Doença	• Demonstram conhecimento acerca da sua doença
	• Antecipam o que lhes vai acontecer
	• A informação é adequada
	• Aceitam a doença
Conhecimento do Regime Terapêutico Medicamentoso	• A informação permite assegurar o trajeto de vida
	• Percebem o regime terapêutico
Participação nos Cuidados	• Participam nos cuidados
	• Sentem confiança
	• A informação responde às necessidades
Articulação com os Serviços de Saúde	• Articulam com os serviços de saúde

Neste contexto, a cada categoria correspondeu o resultado da análise feita através das respostas dadas pelos doentes às questões colocadas (Apêndice XXII).

RESULTADOS

Na área temática, conhecimento da situação de doença, definiram-se cinco categorias representadas num total de 26 UR: demonstram conhecimento acerca da doença; antecipam o que lhes vai acontecer; a informação é adequada; aceitam a doença e a informação permite assegurar o trajeto de vida.

Na categoria **demonstram conhecimento acerca da sua doença** identificaram-se sete UR. Como os exemplos que se seguem: “Sei, é a doença do coração.” (**CC1**) e “A principal é o coração.” (**DC1**)

O conhecimento do doente acerca da doença e do tratamento proposto influencia diretamente a adesão do mesmo ao tratamento medicamentoso (Gimenes *et al*, 2009).

A categoria, **antecipam o que lhes vai acontecer** esteve presente em sete UR, sendo exemplo disso: “Percebo. Começo a tremer e fica aqui assim uma impressão, não é a doer é um ‘ardimento’.” (**AC1**) e “Às vezes sinto tonturas, outras vezes dor de cabeça e mais coisas.” (**CC1**)

O conhecimento acerca da doença, nomeadamente dos seus sinais e sintomas, permite a identificação do agravamento da doença antecipadamente. Portanto, quanto mais informado o doente estiver, melhor consegue gerir a sua situação de doença.

Da categoria, **a informação é adequada** emergiram cinco UR, pelo que se citam duas dessas unidades: “São. Elas são todas adequadas porque eles estudaram tudo até ‘donde’ puderam.” **(BC1)** e “Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos.” **(EC1)**

Carvalho, Gomes, Dinis, Mesquita, e Mestrinho (2007) referem que receber informação é um factor que influencia positivamente a participação do doente no seu processo de cuidados.

Aceitam a doença foi a quarta categoria definida, identificada através de três UR, como por exemplo: “Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos.” **(EC1)** (foi-lhe perguntado se a informação dada pelos enfermeiros a ajudavam a aceitar a sua doença).

Na quinta e última categoria, **a informação permite assegurar o trajeto de vida** foi visível em quatro UR, como se pode verificar em duas dessas frases: “Sim, sim, sim, mais ou menos (...) Como por exemplo o não comer certas coisas, azeitonas estou também proibida de lhe tocar (ri-se).” **(EC1)** e “Pronto, essas coisas todas e eu tenho consciência nisso. Café também não posso beber. De resto, gorduras também não como, como tudo grelhado, mais à base de peixe, de carne e tudo o que é grelhado (...)” **(EC1)**

Na área temática, conhecimento do regime terapêutico medicamentoso, apenas se definiu uma categoria, com 19 UR, sendo esta **percebem o regime terapêutico medicamentoso**. Neste contexto, citam-se três frases que corroboram esta categoria: “Sim, sim, sim sei. Os da manhã em jejum, há uns que devia tomar mais compensados, um mais cedo outro mais tarde, mas às vezes tomo quase junto, vai tudo junto. Mas tomo tudo.” **(EC2)**, “Claro. E eu não sou parva nenhuma, porque já os trago aqui (mostrou uma caixinha com os comprimidos) ‘pró’ almoço porque já não vou a casa.” **(EC2)** e “Sei. Tudo, tudo. Está escrito na caixa e tenho este papel.” **(FC2)**

Segundo Gimenes *et al* (2009) a percepção do doente sobre o benefício do regime terapêutico leva a maior adesão à terapêutica medicamentosa.

A adesão à terapêutica é um fenómeno complexo e influenciado por vários factores, sendo que a crença do doente acerca dos medicamentos pode ser a chave em relação à adesão à terapêutica medicamentosa. Frequentemente, os doentes tomam decisões sobre tomar ou não um medicamento, baseado nas informações recebidas acerca dos mesmos (Rubin, 2005).

Relativamente à área temática, participação nos cuidados, delinearam-se três categorias presentes em 15 UR: participam nos cuidados; sentem confiança e a informação responde às necessidades.

Na categoria, **participam nos cuidados** surgiram duas UR, sendo uma delas: “É a minha filha (...) Prepara, mas eu vou ver se está certo.” **(BC3)**

Segundo Carvalho *et al* (2007), a participação nos cuidados permite dar a conhecer o que os doentes estão a pensar e a sentir, possibilitando uma prestação de cuidados direcionados ao problema de uma forma mais rápida. A mesma autora refere que, para que a participação do doente no seu processo de cuidados seja possível, é necessário haver trocas de informação e que esta determine o grau de envolvimento do doente.

Outro aspeto relevante é que os doentes devem ser considerados como participantes ativos na escolha do regime terapêutico. Quando o profissional de saúde delineia um plano de tratamento e considera a opinião do doente, este sente-se mais motivado e as suas crenças sobrepõem-se às preocupações acerca do medicamentos prescritos, o que leva a uma maior adesão (Gimenes *et al*, 2009).

Sentem confiança constituiu a segunda categoria desta área temática e foi identificada em oito UR. A noção de confiança incutida pelo enfermeiro reveste-se de sentimentos de segurança por parte do doente, como se pôde verificar nestas frases: “Sinto. Dão-me muita confiança.” **(BC3)** e “Sinto, ai sinto, sinto. Eu digo que elas são umas santas para mim (...) interessam-se com os doentes e têm cuidados com os doentes.” **(EC3)** São dois exemplos do seu sentimento de confiança.

Saliento a valorização que os doentes atribuem aos nossos cuidados, por um lado para nossa satisfação pessoal e profissional, por outro lado, servindo de estímulo para o aperfeiçoamento e investimento contínuo na enfermagem enquanto profissão.

Turnbull, Turnbull e Wilcox (2002) referem que a parceria se apoia em sete princípios, dos quais a confiança é o principal. Nenhum dos outros princípios se mantém se não existir confiança, sem ela a parceria é fraca ou pode nem existir.

Quanto à categoria **a informação responde às necessidades** esteve presente em cinco UR, sendo exemplo disso: “Vai. Quando há qualquer coisa que não está bem e eles trocam.” **(BC3)** e “Acho que sim, Sr. ^a Enfermeira.” **(DC3)**

Segundo Carvalho *et al* (2007, p.55) “a informação dada aos doentes, baseada nas necessidades individuais, aumenta a autonomia e o controlo, reduz a ansiedade e a dor e aumenta de uma forma significativa a sua recuperação.”

Na última área temática, articulação com os serviços de saúde, definiu-se uma categoria, **articulam com os serviços de saúde** com a presença de 11 UR, tal como demonstrado nestas duas frases: “Ligo para as Sr.^{as} Enfermeiras para pedir ao Sr. Doutor.” (**DC4**) e “Olhe, ligo ‘práqui’. É ‘práqui’ que eu ligo. Já me têm mandado receitas pelo correio.” (**EC4**)

Estas citações demonstram que quanto mais informado o doente estiver, melhor consegue gerir a sua situação de doença e, deste modo, qual o melhor caminho a seguir (Gomes, 2009).

Assim, os doentes e os enfermeiros devem criar uma parceria, de modo a que o doente mantenha o controlo sobre a sua vida, assente numa base de conhecimento e de participação nos cuidados. Estas são algumas das condições exigidas para se ser considerado como parceiro (Dinis, 2006).

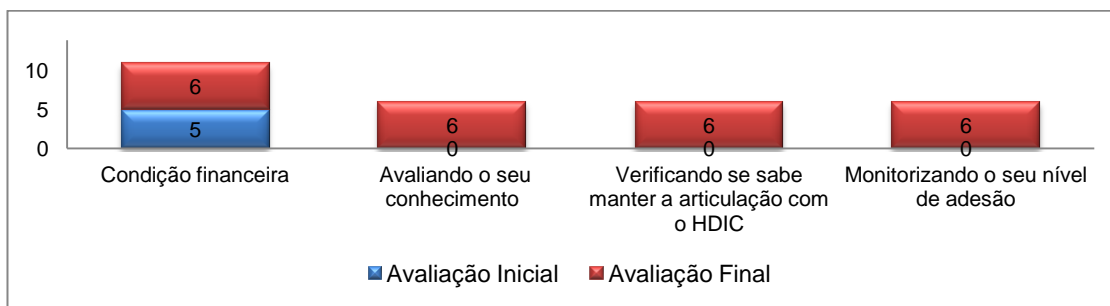
ATIVIDADE – ANÁLISE DOCUMENTAL FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

O Modelo de Parceria (Gomes, 2009) foi abordado e debatido com a equipa de enfermagem, pelo que foi feita uma análise documental final dos registos de enfermagem, na semana que decorreu entre 03/02/2012 e 10/02/2012 e, deste modo, perceber se a parceria, enquanto intervenção de enfermagem, tinha sido interiorizada pelas enfermeiras do HDIC e comprovada pelos seus registos. Para esta avaliação utilizei o mesmo guião de observação dos registos de enfermagem seguindo os indicadores da parceria.

RESULTADOS

A análise comparativa entre as fases inicial e final dos registos de enfermagem das cinco fases do Modelo de Parceria (Apêndice XXIII) não revelou alterações significativas, pelo que apenas se apresentam os dados onde se verificaram mudanças. Estas mudanças dizem respeito à condição financeira inserida na 1.^a fase da Parceria e à avaliação do conhecimento do doente, à manutenção da articulação com o HDIC e à monitorização do nível de adesão à terapêutica medicamentosa, incluídas na 5.^a fase da Parceria, como se pode verificar no gráfico n.º 6.

Gráfico n.º 6 – Análise comparativa entre a análise documental inicial e final dos registos de enfermagem



Esta alteração dos registos de enfermagem resultou do facto de se terem implementado intervenções de enfermagem para a promoção do cuidado de si na adesão à terapêutica medicamentosa e, concomitantemente, terem sido registadas nos processos dos doentes idosos com não adesão. Espera-se que, no futuro, e uma vez que a equipa de enfermagem do HDIC iniciou a aplicação da MAT a todos os doentes do HD, se iniciem registos de enfermagem que corroborem a mudança das práticas relativamente ao assegurar o cuidado de si. Quando os doentes não apresentarem adesão, implementar-se-ão intervenções de enfermagem direcionadas especificamente para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa com o objetivo de assegurar o cuidado de si e, desta forma, promover o bem-estar e uma melhor qualidade de vida.

No entanto, apesar de nem sempre os registos de enfermagem demonstrarem os cuidados efetivos, na realidade verificou-se, através das notas de campo de observação das práticas, que as enfermeiras do HDIC promovem uma ação conjunta que visam o cuidado de si.

ATIVIDADE - 3.ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

No dia 16/02/2012 realizou-se a 3.ª e última sessão de formação (Apêndice XXIV) que teve como objetivo apresentar à equipa os resultados obtidos ao longo do estágio. À semelhança da narrativa solicitada inicialmente, na fase de diagnóstico do projeto, acerca do que a equipa já fazia e o que sentia face à problemática da não adesão à terapêutica medicamentosa, foi pedida uma nova reflexão (Apêndice XXV), mas desta vez acerca do que se faria de modo diferente no futuro perante a problemática e após o desenvolvimento de atividades que tornaram viável o desenvolvimento deste projeto.

A adesão da equipa de enfermagem do HDIC à sessão de formação situou-se nos 75%, que corresponde a quatro elementos, incluindo a Enfermeira Chefe.

RESULTADOS

Relativamente ao futuro, no sentido do que fariam de modo diferente, as colegas referiram que encaminhariam o doente para a reflexão sobre os seus sintomas e diminuição da sua qualidade de vida, investiriam no conhecimento real do doente e do seu contexto de vida, ou seja, vê-lo-iam como um todo e, por fim, recorreriam aos familiares e a apoios sociais.

Estas respostas revelaram que o Modelo de Parceria como Intervenção de Enfermagem pode ser interiorizado e preconizado nas práticas de cuidados, uma vez que cada vez mais se procura englobar o doente na gestão do seu regime terapêutico de modo a promover o cuidado de si.

3.6 – Reflexão acerca dos resultados obtidos

Concluída a descrição das atividades desenvolvidas para cada objetivo específico e respetivos resultados, este capítulo incide sobre uma reflexão acerca do trabalho desenvolvido ao longo do projeto e dos resultados que se obtiveram na sua implementação.

Assim, com a finalidade de promover o cuidado de si nos doentes idosos, com IC, polimedicados desenvolveu-se um processo contínuo de revisão bibliográfica, que acompanhou todo o percurso, no sentido da construção de um referencial teórico e conceptual, que sustentasse a prática clínica e as atividades desenvolvidas com a equipa. Foram, igualmente, aprofundados conhecimentos sobre a relevância do conceito de transição e os seus domínios no âmbito da enfermagem, de forma a compreender como é que as intervenções de enfermagem podem influenciar a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado. Meleis (2007) refere que a enfermagem, como arte e ciência, facilita a transição da saúde e bem-estar das pessoas.

Realizou-se, também, uma revisão de literatura com o objetivo de identificar intervenções de enfermagem promotoras do cuidado de si no doente idoso, com IC, polimedicado com não adesão à terapêutica medicamentosa, pelo que foi selecionado o Modelo de Parceria como Intervenção de Enfermagem como instrumento para a operacionalização deste projeto. Gomes (2009) entende a parceria como um processo dinâmico e negociado entre enfermeiros, doentes e famílias, no sentido de alcançar um objetivo comum.

Neste sentido, no início do estágio comecei a aplicar o processo de parceria na prestação de cuidados ao doente idoso e/ou cuidador, de modo a desenvolver competências como enfermeira especialista nos cuidados direcionados à pessoa idosa.

No âmbito das competências de formação, realizaram-se sessões de formação com o objetivo de envolver e motivar a equipa, bem como dar a conhecer o trabalho que se foi desenvolvendo ao longo do estágio, alertando, desta forma, para a temática, expondo a evidência científica e contextualizando a problemática. Estas sessões permitiram o desenvolvimento de capacidades de liderança enquanto formadora, através da dinamização da equipa para a interiorização da problemática e envolvimento na implementação do projeto.

Quanto ao desenvolvimento de competências na área da educação para a saúde, puderam verificar-se aquando da realização de ensinamentos e de reforços sobre os mesmos. Desta forma, desenvolveram-se, em simultâneo, intervenções ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação ao doente idoso, com IC, polimedicado. A articulação com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente, assistente social, psicóloga e equipa médica, no âmbito da monitorização da adesão à terapêutica, também foi fortalecida no sentido de melhor responder às necessidades identificadas.

As atividades realizadas no decurso do estágio através da sensibilização para um trabalho em parceria e da otimização da resposta da equipa de enfermagem para a problemática, contribuíram para o desenvolvimento de competências ao nível da gestão de cuidados. Foi essencialmente ao nível da discussão de casos e das práticas de cuidados que lhes eram inerentes, que as intervenções de enfermagem foram refletidas, reformuladas e ajustadas aos recursos em prol da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado.

Assim, ao nível das competências de investigação, após a implementação das intervenções de enfermagem resultantes da revisão da literatura e aquando da entrevista, foi aplicada novamente a MAT. Dos sete doentes participantes do estudo, seis (85,7%) aceitaram fazer a reavaliação e um (14,3%) negou o seu consentimento. Assim, dos seis (100%) doentes reavaliados, três (50%) revelaram adesão à terapêutica medicamentosa.

Esta alteração no seu nível de adesão foi gratificante, uma vez que as intervenções de enfermagem implementadas, bem como o trabalho para a promoção do cuidado se si que se foi desenvolvendo ao longo do estágio, resultaram numa

mudança positiva na adesão à terapêutica medicamentosa, ou seja, numa transição bem-sucedida. Contudo, o trabalho diário realizado pelas enfermeiras do HDIC também possibilitou esta alteração no nível de adesão, resultando na capacitação do doente idoso para assumir o cuidado de si.

Segundo Meleis *et al* (2000), uma vez que uma transição é o resultado da mudança, o não querer regressar ao estado de saúde anterior é a forma da pessoa descobrir e descrever os efeitos e significados que a mudança envolve, resultando na alteração de comportamento.

Ainda com o intuito de responder aos objetivos deste projeto, procedeu-se à análise documental dos registos de enfermagem para perceber se as fases da parceria, definidas por Gomes (2009) e descritas anteriormente, se verificavam.

Neste sentido, as enfermeiras do HDIC reconheceram a importância de registar as informações relacionadas com a adesão à terapêutica medicamentosa. No entanto, a comparação entre as análises inicial e final dos registos demonstrou que apenas se verificaram alterações nos registos relacionados com a 5.^a fase do Modelo de Parceria. Estas alterações resultaram, eventualmente, da implementação de intervenções de enfermagem aos doentes alvo do estudo. Entretanto, com a implementação e extensão da MAT a todos os doentes do HDIC, espera-se que a equipa de enfermagem passe a registar dados relativos aos indicadores da parceria, uma vez que foi criada uma folha para esse efeito, assim como se desenvolveu um trabalho de sensibilização para a manutenção de uma ação conjunta com o objetivo de capacitar o doente idoso para a assunção do cuidado de si. Esta sensibilização passou pela partilha de experiências e dos resultados obtidos junto dos doentes idosos e/ou cuidador ao intervir em parceria com as mesmas. Não obstante, na realização das entrevistas, pôde aferir-se que os doentes após a implementação das intervenções de enfermagem promotoras do cuidado de si, particularmente, da adesão à terapêutica medicamentosa, revelaram conhecimentos que lhes permitem melhorar a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

3.7 – Implicações na prática

Ao finalizar este projeto considero que a avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa dos doentes idosos, com IC, polimedicados deve ser mantida, uma vez que o cumprimento terapêutico constitui-se como um preditivo de êxito para o controlo da doença e para a melhoria da qualidade de vida.

A equipa de enfermagem participou e avaliou como positivo o impacto do projeto com contributos significativos na sua prestação de cuidados. Considerou vantajosa a sua continuidade, pelos ganhos que conferiu à promoção do cuidado de si do doente idoso, com IC, polimedicado, estendendo, inclusive, a sua aplicação a todos os doentes do HDIC. Aqui, verificou-se uma mudança nas práticas, uma vez que a equipa introduziu um novo instrumento de medida, utilizando os resultados obtidos para uma intervenção direcionada para os seus doentes, bem como demonstrou ter interiorizado a importância de desenvolver um trabalho em parceria através de uma ação conjunta. Outra mudança verificada foi a aplicação de intervenções de enfermagem promotoras da adesão à terapêutica medicamentosa aos doentes que revelaram não adesão, baseadas na evidência científica e não de forma empírica, com a finalidade de capacitar o doente idoso para o cuidado de si.

Assim, pode dizer-se que o HDIC tem ao seu dispor todos os meios humanos e técnicos para proceder à capacitação do doente idoso que se encontra a vivenciar uma situação de saúde/doença e dar-lhe o encaminhamento necessário, nunca esquecendo a importância de um trabalho em parceria, tanto com este como com o cuidador. As enfermeiras compreenderam o benefício de encarar o doente idoso como um parceiro, uma vez que a adesão implica um papel ativo e de colaboração da pessoa no planeamento e implementação do seu regime terapêutico medicamentoso, não comparando os seus comportamentos com os de outros, mas tendo em conta a sua capacidade de tomar decisões e assumir as suas responsabilidades para conquistar a autonomia (Catela & Amendoeira, 2010).

Nesta perspetiva, seria benéfico alargar a monitorização da adesão à terapêutica medicamentosa a outros hospitais de dia, onde a população é, também, maioritariamente idosa, com doença crónica e polimedicada, pelo que considero pertinente divulgar os resultados obtidos neste relatório, diante da instituição onde se desenvolveu o projeto para que, se esta o considerar válido, se possa adequar a prestação de cuidados, de acordo com o perspetivado pelos doentes para a promoção do cuidado de si.

3.8 – Limitações do projeto

Este projeto, apesar dos resultados obtidos, comporta algumas limitações, principalmente no que respeita à duração estipulada para a sua implementação. Uma

vez que a sua finalidade passava por fomentar a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado em parceria com a equipa de enfermagem e com o doente idoso, 22 semanas de estágio revelaram-se insuficientes para proceder a uma avaliação fidedigna do impacto do mesmo na prática dos cuidados. Todos os processos que exigem uma mudança das práticas requerem tempo para interiorizar novos conhecimentos e novos modelos de atuação, pelo que o tempo estipulado para a implementação do projeto constituiu uma limitação. Outra limitação encontrada foi este projeto ter sido desenvolvido num serviço onde não desempenhava funções, o que tornou mais difícil a sensibilização da equipa de enfermagem para uma mudança das suas práticas.

4 – CONCLUSÃO

Com o atual envelhecimento da população temos de estar cada vez mais atentos às necessidades específicas da pessoa idosa e alargar os nossos campos de atuação, tendo em conta as suas necessidades.

A monitorização da adesão à terapêutica medicamentosa em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado na promoção do cuidado de si veio, desta forma, dar corpo a esta nova forma de estar nos cuidados, uma vez que a pessoa é encarada como um parceiro, corresponsável pela sua situação de saúde/doença, pelo que se transforma numa mais-valia para uma transição saudável. Na prestação de cuidados às pessoas idosas verifica-se que estas apresentam, frequentemente, como características comuns o diagnóstico de uma diminuição da capacidade funcional e cognitiva, o que determina a necessidade de assegurar o seu cuidado, quando esta efetivamente não revela capacidade para o fazer.

Assim, enquanto enfermeira especialista, pretende-se que haja uma capacitação para a intervenção em situações complexas, conseguindo responder às necessidades dos doentes de quem se cuida de forma eficiente, tendo em conta as múltiplas variáveis da pessoa.

No contexto da aquisição de competências nesta área específica, considero que adquiri conhecimentos relativos ao doente idoso, com IC, polimedicado, nomeadamente a importância da adesão à terapêutica medicamentosa, bem como a promoção do cuidado de si. Os conhecimentos adquiridos com o estudo e reflexão sobre o referencial teórico descrito ao longo deste trabalho, assim como a sua tradução na experiência praticada durante o estágio, foram determinantes para conseguir fazer uma avaliação precoce das necessidades do doente idoso, com IC, polimedicado e da sua adesão à terapêutica medicamentosa e intervir em parceria com ele prestando cuidados de enfermagem especializados, no sentido de se dar continuidade a estes cuidados em contexto domiciliário.

Ao nível das competências específicas do enfermeiro especialista considero que desenvolvi uma prática profissional e ética na área de intervenção, promovendo as práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Desempenhei um papel dinamizador na liderança, desenvolvimento e suporte das atividades realizadas na implementação deste projeto no HDIC, que conferiu ganhos à qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente, aos doentes

idosos, com IC, polimedicados com não adesão à terapêutica medicamentosa. Todas as atividades que realizei no decurso do estágio destinaram-se a sensibilizar e uniformizar a resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a restante equipa multidisciplinar, para a otimização da qualidade dos cuidados prestados ao doente idoso, com IC, polimedicado. Desenvolvi, também, o autoconhecimento, a assertividade e o aperfeiçoamento da prática de cuidados no sentido de uma maior perícia, bem como baseei a *praxis* em conhecimentos assentes na evidência científica. Desenvolvi, igualmente, competências ao nível da formação, gestão e investigação.

Assim, e mais uma vez com o objetivo de me tornar enfermeira especialista, é fundamental ter conhecimentos aprofundados dos modelos conceptuais e dos conceitos do metaparadigma de forma a ser capaz de analisar situações complexas e adequá-las à pessoa numa perspetiva de Enfermagem Avançada. Nesta linha de pensamento, a Teoria de Médio Alcance de Meleis (Meleis *et al*, 2000) foi uma mais-valia para a concretização deste projeto, uma vez que orienta os enfermeiros na implementação de estratégias de prevenção, promoção e intervenção, face à transição que está a decorrer, assim como o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) se revelou como um preditivo de êxito para a capacitação do doente idoso para o cuidado de si.

Enfermagem Avançada, segundo Silva (2007), significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizado pela inter-relação pessoal baseado em teorias de enfermagem e mais competência para a tomada de decisão. Desta forma, quanto maior for o conhecimento relativamente às teorias de enfermagem, maior é a perceção dos fatores que podem influenciar determinadas situações, objetivando as intervenções para cumprir o plano de cuidados.

Não posso deixar de mencionar que o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos científicos e teóricos nos cuidados à pessoa, com a maior perícia possível; deve colaborar e coordenar os enfermeiros iniciados nos assuntos relacionados com as pessoas alvo dos cuidados; deve ser um exemplo, um modelo a seguir, para os outros enfermeiros e deve, através da prática, da investigação e do estudo, promover o desenvolvimento de uma enfermagem com qualidade (Silva, 2007).

Considero, ainda, que na aquisição de competências aplicada à enfermagem, descrita por Benner (2001), me direciono para uma atuação mais intuitiva, característica comum da enfermeira perita, pois de acordo com esta autora, esta detém

uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende o problema sem divagar num rol de soluções e de diagnósticos estéreis.

Direcionando-me para o projeto que me propus desenvolver, e que veio responder a uma necessidade sentida no serviço, concluo que este foi de extrema importância, uma vez que cerca de 18% dos doentes idosos a quem foi aplicada a MAT, não apresentava adesão. Esta é uma percentagem considerável que corroborou a pertinência desta avaliação.

No entanto, após reavaliação do seu nível de adesão, em janeiro de 2012, verificou-se uma melhoria do *score* (50%). Estes resultados foram possíveis devido às intervenções de enfermagem implementadas em parceria com o doente idoso e/ou cuidador. Quando a equipa de enfermagem aceita o doente como um elemento da equipa, este sente que deve ser participativo no seu processo de cuidados, com capacidade para agir e decidir sobre questões relacionadas com a sua saúde e controlo da doença (Gomes, 2009).

Neste contexto, considero que atingi os objetivos que me propus inicialmente, corroborado pela minha coorientadora de estágio (Anexo IX), uma vez que houve um reconhecimento da importância de se realizar uma avaliação objetiva e estruturada da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com IC, polimedicado, por parte não só da equipa de enfermagem, mas também da restante equipa multidisciplinar, em especial da equipa médica. Esta avaliação não se restringiu apenas à aplicação da MAT, mas também ao desenvolvimento de um trabalho em parceria, no qual se reconhece a importância de assumir os idosos e os cuidadores como parte integrante da equipa de cuidados.

Assim, o trabalho em parceria apresenta muitos contributos para a prática, pelo que caminhar nesse sentido se torna fulcral, sendo que o enfermeiro tem um papel privilegiado na equipa multidisciplinar para integrar e definir estratégias com o doente idoso e/ou cuidador, conhecendo onde os cuidados são necessários e se vão desenvolver intervenções que lhes garantam uma gestão adequada da sua adesão à terapêutica medicamentosa (Henriques, 2006).

No final deste trabalho a equipa mantém-se motivada para dar continuidade à avaliação do nível de adesão à terapêutica medicamentosa em parceria com o doente idoso, com IC, polimedicado, o que revela a pertinência do trabalho desenvolvido. Acredito que a monitorização da adesão à terapêutica medicamentosa dos idosos é um

avanço nos cuidados de enfermagem, uma vez que situações de incumprimento terapêutico nesta população são cada vez mais frequentes. Neste contexto, integro um grupo de trabalho multidisciplinar que tem como finalidade promover o cuidado de si do doente idoso com doença crónica e família em contexto de internamento e de continuidade de cuidados, através de um modelo de intervenção em parceria. Este projeto encontra-se em desenvolvimento na UIDE.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aparasu, R.; Mort, J. e Brandt, H. (2005). Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Res Social Adm Pharm.* Vol. 1, nº 3, pp. 446-59.
2. Araújo, C.; Pinto, E.; Lopes, J.; Nogueira, L. & Pinto, R. (2008). *Estudo de Caso*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Educação. Braga. Orientada pela Doutora Clara Pereira Coutinho, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2008.
3. Archer, L. (1996). *Bioética*. Editorial Verbo, 1996, p. 2329.
4. Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1997, p. 225.
5. Barthel, D.W. e Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J*, 14:2, 1965.
6. Bell, J. (2002). *Como realizar um projeto de investigação*. 3ª Edição. Lisboa, Gradiva, 2002.
7. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
8. Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa.
9. Catela, A. & Amendoeira, J. (2010). Viver a adesão ao regime terapêutico: Experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco. *Pensar Enfermagem* Vol. 14 N.º 2, 2.º Semestre de 2010.
10. Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 1.ª ed. março 2010; p. 18. Imprensa de Ciências Sociais.
11. Carvalho, R.; Gomes, I.; Dinis, R.; Mesquita, C. e Mestrinho, M. G. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau, 2007, Formação e Saúde Lda.
12. Ceia, F.; Fonseca, C.; Mota, T.; Murais, H.; Matias, F.; Costa, C. & Gouveia-Oliveira, A. (2004). Epidemiologia da insuficiência cardíaca em Portugal continental: Novos dados do estudo EPICA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 23, pp. 15-22.

13. Chick, N., & Meleis, A.I. *Transitions: A nursing concern*. In Chinn, P.L. *Nursing research methodology*, (pp. 237-257): Aspen Publications. 1986
14. Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*. 1, pp. 81-100.
15. Dickson, V.V.; McCauley, L.A. & Riegel, B. (2008). Work-heart balance. The influence of biobehavioral variables on self-care among employees with heart-failure. *Continuing Education*. Vol. 56, nº 2, pp. 63-73.
16. Dickstein, K., Cohen-Solal, A. & Filippatos, G. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, pp. 2388-2442.
17. Dinis, R. (2006). *A Família do Idoso: Parceiro Esquecido? – Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família, Perspetiva dos Enfermeiros*. Lisboa. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde, orientada pelo Professor Doutor Hermano do Carmo, Universidade Aberta, 2006.
18. Elliott, R.A.; Ross-Degnan, A.; Safran, D.G. e Soumerai, S.B. (2007). Strategies for Coping in a Complex World: Adherence Behavior Among Older Adults with Chronic Illness. *Journal Of General Internal Medicine*, 2007 Jun; Vol. 22 (6), pp. 805-10.
19. ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) (2011). Regulamento do Mestrado. Publicado em 30 de novembro de 2011. Acedido a 10 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/Regulamentos/RegulamentoUCIsola das.htm>
20. Fauci, A.; Longo, D.; Kasper, D.; Hauser, S.; Jameson, J.L. & Loscalzo, J. (2008). Disorders of the Heart. In: *Harrison's Principles of Medicine*. 17th Edition. New York: The McGraw-Hill. 2008, p. 1443.
21. Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, p. 388.
22. Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2006.
23. Foucault, M. (1984). *Histórias da sexualidade – III – Cuidado de si*. Lisboa: Relógio D' Água Editores. ISBN:972-708-242-4

24. Gibbs, Graham (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Educational. Oxford Polytechnic Unit.
25. Gimenes, H.T.; Zanetti, M.L. & Haas V.J. (2009). Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; Janeiro-Fevereiro; 17(1).
26. Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "O erro de Narciso"*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa, 2002.
27. Gomes, I.; Carvalho, R.; Dinis, R.; Mesquita, C. e Mestrinho, M. G. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: *Formasau*, 2007, Formação e Saúde Lda.
28. Gomes, I. (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.
29. Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto (doc. Int.)*, Centro de Estudos Territoriais, ISCTE, Lisboa.
30. Haynes, R. (1981). "Introduction". In: *Compliance in Health Care*, eds. R. Haynes, D. Taylor e D. Sackett. 2.^a ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1-7.
31. Haynes, R. *et al* (2003). Interventions for helping patients to follow; prescriptions for medications. *The Cochrane Library*.
32. Henriques, A. (2006). *Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos: Revisão Sistemática*. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2006.
33. Heo, S.; Lennie, T.A.; Okoli, C. & Moser, D.K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*. Vol. 38, nº 2, pp. 100-108.
34. Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. XII, p. 201.
35. Hunt, S; Abraham, W & Chin, M. 2009. Focused Update Incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. *Circulation*. 2009, Vol. 119, pp. 391-479.
36. INE (Instituto Nacional de Estatística) (2005a). Hospital de Dia. Acedido a 27 de novembro de 2011. Disponível em: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=524&cnc_ini=03-12-2002

37. INE (Instituto Nacional de Estatística) (2005b). Projeções de População Residente, NUTS III, 2000-2050. *Revista de Estudos Demográficos*, Lisboa, n.º 40.

38. INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011). Anuário estatístico 2010. Acedido a 8 de fevereiro de 2012 http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=107965716&DESTAQUESmodo=2

39. ICN (Internacional Council of Nurses (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 1*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

40. Jones, G. (2003). Prescribing and taking medicines. *BMJ*. 2003; 337: pp. 819-20.

41. Kaufman, G. e Birks, Y. (2009). Strategies to improve patients' adherence to medication. *Nursing Standard*, 2009 Aug 12-18; 23 (49): pp. 51-58.

42. Lawton, M. e BRODY, E. (1969). Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969; 9, pp. 179-186.

43. Leibundgut, G.; Pfisterer, M.; La Rocca, H. (2007). Drug Treatment of Chronic Heart Failure in the Elderly. *Drugs Aging*. Switzerland. Acedido a 24 de novembro de 2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=8&sid=19296236-ff2e-4061-9922-b73b15f801d4%40sessionmgr4>

44. Linjakumpu, T.; Hartikainen, S.; Klaukka, T.; Veijola, J.; Kivelä, S.L. & Isoaho, R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002; V. 55, pp. 809-817.

45. Lopes, M. J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: *Formasau*, 2006, Formação e Saúde Lda.

46. Louro, M. C. (2010). A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. In: *Revista de Investigação em Enfermagem* (fevereiro 2010), pp. 59-68.

47. Meleis, A. I. & Tangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, pp. 255-259.

48. Meleis, A.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H.; Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nurse Science*.

2000; V. 23 (1), pp. 012-018. Disponível em: <http://www.w.b-on.pt> [Acedido em 14/07/2011].

49. Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: development and progress* (3.^a ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

50. Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4.^a ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

51. Mendes, F. (2005). Doenças Crónicas: A prioridade de gerir a doença e negociar cuidados. *Rev Pensar Enfermagem*. Lisboa, V. 9, n.º 1 pp. 42-47 (1.º semestre 2005).

52. Mendes, A.; Bastos, F. & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010 - III - n.º 2.

53. Morisky, D., Green L. & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, pp. 67-74.

54. Morse, J.M.; Morse, R.M.; Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*. 8, pp. 366-377.

55. Nessler, J. & Skrzypek, A. Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem. *Polskie Arch Med Wewnetrznej*. 2008, Vol. 118 (10), pp. 572-580.

56. Novais, E.; Conceição, A.; Domingos, J. & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no autocuidado. *Rev HCPA*. Porto Alegre, V. 29 n.º 1 p. 36 – 44.

57. Oguz, S. & Enç, N. (2008). Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal Compilation- International Council of Nurses*. Vol. 55, nº 4, pp. 462-467.

58. OMS (2002). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p. 60.

58. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Publicado em dezembro de 2009. Acedido a 10 julho de 2011. Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt

59. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Publicado em 29 de maio de 2010. Acedido a 13 janeiro de 2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

60. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros, 2010.

61. Polit, D. F. & Hungler, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. XI, p. 391.

62. PORTUGAL. Portal da Saúde (2005). *Doenças crónicas*. Publicado em 2 de dezembro de 2005. Acesso em 10 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt>

63. PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004a). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004.

64. PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004b). Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004.

65. Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. 1^a ed. Lisboa: Gradiva, 1992. 275p.

66. Ramalinho, I. (1994). Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

67. REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf> [acedido em 20 de janeiro de 2011]

68. Rubin, R. (2005) - Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med*, 2005; 118(5A): pp. 27S-34S.

69. Ruivo, M. A.; Ferrito, C. e Nunes, L.(2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. Setúbal, 2010, 15: p. 3.

70. Ruppap, T.M.; Conn, V.S. & Russell, C.L. (2008). Medication Adherence Interventions for Older Adults: Literature Review. *Research & Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2008; 22 (2): 114-47

71. Saczynski, J.; Darling, C.E.; Spencer, F.A.; Lessard, D.M.; Gore, J.M. & Goldberg. R.J. Clinical features, treatment practices, and hospital and long-term

outcomes of older patients hospitalized with decompensated heart failure: The Worcester Heart Failure Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 57.9 (2009).

72. Santos, M.R. e Leite, E. (2004). *Nos trilhos da área-projeto*. Lisboa: 1.^a ed. Instituto de Inovação Educacional, 2004.

73. Setor Futures (2003). *The future of health and social services in Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003 Disponível em: http://www.emcc.eurofound.eu.int/publications/2003/sf_hss_1.pdf [Acedido em 08/12/2010]

74. Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Out. 2010.

75. Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M.H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Correlates of non-adherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, pp. 1607-1612.

76. Silva, P.; Luís, S.; Biscaia, A. (2004) - Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Rev Port Clin Geral* 2004;20: pp. 323-36.

77. Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. 2007; 55 (1-2), pp.11-20.

78. Sousa, Jaime Correia (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Rev Port Clin Geral* Lisboa, V.21, pp. 533 – 534.

79. Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência, 2005.

80. Suh, G.H.; Ju, Y.S.; Yeon, B.K. e Shah, A. (2004). A longitudinal study of Alzheimer's Disease: Rates of Cognitive and Functional Decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004. 19, pp. 817 – 824.

81. Turnbull, H. R., Turnbull, A.P., & Wilcox, B. L. (2002). *Family interests and positive behavior support: Opportunities under Individuals with Disabilities Education Act*. Paul H. Brookes.

82. Vanelli, I.; Chendo, I.; Gois, C.; Santos, J. & Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Ata Med Port*. 2011; V. 24 (1), pp. 017-020.

- 83.** Veehof, L.J.; Stewart, R.; Haaijer-Ruskamp, F.M. & Meyboom J. B. (1999). Chronic polypharmacy in one-third of the elderly in family practice. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; V.143, pp. 93-97.
- 84.** Watson, J. (1985) – *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- 85.** While, A. & Kiek, F. (2009). Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 14, nº 2, pp. 54-59.
- 86.** WHO (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO
- 87.** WHO (2005). *Chronic diseases and their common risk factors* [online] [atualizado em 2005; acedido em 05/04/2010] Disponível em <http://www.who.int>
- 88.** WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Internacional Journal of Mental Health*, 1994; V. 23, nº 3, pp. 24 – 56.
- 89.** WHOQOL Group (1995). The World Health Organization: Quality of life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science & Medicine*, 1995; V. 41 nº 10, pp. 1403 – 1409.
- 90.** Williams, A.; Manias, E. e Walker, R. (2008). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Multiple Chronic Conditions: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2008 Jul; 63 (2): pp. 132-143.
- 91.** Wyles, H. & Rehman, H. (2005). Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*. Vol. 16, nº 5, pp. 311-313.

ANEXOS

Anexo I

Regulamentos das competências comuns do enfermeiro
especialista e da individualização das especialidades
clínicas de enfermagem



REGULAMENTO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE ENFERMAGEM

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo
Lisboa, 5 de Maio de 2010

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010

**REGULAMENTO DA
INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE ENFERMAGEM**

PREÂMBULO

O Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) integra o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades.

O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem (SIECE), emergindo do constructo histórico da profissão e do trabalho desenvolvido pelos Conselhos de Enfermagem desde o primeiro mandato, tem como premissa as necessidades em cuidados de saúde da população portuguesa em particular em cuidados de enfermagem, alicerça-se no enquadramento conceptual e instrumentos reguladores da profissão de enfermagem e visa a sua regulação e desenvolvimento.

O SIECE apresenta-se como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/ família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.

O SIECE potencia no MDP o carácter de especialização, ao permitir que todos os enfermeiros durante o exercício da actividade clínica se especializem e desenvolvam a actividade profissional na sua área de especialização, organizando e regulando desta forma o exercício da profissão. O aumento exponencial de enfermeiros especialista no exercício da clínica impulsiona em simultâneo o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de grande complexidade, reconhecendo a centralidade da clínica na profissão de enfermagem, definida no REPE como prestação de cuidados.

Assim,

Nos termos das alíneas a) e b) do art.º 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, no âmbito das suas atribuições regulamentadoras e nos termos da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os Conselhos Directivos Regionais propõe, para aprovação pela Assembleia Geral, o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente Regulamento define os critérios de validação para a individualização das especialidades, a matriz de individualização das especialidades e o processo de reconhecimento de novas especialidades.

Artigo 2.º

Finalidade

- 1- A individualização das especialidades em enfermagem tem como finalidade a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, através do acréscimo de especialidades e de enfermeiros especialistas, acompanhando o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem no contexto de pós-modernidade.
- 2- A individualização das especialidades visa promover uma clínica de enfermagem baseada na evidência, onde a pessoa enquanto alvo de intervenção necessita de cuidado diferenciado, quer:
 - a. Pela singularidade que cada etapa do desenvolvimento humano amplia à singularidade individual;
 - b. Pela complexidade das respostas humanas às situações de saúde/ doença;
 - c. Pela complexidade do grupo familiar e comunitário que integra.
- 3- A individualização das especialidades em Enfermagem faz-se ao nível do alvo de intervenção e através da identificação do campo de intervenção especializado, mediante a determinação de áreas de intervenção.

Artigo 3.º

Conceitos

- 1- Para efeitos do disposto no presente Regulamento, considera-se:
 - a. «Alvo de intervenção», a entidade beneficiária dos Cuidados de Enfermagem – pessoa, família e comunidade – relativamente à qual se identificam os fenómenos de enfermagem, entendido como um todo na sua relação

com os conviventes significativos e a comunidade onde está inserido;

- b. «Processos de saúde doença», processos dinâmicos e contínuos ao longo dos quais cada pessoa vivencia o seu projecto de saúde na procura de um estado de equilíbrio e relativamente ao qual o enfermeiro dirige as suas intervenções, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social;
- c. «Ambiente», o meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem, constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde;
- d. «Campo de intervenção especializado», o espaço de actuação profissional do Enfermeiro Especialista por áreas de intervenção, determinadas pelo conjunto das respostas humanas da pessoa (alvo de intervenção) às situações de vida e aos processos de saúde/doença.

Artigo 4.º **Competências**

- 1- Compete ao Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros:
 - a. Definir os critérios e a matriz de validação para a individualização das especialidades;
 - b. Elaborar o regulamento para reconhecer novas especialidades em enfermagem;
 - c. Reconhecer especialidades em enfermagem e propor ao conselho directivo.
- 2- Compete à Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros aprovar as especialidades reconhecidas pelo Conselho de Enfermagem, mediante proposta do Conselho Directivo, nos termos da alínea n) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 5.º

Matriz de individualização das especialidades em enfermagem

- 1- A matriz de individualização das especialidades organiza-se por:
 - a. Eixo Estruturante:
 - i. O alvo de intervenção;
 - b. Eixos Organizadores:
 - i. Processos de saúde doença;
 - ii. O ambiente.
- 2- As áreas de especialização em enfermagem são identificadas no Anexo I ao presente Regulamento

Artigo 6.º

Processo de reconhecimento de novas especialidades

- 1- A candidatura para reconhecimento de nova especialidade deve ser subscrita no mínimo por cem enfermeiros com pelo menos cinco anos de exercício profissional, devidamente identificados com nome completo, número de bilhete de identidade ou qualquer outro documento de identificação válido e número de membro efectivo da Ordem dos Enfermeiros com inscrição válida.
- 2- A candidatura deve ser apresentada em papel e suporte informático (um exemplar de cada) e dirigida ao presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

- 3- A candidatura para reconhecimento de uma nova especialidade em enfermagem deve estar organizada de acordo com os critérios e os elementos de validação para a individualização das especialidades, previstos no Anexo II ao presente Regulamento.
- 4- No respeito pelo número anterior, a candidatura deve ter definido o campo de intervenção especializado através da:
 - a. Identificação do alvo de intervenção de entre os seguintes:
 - i. A pessoa numa etapa do ciclo de vida;
 - ii. A pessoa ao longo do ciclo de vida;
 - iii. Grupos – Família ou Comunidade;
 - b. Explicitação das áreas de intervenção susceptíveis de responder às necessidades de saúde do grupo-alvo seleccionado, devendo ser caracterizadas pelos processos de saúde/doença e pelo ambiente;
 - c. Proposta de competências específicas a definir para o enfermeiro especialista na área a propor;
 - d. Proposta de programa formativo para a futura especialidade;
 - e. Proposta dos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem especializados;
 - f. Proposta de denominação da área de especialização.
- 5- A apresentação de candidatura que não cumpra com o disposto nos números anteriores deve ser recusada.
- 6- O Conselho de Enfermagem analisa a candidatura e delibera “Reconhecer nova especialidade” ou “Não reconhecer nova especialidade” sem vinculação quanto à denominação proposta.
- 7- A integração da nova especialidade na matriz de individualização de especialidades e constituição como área de especialização em enfermagem depende da aprovação pela Assembleia Geral, sob proposta do Conselho Directivo, desde que o Conselho de Enfermagem tenha deliberado “Reconhecer nova especialidade”.

Artigo 7.º

Competências no período transitório

Durante o período transitório, entre a aprovação da nova especialidade pela Assembleia Geral e a constituição do respectivo Colégio de Especialidade, compete ao Conselho de Enfermagem:

- a. Elaborar um Regulamento de certificação das competências dos especialistas naquela área de especialidade, aplicável ao período transitório, e propor ao Conselho Directivo a sua aprovação pela Assembleia Geral;
- b. Elaborar os instrumentos necessários para a certificação de competências dos candidatos a DPT, incluindo a ponderação dos percursos formativos e da certificação de competências, conforme o artigo 7.º do Estatuto da Ordem, que as estruturas de PTE devem aplicar;
- c. Definir os critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica naquela especialidade que as estruturas de PTE devem aplicar.

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010

ANEXO II

Declarativos, critérios e elementos de validação para a individualização das especialidades

NORMATIVO DOS CRITÉRIOS	CRITÉRIOS	ELEMENTOS DE VALIDAÇÃO DOS CRITÉRIOS
Respeita os referenciais da profissão promovendo um exercício profissional congruente com a conjuntura actual do conhecimento na Disciplina de Enfermagem, numa perspectiva de contínua expansão e aperfeiçoamento	Coerência	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeito pelos referenciais: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Deontológico, Padrões de Qualidade dos CE 2. Fomento da investigação 3. Mobilização dos resultados da investigação
Circunscreve um domínio específico de enfermagem	Especificidade	<ol style="list-style-type: none"> 4. Claramente definido o alvo da intervenção (pessoa, grupos), que processos de saúde/doença se vai ocupar e em que ambiente se vai inserir (na família, na comunidade, ou eventualmente noutros).
Responde a fenómenos de enfermagem comuns e/ou recorrentes de um grupo-alvo no sentido de obter ganhos em saúde.	Eficácia	<ol style="list-style-type: none"> 5. Identificação clara dos fenómenos de enfermagem alvo de intervenção específica 6. Tradução operativa em indicadores de ganhos em saúde como resultados das intervenções 7. Resumo Mínimo de Dados
Configura uma estratégia para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem	Pertinência	<ol style="list-style-type: none"> 8. Especificação objectiva das vantagens na obtenção da excelência. Estratégias e intervenções em cada uma das categorias dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem
O alvo de intervenção está definido de acordo com o Modelo de individualização aprovado e o campo de intervenção não coloca em risco de fragmentação da profissão e/ou limita o desenvolvimento da mesma.	Integralidade	<ol style="list-style-type: none"> 9. Concordância com os fundamentos, pressupostos e premissas do modelo de individualização das especialidades 10. Respeito pelo enquadramento conceptual e pelas orientações de enfermagem 11. Articulação e complementaridade com outras especialidades
O âmbito de intervenção profissional do Enfermeiro Especialista é delimitado pelo campo e área de intervenção	Exclusividade	<ol style="list-style-type: none"> 12. Identificação dos campos de intervenção e desenvolvimento e da diferença específica da especialidade
O campo de intervenção demarca o espaço de actuação profissional do Enfermeiro Especialista atenuando a sobreposição entre especialidades	Individualização	<ol style="list-style-type: none"> 13. Identificam-se áreas próprias de intervenção do enfermeiro especialista, nomeadamente explicitar/enumerar os processos de vida e problemas de saúde do alvo de intervenção (pessoa ou grupo) e os focos de atenção
O campo de intervenção responde simultaneamente à coexistência de necessidade e de solicitação em cuidados de enfermagem especializados	Sustentabilidade	<ol style="list-style-type: none"> 14. Existência de estudos ou documentos estratégicos que suportem a necessidade 15. Evidência de espaço no mercado de trabalho.
Potencia o exercício profissional autónomo na área de especialidade.	Autonomia	<ol style="list-style-type: none"> 16. Identificadas e nomeadas as intervenções autónomas do enfermeiro especialista

Anexo II

Medida de Adesão aos Tratamentos

MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)

DELGADO, A. B. e LIMA, M. L. (2001) - Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos.

Psicologia: Saúde e Doenças. 1, pp. 81-100.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo III

Pedido de autorização à Direção de Enfermagem e à Comissão de Ética

Exma. Sr.^a Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Patrícia Maria Cortez Dias Severino Pinto, enfermeira graduada, a exercer funções no Bloco Operatório Central II do Hospital Pulido Valente, a frequentar o 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa, vem por este meio solicitar autorização para realizar um projeto de intervenção, inserido no plano curricular da disciplina Opção II, com o objetivo de desenvolver competências, como enfermeira especialista, em parceria com o doente idoso polimedicado e/ou cuidador, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de Si.

O projeto tem como tema: **Intervenção de enfermagem em parceria com o doente idoso polimedicado e/ou cuidador na adesão à terapêutica medicamentosa do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos.**

Neste contexto, torna-se importante a consulta de processos clínicos de alguns doentes, nomeadamente dos que beneficiam de assistência domiciliária, bem como a aplicação e, eventual, implementação de um instrumento de avaliação. Este instrumento (Medida de Adesão à Terapêutica) encontra-se validado para a população portuguesa em geral, pelo que será solicitada a autorização aos autores (Delgado e Lima, 1986) para a sua utilização. Aos doentes será apresentado um consentimento informado ao abrigo da Lei da Protecção de Dados n.º 67/98.

Os dados recolhidos têm um objetivo meramente académico.

Sem outro assunto de momento,

Patrícia Cortez Pinto

Lisboa, 21 de Julho de 2011



Exma. Senhora
Enf.^a Patrícia Cortez Pinto
Bloco Operatório Central II
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Ref^o PCA - 19.DEZ.2011 - 0904

Assunto: Projecto "Intervenção da Enfermagem em parceria com o doente idoso polimedicado/cuidador na adesão à terapêutica medicamentosa".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 16 de Dezembro de 2011.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

1

Anexo IV

Pedido de autorização para a utilização da MAT



Patrícia Cortez <patriciacortezpinto@gmail.com>

Pedido de autorização para utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos

Patrícia Cortez <patriciacortezpinto@gmail.com>

21 de julho de 2011 19:02

Para: lpl@iscte.pt

Exmos. Senhores, Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima,

sou aluna do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa e venho por este meio solicitar autorização para utilizar o instrumento de avaliação por vós validado (Medida de Adesão aos Tratamentos). A utilização deste instrumento será efectuada durante a realização de um estágio que decorrerá entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012, no Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos do Hospital Pulido Valente - Centro hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. O projecto que pretendo implementar tem como tema: **Intervenção de enfermagem em parceria com o doente idoso polimedicado/cuidador na adesão à terapêutica medicamentosa**, cujo principal objectivo é contribuir para a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado.

Agradeço desde já a atenção dispensada e reeitere a minha total disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Cortez Pinto



Patrícia Cortez <patriciacortezpinto@gmail.com>

Pedido de autorização para utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos

Luisa Lima <Luisa.Lima@iscte.pt>

22 de julho de 2011 00:30

Responder a: Luisa.Lima@iscte.pt

Para: Patrícia Cortez <patriciacortezpinto@gmail.com>

Cara Patrícia

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças, 1*, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

De: Patrícia Cortez [mailto:patriciacortezpinto@gmail.com]**Enviada:** quinta-feira, 21 de Julho de 2011 19:03**Para:** lpl@iscte.pt**Assunto:** Pedido de autorização para utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Anexo V
Índice de Barthel

Escala de Barthel

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

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

PONTUAÇÃO

TOTAL (0–100):

Orientações:

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

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

Traduzido por:

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

Anexo VI

Escala de Avaliação Lawton e Brody

**ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS
DE VIDA DIÁRIA (IADL)**

ESCALA DE LAWTON E BRODY
Instrumental Activities of Daily Living Scale

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO:

Sofia Madureira, Ana Verdelho, no âmbito do projecto LADIS

smadureira@hotmail.com

averdelho@fm.ul.pt

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Escala de Lawton e Brody

Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

Lawton M.P.; Brody E.M. 1969 Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9, 179-186

A escala deve ser administrada a um acompanhante.

Não aplicável: cotar 9 (não aplicável) quando a tarefa nunca foi feita na vida. Nos casos em que a tarefa não é feita no presente por motivos aparentemente independentes da vontade ou capacidade do sujeito (ex: o sujeito não tem telefone em casa ou nunca usa os transportes públicos porque não precisa), o examinador deve formular a questão da seguinte maneira: "suponha que o doente tinha que fazer um telefonema, usar um transporte público, etc...., acha que seria capaz de o fazer?" e cotar de acordo com a resposta.

A. Capacidade para usar o telefone

- | | |
|---|---|
| Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc... | 1 |
| Marca alguns números mais conhecidos | 2 |
| Atende o telefone, mas não marca | 3 |
| Não usa o telefone de todo | 4 |
| Não aplicável | 9 |

B. Compras

- | | |
|---|---|
| Faz todas as compras independentemente | 1 |
| Só faz, independentemente, pequenas compras | 2 |
| Necessita ser apoiado para fazer compras | 3 |
| Completamente incapaz para fazer pequenas compras | 4 |
| Não aplicável | 9 |

C. Cozinhar

- | | |
|--|---|
| Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente | 1 |
| Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes | 2 |
| Aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada | 3 |
| Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições | 4 |
| Não aplicável | 9 |

D. Lida da casa	
Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: ajuda para trabalhos domésticos mais pesados)	1
Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas	2
Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável	3
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	4
Não participa em qualquer actividade doméstica	5
Não aplicável	9
E. Tratamento da Roupa	
Cuida completamente da lavagem da sua roupa	1
Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc.)	2
Toda a lavagem de roupa é feita por outros	3
Não aplicável	9
F. Deslocações	
Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	1
Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos	2
Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas	3
Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros	4
Não viaja de todo	5
Não aplicável	9
G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos	
É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo correctos	1
Assume a responsabilidade, se medicação estiver separada previamente	2
Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos	3
Não aplicável	9
H. Capacidade para tratar das finanças	
Lida com assuntos financeiros independente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco)	1
Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	3
Não aplicável	9

Nota: esta pontuação, na versão do projecto LADIS, é distinta da utilizada no instrumento original.

Anexo VII

Escala de Avaliação Breve do Estado Mental

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Organização:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Manuela Guerreiro, Ana Paula Silva, Maria Amália Botelho, Olívia Leitão,

Alexandre Castro Caldas, Carlos Garcia

Lisboa, 1994

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

I. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

NOTA _____

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são:

PERA GATO BOLA

"Repita as três palavras".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

NOTA _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

NOTA _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

NOTA _____

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" _____

NOTA _____

b) Mostrar um lápis.

"Como se chama isto?" _____

NOTA _____

c) Repetir a frase:

"O rato rói a rolha" _____

NOTA _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

• Pega no papel com a mão direita _____

• Dobra o papel ao meio _____

• Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

NOTA _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase: "**FECHE OS OLHOS**")

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

(Dar 1 ponto por cada realização correcta).

NOTA _____

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA _____

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

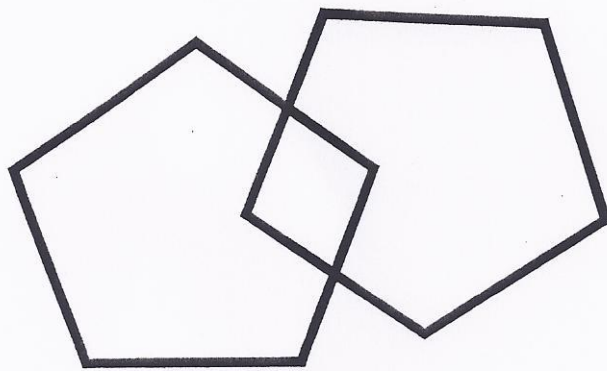
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA _____

NOTA TOTAL _____

FECHE OS OLHOS



AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL VALORES DO GRUPO DE CONTROLO

Valores de Corte para a população portuguesa:

Idade superior a 40 anos:

Analfabetos: defeito ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade: defeito ≤ 22

>11 anos de escolaridade: defeito ≤ 27

Anexo VIII

Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DE MORSE

		Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Não	0	_____
	Sim	25	_____
2. Diagnóstico Secundário	Não	0	_____
	Sim	15	_____
3. Ajuda na mobilização			
Acamado/Repouso leito		0	_____
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	_____
Aparelho/Equipamento		30	_____
4. Terapia endovenosa	Não	0	_____
	Sim	20	_____
5. Marcha			
Normal/Acamado/Cadeira de rodas		0	_____
Lenta		10	_____
Alterada/cambaleante		20	_____
6. Estado Mental			
Orientado		0	_____
Desorientado/Confuso		15	_____
		Total	_____

Morse, J.M., Morse, R.M., e Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8, (1989) pp. 366-377.

Nível de Risco	Score
Sem Risco	0-24
Risco Baixo	25-50
Risco Elevado	≥ 50

Score Mim.: 0 Score Max.:125

Anexo IX

Avaliação de estágio

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE – HOSPITAL PULIDO VALENTE
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA II

AVALIAÇÃO ENSINO CLINICO DA UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO II

ALUNA: Patrícia Cortez

ORIENTADORA: Ana Luísa Oliveira Correia

A **temática** do projecto desenvolvido pela Patrícia no Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca foi a Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente Idoso Polimedicado com Insuficiência cardíaca – Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si e tem como **finalidade** fomentar a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado com Insuficiência Cardíaca, para a promoção do cuidado de si.

Foi de todo pertinente a realização deste projecto, por o hospital de dia ser direccionado para o cuidar da pessoa idosa e não existir nenhum instrumento de monitorização da adesão terapêutica do doente, apesar da equipa de enfermagem ter a percepção que nem sempre os doentes aderiam à terapêutica medicamentosa e implementarem algumas estratégias de acção.

A Patrícia integrou-se na equipa de enfermagem e multidisciplinar, assumindo o papel de enfermeira especialista em enfermagem Médico - Cirúrgica, articulando-se com os outros profissionais e envolvendo-os na realização do projecto. Intervindo de modo pertinente no planeamento dos cuidados relacionados com a sua área de actuação, desenvolvendo assim competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa.

Mobiliza todas as fontes de informação pertinentes (observação, processo clínico, entrevista, MATT, ...), identificando a situação de cada pessoa/família ao seu cuidado com necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista, construindo para cada situação um plano de cuidados personalizado (elaborou uma folha de registos de estratégias/intervenções de enfermagem para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa).

Integrou o doente/família na equipa multidisciplinar como parceiros nos cuidados, preocupando-se em capacitar o doente idoso para o cuidar de si, realizando intervenções de enfermagem para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa, em parceria com este.

Assume o papel de estudante, revelando interesse pela aprendizagem, crescente responsabilidade e autonomia, capacidade de organização e espírito crítico.

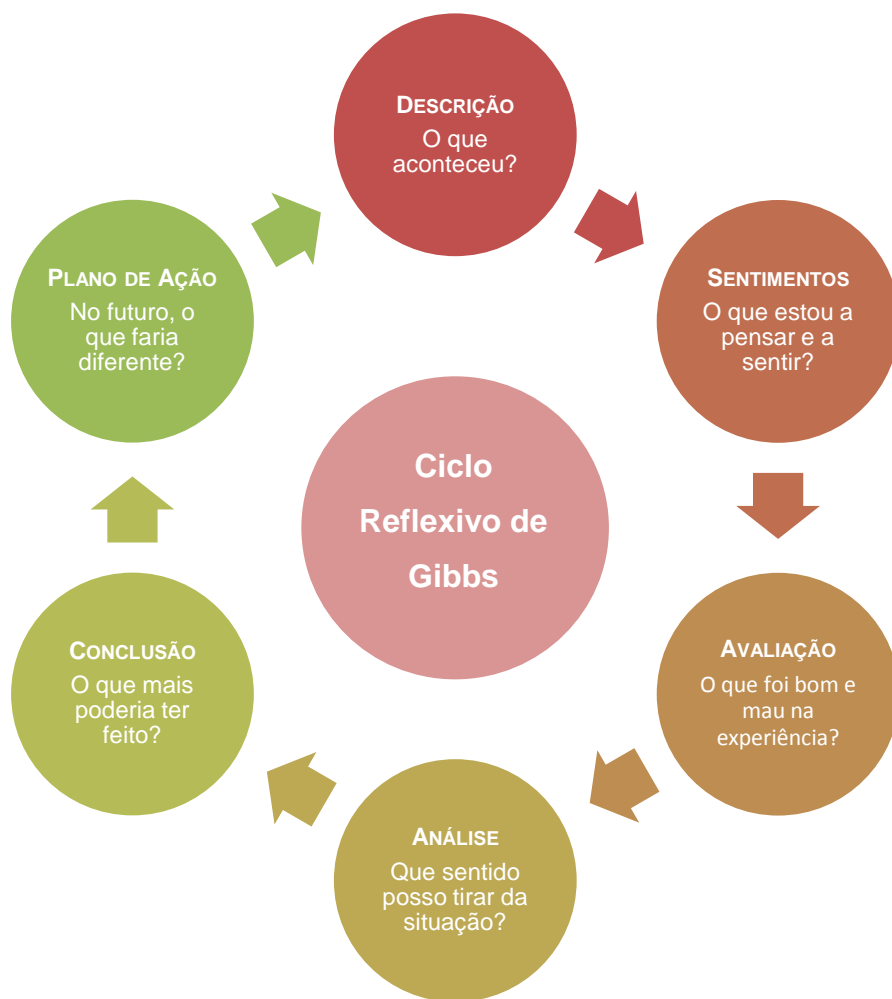
Realizou várias acções de formação, tendo como destinatários a equipa do HDIC e que tiveram como objectivo apresentar o projecto e dar a conhecer o trabalho que foi sendo desenvolvido ao longo do ensino clínico, desta forma contribuiu para envolvimento e motivação da equipa.

Por tudo o que foi mencionado proponho a menção qualitativa de excelente.

APÊNDICES

Apêndice I

Ciclo Reflexivo de Gibbs



Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988)

Apêndice II

Narrativa de reflexão inicial das práticas

REFLEXÃO DA PRÁTICA INICIAL

Tendo como linha orientadora o Ciclo Reflexivo de Gibbs, reflita sobre um doente idoso polimedicado que beneficie de Assistência Domiciliária, relativamente à sua não Adesão à Terapêutica Medicamentosa.

① Refira qual a importância que atribui à avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa. (O que considerou pertinente avaliar e como fez a avaliação)

② Refira as dificuldades sentidas na avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa. (O que sentiu?)

③ Refira as estratégias utilizadas para corrigir a não adesão à terapêutica medicamentosa. (O que fez?)

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1.º DESCRIÇÃO – O que aconteceu?

2.º SENTIMENTOS – O que estou a pensar e a sentir?

3.º AVALIAÇÃO – O que foi bom e mau na experiência?

4.º ANÁLISE – Que sentido podemos encontrar na situação?

5.º CONCLUSÃO – Que mais poderia ter feito?

6.º PLANEAR A AÇÃO – Se isso acontecer novamente, o que irá fazer?

NOME: _____

Apêndice III

Classificação da IC segundo a NYHA e a ACC

CLASSIFICAÇÃO DA NYHA

A classificação da NYHA divide-se em 4 classes. **Classe I:** as atividades de vida diária não desencadeiam sintomatologia; **Classe II:** as atividades de vida diária normais desencadeiam os sintomas, mas estes cedem ao repouso; **Classe III:** atividades mínimas desencadeiam sintomatologia, mas os doentes em repouso estão habitualmente assintomáticos; **Classe IV:** qualquer tipo de actividade desencadeia sintomatologia, a qual se mantém mesmo com o doente em repouso.

CLASSIFICAÇÃO DA ACC

Na classificação da ACC, a IC pode ser classificada em 4 estádios. **Estádio A:** alto risco de desenvolvimento de IC. Anormalidade estrutural ou funcional não identificada. Ausência de sinais e sintomas; **Estádio B:** alteração estrutural fortemente associada ao desenvolvimento de IC, mas sem sinais e sintomas; **Estádio C:** IC sintomática associada a uma anormalidade estrutural cardíaca subjacente; **Estádio D:** doença cardíaca estrutural avançada com sintomas marcados de IC, em repouso, apesar de terapêutica médica máxima.

Apêndice IV
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Finalidade do Estudo: promover a adesão à terapêutica medicamentosa dos doentes idosos polimedicados que beneficiam de assistência domiciliária no Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos do Hospital Pulido Valente – CHLN, E.P.E.

Procedimento: a participação no estudo far-se-á através da aplicação de um questionário (Medida de Adesão aos Tratamentos), cujo instrumento de avaliação se anexa. A informação obtida (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei da Protecção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de Outubro.

A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento.

_____ (nome), declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Fui esclarecido (a) sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado (a) que tenho o direito a recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Lisboa, ____ / _____ / ____

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Patrícia Cortez Pinto

Apêndice V

Guião de observação dos processos clínicos

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DOS PROCESSOS CLÍNICOS

Nome: _____ CHLN: _____

Idade: _____ (< 65 anos, não continuar o questionário)

Sexo: M F

Polimedicação: _____ Ligeira Moderada Grave

(polimedicação ligeira, não continuar o questionário)

Registos de Enfermagem de Adesão à Terapêutica Medicamentosa:

N.º _____

Apêndice VI

Questionário

QUESTIONÁRIO

Estado Civil: Casado(a) Divorciado (a) Viúvo(a) Outro

Agregado Familiar: Vive só Outro(s) _____

Cuidador: Próprio Outro _____

Escolaridade: Não sabe ler nem escrever 1.º Ciclo (1.º ao 4.º ano) 2.º e 3.º Ciclo (5.º ao 9.º ano) Secundário (10.º ao 12.º ano) Frequência de Ensino Superior Licenciatura

Adesão à Terapêutica (após aplicação da MAT): ____ Sim (≥ 34 em 42) Não
(Se sim, não continuar o questionário)

Causa: Intencional Não Intencional

(perspectiva do enfermeiro, se não mencionado pelo doente)

Intencional

- Reacções adversas
- Descrença nos benefícios
- Dificuldades financeiras
- Insuficiente relação com o médico
- Outra _____

Não Intencional

- Declínio de memória
- Défice cognitivo
- Dificuldade de manuseamento das embalagens
- Falhas de comunicação
- Défice de informação/conhecimentos
- Regime terapêutico complexo
- Aumento do n.º de medicamentos
- Outra _____

N.º _____

Apêndice VII

Análise comparativa entre os fatores de adesão e os fatores de não adesão à terapêutica medicamentosa

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS FATORES DE ADESÃO E OS FATORES DE NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Gráfico n.º 1 – Idades dos doentes que beneficiam de Assistência Domiciliária

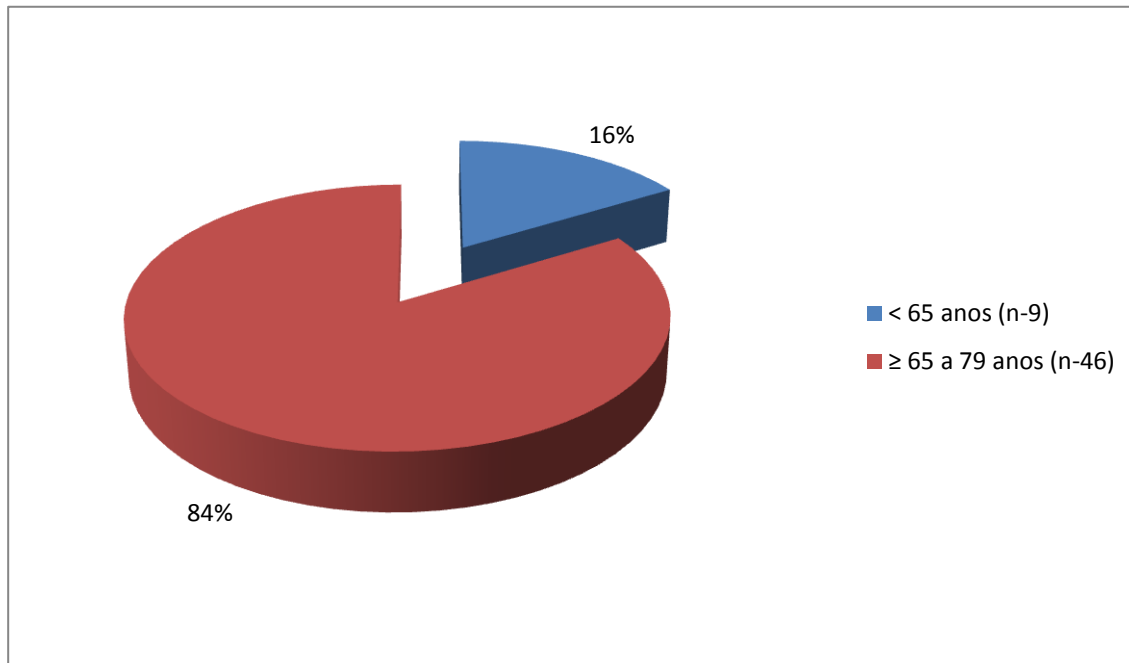


Gráfico n.º 2 – Aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos

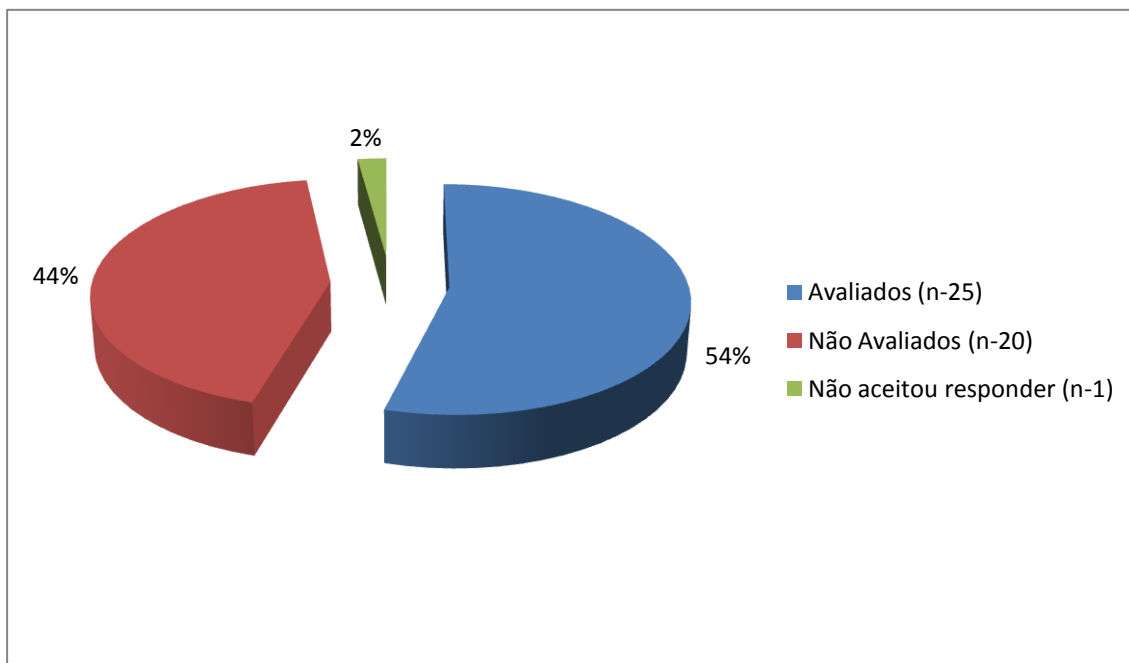


Gráfico n.º 3 – Nível de Adesão à Terapêutica Medicamentosa

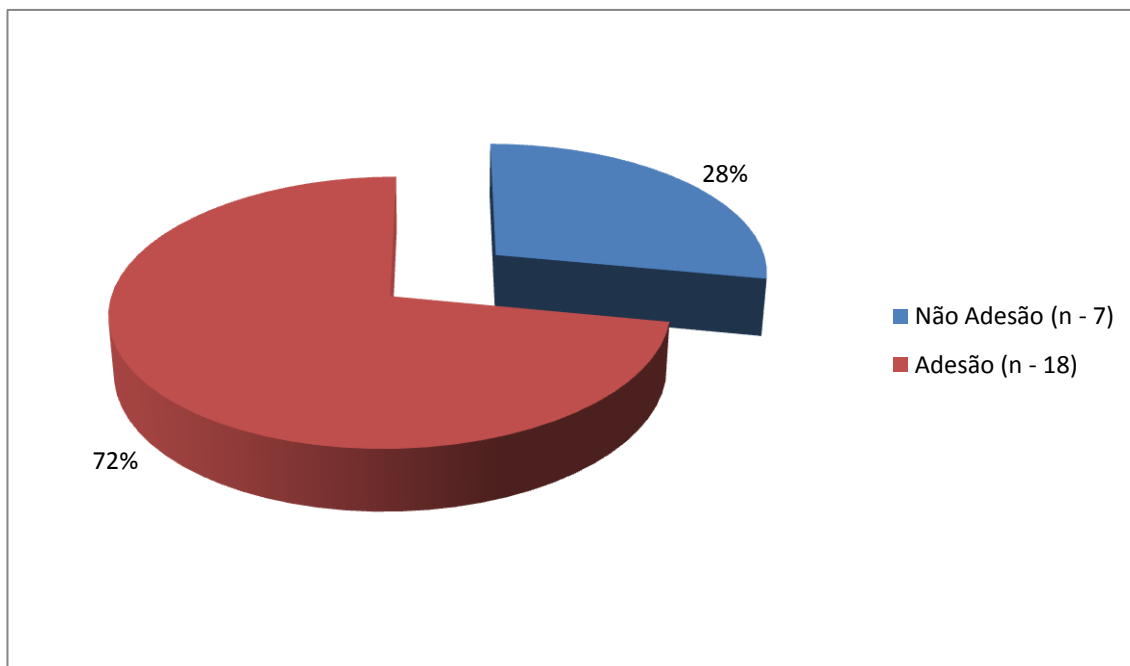


Gráfico n.º 4 – Sexo dos doentes segundo o nível de adesão

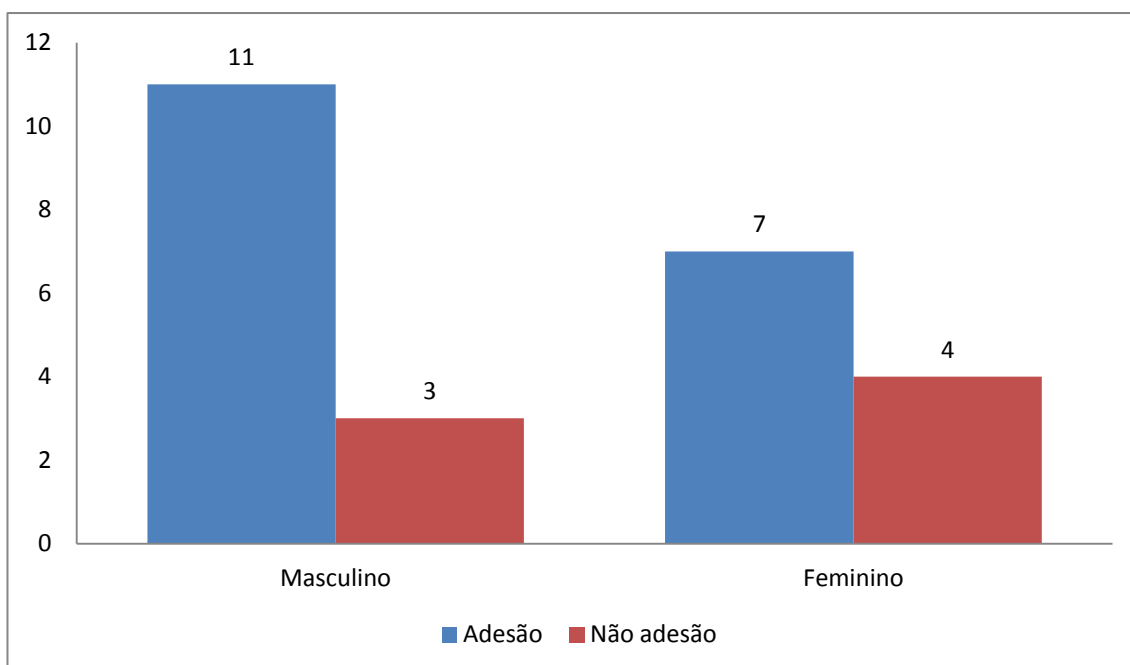


Gráfico n.º 5 – Idades dos doentes segundo o nível da adesão

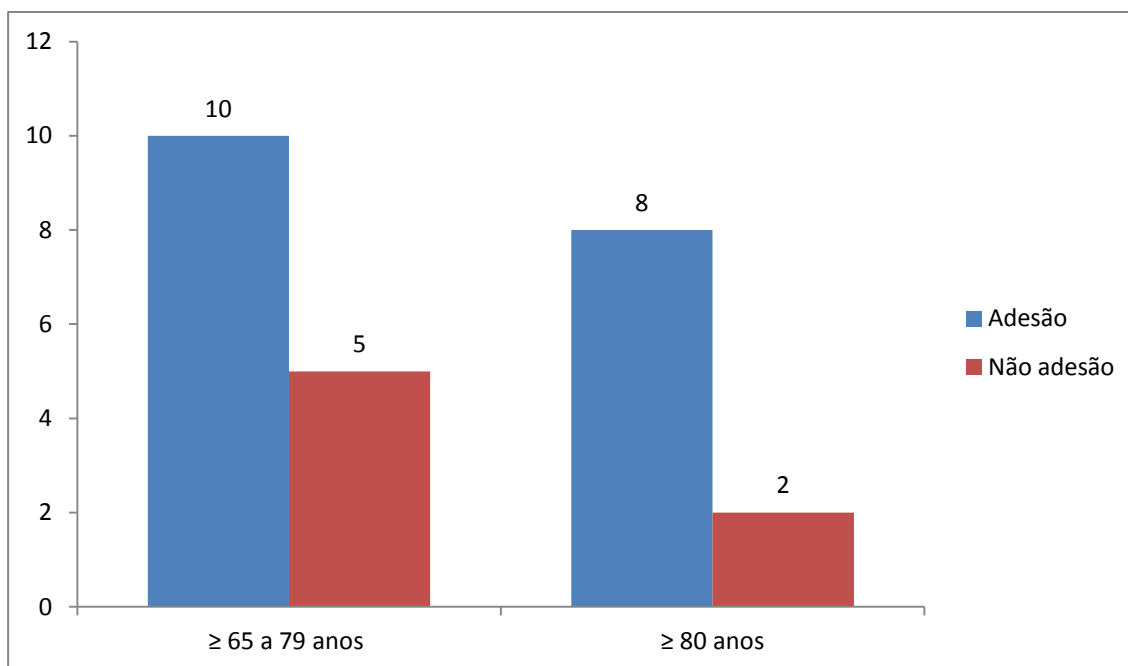


Gráfico 6 – Distribuição dos doentes com adesão e não adesão pelo nível de escolaridade

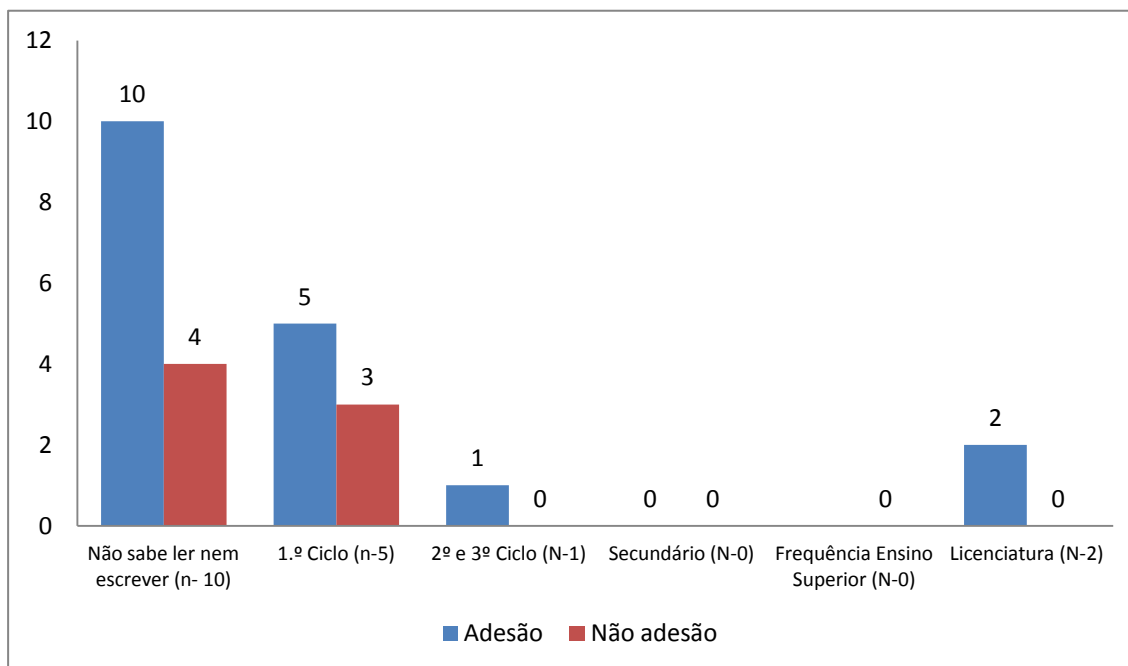


Gráfico n.º 7 – Cuidadores dos doentes avaliados

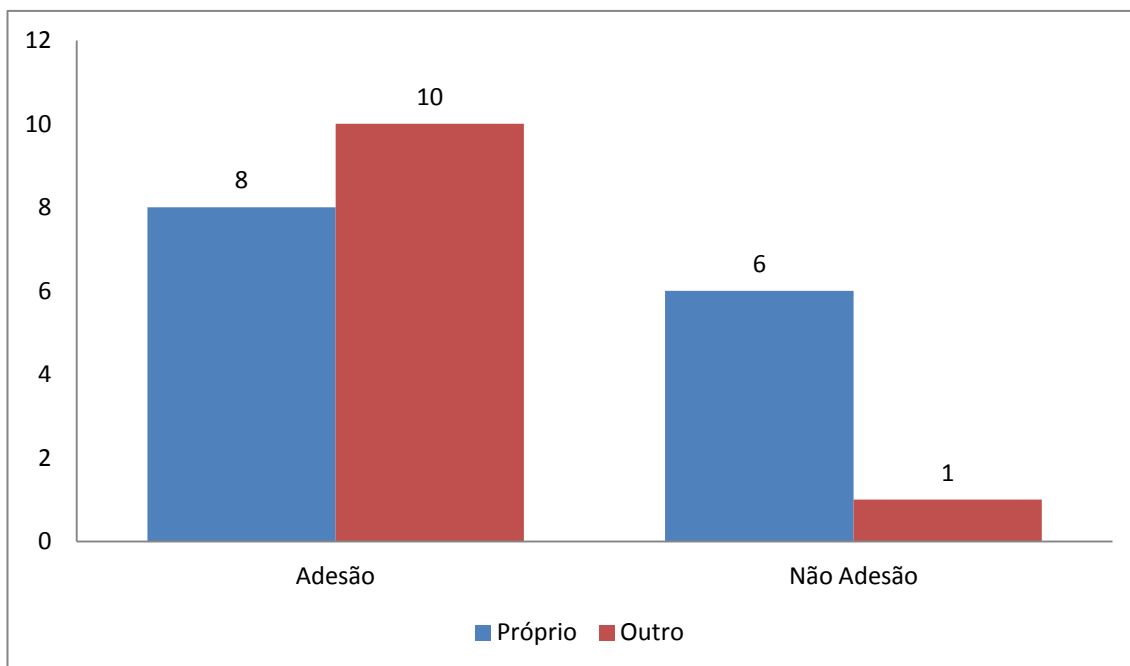
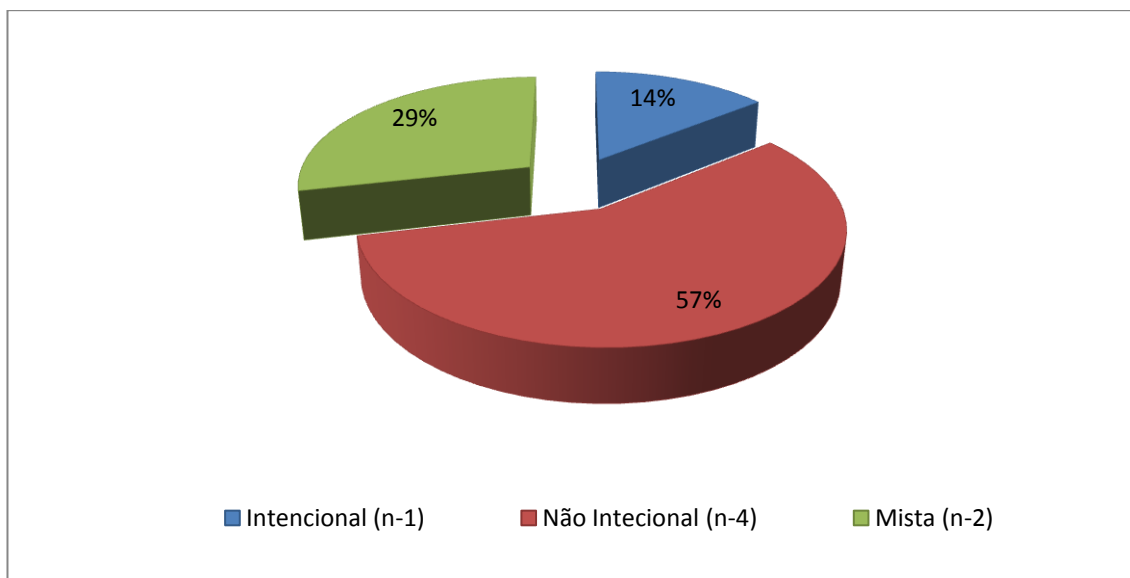


Gráfico n.º 6 – Distribuição da não adesão pela causa



A análise comparativa dos fatores de adesão e não adesão à terapêutica medicamentosa encontram-se demonstrados nesta tabela.

Fatores relacionados com a adesão	Adesão n (%)	Não Adesão n (%)	Total n (%)
Sexo			
Masculino	11 (78,6%)	3 (21,4%)	14 (100%)
Feminino	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11 (100%)
Total	18 (72%)	7 (28%)	25 (100%)
Idade			
≥ 65 anos - 79 anos	10 (66,7%)	5 (33,3)	15 (100%)
≥ 80 anos	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
Total	18 (72%)	7 (28%)	25 (100%)
Escolaridade			
Não ler nem escrever	10 (71,4%)	4 (28,6)	14 (100%)
1.º Ciclo	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)
2º e 3º Ciclo	1 (100%)	0 (0)	1 (100%)
Licenciatura	2 (100%)	0 (0)	2 (100%)
Total	18 (72%)	7 (28%)	25 (100%)
Cuidador			
Próprio	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (100%)
Outro	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
Total	18 (72%)	7 (28%)	25 (100%)

A análise revelou uma prevalência de adesão maior nos homens (78,6%), doentes idosos com idade igual ou superior a 80 anos (80%), doentes com o 2.º/3.º ciclo e licenciatura (100%) e doentes idosos que têm outro cuidador (90,9%).

A justificativa para que adesão encontrada fosse maior nos homens do que nas mulheres, segundo Gimenes, Zanetti e Haas (2009), deve-se ao fato destas serem mais propensas às situações de *stress* e a alterações relacionadas com a saúde mental do que os homens. Assim, problemas emocionais, como a depressão, podem estar associados à não adesão à terapêutica.

Os dados obtidos quanto à idade, ao contrário do que diz a literatura, que quanto mais novos forem os doentes maior a prevalência de adesão (Gimenes, Zanetti & Haas,

2009), revelou uma maior de adesão nos doentes com idade superior ou igual a 80 anos.

O nível de escolaridade mostrou uma prevalência maior nos doentes com mais anos de estudo. A baixa escolaridade pode dificultar a aprendizagem, pois à medida que aumenta a complexidade da terapêutica medicamentosa, o doente necessita de maiores capacidades cognitivas para compreender o regime terapêutico medicamentoso prescrito e aderir a ele (Gimenes, Zanetti & Haas, 2009).

Apêndice VIII

1.^a Sessão de formação

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: “Intervenção de enfermagem em parceria com o doente idoso polimedicado/cuidador na adesão à terapêutica medicamentosa”

FINALIDADE: Pretende-se com a sessão de formação a apresentação do projeto de estágio aos enfermeiros do serviço.

POPULAÇÃO ALVO: A sessão é destinada aos enfermeiros do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos.

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos

DATA: 17 de Outubro de 2011

HORA: 14 horas

DURAÇÃO: 30 min.

FORMADORES: Patrícia Cortez Pinto

OBJETIVO GERAL: Apresentar o projeto de estágio, contextualizando a temática da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos
Apresentar o projeto de estágio	Contextualizar a problemática em estudo	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Contextualizar a temática da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado	Definição de conceitos	Método expositivo Discussão de grupo	<i>Data show</i> Computador



2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Pessoa Idosa
- Unidade Curricular de Opção II-

PROJETO
**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM O
DOENTE IDOSO POLIMEDICADO/ CUIDADOR NA
ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA**

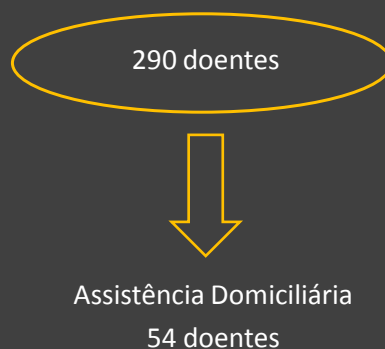
PATRÍCIA MARIA CORTEZ DIAS SEVERINO PINTO

Lisboa
2011



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente/família, evitando a hospitalização.



NECESSIDADE DE MONITORIZAR A ADESÃO À TERAPÊUTICA



CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

As doenças crónicas levam à necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo, pelo que a polimedicação é uma realidade.

GALVÃO, C. (2006) - O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:747-52

POLIMEDICAÇÃO LIGEIRA: consumo de 2 ou 3 fármacos.

POLIMEDICAÇÃO MODERADA: consumo de 4 a 5 fármacos.

POLIMEDICAÇÃO GRAVE: consumo de 5 ou mais fármacos.

VEEHOF, L.J. *et al* (1999) - Chronic polypharmacy in one-third of the elderly in family practice. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143:93-7.



CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O CONTROLO DAS DOENÇAS CRÓNICAS CONFERIDO PELA POLIMEDICAÇÃO DEPENDE DA ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Comportamento de uma pessoa no que respeita à ingestão da medicação, cumprimento da dieta e/ou mudanças do estilo de vida, de acordo com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

WHO (2003) - Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO



QUANDO ESTES PRESSUPOSTOS NÃO SÃO CUMPRIDOS NÃO EXISTE ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, LEVANDO A RISCOS ACRESCIDOS PARA O DOENTE.



CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

NÃO ADEÇÃO NÃO
INTENCIONAL

- ✓ esquecimentos não intencionais
- ✓ regimes terapêuticos complexos
- ✓ elevado número de medicamentos
- ✓ défice cognitivo
- ✓ dificuldade em manusear as embalagens dos medicamentos
- ✓ declínios de memória

NÃO ADEÇÃO
INTENCIONAL

Decisão de não tomar os medicamentos prescritos:

- ✓ existirem reacções adversas provocadas pelos medicamentos
- ✓ falhas de comunicação
- ✓ défice de informação
- ✓ descrédito nos benefícios da medicação

HENRIQUES, A. (2006) – Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos: Revisão Sistemática. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2006.

A não adesão terapêutica associa-se a um aumento dos reinternamentos, agravamento do prognóstico e, conseqüentemente, maior custo financeiro.

VANELLI, I. *et al* (2011) – Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Med Port.* 2011; 24 (1): 017-020



MODELO TEÓRICO DE AFAF MELEIS

PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA

A Transição representa a passagem de uma fase, condição ou estado para outra fase, condição ou estado. Está ligada a processos de desenvolvimento, situações de vida ou acontecimentos de saúde/doença.

CHICK, N.; MELEIS, A. (1986) – Transitions: a nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology*, pp. 237-257. Boulder, CO: Aspen Publication.

Os enfermeiros podem influenciar os processos de Transição se a sua intervenção se centrar na pessoa e nas suas necessidades.

MELEIS, A. *et al* (2000) – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nurse Science.* 2000; 23 (1): 012-018

A ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA REPRESENTA UMA ADAPTAÇÃO EFICAZ
AO PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA



O DOENTE IDOSO POLIMEDICADO/CUIDADOR COMO PARCEIROS DE CUIDADOS

A Parceria é um processo dinâmico, negociado entre doente/família e enfermeiro, que promove o cuidado de Si, envolvendo a construção de uma acção na qual partilham significados da experiência da pessoa dados por esta ou pela família.

Processo de Parceria:

1. Revelar-se
2. Envolver-se
3. Capacitar e Possibilitar
4. Comprometer-se
5. Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou do cuidado do Outro

Gomes, I. (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.

O ENFERMEIRO PODE SER PROMOTOR DO CUIDADO DE SI, ESTABELECENDO UM TRABALHO DE PARCERIA COM O DOENTE IDOSO POLIMEDICADO/CUIDADOR NA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA



OBJETIVOS GERAIS

- ✓ Desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, trabalhando em parceria com a mesma, nomeadamente com o doente idoso com IC polimedicado e/ou cuidador, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de si.
- ✓ Desenvolver competências como enfermeira especialista, em parceria com a equipa de enfermagem, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso com IC polimedicado e/ou cuidador visando o cuidado de si.



METODOLOGIA

METODOLOGIA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

Centra-se na resolução de problemas e, através desta, adquire capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.

RUIVO, M. A.; FERRITO, C. e NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Setúbal, 2010, 15: 3.

Revisão de Literatura

Questão em formato PI(C)O: “Que intervenções de enfermagem (I) são promotoras do cuidado de Si (O) para o doente idoso com insuficiência cardíaca polimedicado e/ou cuidador (P) com não adesão à terapêutica medicamentosa?”

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">• Ter idade igual ou superior a 65 anos;• Apresentar polimedicação moderada ou grave;• Aceitar responder.	<ul style="list-style-type: none">• Ter idade inferior a 65 anos;• Apresentar polimedicação ligeira;• Não aceitar responder.



ASPETOS ÉTICOS

CONSENTIMENTO INFORMADO



LEI DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS Nº 67/98



CARÁTER VOLUNTÁRIO DE PARTICIPAÇÃO
NEGADO A QUALQUER MOMENTO



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1ª FASE

⇒ Promover competências na equipa de enfermagem do HDIC, em parceria com o doente idoso polimedicado/cuidador, na adesão à terapêutica medicamentosa, promovendo o cuidado de Si

⇒ Identificar os doentes idosos polimedicados que não apresentam adesão à terapêutica medicamentosa no HDIC



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2ª FASE

⇒ Definir estratégias, em parceria com o doente idoso polimedicado/cuidador, que promovam a adesão à terapêutica medicamentosa, visando o cuidado de Si

⇒ Definir estratégias, em parceria com a equipa de enfermagem do HDIC, que promovam a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado

⇒ Implementar, em parceria com a equipa de enfermagem do HDIC, o instrumento de avaliação Medida de Adesão à Terapêutica

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: “Intervenção de enfermagem em parceria com o doente idoso polimedicado/cuidador na adesão à terapêutica medicamentosa”

FORMADOR: Patrícia Cortez Pinto

1) Classifique a ação de formação a que assistiu

1.1. Quanto às expetativas

- Não correspondeu
- Correspondeu Parcialmente
- Correspondeu Totalmente
- Superou

1.2. Quanto ao grau de adequação à realidade profissional

- Nula
- Pequena
- Média
- Grande

2) Como classifica a intervenção do formador

2.1. Domínio do assunto

- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

2.2. Linguagem utilizada

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito Boa

2.3. Interação com o grupo

- Insuficiente
- Suficiente
- Boa
- Muito Boa

2.4. Esclarecimento de dúvidas

- Insuficiente
- Suficiente
- Boa
- Muito Boa

2.5. Metodologia utilizada

- Inadequada
- Adequada

3) Sugestões que considere pertinentes

Nome (facultativo): _____

Data: 17/10/2011

Apêndice IX

Documento “O cuidado de si”

O Cuidado de Si

O modelo desenvolve-se em cinco fases: (Gomes, 2009)

1. **Revelar-se** – o enfermeiro adquire conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa, com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de vida e de saúde, bem como realizar-se em qualquer que seja a sua condição. Como tal, o enfermeiro tem que mobilizar as suas capacidades comunicacionais para conhecer a pessoa que tem perante si, bem como dar a conhecer-se.

2. **Envolver-se** – nesta fase o enfermeiro promove um ambiente seguro, estabelecendo tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa, assim como de uma relação de confiança que vai para além do revelar-se. Deverá demonstrar competência técnica e relacional, ou seja, mais do que compreender o outro, deve ser capaz de lhes dar a resposta adequada avaliando a situação com o doente. No contexto deste projeto surge a necessidade de promover a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado.

3. **Capacitar e Possibilitar** – caracteriza-se pela acção conjunta no desenvolvimento de competências para o agir e decidir, mas também para assumir o cuidado que o Outro devia ter consigo possibilitando que a pessoa prossiga com o seu projeto de vida. O enfermeiro desenvolve estratégias que identificam e validam necessidades e potencialidades da pessoa. Deste modo, o enfermeiro promovendo o conforto e a autonomia, capacita o doente idoso polimedicado/cuidador no sentido de aderir à terapêutica medicamentosa. Determina, mediante uma conversa com o doente idoso/cuidador, o grau em que se encontra na adesão à terapêutica prescrita. Quando o enfermeiro possibilita o cuidado do Outro, assume a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse a capacidade de autonomia ou capacitando o cuidador para cuidar do doente idoso. Antecipa complicações, permitindo que o doente idoso possa ter conforto e bem-estar e prosseguir o caminho da sua vida. Se o doente idoso polimedicado tivesse interiorizado a importância do seu regime terapêutico, o seu projeto de vida e de saúde jamais estariam comprometidos.

4. **Comprometer-se** – representa um conjunto de esforços no sentido de atingir os objetivos definidos. As estratégias desenvolvidas visam uma transição progressiva de

uma capacidade potencial para uma capacidade real, fazendo com que o doente idoso possa prosseguir o seu projeto de vida.

5. Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou do cuidado do Outro – esta fase, tal como a do capacitar e possibilitar, também apresenta duas vertentes. No controlo de Si, o doente consegue controlar o seu projeto de vida e de saúde, ou seja, está informado, consegue gerir da melhor maneira a sua situação e qual o melhor caminho a seguir. No assumir o cuidado do Outro, o enfermeiro garante que o doente idoso possa seguir a sua trajectória de vida e garante que o cuidador adquira a capacidade para cuidar do doente idoso, existindo partilha de poder.

Neste contexto, a compreensão do significado de parceria torna-se imperativo para a prática de cuidados nas situações em que as pessoa se encontram vulneráveis e dependentes. (GOMES, 2009) Por este motivo, encontram-se em risco de comprometer o seu tratamento ou a manutenção do mesmo por ineficácia da adesão à terapêutica desejada.

A compreensão do processo de parceria permite, ainda, ao enfermeiro visualizar a doente idoso na sua transição como um ser de acção em que o seu poder, decorrente da sua unicidade como pessoa, é valorizado qualquer que seja a sua condição, promovendo a sua autonomia. (GOMES, 2009)

Em suma, o enfermeiro tem um papel privilegiado na equipa multidisciplinar para integrar e definir estratégias com o doente idoso/cuidador, conhecendo onde os cuidados são necessários e se vão desenvolver intervenções que lhes garantam uma gestão adequada da sua adesão à terapêutica medicamentosa (HENRIQUES, 2006)

Apêndice X

Guião de observação dos registos de enfermagem

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

REVELAR-SE - 1.^a Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
1 - IDENTIDADE DO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO				
1.1 - Como gosta de ser chamado				
1.2 - Idade				
1.3 - Estado civil				
1.4 - Escolaridade				
1.5 - Profissão				
1.6 - Religião				
2 - CONTEXTO DE VIDA DO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO				
2.1 - Com quem reside				
2.2 - Cuidador principal (nome e contactos)				
2.3 - Condições habitacionais				
2.4 - Suporte familiar (nomes e contactos)				
2.5 - Interação social (ocupação de tempos livres)				
2.6 - Estilos de vida/Comportamentos aditivos				
2.7 - Capacidade funcional (AVD's e AIVD's)				
2.8 - Rede de apoio (centro de saúde, hospital de dia, etc)				
2.9 - Relação com os profissionais de saúde				
3 - SITUAÇÃO DE DOENÇA DO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO				
3.1 - Diagnóstico				
3.2 - Prognóstico				
3.3 - Tratamento				
3.4 - Antecedentes pessoais				
3.5 - Medicação habitual				

3.6 - Impacto da polimedicação na vida do doente com insuficiência cardíaca polimedicado e/ou cuidador				
4 - CONHECIMENTOS DO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR RELATIVAMENTE À IMPORTÂNCIA DA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				
4.1 - Reações adversas				
4.2 - Benefícios dos medicamentos				
4.3 - Regime terapêutico medicamentoso				
5 - CONHECIMENTOS SOBRE OS RECURSOS PESSOAIS DO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR				
5.1 - Condição financeira				
5.2 - Capacidade funcional (dificuldade no manuseamento de embalagens)				
5.3 - Capacidade cognitiva (declínio de memória e défice cognitivo)				
5.4 - Grau de informação/conhecimentos				

ENVOLVER-SE - 2.ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
1 - O ENFERMEIRO CONHECE O DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR FACE À SUA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				
1.1 – O que fazem para uma eficaz adesão à terapêutica medicamentosa				
1.2 – Que ajuda necessitam				
2 - O ENFERMEIRO PARTILHA EXPERIÊNCIAS COM O DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR				
2.1 - Estabelece tempo de modo a conhecer o nível de adesão à terapêutica				
2.2 - Partilha informação (riscos e benefícios do regime terapêutico medicamentoso)				
2.3 - Envolve o doente idoso polimedicado/cuidador na preparação da medicação				
2.4 - Estabelece uma relação de confiança				

CAPACITAR E POSSIBILITAR - 3.ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
O ENFERMEIRO CAPACITA E POSSIBILITA AO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR				
Informando/esclarecendo durante a assistência domiciliária				
Ensinando a preparar e a administrar a medicação				
Promovendo a autonomia				

COMPROMETER-SE - 4.ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
O ENFERMEIRO COMPROMETE-SE COM O DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR				
Estabelecendo compromissos no que respeita ao cumprimento do regime terapêutico medicamentoso				
Facilitando o acesso a recursos (receituário, medicação, assistente social, farmácia hospitalar, etc)				

ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI - 5.ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
O ENFERMEIRO ASSEGURA O CUIDADO DE SI DO DOENTE IDOSO, COM IC, POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR				
Responsabilizando-o nas decisões, relativamente às tomas da medicação.				
Reforçando a importância da adesão à terapêutica medicamentosa, relembrando riscos				

ou benefícios da mesma.				
Avaliando o seu conhecimento, relativamente ao aparecimento de sinais e sintomas de descompensação cardíaca.				
Verificando se sabe manter a articulação com o HDIC em caso de agravamento da situação.				
Verificando se o doente integra a importância da adesão à terapêutica de forma a prevenir a descompensação da doença, promovendo assim o conforto e o bem-estar.				
Monitorizando as escolhas que o doente faz para a sua vida e para a sua saúde, através do seu nível de adesão à terapêutica medicamentosa.				

Apêndice XI

Descrição do quadro n.º 1

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DA PARCERIA PRESENTES NO QUADRO N.º 1

Na fase do **revelar-se** os indicadores contemplados foram: a identidade do doente idoso, com IC, polimedicado (como gosta de ser chamado, idade, estado civil, escolaridade, profissão e religião), o seu contexto de vida (com quem reside, cuidador principal, condições habitacionais, suporte familiar, interação social, estilos de vida/comportamentos aditivos, rede de apoio e relação com os profissionais de saúde), a sua situação de doença (diagnóstico, prognóstico, tratamento, antecedentes pessoais, medicação habitual e o impacto da polimedicação na sua vida), os conhecimentos deste relativamente à importância da adesão à terapêutica medicamentosa (reações adversas, benefícios dos medicamentos e regime terapêutico medicamentoso) e os conhecimentos que as enfermeiras detêm acerca dos recursos pessoais do doente idoso, com IC, polimedicado (condição financeira, capacidade funcional e cognitiva e o grau de informação/conhecimentos).

Na fase do **envolver-se** os indicadores selecionados foram: a enfermeira conhece o doente idoso, com IC, polimedicado face à sua adesão à terapêutica medicamentosa (o que fazem para uma eficaz adesão e que ajudam necessitam) e a enfermeira partilha experiências com o doente idoso, com IC, polimedicado (estabelece tempo de modo a conhecer o nível de adesão à terapêutica medicamentosa, partilha informação, envolve o doente idoso na preparação da medicação e estabelece uma relação de confiança).

Na fase do **capacitar e possibilitar** apenas se definiu um indicador, o enfermeiro capacita e possibilita o doente idoso, com IC, polimedicado informando/esclarecendo durante a assistência domiciliária, ensinando a preparar e administrar a medicação e promovendo a autonomia.

Relativamente à fase do **comprometer-se** o único indicador definido foi o enfermeiro compromete-se com o doente idoso, com IC, polimedicado, estabelecendo compromissos no que respeita ao cumprimento do regime terapêutico medicamentoso e facilitando o acesso a recursos.

Na última fase, o **assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro** o indicador definido foi o enfermeiro assegura o cuidado de si do doente idoso, com IC, polimedicado, responsabilizando-o nas decisões (no que respeita à administração da medicação), reforçando a importância da adesão à terapêutica medicamentosa (riscos e benefícios), avaliando o seu conhecimento (aparecimento de

sinais e sintomas de descompensação cardíaca), verificando se sabe manter a articulação com o HDIC em caso de agravamento da situação de doença, verificando se o doente integra a importância da adesão à terapêutica de forma a prevenir a descompensação da doença (promoção do conforto e bem-estar) e monitorizando as escolhas que o doente faz para a sua vida e para a sua saúde, através do seu nível de adesão à terapêutica medicamentosa.

Quadro n.º 1 - Áreas temáticas e respetivas categorias definidas através dos indicadores do trabalho em parceria

Áreas Temáticas	Categorias
Revelar-se	• Identidade do doente idoso, com IC, polimedicado
	• Contexto de vida
	• Situação de doença
	• Conhecimentos relativamente à importância da adesão à terapêutica medicamentosa
Envolver-se	• Conhecimentos que as enfermeiras detêm acerca dos recursos pessoais do doente idoso, com IC, polimedicado
	• A enfermeira conhece o doente idoso, com IC, polimedicado face à sua adesão à terapêutica medicamentosa
Capacitar e Possibilitar	• A enfermeira partilha experiências com o doente idoso, com IC, polimedicado
Comprometer-se	• O enfermeiro capacita e possibilita o doente idoso, com IC, polimedicado
Assegurar ou assumir o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro	• O enfermeiro compromete-se com o doente idoso, com IC, polimedicado
	• O enfermeiro assegura o cuidado de si do doente idoso, com IC, polimedicado

Apêndice XII

Notas de campo de observação das práticas (NCOP)

NOTAS DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 1

ENFERMEIRA PERITA

Data: 14/11/2011

Local: Domicílio da D. M. F. B.

Hora: 9h40m

Objectivo: Observar a prestação de cuidados de enfermagem da enfermeira F., tendo em conta o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) para a promoção do cuidado de si.

Descrição da Situação	Comentário
<p>Neste dia, acompanhei a Enf.^a F. na visita domiciliária a casa da D. M.F.B. Chegámos cerca das 9h40m. A D. M.F.B. pediu-nos que entrássemos e nos sentássemos na sala de estar.</p> <p>A Enf.^a F. apresentou-me e perguntou-lhe se esta se importava que eu observasse a sessão domiciliária.</p> <p>Enf.^a - Bom dia D. F. Esta é a Enf.^a P. Importa-se que ela assista à nossa conversa?</p> <p>D. M.F. - Claro que não! Esteja à vontade. (dirigiu-se a mim)</p> <p>Encontrava-se, aparentemente, bem-disposta, mas apresentava muitos acessos de tosse e ligeiramente dispneica.</p> <p>Enf.^a - Temos que ver quando é a sua consulta. Está pior, não está?</p> <p>D. M.F. - Tenho uma falta de ar!</p> <p>Enf.^a - Pieira? Essa tosse está desde quando? (Virou-se para mim e informou-me que a D. M.F. fazia muitas infecções respiratórias).</p> <p>D. M.F. - Para aí há uma semana.</p> <p>Enf.^a - Febre? Agora não está com febre? Sente-se com expectoração. Está a fazer o Fluumucil[®] ou não?</p> <p>D. M.F. - Há uns cinco dias.</p> <p>Enf.^a - Então pára. Temos que ver para a próxima semana, senão faz uma daquelas infecções respiratórias e já se sabe como é que é! A medicação ... está a fazer todinha?</p> <p>D. M.F. - Agora não estou a fazer toda. O Coversyl[®].</p> <p>Enf.^a - Porque não está a fazer?</p> <p>D. M.F. - Acabou-se e agora não posso ir buscar.</p> <p>A Enf.^a F. telefonou para o HDIC para marcar consulta para</p>	<p>Tendo em conta a Parceria como Intervenção de Enfermagem e após observar a interação da Enf.^a F. posso dizer que esta demonstrou grande disponibilidade de tempo, assim como preocupação na resolução de problemas.</p> <p>A Enf.^a F. em conjunto com a doente e, em simultâneo, com o HDIC, reconheceu um problema e tentou solucioná-lo, através da negociação e do respeito pelos implicados neste processo.</p> <p>Segundo Gomes (2009) a parceria é um processo dinâmico, negociado entre doentes, famílias e enfermeiros, que promove o cuidado de Si, envolvendo a construção de uma acção na qual partilham significados da experiência da pessoa dados por esta ou pela família.</p> <p>As intervenções de enfermagem são optimizadas se a família for englobada no processo de cuidados.</p> <p>A Enf.^a F. demonstrou conhecer muito bem a D. M.F., o seu contexto de vida e a sua situação de doença. Demonstrou conhecimento da pessoa que tinha perante si, assim como ficou implícito que a D. M.F. também conhecia bem a Enf.^a F.</p>

<p>3.^a feira.</p> <p>D. M.F. - E a psicóloga?</p> <p>Enf.^a - Terça quando lá for adiamos isso. Só não está a fazer o Coversyl[®] ou mais alguma?</p> <p>Perante esta questão a D. M.F. fez uma pausa com um olhar apreensivo. E a Enf.^a F. continuou.</p> <p>Enf.^a - O que disse a Assistente Social em relação à medicação?</p> <p>D. M.F. - Diz que não tenho direito a nada.</p> <p>Enf.^a - Quando acha que pode ir buscar a medicação?</p> <p>D. M.F. - Logo que a minha reforma chegue acho que posso ir buscá-los.</p> <p>Enf.^a - Vai levar esta listagem a uma farmácia e eles que façam uma relação de quanto custa cada medicamento e para quanto tempo dá, para entregar à assistente social. Eles que carimbei a folha. Se a conseguir levar na terça falamos com ela. O seu marido também não está a fazer a medicação?</p> <p>D. M.F. - Não. Com o desemprego ... ele só recebe 477€ por mês e a minha é 240€. Com a prestação a banco de 300€ de casa.</p> <p>Enf.^a - Está a ser muito complicado?</p> <p>D. M.F. - Muito, muito ... nunca pensei.</p> <p>Enf.^a - Não tem um filho? Ele não pode ajudá-los?</p> <p>D. M.F. - Não têm para eles quanto mais para nós. (começou a chorar ao mesmo tempo que começou a relembrar que em criança não lhe faltou nada e que ainda tinha a imagem de ver um porco pendurado em casa do avô, assim como quando o marido foi para o ultramar conseguiu tudo) – Se não tivesse feito um casarão destes para o filho (fala do marido), não estávamos nesta situação.</p> <p>Enf.^a – Para ele também não deve ser fácil. Sempre trabalhou e de repente vê-se sem nada.</p> <p>D. M.F. - Assim, de repente, ficámos sem trabalho e ele esteve um ano sem receber. Temos 740€ para viver.</p> <p>Enf.^a – Se não tivessem a mensalidade dava para viver. A casa é toda vossa? Não dá para alugar uma parte?</p> <p>D. M.F. - Não. O meu filho vive em cima. Ainda por cima não quer saber de nós. Por isso é que me revolto.</p> <p>Enf.^a – Temos que pensar positivo. Quanto tempo falta para acabar a mensalidade? Dois anos?</p>	<p>Perante isto, posso concluir que a Enf.^a F. está bem situada na fase do Revelar-se do Modelo de Parceria (Gomes, 2009).</p> <p>No decurso desta conversa entre a doente e a Enf.^a F., também, foi claro que esta conseguiu promover um ambiente seguro, estabelecendo tempo e espaço para a manutenção de uma relação de qualidade e desta forma Envolver-se com a doente que tinha perante si.</p> <p>A Enf.^a F. e a D. M.F., incluindo telefonicamente o HDIC, desenvolveram uma acção conjunta para actuar face a um problema e decidir qual a melhor forma para a sua resolução. A fase do Capacitar e Possibilitar do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) pretende que o enfermeiro desenvolva estratégias que identifiquem e validem necessidades e potencialidades da pessoa. Perante as dificuldades financeiras da D. M.F. e por conseguinte a incapacidade para comprar a medicação necessária para o tratamento da sua doença, a Enf.^a F. assumiu, momentaneamente, a responsabilidade do cuidado do Outro, uma vez que contactou o HDIC, nomeadamente o Dr.^o S, e assegurou que a D. M.F. tivesse acesso a terapêutica de substituição até ter disponibilidade financeira para comprar a sua própria medicação. Desta forma, a Enf.^a F. conseguiu prevenir e antecipar complicações relativamente à doença da D. M.F.</p> <p>A doente demonstrou ter interiorizado a dimensão da sua doença e a importância que tem o seu regime terapêutico, o seu</p>
---	--

<p>D. M.F. - Sim.</p> <p>Enf.^a – Já sabe que são dois anos e depois as coisas equilibram. Já sabe que há fases boas e fases piores.</p> <p>D. M.F. - Esta é a pior fase da minha vida.</p> <p>Enf.^a – Em relação ao filho já lá foi bater à porta?</p> <p>D. M.F. - Ela ganha pouco e ele ganha razoável, mas não quer saber. Disse-lhe que têm de pagar metade da luz. Tenho 96€ de luz para pagar. Tem de ser paga até ao dia 12 e ainda nada.</p> <p>Enf.^a – Porque não lhe disse nada?</p> <p>D. M.F. - O pai não quer dizer e a má sou eu.</p> <p>Enf.^a – Como se costuma dizer “já que tenho a fama então tenho o proveito”. Ele tem que perceber que a mãe não está a fazer a medicação e que pode fazer um AVC.</p> <p>D. M.F. - Ah, morria aí!</p> <p>Enf.^a – Quer que fale com eles?</p> <p>D. M.F. - Não se aperceberam da dimensão da doença.</p> <p>Enf.^a – Quer combinar uma visita aqui ou lá (HDIC) com eles e explico o que é a doença e os riscos que corre? Que não está a fazer a medicação por falta de dinheiro. Se eles se orientassem a pagar alguma coisa podia fazer a medicação. Decida se quer ou se não quer que eu fale com eles. Nem que se responsabilize.</p> <p>D. M.F. - Eu sei Sr.^a Enf.^a, já estou com a tensão a 16/10. Entretanto, a Enf.^a F. avaliou-lhe os sinais vitais.</p> <p>Enf.^a – Só faz um Lasix[®]?</p> <p>A Enf.^a F. voltou a ligar para o HDIC:</p> <p>Enf.^a – A D. M.F. está com a TA alta porque não está a fazer o Coversyl[®] e queria falar com o Dr. S. para saber o que lhe posso dar.</p> <p>Simultaneamente, virou-se para a D. M.F. e perguntou: Ainda tem Concor[®]?</p> <p>D. M.F. - Sim, sim.</p> <p>Continuando ao telefone comunicou: - Então vou-lhe dar aqui uns Captopril[®] até ir aí, para fazer qualquer coisa de manhã. (desligou o telefone)</p> <p>D. M.F. - Fui às finanças. Pelo nosso rendimento estávamos isentos de IML, mas pelo valor da casa não.</p> <p>Enf.^a – O problema desta zona são as vias rápidas novas que valorizou. Então é assim! Vou-lhe deixar uns Captopril[®] e</p>	<p>projecto de vida e de saúde.</p> <p>A Enf.^a F. tentou mobilizar esforços no sentido de atingir o objectivo principal desta interacção que é a adesão à terapêutica medicamentosa da D. M.F., ou seja, para além de solucionar temporariamente o facto de a D. M.F. não estar a fazer o Coversyl[®], explicou-lhe que devia pedir à farmácia uma relação do preço mensal dos medicamentos e para quanto tempo davam para entregar à assistente social do hospital, bem como sugeriu fazer uma reunião com toda a família, no sentido de lhes explicar a gravidade da doença e os riscos que corre ao não fazer a medicação prescrita. Assim, a Enf.^a F. comprometeu-se a desenvolver algumas estratégias para transformar uma capacidade potencial numa capacidade real. Com esta interacção, a Enf.^a F., demonstrou conseguir Comprometer-se com a doente na promoção do cuidado de Si. A D. M.F. revelou conhecimentos e informação sobre a sua doença, qual a melhor maneira de a gerir e qual o melhor caminho a seguir, bem como a Enf.^a F. mostrou partilha de poder, de decisões e tentou com a sua intervenção garantir que a doente seguisse a sua trajectória de vida. Nesta interacção ficou explícito o Assegurar ou assumir o controlo do cuidado de Si ou do cuidado do Outro do Modelo de Parceria (Gomes, 2009). Saliento o papel privilegiado do enfermeiro para integrar e definir estratégias com o doente, conhecendo onde os cuidados são necessários e onde se vão desenvolver intervenções que lhes garantam uma gestão adequada</p>
--	--

<p>toma um de manhã enquanto não comprar o Coversyl[®].</p> <p>D. M.F. - Este não é para baixar a tensão?</p> <p>Enf.^a – É. E o Procoloran[®] ainda tem?</p> <p>D. M.F. - Não, acabou ontem.</p> <p>Enf.^a – Vamos ver se conseguimos arranjar uma embalagem de Procoloran[®]. E as refeições? Quantas faz por dia?</p> <p>D. M.F. - Como só uma refeição. À Noite como sopa ou fruta ou um bocadinho de pão.</p> <p>Enf.^a – Leite?</p> <p>D. M.F. - Leite tenho bebido de manhã.</p> <p>Enf.^a – Se à noite não comer mais nada, beba um copo de leite com um pãozinho. Vá pela sopinha. Compre aquela carne mais barata e ponha na sopa. Sempre vai lá buscar proteínas.</p> <p>(pausa)</p> <p>Enf.^a - Tente nem que seja fazer a sopa com um bocadinho de carne, sempre vai lá buscar qualquer coisa e equilibra a parte proteica. Entretanto, tome já um Captopril[®]. Se durante o fim-de-semana estiver pior da tosse vá à urgência.</p> <p>D. M.F. - Está bem.</p> <p>Enf.^a – Gostei muito de estar aqui este bocadinho consigo.</p> <p>D. M.F. - Já foi bom. Tem que se dividir o bem por todos.</p> <p>Assim, despedimo-nos e prosseguimos para outras visitas domiciliárias.</p>	<p>da sua adesão à terapêutica medicamentosa. (Henriques, 2006)</p> <p>Para terminar este comentário, realço o facto da Enf.^a F. se encontrar no nível de perita, segundo o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, descrito por Benner (2001). Segundo Benner (2001) a enfermeira perita age a partir de uma compreensão profunda da situação global, ou seja, “quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível” (Benner, 2001: 61).</p>
--	--

NOTAS DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2
ENFERMEIRO COMPETENTE

Data: 18/11/2011

Local: Domicílio do Sr. A.M.

Hora: 10h45m

Objetivo: Observar a prestação de cuidados de enfermagem da enfermeira A., tendo em conta o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) para a promoção do cuidado de si.

Descrição da Situação	Comentário
<p>Sexta-feira, dia 11/11/2011, acompanhei a colega do HDIC a mais uma visita domiciliária. Quando chegámos, a Enf.^a A. apresentou-me ao Sr. A.M. e à esposa que se encontrava em casa com ele e perguntou-lhes se não viam inconveniente em eu fazer parte da conversa, explicando o objectivo da minha presença ali.</p> <p>Era a primeira visita que recebiam, uma vez que o Sr. M., nome pelo qual gosta ser chamado, tinha acabado de ser admitido no programa da Assistência Domiciliária.</p> <p>Enf.^a A. – Então Sr. M.? Vamos conversar um bocadinho? Sr. M. – Sim, sim!</p> <p>Enf.^a A. – É seguido por nós no hospital de dia porquê? Sr. M. – Olhe ... entrei na urgência porque tive um enfarte. Fiz uma paragem cardíaca. Fui reanimado pelo INEM.</p> <p>Enf.^a A. – É essa questão que lhe quer perguntar. Se alguém lhe perguntar as doenças que tem, sabe responder? Sr. M. – Parte do coração (fez uma pausa, demonstrando não saber explicar).</p> <p>A Enf.^a A. colocou a sua mão no braço dele e disse: Enf.^a A. – Não faz mal! Quando vai a algum lado tem que dizer que tem uma insuficiência cardíaca e que é portador de <i>pace-maker</i>. E porquê? Não esperando resposta, continuou: Enf.^a A. – Porque toma Varfine[®] e tem um <i>pace-maker</i> por ter tido arritmia. Com o Varfine[®] pode ter uma hemorragia e por isso tem que estar atento às perdas de sangue, como nas fezes, nas gengivas. Por isso é que nós fazemos aquela análise para avaliar o INR.</p>	<p>A Enf.^a A. manteve uma escuta activa e um diálogo aberto com o doente. Questionou-o relativamente ao conhecimento que tinha sobre a sua doença e sobre a medicação que fazia. Procurou conhecer o contexto de vida do Sr. M., confirmando com quem residia, se tinha filhos e qual o suporte familiar de que usufruía. Numa folha própria para esse registo fez o genograma do Sr. M. Assim, considero que a Enf.^a A. está bem posicionada na fase do Revelar-se. Nesta fase, segundo Gomes (2009), o enfermeiro tem que mobilizar as suas capacidades comunicacionais para conhecer a pessoa que tem perante si, bem como dar a conhecer-se.</p> <p>A Enf.^a A. demonstrou disponibilidade de tempo para conhecer melhor o Sr. M., promovendo um ambiente seguro e caminhando no sentido de uma relação de confiança. Demonstrou competência técnica quando procedeu ao ensino sobre a insuficiência cardíaca e a insuficiência renal, bem como das reacções adversas do Varfine[®]. Alertou-o para o facto de ser portador de um <i>pace-maker</i>. Considero, também, que revelou</p>

<p>O Sr. M. acenou afirmativamente com a cabeça.</p> <p>Enf.^a A. – Então é importante dizer que tem insuficiência cardíaca porquê? Por exemplo, nós dizemos que só pode beber um litro de água por dia, mas se for à nefrologia dizem-lhe para beber dois litros. Por isso tem sempre que dizer a todos o que tem para equilibrar todas as suas doenças.</p> <p>Entretanto, o Sr. M. falou sobre o seu último internamento e do momento da alta.</p> <p>Sr. M. – A médica deu-me alta e disse para eu beber muita água. O Dr. S. ficou chateado e disse-me que não podia beber muita água.</p> <p>Enf.^a A. – O importante é que o Sr. M. e a sua família percebiam a sua doença. Tal como não pode comer comida com muito sal. O sal faz retenção de líquidos e faz aumentar a tensão.</p> <p>Sr. M. – Ah! Pomos pouco sal na comida.</p> <p>Enf.^a A. – Tem uma insuficiência cardíaca. Quando começa a ficar pior, o que sente?</p> <p>Sr. M. – Sinto a axila.</p> <p>Enf.^a A. – E inchaço? Porque a acumulação de líquidos faz inchar (edema). Deve pesar-se uma vez por semana. Por exemplo, se aumentar de peso, se estiver constipado ou se tiver febre, deve telefonar logo para nós.</p> <p>A Enf.^a A. começou a avaliar os parâmetros vitais enquanto ia conversando com o Sr. M.</p> <p>Enf.^a A. – Oh, Sr. M. tem este livro não tem? (livro fornecido pelo HDIC sobre insuficiência cardíaca)</p> <p>Sr. M. – Sim, sim.</p> <p>Enf.^a A. – Até pode mostrá-lo aos seus filhos, para eles perceberem qual a doença que o pai tem.</p> <p>Sr. M. – Eles sabem tudo, sobretudo a minha filha mais velha.</p> <p>A Enf.^a A. registou os parâmetros vitais no diário do insuficiente cardíaco.</p> <p>Enf.^a A. - A tensão está boa!</p> <p>Sr. M. – A tensão tem estado boa. O Dr. Aumentou-me o Carvedilol[®] para ¼, mas aquilo não dá para partir e por isso tomo ½ de manhã e um à noite.</p> <p>Enf.^a A. – Está bem.</p>	<p>grande competência relacional, tal como Gomes (2009) a valorizou na fase do Envolver-se.</p> <p>Durante a conversa, pude constatar que a Enf.^a A., após o ensino sobre a sua doença, sinais e sintomas de descompensação da mesma, assim como sobre a medicação, avaliou a eficácia do mesmo. Para essa avaliação utilizou como estratégia, voltar a questioná-lo sobre a informação que lhe acabara de fornecer. Concomitantemente, fez ensino sobre a dieta e a importância do peso. Promoveu o conforto e a autonomia do doente ao tentar identificar as necessidades e potencialidades do mesmo, valorizando a acção conjunta no desenvolvimento de competências. (Gomes, 2009) Esta interacção revelou a interiorização da fase do Capacitar e Possibilitar.</p> <p>Perante esta descrição, considero que a Enf.^a A. interagiu com o Sr. M. de modo a que este assumisse o controlo da sua vida, no entanto penso que a fase do Comprometer-se e Assumir o Controlo do Cuidado de Si ou do Cuidado do Outro (Gomes, 2009) ainda têm de ser trabalhadas.</p> <p>Para finalizar, saliento o facto da Enf.^a A. se encontrar no nível de competente, segundo o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, descrito por Benner (2001), uma vez que exerce a sua prática, há cerca de 2 anos, no HDIC.</p> <p>Segundo Benner (2001), a enfermeira competente não tem a rapidez e a flexibilidade da enfermeira proeficiente, mas tem a noção que tem o</p>
--	---

<p>Sr. M. – Quantas estão? (referia-se à frequência cardíaca)</p> <p>Enf.^a A. – 80, está bom. Nunca sentiu o <i>pace-maker</i> a disparar?</p> <p>Sr. M. – Nunca senti. Só quando o puseram. Estava deitado e até o corpo saltava.</p> <p>Enf.^a A. – E passear, tem ido à rua. Vai às compras?</p> <p>Sr. M. – Ah, pois vou! Ainda ontem fui buscar comida para os passarinhos e comprar legumes.</p> <p>Enf.^a F. – Vai ficar com esta folha (folha terapêutica). Tem balança?</p> <p>Sr. M. – Sim, tenho.</p> <p>Enf.^a A. – Podemos pesar?</p> <p>Sr. M. – Sim! Oh, filha (esposa) vai lá buscar a balança e eu vou buscar a medicação.</p> <p>Mostrou a medicação</p> <p>Enf.^a A. – Certo.</p> <p>Sr. M. – Posso pesar? Com casaco ou sem casaco?</p> <p>Enf.^a A. – Desconto o casaco. 74 Kg. Algumas dúvidas Sr. M.?</p> <p>Sr. M. – Não! Acho que não!</p> <p>Enf.^a A. – Sendo assim vamos continuar as visitas a outros doentes.</p> <p>Despedimo-nos e fomos acompanhadas educadamente até à porta.</p>	<p>conhecimento das situações e que lhes consegue dar resposta, mesmo quando se depara com os imprevistos naturais da prática de enfermagem.</p>
--	--

Apêndice XIII

Análise de conteúdo das NCOP

ANÁLISE DE CONTEÚDO
NOTAS DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 1
ENFERMEIRA PERITA

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Revelar-se	Demonstra conhecimento acerca da pessoa	<p>“(…) faz uma daquelas infecções respiratórias e já se sabe como é que é!” (virou-se para mim e informou-me que a doente fazia muitas infecções respiratórias) (NOP1)</p> <p>“Está a fazer o Fluimucil® ou não?” (demonstra saber qual a medicação que a doente costuma tomar) (NOP1)</p> <p>“Não tem um filho? Ele não pode ajudá-los?” (sabe que tem um filho) (NOP1)</p> <p>“O seu marido também não está a fazer a medicação?” (demonstra saber que o marido também está medicado) (NOP1)</p>
Envolver-se	Promove um ambiente seguro	<p>A Enf.ª F. telefonou para o HDIC para marcar consulta para 3.ª feira. (NOP1)</p> <p>“Quando acha que pode ir buscar a medicação?” (NOP1)</p>
	Promove confiança	<p>“Temos que pensar positivo. Quanto tempo falta para acabar a mensalidade? Dois anos?” (NOP1)</p> <p>“Já sabe que são dois anos e depois as coisas equilibram. Já sabe que há fases boas e fases piores.” (NOP1)</p>
	Promove uma ação conjunta	<p>“Vai levar esta listagem a uma farmácia e eles que façam uma relação de quanto custa cada medicamento e para quanto tempo dá, para entregar à assistente social. Eles que carimbei a folha. Se a conseguir levar na terça falamos com ela.” (NOP1)</p>

<p>Capacitar e Possibilitar</p>	<p>Previne e anticipa complicações</p>	<p>“(…) não está a fazer a medicação e (…) pode fazer um AVC.” (NOP1)</p> <p>“Se à noite não comer mais nada, beba um copo de leite com um pãozinho.” (NOP1)</p> <p>“Compre aquela carne mais barata e ponha na sopa. Sempre vai lá buscar proteínas.” (NOP1)</p>
<p>Comprometer-se</p>	<p>Promove autonomia</p>	<p>“Vai levar esta listagem a uma farmácia e eles que façam uma relação de quanto custa cada medicamento e para quanto tempo dá, para entregar à assistente social. Eles que carimbei a folha. Se a conseguir levar na terça falamos com ela.” (NOP1)</p>
<p>Assegurar ou Assumir o controlo do Cuidado de Si ou do Cuidado do Outro</p>	<p>Partilha de poder</p>	<p>“Quer que fale com eles?” (referia-se ao filho, nora e marido) (NOP1)</p> <p>“Quer combinar uma visita aqui ou lá (HDIC) com eles e explico o que é a doença e os riscos que corre?” (NOP1)</p> <p>“Decida se quer ou se não quer que eu fale com eles.” (NOP1)</p>
	<p>Permite seguir a sua trajectória de vida</p>	<p>“A D.^a M.F. está com a TA alta porque não está a fazer o Coversyl[®] e queria falar com o Dr. S. para saber o que lhe posso dar.” (telefonou para o HDIC) (NOP1)</p> <p>“Então vou-lhe dar aqui uns Captopril[®] até ir aí, para fazer qualquer coisa de manhã.” (NOP1)</p> <p>“Vou-lhe deixar uns Captopril[®] e toma um de manhã enquanto não comprar o Coversyl[®].” (NOP1)</p> <p>“E o Procoloran[®] ainda tem? (...) Vamos ver se conseguimos arranjar uma embalagem de Procoloran[®].” (NOP1)</p>

NOTAS DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2
ENFERMEIRO COMPETENTE

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Revelar-se	Demonstra conhecimento acerca da pessoa	“Quando vai a algum lado tem que dizer que tem uma insuficiência cardíaca e que é portador de <i>pace-maker</i> .” (NOP2)
Envolver-se	Promove um ambiente seguro	“Então é importante dizer que tem insuficiência cardíaca porquê? Por exemplo, nós dizemos que só pode beber um litro de água por dia, mas se for à nefrologia dizem-lhe para beber dois litros. Por isso tem sempre que dizer a todos o que tem para equilibrar todas as suas doenças.” (NOP2)
Capacitar e Possibilitar	Previne e anticipa complicações	“Deve pesar-se uma vez por semana (...) se aumentar de peso, se estiver constipado ou se tiver febre, deve telefonar logo para nós.” (NOP2) “(…) não pode comer comida com muito sal. O sal faz retenção de líquidos e faz aumentar a tensão.” (NOP2) “Com o Varfine [®] pode ter uma hemorragia e por isso tem que estar atento às perdas de sangue, como nas fezes, nas gengivas.” (NOP2)

Apêndice XIV

Estudo de caso

ESTUDO DE CASO

A PARCERIA COMO MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

No decurso do estágio da unidade curricular de Opção II e com o objetivo de adquirir competências como enfermeira especialista e tornar-me perita na saúde do idoso, senti necessidade de elaborar um estudo caso.

Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira e Pinto (2008, p. 4) referem que “o estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.”

Este estudo caso sustentar-se-á no modelo teórico de Afaf Meleis (Meleis et al, 2000), uma vez que para esta autora a intervenção de enfermagem constitui um processo facilitador das transições que ocorrem ao longo da vida, bem como deve focar-se num trabalho em parceria (Gomes, 2009) com o objetivo de promover as mudanças de comportamento nos indivíduos, no sentido de promover o cuidado de si.

Realizarei uma descrição sucinta do caso, considerando as cinco fases do Modelo de Parceria e contemplando um plano cuidados de acordo com o quadro conceptual escolhido. No final farei uma breve reflexão sobre o desenvolvimento deste trabalho.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

REVELAR-SE

Identificação da Pessoa Idosa

No dia 10/10/2011 dirigi-me a casa da D. M.A. no contexto da Assistência Domiciliária do HDIC com o objetivo de elaborar um estudo sobre esta doente e desta forma tentar desenvolver um trabalho em parceria para a promoção do cuidado de si (Gomes, 2009).

As intervenções de enfermagem, segundo a mesma autora, devem visar a manutenção do projeto de vida do doente, promover a adaptação à sua situação de doença e contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, Meleis *et al* (2000)

referem que as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada ao longo do processo de transição e antecedida pela compreensão do mesmo. Devem proporcionar conhecimento e *empowerment* àqueles que o vivem, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos doentes e/ou família.

Assim, a D. A. recebeu-me simpaticamente na sua casa e com a intenção de adquirir conhecimentos relativamente à mesma e dar-me a conhecer, comecei por me identificar e explicar o estudo que estava a desenvolver no HDIC. Questionei-a se concordava em colaborar comigo para a concretização do mesmo, ao que ela respondeu afirmativamente.

Neste contexto, iniciei um diálogo com a D. A., ficando a saber que gosta de ser chamada por D. A. Tem 80 anos, apresenta um biótipo humano branco e não sabe ler nem escrever, mas consegue assinar o seu nome. Atualmente está reformada, mas sempre foi doméstica. É solteira e nunca teve filhos. É católica, mas refere: “Já não vou à igreja!”.

Contexto de Vida da Pessoa Idosa

Vive sozinha em casa própria, num apartamento de R/C com três assoalhadas, inserido em zona de comércio, mas com um acesso a transportes complicado face à sua situação de saúde. A principal cuidadora é uma vizinha que lhe faz as compras e a visita diariamente. No entanto, tem uma sobrinha que lhe trata da limpeza da casa, bem como a ajuda no banho.

Tem apoio do HDIC sendo os profissionais de saúde deste a sua referência.

A sua situação sócio-económica não é indicadora de problemas, referindo que a sua reforma dá para viver.

Segundo Gomes (2009) o enfermeiro adquire conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa, com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de vida e de saúde, bem como realizar-se em qualquer que seja a sua condição. Como tal, o enfermeiro tem que mobilizar as suas capacidades comunicacionais para conhecer a pessoa que tem perante si, bem como dar a conhecer-se.

ENVOLVER-SE

Situação de Cuidados da Pessoa Idosa

A D. A. é seguida em HDIC, desde 15/05/2008, por insuficiência cardíaca classe III da NYHA e insuficiência renal crónica, fazendo consultas de *follow-up* e controle laboratorial.

Tem como antecedentes pessoais médicos colocação de prótese biológica aórtica em 2006, colocação de *pace-maker* em 2007 e bronquite crónica. Como antecedentes cirúrgicos realizou uma intervenção cirúrgica ao joelho esquerdo, histerectomia total, apendicectomia, amigdalectomia e cirurgia cardíaca para colocação de prótese aórtica, não sabendo referir as datas em que algumas foram realizadas.

Refere ser alérgica à penicilina, mas nega alergias alimentares.

A D. A. está medicada em ambulatório com Omeprazol 20 mg (1 cp dia), Lasix[®] 40 mg (1 cp 2xdia), Diulo[®] (1 cp dia), Aldactone[®] 25 (½ cp dia), Coveram[®] 5 + 5 (1 cp dia), Nitradisc[®] 5 (durante 12 horas), Vastarel[®] (1 cp dia), Cordarone[®] (1 cp dia), Zyloric[®] 300 (1 cp dia), Tromalyt[®] (1 cp dia), Ramipril[®] (1 cp dia), Varfine[®] (segundo INR), Zaldiar[®] (SOS) e Captopril[®] 25 (1 cp S.L. se TA superior a 150 mmHg).

Neste contexto, pareceu-me importante avaliar o nível de adesão à terapêutica por parte da D. A., não só por se encontrar polimedicada, mas também por ter conhecimento prévio, através da equipa do HDIC, que nem sempre cumpre a medicação. O único medicamento que a D. A. diz nunca falhar é o Lasix[®], no entanto não reconhece os benefícios de outros. Tal como refere Elliott et al (2007), a não adesão a um medicamento não parece estar associado com a não adesão a outros medicamentos. O fato de a D. A. não aderir, por exemplo, ao Zyloric[®] não representa que não adira ao Lasix[®]. Esta situação está intimamente ligada à importância que a doente dá a cada um deles e na crença nos respetivos benefícios.

A aplicação da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos, revelou não adesão à terapêutica com um valor de 30, uma vez que só se considera adesão à terapêutica se tiver uma adesão superior ou igual a 34 (aproximadamente 83%). Estes valores são os estipulados pelos autores deste instrumento de avaliação. A D. A. referiu que quase sempre se esquece de tomar medicamentos para a sua doença, bem como deixa de os tomar quando se sente melhor. Refere também que, por vezes, interrompe a

terapêutica por se sentir pior e raramente toma um ou vários medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, por se sentir pior.

Quanto aos seus antecedentes familiares refere que teve nove irmãos, mas já faleceram todos. Não lhe foi questionada as causas dos óbitos, uma vez que não demonstrou vontade em partilhar essa situação. Neste sentido, tentei respeitar a sua intimidade e a sua vontade implícita, de modo a promover um ambiente seguro, bem como estabelecer tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de confiança, não forçando a sua vontade e mostrando-me disponível para escutar o que a D. A. queria partilhar. A relação de confiança vai para além do revelar-se, criando um envolvimento entre mim e a D. A.

Gomes (2009) refere que o enfermeiro promove um ambiente seguro, estabelecendo tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade, assim como de uma relação de confiança. Deverá demonstrar competência técnica e relacional, ou seja, mais do que compreender o outro, deve ser capaz de lhes dar a resposta adequada avaliando a sua situação.

Relativamente aos estilos de vida/comportamentos aditivos, refere nunca ter fumado, mas bebe “um copito de vinho ao almoço”, acrescentando ainda que “o médico diz que até faz bem ao coração.”

Segundo a D. A. faz quatro refeições por dia: pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Diz comer carne e peixe em dias alternados, que vai buscar a um pequeno restaurante ao lado da sua casa. Na sequência desta conversa, aproveitei para salientar a importância de uma dieta adequada para a sua doença, que os legumes são indispensáveis pelo que devia comer sopa pelo menos um vez por dia, assim como o equilíbrio proteico é muito importante, daí a necessidade de comer peixe ou carne também uma vez por dia. Sendo o potássio expoliado pelos diuréticos e uma vez que a D. A. está medicada com três diuréticos de ansa, sendo o Lasix[®] um dos maiores expoliadores de potássio, deve valorizar e ingerir os alimentos ricos em potássio.

CAPACITAR E POSSIBILITAR

Tentei com este ensino capacitar a D. A. para assumir o cuidado que esta devia ter consigo mesma, bem como foi minha pretensão promover o conforto e a autonomia. A capacitação e possibilitação, descritas por Gomes (2009) no seu Modelo de Parceria, podem antecipar complicações, permitindo que a D. A. possa ter conforto e bem-estar,

bem como prosseguir o caminho da sua vida. Neste contexto, é importante que a D. A. interiorize a importância do seu regime terapêutico, nomeadamente, na adesão à terapêutica medicamentosa, de modo a não comprometer o seu projeto de vida e de saúde, evitando a descompensação cardíaca.

Neste dia, como ainda havia mais visitas domiciliárias, eu e a colega tivemos que nos despedir até ao dia 02/11/2011, altura em que a D. A. tinha consulta no HDIC.

Assim, no dia 02/11/2011, a D. A. compareceu, como combinado, no HDIC para uma consulta de rotina, pelo que realizei um exame objetivo. Pude constatar que esta se encontrava vígil, com bom estado geral e de nutrição, consciente, orientada, colaborante, com discurso fluente e estruturado, no entanto demonstrava alguma ansiedade relativamente à sua situação clínica, referindo “não me sinto bem, estou muito cansada”. A sua idade aparente continuava coincidente com a idade real. Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas. Escleróticas anictéricas. Polipneica com dispneia para pequenos esforços. Abdómen globoso, mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de cianose central ou periférica. Sem alterações cutâneas, mas com ligeiro edema maleolar à esquerda.

Avaliei os sinais vitais, sendo que esta apresentava um pulso radial de 60 ppm arritmico, pressão arterial de 138/67 mmHg, com uma frequência respiratória de 24 ciclos/minuto e uma SatO₂ de 84%. Os parâmetros biométricos são relevantes nos doentes crónicos, principalmente, na insuficiência cardíaca, o seu peso era de 83,8 Kg, com 1,45 m de altura, um perímetro abdominal de 110 cm e com um IMC de 41,3.

Aproveitei a minha conversa com a D. A. para validar se se encontrava a cumprir a medicação, ao que me respondeu “uns dias tomo outros não”.

Neste sentido, para definir intervenções eficazes e adequadas às suas necessidades, foi necessário identificar as suas potencialidades e vulnerabilidades, tendo a sua avaliação multidimensional constituído uma necessidade.

Assim, decidi avaliar a sua capacidade funcional e cognitiva. Para a avaliação das AVD utilizei o Índice de Barthel que revelou independência total. No que respeita às AIVD, a sua pontuação foi ligeiramente mais baixa, uma vez que: é incapaz para fazer pequenas compras; aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada; faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável; cuida completamente da lavagem da sua roupa (refere

ter máquina de lavar); e desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos. No entanto, nas restantes atividades foi considerada independente.

Esta avaliação permitiu perceber que a D. A. tem um papel pouco participativo na comunidade.

Concomitantemente, optei por avaliar o défice da função cognitiva, pelo que apliquei a Escala de Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental Scale Examination* - MMSE), que não apresentou comprometimento cognitivo.

A D.^a A. desloca-se com o auxílio de uma bengala e apresenta uma marcha lenta, pelo que achei pertinente proceder à avaliação o seu risco de queda. Assim, a aplicação da Escala de Morse revelou um risco médio de queda.

No dia 11/11/2011 acompanhei novamente uma colega do HDIC na visita domiciliária e após um telefonema da D. A., para o serviço, referindo sentir-se mal, dirigimo-nos ao seu domicílio. Quando chegámos, a D. A. encontrava-se muito dispneica, com edemas generalizados, incluindo na face, bem como alguma apresentava cianose periférica ao nível dos dedos das mãos e pés.

Foram avaliados os sinais vitais que registavam uma pressão arterial de 142/97 mmHg, um pulso radial de 68 ppm arritmico, com uma frequência respiratória de 22 ciclos/minuto e uma SatO₂ de 86%. Perante este quadro, a Enf.^a F. ligou para o HDIC, pelo que ficou acordado ter que ir para o hospital no dia seguinte para ser observada pelo médico, bem como lhe foram administradas no momento duas fórmulas de Lasix[®] endovenoso. No dia seguinte, 12/11/2011, acabou por ficar internada por descompensação cardíaca.

COMPROMETER-SE

Perante o internamento da D. A., delineei um plano de cuidados dirigido à mesma, com orientação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA[®], desenvolvidos por Carpenito (2003).

Este plano de cuidados tem como objetivo promover o cuidado de si, uma vez que a D. A. ainda se encontra distanciada de assumir o controlo da sua vida e do seu projeto de vida, assim como ainda não foi possível estabelecer compromissos, transformando capacidades potenciais em capacidades reais. Para Gomes (2009) a fase do comprometer-se é representada por um conjunto de esforços no sentido de atingir os

objetivos definidos. As estratégias desenvolvidas visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real.

Neste contexto, a identificação de problemas foi realizada à luz da teoria de Médio Alcance de Meleis (Meleis *et al*, 2000)

PLANO DE CUIDADOS

OBJETIVO	PROBLEMA IDENTIFICADO	INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS
Que a D. A. consiga melhorar a dispneia para pequenos esforços promovendo cuidado de Si	Troca de gases prejudicada relacionada com a insuficiência cardíaca, manifestada por dispneia a pequenos esforços	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer ensino sobre técnicas respiratórias, tais como respiração lenta e profunda, fazendo pausas ao deambular e na realização das atividades, bem como conversar pausadamente • Encorajar o controle consciente da respiração abdominal, mais lenta e profunda, por palpação do diafragma • Explicar que pode aprender a ultrapassar a dispneia através do controle consciente da respiração • Realizar as atividades, que possam desencadear sintomas como dispneia, com tempo e de forma ponderada • Relembrar que o aumento gradual da atividade evita a sobrecarga excessiva do miocárdio e o consumo de oxigênio • Reforçar o ensino relativamente à abordagem às atividades, regulando o gasto de energia e reduzindo a sobrecarga cardíaca
Que a D. A. consiga melhorar a sua tolerância à atividade	Intolerância à atividade relacionada com o desequilíbrio entre as necessidades e o fornecimento de oxigênio, manifestada por dispneia a	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer com a D. A. um plano de repouso e de atividade • Explicar à doente que o aumento gradual da atividade evita a sobrecarga excessiva do miocárdio e o consumo de oxigênio

	pequenos esforços (como falar)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a doente a modificar a abordagem às atividades, regulando o gasto de energia e reduzindo a sobrecarga cardíaca • Explicar que deve continuar solicitar ajuda à sua sobrinha ou à vizinha na realização das AVD, tais como nos cuidados de higiene e na atividade de vestir e despir • Encorajar a respiração lenta e profunda, fazendo pausas ao deambular e na realização das atividades, bem como conversar pausadamente • Não faltar às consultas de <i>follow-up</i> do HDIC.
Que a D. A. cumpra a prescrição medicamentosa	Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado com a não adesão à terapêutica medicamentosa, manifestado por descompensação cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar o ensino sobre a importância da adesão à terapêutica, tendo em conta as suas patologias • Incentivar a doente a cumprir as prescrições medicamentosas • Incentivar a doente a ingerir alimentos ricos em potássio, fazendo ensino sobre os mesmos • Não faltar às consultas de <i>follow-up</i> do HDIC
Que a D. A. não sofra nenhuma queda	Risco de queda médio (segundo Escala de Morse) relacionado com a utilização de auxiliar de marcha, manifestado por marcha lenta.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ensino sobre os riscos ambientais • Verificar se utiliza corretamente a bengala • Reforçar positivamente pelo que vai conseguindo fazer

As intervenções implementadas, bem como o ensino efetuado, no sentido de atingir o nível de adesão pretendido não se revelaram totalmente eficazes. A D. A. continua a demonstrar incapacidade para seguir o seu trajeto de vida, não assumindo o cuidado

que devia ter consigo. Não cumpre a terapêutica prescrita, à exceção do Lasix[®], o que condiciona o seu prognóstico e a sua qualidade de vida.

ASSEGURAR OU ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO

No assegurar o cuidado de si, o doente consegue controlar o seu projeto de vida e de saúde, ou seja, está informado, consegue gerir da melhor maneira a sua situação e qual o melhor caminho a seguir. No assumir o cuidado do outro, o enfermeiro garante que o doente idoso possa seguir a sua trajetória de vida e garante que o cuidador adquira a capacidade para cuidar do doente idoso, existindo partilha de poder (Gomes, 2009).

Assim, com intenção de promover o seu bem-estar e o controlo da doença, aumentou-se o número de consultas no HDIC, assim como as visitas domiciliárias passaram a ser frequentes, de modo a ser o enfermeiro a assegurar o seu cuidado.

REFLEXÃO

Este estudo permitiu-me aprofundar conhecimentos relativamente ao doente idoso, com IC, polimedicado, compreender mais profundamente a não adesão à terapêutica medicamentosa, bem como permitiu, ainda, avaliar a pessoa idosa portadora de doença crónica na sua vertente multidimensional. Segundo Benner (2001, p. 50) “as enfermeiras aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação.”

Pude perceber, ainda, que o modelo de parceria como promotor do cuidado de si contribui para que o cuidado esteja mais centrado no doente idoso e, deste modo, fazendo com que ele possa ter mais controlo sobre o seu projeto de saúde e de vida ou prosseguir a sua trajetória de vida. Este modelo de cuidados defende que quando o doente idoso com dependência e vulnerabilidade não tem capacidade de autonomia, ou seja, quando não é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação, a estratégia passa pela construção de uma ação em que o enfermeiro assegura o controlo do cuidado do outro, assumindo ele próprio o cuidado que o outro devia ter consigo próprio ou capacitando a família ou pessoa significativa para o fazer (Gomes, 2009).

Apêndice XV

Revisão da Literatura

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura consiste “numa síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica (...) recurso valioso de informações para a tomada de decisões” (Galvão, Sawada, Trevizn, 2004)¹.

A formulação adequada da pergunta é um passo fundamental para o sucesso do estudo. Assim, elaborei a questão de investigação em formato PICO (Participantes, Intervenções, Comparação, *Outcomes*) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005)²: “Que intervenções de enfermagem (I) são promotoras do cuidado de Si (O) para o doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado (P) com não adesão à terapêutica medicamentosa?”

Neste contexto, defini como objetivo principal desta revisão da literatura:

- ✓ Determinar que intervenções de enfermagem são promotoras do cuidado de si na não adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado.

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente idoso com insuficiência cardíaca polimedicado
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem
C	Comparação	Pode existir ou não	
O	Outcomes	Resultados	Intervenções para a promoção do cuidado de si, nomeadamente na adesão à terapêutica medicamentosa

Para a seleção dos artigos/estudos pesquisados defini critérios de inclusão e de exclusão, de forma a dar resposta à questão de investigação. Estes critérios são apresentados no Quadro 2.

¹ Galvão, Cristina Maria; Sawada, Namie Okino; Trevizam, Maria Auxiliadora (2004) – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. Vol. 12(3) (Maio - Junho 2004)pp. 549-556.

² Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005) - Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Quadro 2 – Critérios para a inclusão e exclusão de artigos/estudos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Pessoa com idade superior ou igual a 65 anos, com polimedicação moderada a grave e que não apresenta adesão à terapêutica medicamentosa.	- Pessoas com idade inferior a 65 anos. - Pessoa idosa com demência ou doença mental - Pessoa idosa com polimedicação ligeira.
Intervenção	Intervenções promotoras do cuidado de si, no que respeita a adesão à terapêutica medicamentosa.	
Tipo de estudo	Estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas de literatura	- Artigos não disponíveis em <i>full text</i> - Textos sem metodologia científica - Artigos que não apresentem intervenções para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa.

A pesquisa da literatura científica teve em conta os artigos publicados em texto integral e restringido a um período de seis anos (2005-2011), tendo sido realizada durante os meses de outubro e novembro de 2011. Para a realização desta pesquisa foram consultadas as bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS*, *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, *ACADEMIC SEARCH COMPLETE*, disponíveis no motor de busca *EBSCO*. Devido ao elevado número de artigos encontrados inicialmente foi utilizado o *MAJOR HEADING* para a sua redução.

As palavras-chave utilizadas foram: *nursing strategies*, *elderly*, *non-adherence*, *nursing interventions*, *self-care promotion*, *heart failure* e *elderly multiple medication*, tendo sido conjugadas do seguinte modo:

- 1 - *nursing interventions AND elderly AND non-adherence*;
- 2 - *nursing strategies AND elderly AND non-adherence*;
- 3 - *nursing strategies AND heart failure AND non-adherence*;
- 4 - *nursing strategies AND elderly multiple medication AND non-adherence* ;
- 5 - *nursing interventions AND elderly multiple medication AND non-adherence*;
- 6 - *self-care promotion AND elderly multiple medication AND non-adherence*.

Da pesquisa original resultaram 44 artigos e após leitura dos resumos ficou reduzida para 25, distribuídos da seguinte forma: 14 disponíveis na *CINAHL Plus with full text*, oito na *MEDLINE with full text* e três na *ACADEMIC SEARCH COMPLETE*. Nas restantes bases de dados não foram encontrados artigos relevantes para a minha investigação. Da totalidade dos artigos, selecionei para análise quatro, sendo que dois encontravam-se repetidos e 19 foram excluídos segundo os critérios de exclusão pré-definidos.

ANÁLISE DOS DADOS

Os artigos foram catalogados por níveis de evidência segundo Harris *et al* (2001)³.

QUADRO 1 – Artigo n.º 14

Título	STRATEGIES FOR COPING IN A COMPLEX WORLD: ADHERENCE BEHAVIOR AMONG OLDER ADULTS WITH CHRONIC ILLNESS	
Autor	ELLIOTT, Rachel; ROSS-DEGNAN, Dennis; ADAMS, Alyce; GELB SAFRAN, Dana; SOUMERAI, Stephen.	Nível de Evidência III
Ano de Publicação	2007	
Objetivos	Explorar como os idosos com múltiplas doenças crónicas fazem as suas escolhas sobre os medicamentos.	
Método	Estudo exploratório. Entrevistas semi-estruturadas aos idosos que ingerem vários medicamentos. Realizada contagem de medicamentos.	
Participantes	20 idosos residentes na comunidade, com seguro de saúde, no leste de Massachusetts, com idades entre os 67 e os 90 anos. Apresentam 3 a 9 comorbilidades e fazem 4 a 12 medicamentos diários.	
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - As entrevistas foram realizadas em casas dos doentes. Foram removidas todas as referências a "adesão" ou "cumprimento" em cada entrevista para reduzir as respostas "desejáveis". - As entrevistas foram realizadas entre Janeiro e Março de 2005, tiveram uma duração de 45 a 90 minutos e foram gravadas com permissão. - As transcrições depois de corrigidas foram importadas para o Atlas. - Desenvolvida uma estrutura de codificação usando uma comparação constante. - Nas entrevistas iniciais foi pedido aos participantes para hierarquizar os seus 	

³ Harris, R.P. *et al.* (2001). Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*. Chapel Hill. April 2001, V. 20 (3), pp. 21-35.

	<p>medicamentos atuais, passados e futuros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esta listagem fornece informações ricas sobre a base para escolhas entre os medicamentos. - Após 15 de 16 entrevistas, não houve mais nenhum fator afetando a adesão. - Leram-se descrições individuais para identificar históricos e futuras escolhas feitas sobre os medicamentos e os principais fatores que os influenciam. Os resultados apresentados focam-se sobre a análise dessas escolhas.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Maioritariamente os entrevistados conheciam a causa da toma dos seus medicamentos. - A não adesão a um medicamento não parece estar associado com a não adesão a outros medicamentos. - Todos os entrevistados tinham feito pelo menos uma escolha no que se refere à dosagem, troca ou suspensão de um medicamento. - Esta opção prende-se com a escolha de medicamentos consoante diferentes doenças ou na escolha de medicamentos para a mesma doença. - A opção entre doenças depende de fatores associados à sintomatologia ou ao risco futuro da mesma. - A escolha de medicamentos para a mesma doença prende-se com os efeitos adversos e com o custo. Por vezes, os doentes suspendiam a medicação para testar a sua eficácia. - A complexidade do esquema terapêutico não foi considerada um problema pelos entrevistados, embora tenham mecanismos de coping (auxiliares de memória, caixas de medicação) para lidar com a complexidade do esquema. - Quando é introduzido um novo medicamento é importante discutir o novo esquema terapêutico com os doentes.
ISSN	1525-1497
Questões Éticas	O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética de Harvard Pilgrim Health Care. Os autores não apresentaram conflito de interesses.

QUADRO 2 – Artigo n.º 16

Título	STRATEGIES TO IMPROVE PATIENTS' ADHERENCE TO MEDICATION	
Autor	KAUFMAN, Gerri; BIRKS, Yvonne.	Nível de Evidência III
Ano de Publicação	2009	
Objetivos	Dar aos enfermeiros e outros profissionais de saúde uma visão sobre questões relacionadas com a adesão à medicação.	
Método	Estudo qualitativo, através da análise descritiva de artigos e de pareceres colhidos <i>on-line</i> realizada em 7 passos.	

Fontes	Artigos e pareceres <i>on-line</i> .
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de artigos para a criação de uma definição própria de cumprimento (“compliance”), adesão (“adherence”) e concordância (“concordance”). - Consulta de um <i>website</i> e ouvir os doentes a falar sobre as suas experiências relativamente à toma de medicamentos para várias condições. Exploração das áreas específicas de cada doença e os tópicos associados à toma dos medicamentos. Identificação das mensagens chave e como estas influenciam a discussão com os doentes acerca da sua medicação. - Uso de um <i>link</i> da <i>internet</i> que providencia: um sumário das crenças dos doentes acerca da sua medicação; identificação de fatores chave que mostram a visão dos doentes acerca das suas medicações e as suas decisões acerca da adesão; como é que isto influencia a nossa abordagem para melhorar a adesão ao tratamento; fazer uma lista de coisas que se pode fazer na sua área de prática. - Acesso às <i>guidelines</i> da <i>Medicines Adherence</i> para: seleccionar um documento de referência e ler as secções de aumento do envolvimento dos doentes e compreender a perspectiva dos doentes. Ler dois estudo caso de doentes e perceber as suas crenças de saúde durante as consultas. - Acesso à <i>Medicines Adherence</i> e seleccionar um documento de referência e ler a secção de fornecer informação. Através dos estudo caso dos 2 doentes descritos anteriormente, responder às questões: Que tipo de informação precisam para aceitar o diagnóstico e o tratamento?; Que estratégias deverão ser usadas aquando da partilha de informação?; Como testa o seu entendimento? - Tendo como referência o primeiro estudo caso, considerar as razões da relutância do doente em partilhar as suas crenças de saúde com o médico. Como se sente quando o doente elegido não segue as recomendações de tratamento prescritas. - Reflexão sobre o seu papel na gestão da medicação e considerar que elementos pode ajudá-lo a promover a adesão ao tratamento.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver os doentes como parceiros nas consultas - Partilhar a informação/conhecimento - Relembrar a informação fornecida - Apoiar os doentes na ingestão da medicação
ISSN	0029-6570
Questões Éticas	Os autores não apresentaram conflito de interesses.

QUADRO 3 – Artigo n.º 18

Título	INTERVENTIONS TO IMPROVE MEDICATION ADHERENCE IN PEOPLE WITH MULTIPLE CHRONIC CONDITIONS: A SYSTEMATIC REVIEW	
Autor	WILLIAMS, Allison; MANIAS, Elizabeth; WALKER, Rowan.	Nível de Evidência I

Ano de Publicação	2008
Objetivos	Identificar estudos que envolvem intervenções para melhorar a adesão à medicação em pessoas com múltiplas doenças crônicas.
Método	Revisão Sistemática de Literatura.
Artigos	<ul style="list-style-type: none"> - Dos 248 resumos, 97 foram selecionados para texto completo. - Utilizadas as bases de dados: <i>CINAHL</i>, <i>Medline</i>, <i>PubMed</i> e <i>Web of Science</i>. Pesquisadas no mês de Janeiro para um período de 1997 a 2007. - As palavras-chave utilizadas foram: adesão (<i>adherence</i>), intervenções (<i>interventions</i>), medicação (<i>medication</i>), doença crônica (<i>chronic condition</i>), enfermagem (<i>nursing</i>), comorbilidade (<i>comorbidity</i>) e revisão sistemática (<i>systematic review</i>). - Dois revisores independentes avaliaram estes trabalhos de investigação para uma análise mais aprofundada com base nos critérios de inclusão: adesão à medicação oral, medicamentos auto-administrados (excluindo vacinas e quimioterapia), toma de pelo menos três medicamentos, doenças crônicas e ensaios clínicos controlados randomizados com uma intervenção no período de acompanhamento com, pelo menos, 3 meses de duração. Este período foi considerado o período mínimo de <i>follow-up</i> para refletir a adesão à medicação a longo prazo nas doenças crônicas. - Dos 97 trabalhos selecionados para texto completo, após uma avaliação criteriosa, apenas 8 estudos eram controlados e randomizados, apresentavam uma intervenção para ajudar os idosos na adesão à medicação e sofriam, pelo menos, três doenças crônicas.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as intervenções utilizadas basearam-se em abordagens educativas e comportamentais numa tentativa de melhorar a adesão à medicação. - Nas intervenções de Bernsten <i>et al</i> (2001) e Sturgess <i>et al</i> (2003) os farmacêuticos envolvidos avaliaram os participantes com problemas reais ou potenciais com a medicação, através do ensino relativamente à mesma, lembretes para a toma da medicação e simplificação dos regimes de medicação. - As intervenções de Grant <i>et al</i> (2003) envolveram o telefonema de um farmacêutico para avaliar a adesão aos medicamentos e as actividades de auto-cuidado, passando por educação e referência do que era necessário. - Nazaré <i>et al</i> (2001) incorporou um plano medicação pós alta, preparação de medicamentos e aconselhamento que não melhoraram à adesão; - Ponnusankar <i>et al</i> (2004) utilizou sessões de aconselhamento individuais. - Geest <i>et al</i> (2006) usaram uma combinação de reciclagem medicamentosa, lembretes e suporte na toma dos medicamentos. - Lee <i>et al</i> (2006) incluiu a educação, contagem de medicamentos e follow-up pelo farmacêutico durante 6 meses. - Wu <i>et al</i> (2006) utilizou a educação por um farmacêutico e aconselhamento telefónico.

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Registou-se uma discreta melhoria aos 18 meses pós-intervenção em ambos os grupos. (Bernsten <i>et al</i>, 2001) Sturgess <i>et al</i> (2003) - Não se registou efeito na adesão aos 3 meses. (Grant <i>et al</i>, 2003) - Não se registou aumento da adesão, mas este resultado pode estar falseado pelo fato da adesão inicial ser já muito elevada. (Nazaré <i>et al</i>, 2001) - Melhorou a adesão no grupo de intervenção, embora não fosse um estudo cego. (Ponnusankar <i>et al</i>, 2004) - A não-adesão declinou rapidamente nos grupos controle e intervenção durante 3 meses pós-intervenção, mas aumentou aos 6 meses, indicando a necessidade de apoio a longo prazo. (Geest <i>et al</i>, 2006) - A proporção de consumidores que tomaram todos os medicamentos aumentou 5%. (Lee <i>et al</i>, 2006) - Metade dos participantes tornou-se aderente após uma conversa de 15 minutos antes da randomização. O grupo de intervenção melhorou a adesão aos 2 anos pós-intervenção (81% vs 58%) e menos pessoas eram não-aderentes no final do estudo quando comparado com o grupo controle (7% vs 18%). Essas estatísticas demonstram que o reforço periódico é necessário para manter a mudança de comportamento. (Wu <i>et al</i>, 2006)
ISSN	0309-2402
Questões Éticas	Este estudo foi financiado pelo Australian Research Council Linkage. Os autores não apresentaram conflito de interesses em relação a este estudo.

QUADRO 4 – Artigo n.º 25

Título	MEDICATION ADHERENCE – INTERVENTIONS FOR OLDER ADULTS: LITERATURE REVIEW	
Autor	RUPPAR, Todd; CONN, Vicki; RUSSELLI, Cynthia.	Nível de Evidência I
Ano de Publicação	2008	
Objetivos	Explorar a dimensão e a natureza das intervenções testadas na adesão à medicação em idosos.	
Método	Revisão Sistemática de Literatura	
Artigos	<p>63 estudos controlados randomizados em inglês, publicados entre 1977 e 2005, em que a idade mínima dos participantes era de 65 anos. Utilizadas as base de dados: <i>Medline</i>, <i>PsycINFO</i>, <i>Health Star</i>, <i>Angeline</i>, <i>CINAHL</i> e <i>Cochrane Library</i>. As palavras-chave utilizadas foram: medicação (medication), adesão à medicação (medication adherence), cumprimento (compliance), idade (the aged), revisão de literatura (literature review) e enfermagem (nursing).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 estudos da década de 70, 13 estudos entre 1980 e 1989, 29 entre 1990 e 1999 e 17 entre 2000 e 2005. - 2 estudos eram teses de doutoramento. 	

<p>Intervenções</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A variação total das intervenções variou de um único contacto a múltiplos contactos durante cerca de 29 meses. - As intervenções de adesão estão presentes em 20 de 63 estudos revistos. A maioria destes envolve intervenções de adesão para preparar os doentes para a auto-administração após a alta. - Os restantes 43 estudos envolvem intervenções de adesão em doentes ambulatoriais. - Algumas intervenções são baseadas nos cuidados médicos ambulatoriais e nas farmácias. - Apenas 13 destes estudos utilizou informação escrita. - Apenas 3 foram direccionados à família e ao cuidador para além do doente. - Neste artigo de revisão procurou-se estudar os 3 fatores que interferem na adesão medicamentosa, nomeadamente os fatores direccionados ao doente, os fatores medicamentosos e os fatores relacionados com a administração do medicamento. - As <u>intervenções direccionadas ao doente</u> incluem: educação, informação escrita, educação da doença, programas de auto-administração, processos motivacionais, suporte social e monitorização sintomática. - As <u>intervenções direccionadas aos fatores medicamentosos</u> foram: modificação da dose com o objetivo de reduzir o número de tomas diárias, preparação de caixas de medicação, rotulagem e revisão da medicação. - As <u>intervenções que respeitam aos fatores de administração dos medicamentos</u> foram: lembretes de medicação e monitorização da mesma.
<p>Resultados</p>	<p><u>FATORES DIRECIONADOS AO DOENTE</u></p> <p>EDUCAÇÃO PARA A MEDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizada em 45 dos 63 estudos. 22 dos 45 estudos mostraram melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>INFORMAÇÃO ESCRITA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizada em 13 dos 63 estudos. 8 dos 13 estudos mostraram melhoria significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>EDUCAÇÃO DA DOENÇA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizada em 5 estudos dos 63. Foi reportada em 4 de 5 estudos que revelou uma melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>PROGRAMAS DE AUTO-ADMINISTRAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizados em 4 estudos e em ambiente hospitalar antes da alta. 2 dos 4 estudos mostraram melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>PROCESSOS MOTIVACIONAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Só 1 dos estudos utilizou este processo que revelou uma melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle.

	<p>SUPORTE SOCIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizado em 2 estudos. Nenhum reportou qualquer melhoria. <p>MONITORIZAÇÃO SINTOMÁTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizada em 3 estudos e todos reportaram melhoria significativa. <p><u>FATORES DIRECCIONADOS À MEDICAÇÃO</u></p> <p>MODIFICAÇÃO DE DOSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizada em 6 estudos e todos mostraram melhoria na adesão. <p>PREPARAÇÃO DAS CAIXAS DE MEDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 estudos utilizaram este método. 4 dos 11 estudos mostraram melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>REVISÃO DA MEDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizado em 6 estudos dos 63. 2 dos 6 estudos mostraram melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p><u>FATORES DE ADMINISTRAÇÃO</u></p> <p>LEMBRETES DE MEDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foram utilizados em 9 dos 63 estudos. 7 dos 9 estudos reportaram melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>MONITORIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi utilizado em 5 dos 63 estudos. 3 em 5 estudos mostraram melhoria estatisticamente significativa da adesão quando comparada com a população controle. <p>Normalmente, nenhuma destas intervenções foi utilizada isoladamente.</p>
ISSN	1519-7522
Questões Éticas	<p>O estudo foi apoiado pelo Australian Research Council Linkage.</p> <p>Os autores não apresentaram conflito de interesses.</p>

DISCUSSÃO

A análise dos artigos selecionados permitiu retirar algumas conclusões referentes a várias intervenções para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa no doente idoso polimedicado.

Estas intervenções foram bem resumidas no estudo de Ruppap, Conn e Russell (2008) em fatores direcionadas para o doente, fatores direcionados para a medicação e fatores direcionados para a administração da medicação. Nos fatores direcionados para o doente estão incluídos a educação para a medicação, informação escrita,

educação para a doença, programas de autoadministração, processos motivacionais, suporte social e monitorização sintomática. Nos fatores direcionados para a medicação incluem-se a modificação das doses, preparação das caixas de medicação e revisão da medicação. Por último, nos fatores direcionados para a administração de medicação estão descritos os lembretes de medicação (auxiliares de memória, como por exemplo a folha terapêutica) e monitorização da medicação.

É de salientar que para Elliott, Ross-Degnan, Safran e Soumerai (2007) a hierarquização dos medicamentos permite perceber quais os medicamentos relevantes para o doente, ou seja, quais os que constituem maior adesão. Até porque se pode inferir, que normalmente, o processo de não adesão não atinge toda a medicação do doente. Os mesmos autores referem que ao ser introduzido um novo medicamento é importante discutir o novo esquema terapêutico com os doentes.

Outro aspeto importante é envolver os doentes como parceiros na gestão do regime terapêutico medicamentoso (Kaufman & Birks, 2009).

Por sua vez, o estudo de Williams, Manias e Walker (2008) salvaguarda a importância do reforço periódico para manter os níveis de adesão, sendo que o estudo de Ruppert *et al* (2008) refere que as medidas de intervenção, nomeadamente as educacionais, mostraram benefício na adesão à terapêutica, mas ao mesmo tempo foram insuficientes. Estes autores salientam que a monitorização e o envolvimento do cuidador na assistência à medicação merecem confirmação por novos estudos, onde os enfermeiros podem ter um papel preponderante na monitorização da mesma.

Apêndice XVI

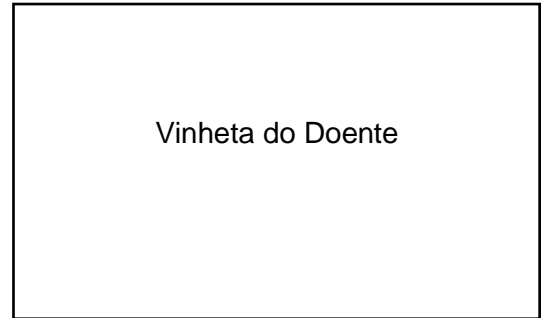
Folha de registo de intervenções de enfermagem

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA
ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO
DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO E/OU CUIDADOR

DATA DE ADMISSÃO: ___ / ___ / _____

IDADE: _____ anos

CUIDADOR PRINCIPAL: _____



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IMPLEMENTADAS*	NÃO IMPLEMENTADAS*	NÃO APLICÁVEL
1. Hierarquizar os medicamentos			
2. Discutir o esquema terapêutico medicamentoso			
3. Envolver o doente como parceiro na tomada de decisão			
4. Partilhar e relembrar a informação/conhecimento sobre a medicação			
5. Apoiar o doente na gestão terapêutica medicamentosa: ➤ Informação escrita ➤ Preparação de caixas de medicação ➤ Rotulagem das embalagens de medicação			
6. Desenvolver abordagens de educação terapêutica e comportamentais: ➤ Ensino sobre a doença e prognóstico ➤ Ensino sobre o esquema terapêutico medicamentoso ➤ Ensino sobre riscos e benefícios dos medicamentos prescritos			

➤ Ensino sobre reações medicamentosas			
➤ Ensino sobre autoadministração dos medicamentos injetáveis			
➤ Contacto telefónico			
➤ Simplificação do esquema terapêutico medicamentoso			
➤ Sessões de aconselhamento individuais			
7. Desenvolver processos motivacionais			
8. Articular com serviços sociais e de saúde			

* Coloque um ✓ na intervenção de enfermagem aplicada.

DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Perceber a ordem de importância de cada medicamento, questionando o doente.
2. Sempre que introduzido um novo medicamento.
3. Escutar a opinião do doente relativamente ao número de tomas e ao horário das mesmas.
4. Repetir o ensino, sempre que necessário, sobre a medicação.
5. Entregar folha terapêutica com número e horário das tomas.
6. Contacto telefónico (reforçar a importância da adesão à terapêutica medicamentosa e esclarecimento de eventuais dúvidas); Simplificação do esquema terapêutico medicamentoso (redução do número de tomas diárias, se possível); Sessões de aconselhamento individuais (ensino, monitorização sintomática e revisão da medicação em Assistência Domiciliária).
7. Reforçar positivamente a adesão à terapêutica medicamentosa, lembrando a importância da mesma para o seu conforto e bem-estar.
8. Fazer articulação com outros serviços de saúde, restante equipa multidisciplinar e facilitar receituário.

DATA	AVALIAÇÃO
__ / __ / ____	
__ / __ / ____	

DATA	AVALIAÇÃO
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	
_ / _ / _	

Elaborado pela Enfermeira Patrícia Cortez (aluna do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa, ESEL) com colaboração da Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos - Dezembro, 2011 -

Apêndice XVII

2.^a Sessão de formação

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: “Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente Idoso Polimedicado com Insuficiência Cardíaca”

FINALIDADE: Divulgar os resultados do n.º de doentes com não adesão à terapêutica e apresentar as estratégias para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa.

POPULAÇÃO ALVO: A sessão é destinada aos enfermeiros do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos.

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos

DATA: 5 de Dezembro de 2011

HORA: 14h 30m

DURAÇÃO: 30 min.

FORMADORES: Patrícia Cortez Pinto

OBJETIVO GERAL: Implementar a MAT e a folha de registo de intervenções de enfermagem para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos
Apresentar o diagnóstico da situação	Contextualizar a problemática em estudo	Método expositivo Discussão de grupo	<i>Data show</i> Computador
Divulgar os resultados da MAT (Medida Adesão aos Tratamentos)	Tratamento e validação dos dados	Método expositivo Discussão de grupo	<i>Data show</i> Computador
Apresentar as intervenções para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa	Contextualizar a RSL	Método expositivo Distribuição de literatura Discussão do grupo	<i>Data show</i> Computador Documento em suporte de papel

2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Pessoa Idosa -



ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

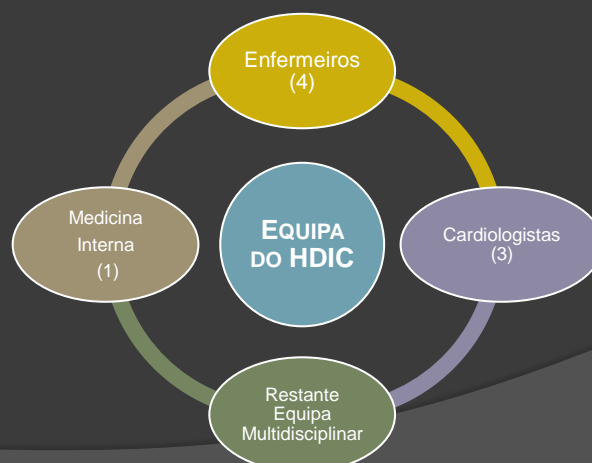
Patrícia Cortez Pinto

Lisboa
2011



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O HDIC tem como objectivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente e/ou família, evitando a hospitalização.





DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

1 Enfermeira Competente

3 Enfermeira Peritas

EQUIPA DE ENFERMAGEM

Benner, P. – De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem (Edição comemorativa).
Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

290 doentes

NECESSIDADE DE MONITORIZAR A ADESÃO À TERAPÊUTICA



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

55 DOENTES

• ≥ 65 anos

• Vivem sozinhos sem apoio

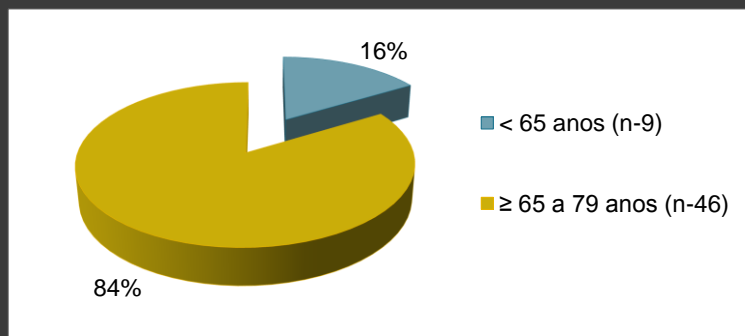
• Dificuldade na gestão da situação de doença

POPULAÇÃO EM MAIOR RISCO DE
NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA



DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

POPULAÇÃO ALVO



OS 46 DOENTES APRESENTAM POLIMEDICAÇÃO GRAVE



FINALIDADE

⇒ Assegurar a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca, promovendo o cuidado de Si, do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos – Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital Pulido Valente



OBJETIVOS GERAIS

- ⇒ Desenvolver competências, como enfermeira especialista, em parceria com o doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca, na promoção da adesão à terapêutica medicamentosa visando o cuidado de Si
- ⇒ Desenvolver competências na equipa de enfermagem do HDIC, em parceria com o doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca, na adesão à terapêutica medicamentosa, promovendo o cuidado de Si



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1ª FASE

1. Identificar as práticas enfermagem relativamente à promoção da adesão à terapêutica medicamentosa.
2. Identificar os doentes idosos polimedicados que não apresentam adesão à terapêutica medicamentosa no HDIC.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1ª FASE

3. Identificar os factores que condicionam a adesão à terapêutica medicamentosa no HDIC
4. Implementar, em parceria com a equipa de enfermagem do HDIC, o instrumento de avaliação Medida de Adesão aos Tratamentos.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2ª FASE

5. Definir estratégias, em parceria com a equipa de enfermagem do HDIC, que promovam a adesão à terapêutica medicamentosa do doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca.
6. Implementar estratégias, em parceria com o doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca, que promovam a adesão à terapêutica medicamentosa, visando o cuidado de Si.



1. IDENTIFICAR AS PRÁTICAS ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À PROMOÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

REFLEXÃO DA PRÁTICA – QUESTÕES À EQUIPA DE ENFERMAGEM ANÁLISE DAS RESPOSTAS

- ① Refira qual a importância que atribui à avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa.

A avaliação é fundamental para a correcta contextualização da doença e para a sua evolução. Fazem a avaliação pedindo aos doentes que tragam a medicação para confirmação e perguntam o horário das tomas.

- ② Refira as dificuldades sentidas na avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa.

Sentimentos de impotência e de frustração, bem como não conseguem que os doentes reiniciem a medicação quando é interrompida por iniciativa própria.



1. IDENTIFICAR AS PRÁTICAS ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À PROMOÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

REFLEXÃO DA PRÁTICA – QUESTÕES À EQUIPA DE ENFERMAGEM ANÁLISE DAS RESPOSTAS

- ③ Refira as estratégias utilizadas para corrigir a não adesão à terapêutica medicamentosa.

Ensinos para a saúde, ensinos sobre a importância da medicação, benefícios da mesma e correlação com a sua doença.

- ④ Após reflectir sobre a situação, no futuro, o que faria diferente?

Encaminhar o doente para a reflexão sobre os seus sintomas e para a diminuição da sua qualidade de vida, investir no conhecimento real do doente e do seu contexto de vida e recorrer aos familiares a apoios sociais.



1. IDENTIFICAR AS PRÁTICAS ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À
PROMOÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANÁLISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM 1

Revelar-se	Envolver-se	Capacitar e Possibilitar	Comprometer-se	Assumir o Controlo do Cuidado de Si
<ul style="list-style-type: none">Demonstra conhecimento acerca da pessoa	<ul style="list-style-type: none">Promove um ambiente seguroPromove confiança	<ul style="list-style-type: none">Promove uma acção conjuntaPrevine e antecipa complicações	<ul style="list-style-type: none">Promove autonomia	<ul style="list-style-type: none">Partilha de poderPermite seguir a sua trajectória de vida

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM 2

Revelar-se	Envolver-se	Capacitar e Possibilitar	Comprometer-se	Assumir o Controlo do Cuidado de Si
<ul style="list-style-type: none">Demonstra conhecimento acerca da pessoa	<ul style="list-style-type: none">Promove um ambiente seguroPromove confiança	<ul style="list-style-type: none">Previne e antecipa complicações		



1. IDENTIFICAR AS PRÁTICAS ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À
PROMOÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

INDICADORES DA PARCERIA (GOMES, 2009)

Revelar-se	1. IDENTIDADE DO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
	2. CONTEXTO DE VIDA DO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
	3. SITUAÇÃO DE DOENÇA DO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
	4. CONHECIMENTOS DO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA RELATIVAMENTE À IMPORTÂNCIA DA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA
	5. CONHECIMENTOS SOBRE OS RECURSOS PESSOAIS DO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E/OU CUIDADOR



1. IDENTIFICAR AS PRÁTICAS ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À
PROMOÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

INDICADORES DA PARCERIA (GOMES, 2009)

Envolver-se

1. O ENFERMEIRO CONHECE O DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA FACE À SUA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

2. O ENFERMEIRO PARTILHA EXPERIÊNCIAS COM O DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**Capacitar
e
Possibilitar**

1. O ENFERMEIRO CAPACITA E POSSIBILITA AO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



1. IDENTIFICAR AS PRÁTICAS ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À
PROMOÇÃO DA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

INDICADORES DA PARCERIA (GOMES, 2009)

Comprometer-se

1. O ENFERMEIRO COMPROMETE-SE COM O DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**Assumir o
Controlo do
Cuidado de Si**

1. O ENFERMEIRO ASSEGURA O CUIDADO DE SI DO DOENTE IDOSO POLIMEDICADO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA



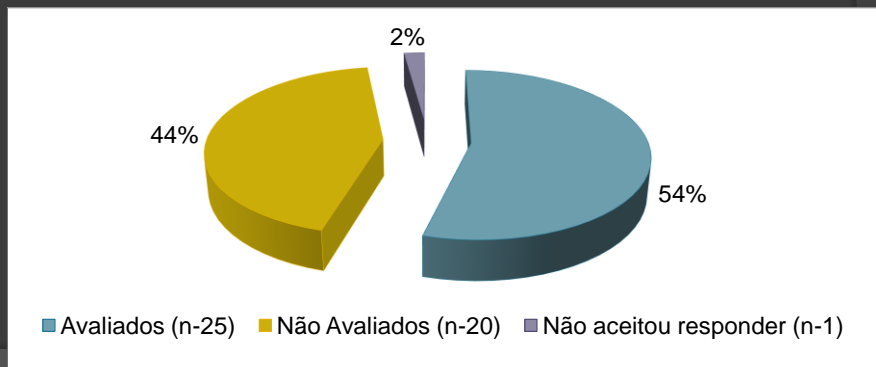
2. IDENTIFICAR OS DOENTES IDOSOS POLIMEDICADOS QUE NÃO APRESENTAM ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

Adesão superior a 80% correspondendo a um *score* ≥ 34 pontos.

Ramalhinho, I. (1994). Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

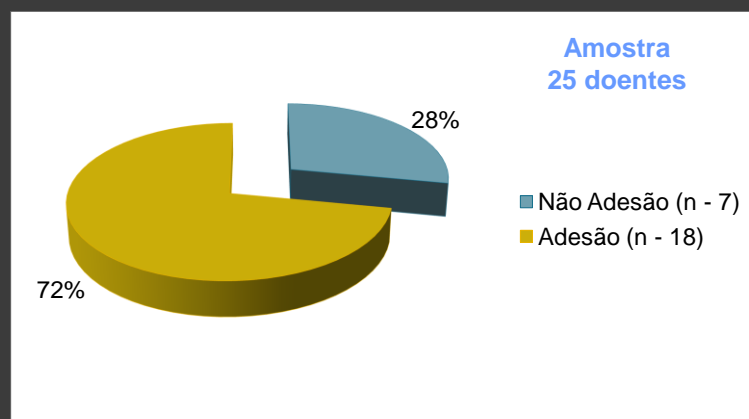
Stanton, A.L. (1987). Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 377-394.

MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS



2. IDENTIFICAR OS DOENTES IDOSOS POLIMEDICADOS QUE NÃO APRESENTAM ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

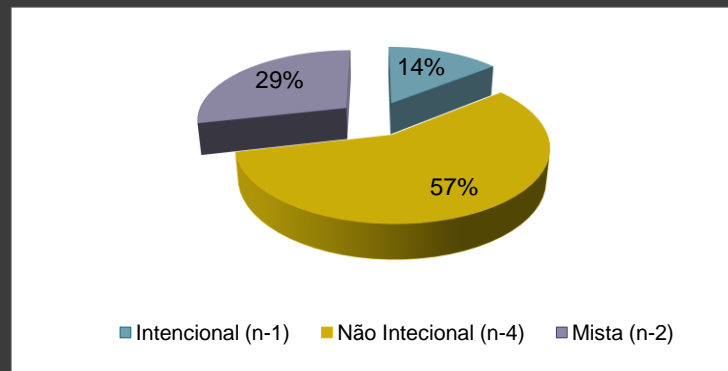
ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA





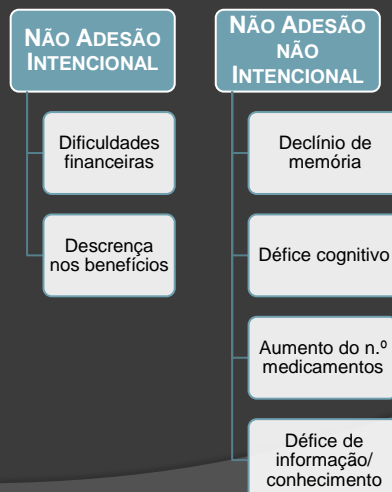
3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

CAUSA DE NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA



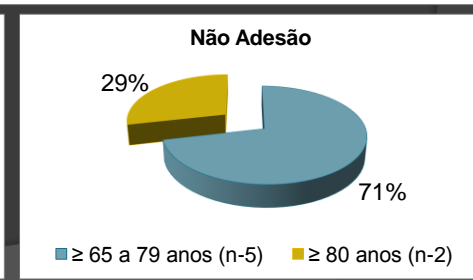
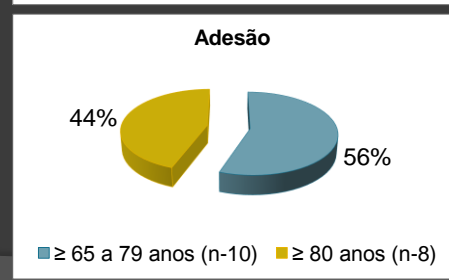
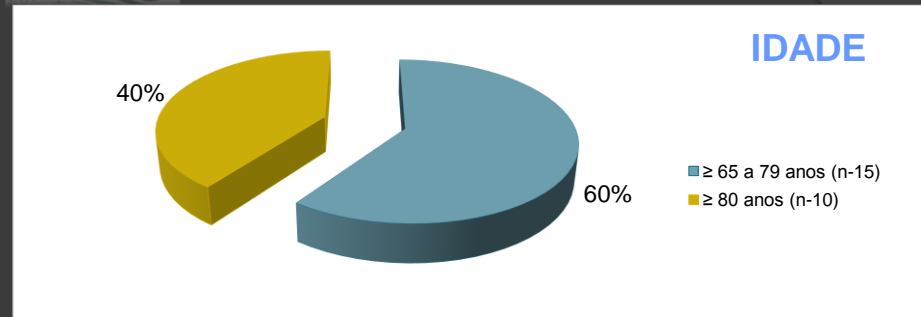
3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

CAUSA DE NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

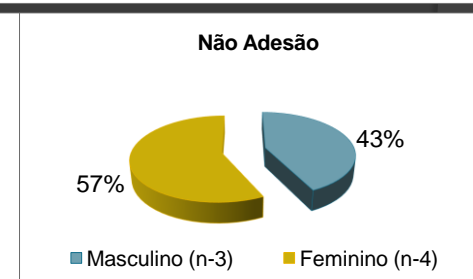
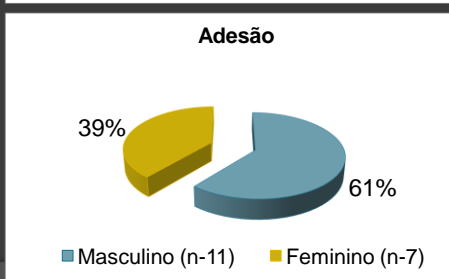
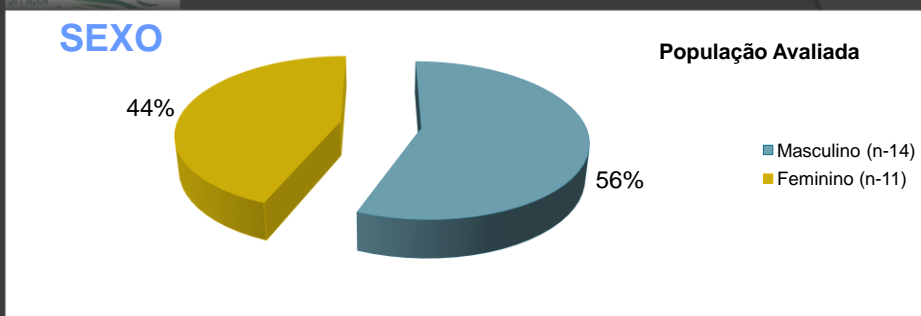




3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC



3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC



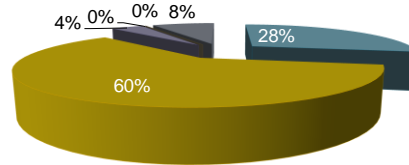


3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

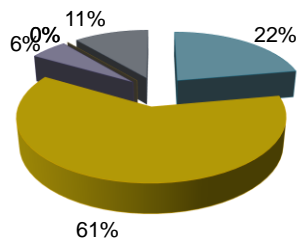
NÍVEL DE ESCOLARIDADE

População Avaliada

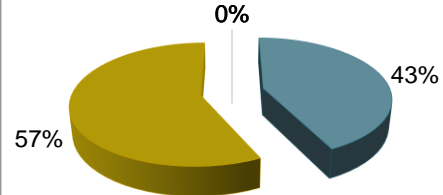
■ Não sabe ler nem escrever ■ 1.º Ciclo ■ 2º e 3º Ciclo ■ Secundário ■ Frequência Ensino Superior ■ Licenciatura



Adesão



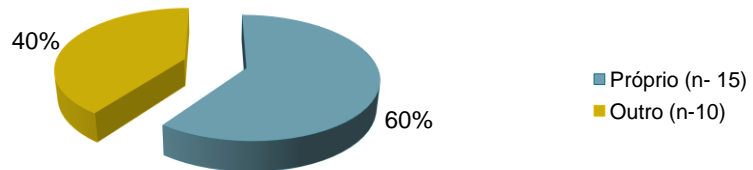
Não Adesão



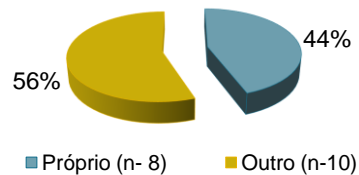
3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

CUIDADOR

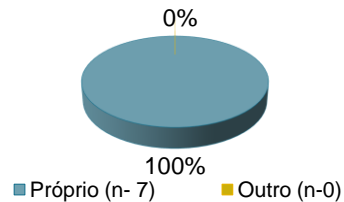
População Avaliada



Adesão



Não Adesão





3. IDENTIFICAR OS FACTORES QUE CONDICIONAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NO HDIC

DISCUSSÃO

- ⇒ Inesperadamente, a idade inferior a 80 anos constitui um factor de não adesão.
- ⇒ O sexo feminino constitui um factor de não adesão.
- ⇒ O nível de escolaridade “não saber ler nem escrever” constituiu um factor de não adesão.
- ⇒ A existência de cuidador constitui um factor de adesão, bem como o próprio ser o seu cuidador é, inequivocamente, um factor de não adesão.



4. IMPLEMENTAR, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS

MAT



5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

“Que intervenções de enfermagem (I) são promotoras do cuidado de Si (O) para o doente idoso, com insuficiência cardíaca, polimedicado (P) com não adesão à terapêutica medicamentosa?”

Pergunta de Investigação em formato PICO

(Melnyk & Fineout-Overholt, 2005)

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções/estratégias de enfermagem
C	Comparação	Pode existir ou não	
O	Outcomes	Resultados	Intervenções/Estratégias para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente na adesão à terapêutica medicamentosa

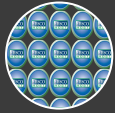


5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Pessoa com idade superior ou igual a 65 anos, com polimedicação moderada a grave e que não apresenta adesão terapêutica medicamentosa.	- Pessoas com idade inferior a 65 anos. - Pessoa idosa com demência ou doença mental - Pessoa idosa com polimedicação ligeira.
Intervenção	Intervenções/estratégias promotoras do cuidado de si, no que respeita a adesão à terapêutica medicamentosa.	
Tipo de estudo	Estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas de literatura	- Artigos não disponíveis em <i>full text</i> - Textos sem metodologia científica - Artigos que não apresentem intervenções/estratégias para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa



5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO



Palavras – Chave Utilizadas

nursing strategies, elderly, non-adherence, nursing interventions, self-care promotion, heart failure e elderly multiple medication,

Artigos publicados em texto integral – 2001/2011

- COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS
- COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS
- MEDLINE with full text
- CINAHL Plus with full text
- ACADEMIC SEARCH COMPLETE

Conjugadas da seguinte forma:

nursing interventions AND elderly AND non-adherence

nursing strategies AND elderly AND non-adherence

nursing strategies AND heart failure AND non-adherence

nursing strategies AND elderly multiple medication AND non-adherence

nursing interventions AND elderly multiple medication AND non-adherence

MAJOR HEADING

self-care promotion AND elderly multiple medication AND non-adherence

25 artigos distribuídos da seguinte forma: 14 disponíveis na *CINAHL Plus with full text*, 8 *MEDLINE with full text* e 3 na *ACADEMIC SEARCH COMPLETE*.

Selecionei 4 para análise, sendo que 2 encontravam-se repetidos e 19 foram excluídos segundo os critérios de exclusão pré-definidos.



5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

RESULTADOS

⇒ As ferramentas para a análise da adesão à terapêutica medicamentosa não estão completamente aferidas e não são consensuais.

⇒ Factores direccionadas ao doente, factores direccionados à medicação e factores direccionados à administração da medicação. (RUPPAR *et al*, 2008)

⇒ Hierarquização dos medicamentos permite perceber quais os medicamentos relevantes para o doente. O processo de não adesão não atinge toda a medicação do doente. Ao ser introduzido um novo medicamento é importante discutir o novo esquema terapêutico com os doentes. (ELLIOTT *et al*, 2007)



5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

RESULTADOS

- ⇒ Envolver os doentes como parceiros na gestão do regime terapêutico medicamentoso. (KAUFMAN & BIRKS, 2009).
- ⇒ Reforço periódico para manter os níveis de adesão à terapêutica medicamentosa. (WILLIAMS *et al*, 2008)
- ⇒ As medidas de intervenção, nomeadamente as educacionais, mostraram benefício na adesão à terapêutica, mas foram insuficientes. A monitorização e o envolvimento do cuidador na assistência à medicação merecem confirmação por novos estudos, onde os enfermeiros podem ter um papel preponderante na monitorização da mesma. (RUPPAR *et al*, 2008)



5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

RESULTADOS

- ⇒ Em conclusão, a área da adesão à terapêutica medicamentosa merece o desenvolvimento de novas metodologias, quer na sua avaliação quer nas estratégias a desenvolver, uma vez que existem diversas formas de intervir, mas nenhuma é realmente eficaz.



5. DEFINIR ESTRATÉGIAS, EM PARCERIA COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO HDIC, QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO

ESTRATÉGIAS / INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA



6. IMPLEMENTAR INTERVENÇÕES EM PARCERIA COM O DOENTE IDOSO, COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, POLIMEDICADO QUE PROMOVAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA, VISANDO O CUIDADO DE SI

- ✓ **APLICAR AS INTERVENÇÕES IDENTIFICADAS NA RSL**
- ✓ **REALIZAR UMA ENTREVISTA PARA VALIDAR A EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES COM ANÁLISE DE CONTEÚDO**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: “Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente Idoso Polimedicado com Insuficiência Cardíaca”

FORMADOR: Patrícia Cortez Pinto

1) Classifique a ação de formação a que assistiu

1.1. Quanto às expetativas

- Não correspondeu
- Correspondeu Parcialmente
- Correspondeu Totalmente
- Superou

1.2. Quanto ao grau de adequação à realidade profissional

- Nula
- Pequena
- Média
- Alta

2) Como classifica a intervenção do formador

2.1. Domínio do assunto

- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

2.2. Linguagem utilizada

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito Boa

2.3. Interação com o grupo

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito Boa

2.4. Esclarecimento de dúvidas

- Mau
- Razoável
- Boa
- Muito Boa

2.5. Metodologia utilizada

- Inadequada
- Adequada
- Muito Adequada

2.6. Documentação distribuída

- Inadequada
- Adequada
- Muito Adequada

3) Sugestões que considere pertinentes

Nome (facultativo): _____

Data: 05/12/2011

Apêndice XVIII

Guião e questões orientadoras da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

QUESTÕES ORIENTADORAS

1.^a Qual o conhecimento/informação que possui acerca da sua doença?

- ✓ Sabe que doença tem?
- ✓ Consegue identificar sinais e sintomas de descompensação da doença?
- ✓ As informações fornecidas foram adequadas?
- ✓ O conhecimento/informação trouxe algum contributo para a aceitação da sua doença?
- ✓ O conhecimento/informação ajudaram-no a definir a sua trajetória de vida?

2.^a Qual o conhecimento/informação que tem acerca do seu regime terapêutico medicamentoso?

- ✓ Sabe como tomar os medicamentos (horário e n.º de tomas)?
- ✓ Conhece as reações adversas?
- ✓ Conhece os benefícios dos medicamentos?
- ✓ Conhece os riscos que corre se não tomar os medicamentos?

3.^a Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados?

- ✓ Costuma participar na preparação da medicação? (se aplicável)
- ✓ Sente confiança no enfermeiro?
- ✓ A ajuda prestada pelo enfermeiro foi de encontro às suas necessidades?

4.^a Qual o conhecimento/informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde, se necessário?

- ✓ Sabe quem contactar em caso de aparecimento de sinais e sintomas de descompensação da doença?
- ✓ Sabe quem contactar em caso de dúvidas relativamente ao seu regime terapêutico medicamentoso?
- ✓ Sabe quem contactar se precisar de receitas ou ligação a outro serviço de saúde que não seja o HDIC?

Apêndice XIX

Estrutura do guião da entrevista

ESTRUTURA DO GUIÃO DA ENTREVISTA

O guião da entrevista foi estruturado em três blocos: o primeiro bloco (A) destina-se a legitimar a entrevista e a motivar o entrevistado para o tema a ser abordado durante a mesma, através do estabelecimento de uma relação aberta entre os interlocutores, proporcionando desta forma um clima de confiança e de empatia. Antes de partir para a realização das entrevistas, aquando da aplicação da MAT, houve um primeiro contacto com os entrevistados, informando e explicitando o tema do estudo, tendo sido clarificada a importância da sua participação; no segundo bloco (B) foram recolhidos dados sócio-demográficos relativos aos entrevistados, no sentido de proceder a uma caracterização fidedigna dos participantes do estudo. Desde logo, garanti o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos e a privacidade de cada participante; o terceiro bloco (C) tem como objetivo aprofundar questões relacionadas com o estudo, ou seja, pretendi que os doentes expressassem os seus sentimentos e os seus conhecimentos relativamente à sua situação de doença para a promoção do cuidado de si.

Designação dos Blocos	Objetivos Específicos	Formulação das Questões	Observações
<u>Bloco A</u> Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado para a realização temática	Legitimar a entrevista Motivar o entrevistado para a importância do tema	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever de forma clara e sintética as linhas orientadoras do estudo e respetivos objetivos • Indagar a colaboração do entrevistado para a importância do seu contributo na prossecução do trabalho • Pedir autorização para a gravação integral áudio da entrevista • Assegurar a confidencialidade das informações transmitidas durante a entrevista • Informar o doente 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a duração aproximada da entrevista (15 a 20') • Esclarecer de forma clara e precisa todas as perguntas efetuadas pelo entrevistado, não proporcionando desvios do bloco e objetivo específico

		que posteriormente lhe será fornecido o resultado da investigação, caso o solicite	
Bloco B Aquisição de dados sócio-demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a amostra em estudo 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo • Escolaridade • Estado civil • Com quem reside • Cuidador principal • Causa da não adesão 	
Bloco C Introduzir o tema da vivência do doente perante a sua doença	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a reflexão sobre os conhecimentos do doente relativamente à sua doença, ao seu regime terapêutico medicamentoso e a articulação com os serviços de saúde, de modo a facilitar a colheita de informações 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o conhecimento /informação que tem acerca da sua doença? • Qual o conhecimento /informação que tem acerca do seu regime medicamentoso? • Foi-lhe oferecida a oportunidade de participar nos cuidados? • Qual o conhecimento /informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde, se necessário? 	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvio dos objetivos específicos • Utilização de questões orientadoras do estudo

Fortin (1999: p. 245) refere que “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”

Distinguem-se dois grandes grupos de entrevistas: a entrevista estruturada e a não estruturada. Para a realização deste trabalho, optou-se pela entrevista semiestruturada que está incluída nas entrevistas estruturadas e tal como refere Fortin (1999, p. 247) “na entrevista parcialmente estruturada, o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula as questões a partir desses temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém.”

As entrevistas semiestruturadas pressupõem um contacto direto entre o entrevistador e o entrevistado, durante a qual o segundo expõe as suas perceções e interpretações de um determinado acontecimento.

O entrevistador através das perguntas que faz direciona a entrevista para os objetivos da investigação (Quivy & Campenhoudt 2003). Segundo Fortin (1999) este não necessita de colocar as perguntas pela ordem que as têm escritas no guião e nem utilizando as mesmas palavras. O entrevistador deve deixar o entrevistado falar livremente, apenas interferindo para encaminhar a entrevista na direção dos objetivos do estudo. Neste caso em particular, foi muitas vezes necessário encaminhar os entrevistados para o objetivo pretendido, uma vez que facilmente, durante o diálogo, se afastavam da questão inicial, divagando para outros temas.

O tratamento e análise das entrevistas foram realizados pela análise de conteúdo, seguindo uma vez mais as orientações de Bardin (1997).

A análise de conteúdo constitui-se “não de um instrumento, mas de um leque de apetrechos ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações “ (Bardin, 1997, p.31).

Após a gravação das entrevistas e a respetiva transcrição para papel, iniciou-se o processo de codificação das mesmas, tendo como condição fundamental garantir o total anonimato dos entrevistados.

As entrevistas foram identificadas com letras de A a F e as questões igualmente identificadas com a letra correspondente ao bloco em que estão inseridas.

Iniciou-se, então, a etapa identificada Bardin (1997) como “primeira actividade”, que se constitui por uma leitura superficial, onde se contacta com o texto de forma quase impressionista. Aqui começa a primeira fase de codificação dos dados. Para Bardin (1997), a organização da codificação dos dados implica três passos: o recorte: escolha das unidades; a enumeração: escolha das regras de contagem; e a classificação e agregação: escolha das categorias. Sequencialmente, principia o processo de fragmentação das entrevistas em unidades de registo e de contexto. A unidade de registo ou significação é definida por Bardin (1977, p.104) como “o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”.

A codificação de cada unidade de enumeração foi feita na sequência da codificação já feita, anteriormente, para as entrevistas, correspondendo a cada unidade uma letra relativa à entrevista onde se situa, uma segunda letra identificativa do bloco e um número relativo à questão onde se insere essa unidade.

Assim, obteve-se códigos como: “Sei. Diabetes, hipertensa e doença de rins e coração.” **(AC1)**

Desta forma, constituiu-se gradualmente o *corpus* da análise com a estruturação de unidades de contexto. Procedeu-se, posteriormente, ao agrupamento das unidades de contexto, por semelhanças de significado, começando aqui a agrupá-las nas categorias definidas à-priori.

As áreas temáticas igualmente definidas à-priori e que serviram de orientação para definir das categorias, foram: conhecimento/informação que o doente idoso, com IC, polimedicado possui acerca da sua doença (conhecimento da situação de doença); conhecimento/informação que o doente idoso, com IC, polimedicado tem acerca do seu regime terapêutico medicamentoso (conhecimento do regime terapêutico medicamentoso); possibilidade de participar nos cuidados (participação nos cuidados); e conhecimento/informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde (articulação com os serviços de saúde).

Na primeira área, conhecimento/informação que o doente idoso, com IC, polimedicado possui acerca da sua doença, acumularam-se todos os elementos obtidos que permitiam proceder à caracterização dos conhecimentos do doente acerca da sua situação de doença. Pretendeu-se conhecer se os doentes sabiam qual a sua doença, assim como se conseguiam identificar os sinais e sintomas de descompensação da mesma. Pretendeu-se, também, perceber se as informações dadas eram adequadas, se estas contribuía para a aceitação da sua doença, bem como se os ajudavam a definir o melhor caminho a seguir.

Relativamente à segunda área temática, conhecimento/informação que o doente idoso, com IC, polimedicado tem acerca do seu regime terapêutico medicamentoso, detetou-se que é uma área que apesar de os doentes saberem, na sua maioria, como tomar os medicamentos, que estes são benéficos e que a sua interrupção constitui um risco para a sua saúde, não têm um conhecimento real da indicação de cada um. No entanto, perante o processo de senescência que envolve este tipo de doentes, desde que estes

cumpram o regime terapêutico medicamentoso e compreendam a importância que este tem para a evolução da doença já é um preditivo de êxito.

Na terceira área temática, possibilidade de participar nos cuidados, foi muito gratificante constatar a satisfação dos doentes relativamente à confiança que depositam nos enfermeiros, bem como considerarem que a informação e os cuidados prestados por estes respondem às suas necessidades.

Na quarta e última área temática, conhecimento/informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde, verificou-se que os doentes de um modo geral demonstram conhecimentos relativamente aos contactos que devem estabelecer se surgir alguma situação que comprometa o seu estado de saúde.

Apêndice XX

Pré-teste

PRÉ-TESTE

Entrevista A

E – Bom dia. Esta entrevista é sobre o conhecimento que tem acerca da sua doença
(1). **Sabe que doença tem?**

D – Sei. Diabetes, hipertensa e doença de rins e coração.

E – E coração. E **consegue perceber quais são os sintomas, quando começa a ficar pior do coração?**

D – Percebo. Começo a tremer e fica aqui assim uma impressão, não é a doer é um “ardimento”. Depois deito-me um bocadinho e tomo um Ben-u-ron e depois passa. Agora desde que tomei esta injeção (Diprofos[®]) é que estou pior da diabetes.

E – Da diabetes, pois é! Olhe e **as informações que lhe foram dadas, acha que foram adequadas, que percebe?**

D- Ah, percebo tudo. Já ando aqui há 5 anos nesta consulta.

E – É a sua segunda casa!

D – E já cá ando há 20 e tal anos. Fui cá operada de barriga aberta, fui operada à bexiga e agora é o coração. Já fui operada também ao coração, mas não foi aqui. Tive aqui internada e depois daqui fui “pra” Santa Cruz.

E – Portanto, **a informação que tem sobre a sua doença**, neste caso a insuficiência cardíaca que é o importante para nós, aqui no HD, **ajudou-a a aceitar a doença ou não?**

D – Então. Ainda a outra semana fui “pra” Santa Cruz, eu ando a ser vigiada e aqui e eles aqui mandaram “pra” Santa Cruz, mas só vou lá de 6 em 6 meses. Foi o que o médico aqui disse: “aqui a senhora vem ‘pra’ uma coisa e lá está a ser seguida por outra. ‘Pra’ por o *pace-maker* lá é que tratam disso e a gente aqui se a senhora tiver que ser operada à veia aorta, nós não temos aqui.”

E – Pois, nós aqui não temos cirurgia cardíaca. E diga-me outra coisa, **essa informação que tem ajudam-na a definir o que quer para a sua vida?** Se calhar, esta pergunta é um bocadinho complicada, porque com esta doença há algumas coisas que não pode fazer.

D – Ah, pois não!

E – **Ao perceber a doença que tem, consegue cumprir aquilo que lhe é pedido e o que é melhor para si?**

D – **Que remédio! Antigamente podia fazer a minha cama, agora nem a minha cama posso fazer.**

E – Pois.

D – Muito cansada, o Dr. S. já me tinha dito. Eu disse que em casa faço só a cama mais nada e ele disse: “e já faz muito.” É uma cama grande e eu quero-me desfazer dela. Eu canso-me muito, só se for agora quando eu puser o pace-maker que eu fique mais aliviada, não sei!

E – Pois, tem que se proteger. Quando já não dá já não dá.

D – Pois é. Tenho as minhas netas, tenho as minhas noras que olham “pra” mim, não é?

E – Também não está sozinha.

D – E estou, vou de dia, quando agora estiver melhor vou para o centro de dia. Estou no centro de dia.

E – E sabe como tomar os medicamentos? (2) O horário, o número de tomas?

D – **Sei. Tenho tudo em caixinhas, as minhas netas fazem-me as caixinhas.**

E – Sabe quais são as reações dos medicamentos? Conhece os efeitos secundários dos medicamentos?

D – Não tenho assim dado por muito. Quando era ao princípio estava mais coisa, mas agora não. Só tenho mais coisa é quando o diabetes me baixa, quando eles me baixam é que eu tenho feito ... já “tive” aqui internada. Nessa altura começo toda a tremer e a suar.

E – Exato.

D - Eu sinto logo quando eles estão “pra” vir.

E – Exatamente, isso é o açúcar baixinho.

D – Pois, mas agora está alto.

E – Agora está demais. Olhe e sabe quais são os benefícios dos medicamentos que toma, para que é que eles servem?

D – **Uns dizem que é “pra” tensão outros é “pró” coração outros é “pra” (suspiro) outros agora é “prós” rins.** “Tou” a tomar muita medicação. Tenho ali a folha dos medicamentos que tomo.

E – E sabe quais são os riscos, quais são os riscos que corre se não tomar esses medicamentos?

D – **Oh, fico pior. Começo-me a sentir mais mal.**

E – Exatamente. **Quando lhe preparam a medicação costuma participar (3)**, está ao pé das suas netas e das suas filhas?

D – “Tou”.

E – A ver como é que preparam.

D – Como elas preparam as caixinhas.

E – E agora diga-me uma coisa. Em relação aqui ao HD **sente confiança nestes enfermeiros?**

D – **Não posso dizer o contrário, tanto de enfermeiros como de empregadas, assistentes, “comós” médicos para mim ... é o hospital onde eu me sinto melhor.** Eu vou a Santa Cruz e tive também em Santa Maria internada, mas “pra” mim é aqui.

E – É aqui não é?

D – **É aqui, sinto aqui como seja uma família.** É desde a empregadas, as criadas são todas muito minhas amigas.

E – Então tem confiança?

D – **Tenho, tenho.** Muita confiança no Dr. L. A minha filha não gostou dele.

E – Ele é muito bom.

D – A minha filha não gostou.

E – Ele tem aquela maneira de ser.

D – Pois, porque a minha filha vem de França, não é. E também teve um problema num peito e anda lá a ser vigiada ... e então achou uma diferença, porque ela veio para saber o meu problema, o que é que eu tinha ou que não tinha, que não sabia, não é. E como chegou aqui e ele “ai, isso só se vê depois das festas, depois das festas é ‘ca’ gente há-de resolver o problema.” E a minha filha ficou assim coisa e eu tive que dizer: “eu sinto-me lá bem com ele e até quando vou lá e se falar com ele e com o Dr. S. eu parece que venho de lá melhor.”

E – É muito importante, realmente, a confiança que nós sentimos nas pessoas.

D – E com as empregadas e com as enfermeiras. A I. para mim é como seja uma pessoa de família. A M. igual. Já ando aqui nisto do coração desde que a M. teve o menino. O menino mais novinho. Comecei aqui andar já há ... o meu médico era o Dr., aquele grande, como é que ele se chama? O Dr. C.

E – Ah, o Dr. C.

D – E a Dra. L. não sei quê. Andei cá há muitos anos com ela. Foi numa gravidez que tive aos 41 anos que eu fiquei com os diabetes e com a tensão.

E – Pois.

D – Andei a ser vigiada lá em baixo e depois de lá de baixo vim cá “pra” cima.

E – Portanto, **a ajuda que os enfermeiros lhe dão aqui vai de encontro aquilo que precisa?**

D – **É. Tanto de dia como de noite.** Quando estou aqui internada, que eles saibam, eles vêm logo aqui ter comigo. O enfermeiro M., o N., muito bons rapazes.

E – Ainda bem. Olhe, **em caso de lhe aparecerem esses sintomas de descompensação, de estar a agravar a doença, sabe quem contactar? (4) Sabe para onde é que telefona?**

D – “Pró” ... ai, “pó, pó” INEM.

E – Para o INEM.

D – “Pró” INEM. O 112.

E – E durante o dia? **O que é que faz quando se começa a sentir pior?** Alguma vez aconteceu? Telefona para onde?

D – “Prós” bombeiros.

E – Eee, e diga-me uma coisa, **quando tem dúvidas relativamente à toma da medicação, à alimentação, sabe para onde é que há-de telefonar?**

D – Não. Às vezes vou à médica de família.

E – Mas sabe que tem um número de telefone, aqui do HD, que pode telefonar “pra” cá sempre que quiser?

D – **Pois, telefono sempre “pra” cá, ainda agora a minha neta telefonou por causa disto.**

E eles tiveram que me dar a insulina rápida e eu não tinha lá nada disso e elas telefonaram “prá” I. ou prá” M. Ligaram logo para a farmácia “pra” ir buscar a medicação.

E – Pronto, era isso que eu queria saber, se sabia que podia ligar “pra” cá quando quisesse. Então e **se precisar de receitas ou de ligação a outro serviço de saúde?**

D – **É aqui, é aqui.**

E – Telefona “pra” onde?

D – “Práqui” ou vou à médica de família.

E – “Tá” bem D.^a M.L., foi curtinho era só isto.

D – “Tá” bem querida.

E – Fi-la vir cá, obriguei-a a vir cá de propósito. Ah, ah, ah...

D – Eu tinha que vir dia 28 e como estava assim, isto da injeção. A I. disse para vir no dia 4 em vez de vir dia 28. Juntei o útil ao agradável “pra” estar com a sra. enfermeira.

E – Muito obrigada.

D – Já tinha perguntado: “onde ‘tá’ a sra. enfermeira?” e elas “ela deve ‘tar’ a chegar”.

E – Mais uma vez, muito obrigada.

Apêndice XXI

Transcrição das entrevistas

ENTREVISTAS

Entrevista B

E – Sr. M. sabe que doença tem? (1)

D – A minha doença não sei porque ela é “muita” complicada, tem muitas coisas, só sei que é do coração, é dos brônquios, é dos pulmões ... é “muita” complicada.

E – É muita coisa. **E consegue perceber quando estão a vir aqueles sintomas que vão piorar a doença?**

D – Sim, um bocadinho. Por exemplo, do coração quando me falta a (...) (imperceptível) eu sinto o sangue “aquecer” e os nervos “ápoderarem-se”. Tenho que me retrair e parar um bocadinho em sentido morto e aquilo passa.

E – Passa.

D – Aí é a base das mais principais, quando eu me enervo qualquer coisinha ou me chateiam ou coisa. Aí é a base principal. Depois sofro dos intestinos, do estômago, se for preciso também da questão do esófago e do reumático.

E – Do reumático. Mas percebe quando está pior?

D – Sim.

E – Diga-me outra coisa, **as informações que os enfermeiros lhe dão, no HD, são suficientes, são adequadas?**

D – São. Elas são todas adequadas porque eles estudaram tudo até donde puderam, porque eles não conseguiram saber bem donde é que veio a minha doença, a origem da doença.

E – Da doença.

D – Porque eu quando vi para cá doente vim a conversar tal e qual como estou agora a conversar consigo.

E – Veio a conversar.

D – Tinha acabado de estar em Rio de Mouro a tocar “acordeon” com uma senhora sentada, “foramos” lá almoçar.

E – Que giro, o meu avô também tocava “acordeon”.

D – Depois, a pinga era boa e bebemos um bocadinho dele. Depois quando fomos a cantar já estávamos com os pés redondos. Ah, ah, ah...

E – Ah, ah, ah... Olhe ...

D – E depois quando a gente acabou havia lá um grupo também ... pediram para eu tocar para eles cantarem, eram as mesmas músicas que elas me pediam para eu tocar, mas os versos eram diferentes cada uma tinha os versos à maneira deles. Os do meu grupo foram-se meter também e depois arranjaram uma confusão, enervaram-me de tal maneira que quando saí de lá vinha assim.

E – Pois.

D – Não acabei de fazer bem o serviço, bem fiz mas toquei um bocadinho para dançarem duas modas. Isto foi a uma quinta-feira, chego a casa e digo assim: "bem amanhã vou ao Hospital de Santa Maria ver o que é que se passa. Deve ser sexta-feira, não me devem internar." No sábado tinha de ir a Palmela tocar com um outro grupo e tinha no Domingo um batizado com 80 e tal pessoas. Bem cheguei lá (hospital) ela viu-me, mandou-me ir fazer um "eletrodiograma", já me mandou sentado numa cadeira. Fui lá cima, quando venho para baixo ela viu-me e diz assim: "tenho que o internar", mas com uma voz seca. "Tenho que o internar e é já". Eu digo assim: "ó 'sôtorá' hoje é sexta-feira, amanhã é sábado, não pode ficar para segunda-feira?"

E – Porque eu tenho uma festa. Ah, ah, ah...

D – "Não daqui não sai se não assinar um termo de responsabilidade, porque segunda-feira já cá não chega e se cá chegar já é tarde." "Bom, isso já é outra conversa, pronto a 'sôtorá' faça lá o seu trabalho." E foi assim!

E – Foi assim que começou.

D – Pois, nunca cheguei a saber. Depois vim "práqui", estive ligado a uma máquina aí 13 dias ou 14. Depois de desligarem da máquina, tive mais 2 dias, depois mandaram-me embora. Mas daí "pra" cá, todos os meses cá ando.

E – Pois. É o coração. Olhe e **a informação tem ajudado a aceitar a doença?** A informação que tem sobre a sua doença, para cumprir?

D – **Sim, tem, mais ou menos.**

E – Outra coisa, **a informação que tem sobre a sua doença, do coração, ajudam-no a seguir na sua vida há coisas que sabe que não pode fazer?**

D – Ah, sim.

E – Diga-me outra coisa, **sabe como tomar os medicamentos? (2) O horário dos medicamentos? O n.º das tomas?**

D – **Não, eu sei tudo isso, mas tenho uma folha terapêutica.**

E – Folha terapêutica.

D – Pois, por isso chegam a ser 13 os comprimidos e há os que são metade, outros que são inteiros.

E – Pois, são muitos são. Muito bem. **Conhece as reações, os efeitos secundários dos medicamentos?**

D – **Conheço quando eles me fazem mal. Sei qual é.**

E – **Sabe qual é o benefício dele?**

D – **Sei, aliás depois no corpo nota-se.**

E – Olhe e sabe quais são os riscos que corre se não tomar esses medicamentos?

D – **Sei, também não se podem trocar, senão vou ao outro mundo e venho para ver se ainda cá estou.**

E – Exatamente. Ah, ah, ah... Olhe, **alguém lhe prepara a medicação (3)** ou é o Sr.?

D – Sou eu. Tenho as caixinhas e eu preparava, mas houve aqui um problema, aqui uma ocasião, pedi aqui ao “sôtor” que sempre tive uma coisa de dormir, de adormecer, eu sento-me adormeço. Quando não me estou a mexer, a trabalhar, tenho estar sempre a trabalhar, se não dá-me sono. Desde miúdo.

E – Anh, anh!

D – Pedi ao “sôtor” para me dar um “compromidozito” para o sono, para não dormir e ele em vez de um deu-me dois. Um dia vim à consulta e sentei-me ali e adormeci, num sono profundo. (soltou gargalhada)

E – Não ter caído para o chão...

D – Este doutor viu-me e “tá’ a dormir?”. Foi-me acordar. Eu acordei, falei e voltei outra vez a dormir. Chamou-me outra vez e agarrou foi buscar uma enfermeira e levantam-me e fomos para dentro. Quando lá cheguei dentro, “assentaram-me” e eu começo a ver as coisas a rodar, comecei a ver tudo a fugir. Deram-me ali uma injeção e depois mandaram-me ao Hospital de Santa Maria.

E – **Mas quem lhe prepara a medicação?**

D – **É a minha filha.**

E – A sua filha. Está bem.

D – **Prepara, mas eu vou ver se está certo.**

E – Vai confirmar. Muito bem. Diga-me uma coisa, **sente confiança em relação aos enfermeiros daqui?**

D – **Sinto. Dão-me muita confiança.** Os enfermeiros e os médicos.

E – Isso é muito importante. **Olhe e a ajuda que eles lhe dão aqui vai de encontro aquilo que precisa? Às suas necessidades?**

D - **Vai. Quando há qualquer coisa que não está bem e eles trocam.**

E – Trocam a medicação. Diga-me outra coisa, **em caso de aparecimento de sintomas da sua doença sabe quem contactar? (4)** Para onde telefona? Imagine que está em casa e se começa a sentir mal, telefona para quem?

D – Normalmente é “prá” minha filha ou “prá” minha neta e elas depois dão o número. Se eu tiver tempo, se não tiver tempo espero que eles lá apareçam e depois resolvam-me o problema.

E – Nunca telefona aqui para o HD?

D – Não gosto de telefonar.

E – Não gosta, mas pode telefonar, sabe?

D – **Sei. Telefono o mínimo possível.**

E – **E se tiver dúvidas, por exemplo, em relação à toma da medicação?**

D – **Sou mais capaz de cá vir do que de telefonar. Não gosto de telefonar.**

E – Então e **se precisar de receitas ou que eles tratem de alguma coisa com outro serviço de saúde também prefere vir cá, não telefona?**

D – **Venho cá.** Daqui tenho ido ao posto lá cima, mas lá em cima ... a última vez fui lá pedir receitas, estive um mês à espera que mas passassem.

E – Mais vale vir cá.

D – Tirei uma fotocópia dos medicamentos que eu precisava, fui à farmácia, comprei e depois entreguei a fatura. Só que não fiquei habituado, que eles fazem muita trifulhice.

E – pois.

D – E então agora tenho pedido aqui, venho também ali à consulta de dia da análise de rotina e aí todos os meses lá venho e tenho pedido. Agora “tive” 15 dias à espera de uma receita.

E – Está bem Sr. A., olhe eu agradeço a sua colaboração.

D – Ora essa!

Entrevista C

E – Se F. isto tem a ver com o conhecimento que tem acerca da sua doença. (1) **Sabe que doença tem?**

D – **Sei, é a doença do coração.**

E – Do coração, muito bem. Olhe, consegue perceber quando está a ter aqueles sintomas em que a doença está a descompensar? Está controlado, percebe, **consegue perceber quando a doença está a piorar ou está a agravar?**

D – Quando está a funcionar bem, quando altera alguma coisa eu sinto.

E – O que é que sente?

D – **Às vezes sinto tonturas, outras vezes dor de cabeça e mais coisas.**

E – Incham-lhe as pernas, também?

D – Sim.

E – **As informações que lhe dão aqui no HD são adequadas?**

D – **São.**

E – São. **Essa informação que elas lhe dão sempre, quando lhe explicam as coisas contribuiu para aceitar melhor a sua doença?** Para compreender melhor a doença?

D – **Sim, sim. Estou mais descansado, estou acompanhado e antes não estava acompanhado.**

E – Sente-se acompanhado, não é?

D – E agora estou.

E – E agora está. Sabe para onde é que há-de ligar. **E isso ajudou-o também a definir aquilo que faz na sua vida**, como come? Hoje o Sr. F. não está muito bem, pois não?

(Encolheu os ombros).

E – Então?

D – Problemas.

E – Isto está mau, não está Sr. F.?

(manteve-se calado)

E – Vamos então despachá-lo para o deixar estar à vontade. (pausa) Isto é um dia de cada vez. (pausa) Olhe, **sabe tomar os medicamentos? (2) O horário e o n.º de tomas?**

D – **Sei. São certinhos, todos os dias.**

E – **E sabe quais são as reações secundárias dos medicamentos?**

D – **Dalguns, principalmente do Lasix. Se eu deixar de tomar é mais difícil. Se eu tomar todos os dias direitinho é melhor.**

E – **Sabe quais são os benefícios que os medicamentos têm?**

D – **O Lasix é para os rins.**

E – **E sabe quais são os riscos que corre se não tomar os medicamentos?**

D - Pois, já experimentei.

E – O que é que aconteceu?

D – Há 5 anos atrás fiz uma experiência.

E – Deixou de tomar?

D – **Durante uns 4 dias ou 5 não tomei, tanta gente que não toma medicação e ainda bem e eu não hei-de poder andar. Experimentei ... foi lá o 112 buscar-me.**

E – Foi pior a emenda que o soneto, não foi?

D – **E não morri porque. (pausa)**

E – Porque veio o 112 e começou a tomar os medicamentos. Olhe, **costumam-lhe preparar a medicação ou não? (3)**

D – Não, eu tenho a folha. (Folha terapêutica)

E - **Tem confiança aqui no pessoal?**

D – **Muita.**

E – Muita, são o seu apoio.

D – Principalmente o meu médico, o Dr. S. Já há uns poucos anos, ele veio de Santa Maria.

E – **E em relação aos enfermeiros? A ajuda prestada por eles?**

D – **É a melhor.**

E – Já me disse que sabia, mas vou-lhe perguntar na mesma. **Sabe quem contactar quando se sente pior, para onde é que telefona? (4)**

D – **Para o número aqui do hospital. Tenho-o lá no telemóvel e tenho na agenda.**

E – **E quando dúvidas em relação à medicação?**

D – “Práqui”.

E – Explicam-lhe tudo. Olhe e **se precisar de receitas e de ligação a outros serviços?**

D – Se precisar de receitas peço à minha médica de família. Preencho um papelzinho e deixo lá e ela passa.

E – Mas sabe se a médica de família não puder, vem cá e elas arranjam-lhe as receitas. Está bem Sr. F. A entrevista que lhe queria fazer era esta. Já acabou.

Obrigada pela sua colaboração.

Entrevista D

E - Bom dia D. D.! Esta entrevista é sobre conhecimento que tem sobre a sua doença.

(1) Sabe que doença tem?

D – Eu já tive tantas, tive tantas.

E – Mas qual é a principal?

D – **A principal é o coração.**

E – Muito Bem.

D – Já fui operada ao coração, tenho três by-pass e já tive cinco enfartes, mesmo já depois de ser operada ao coração tive um enfarte, estive internada cá.

E – Consegue perceber quando está a piorar da doença, os sintomas?

D – **Sim, sim. Percebo tudo.**

E – O que é que sente?

D – Sinto uma opressão muito grande que quero falar, muitas vezes, eu quando fui para, já tinha tido quatro enfartes e eu ia-me deitar, mas não me deitei toda a noite. Eu e o meu marido, ainda tinha o meu marido vivo. Estive à janela mais o meu marido até às seis da manhã, de maneira que digo assim: “bem, vou-me deitar um bocadinho a ver ser descanso.” Conforme eu disse que me ia deitar, entrei em coma.

E – Mas agora, no dia-a-dia, o que é que sente quando acha que está a piorar?

D – **Sinto um peso, aqui assim (apontou para o coração), apertar-me, apertar-me, às vezes quero falar e nem posso.** E às vezes apanha-me aqui o braço, mas o problema maior é o peso que eu sinto e que quero falar e não posso, parece que a língua não me deixa falar. De maneira que chamo o 112 e vou para o hospital. Estive internada o ano passado com desidratação, porque tenho um rim que de vez em quando pára e estive 3 / 4 dias sem fazer xixi. E estive internada por causa disso.

E – Pois. Olhe e as informações que lhe dão aqui são adequadas? Percebe as informações que lhe dão no HD?

D – **Aqui praticamente não me dão assim nada,** até mesmo o Dr. L.S., é meu médico há quase 17 anos, ele “tá” muito diferente, acho-o muito diferente. A semana passada eu estive cá e cumprimentei-o e depois como uma médica disse: “olhe, veja essa senhora”, que por acaso não gostei muito, foi muito incorrecto, muito incorrecto mesmo, “essa senhora tem impressão ou tem a mania que está sempre doente.” Ora com franqueza, se me mandam fazer exames, fiz o cateter, declarou-se que tenho uma

úlceras e duas ou três hérnias no estômago e na noite passada tive que me levantar duas vezes para ir vomitar. Desculpe da maneira que ... (pausa).

E – Ah, não se preocupe. Esteja à vontade. Estamos a conversar as duas. É para me dizer aquilo que sente.

D – Eu unicamente tinha almoçado e todos os dias antes de me deitar como um iogurte e a senhora que me vai lá lavar é que os foi comprar, mas não são iguais aos que eu costumo comer, não sei se foi isso.

E – Então diga-me uma coisa, **acha que lhe dão poucas informações, mas as poucas que lhe dão acha que ajudaram a aceitar, perceber, a sua doença?**

D – Não sei. Isso é que eu não sei.

E – **Mas ajudam-na, pelo menos, a perceber aquilo que tem de fazer na sua vida?**

D – Sim ... sim, sim, sim, sim.

E – O trajecto que tem de fazer.

D – **A vigilância, os comprimidos, a vigilância dos comprimidos.**

E – D. D. **sabe como tomar os medicamentos, o horário dos seus medicamentos e número das tomas? (2)**

D – **De manhã quando me levanto tenho que tomar uns, depois trato do pequeno-almoço e tenho que tomar não sei quantos, não sei se são 4, 5, 6 que tenho de tomar.**

Depois do almoço também tenho que tomar.

E – Também tem lá a caixinha, não é?

D – A caixinha.

E – Olhe e **conhece os efeitos secundários dos medicamentos?**

D – Bem, eu quando tomava os comprimidos pelas caixas eu sabia. É o comprimido tal, agora não sei.

E – **Conhece o benefício desses medicamentos, sabe para que é que servem?**

D – **Ah, uns para o coração, outros para a anemia, outro para o colesterol e os outros não sei.**

E – **E sabe quais são os riscos que corre, se não os tomar? O que é que acontece se não tomar os medicamentos?**

D – **Pois, não me sinto bem.** Porque eu agora “tive” 6 dias sem tomar comprimidos. Portanto, telefonei para cá para o hospital e quem me atendeu foi a enfermeira S. e disse: “Sra. Enfermeira, eu já há 6 dias que não sei que comprimidos é que hei-de

tomar.” “Então venha já de imediato, imediatamente.” Foi quando eu “tive” cá a semana passada.

E – E costuma participar na preparação da medicação? (3)

D – Sim, sim, sim, sim.

E – Olhe e tem confiança nos enfermeiros? Sente confiança nos enfermeiros?

D – Sinto. É a profissão deles. Sim, tenho de sentir confiança. Se eu não tivesse confiança dizia que não queria. Eu tenho que ter confiança.

E – A informação que lhe dão vai de encontro às suas necessidades? Do que precisa?

D – Acho que sim, Sra. Enfermeira.

E – Outra coisa, se começar a sentir-se pior da doença, sabe para onde é que há de telefonar? (4)

D – Eu ligo logo para o 112.

E – Pronto. E se tiver dúvidas relativamente à sua medicação, liga para onde?

D – Ligo para cá.

E – Muito bem. E se precisar de receitas ou de ligação a outro serviço de saúde para onde é que liga?

D – Ligo para as Sras. Enfermeiras para pedir ao Sr. Doutor.

E – Liga para cá?

D – Ligo para cá.

E – Muito bem. Pronto D. D. as perguntas que eu tinha para lhe fazer eram estas e agradeço-lhe a sua colaboração.

Entrevista E

E – D. A. sabe qual é a doença que tem? (1)

D – Hoje tenho que levar (pausa)

E – É doença de quê?

D – Renal e o tórax e o coração não bombeiam o líquido e venho levar o Lasix nas veias para aliviar.

E – Para aliviar.

D – E além disso é o coração também. Já fui operada ao coração e agora estou muito cansada, muito cansada e que deve ser coração. Ultimamente não sei o que é porque incho toda, muito inchada e não sei.

E – Isso são os sintomas quando a doença está a piorar, não é?

D – Pois, acho que sim que deve ser. Mesmo quando está pior de coração ou do resto. Estou muito inchada, é o pior, as pernas muito inchadas. Não me posso “abaixar”, não me posso quase limpar, a andar ando muito menos, canso-me muito. E pronto, é a vida, é assim!

E – Olhe, as informações que elas lhe dão aqui no HD são adequadas?

D – Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos.

E – E a informação que elas lhe dão fez com que aceitasse melhor a sua doença?

D – Sim, tenho que aceitar, não tenho muito remédio. Tenho que me conformar viver com o que tenho.

E – E ajudam-na a definir aquilo que tem que fazer na sua vida?

D – Sim, sim, sim, mais ou menos.

E – Como por exemplo?

D – Como por exemplo o não comer certas coisas, azeitonas estou também proibida de lhe tocar (ri-se)

E – A D. A. sabe. Ah, ah, ah...

D – Pronto, essas coisas todas e eu tenho consciência nisso. Café também não posso beber. De resto, gorduras também não como, como tudo grelhado, mais à base de peixe, de carne e tudo o que é grelhado, tanto faz. É tudo grelhado, não como nada guisado, refogados, nem nada disso. À noite não janto, só como uma sopinha e por causa disso tenho tido problemas com a minha sobrinha, porque trago aqui um papel que tenho que tomar 4 comprimidos à noite e eu não “tou” a ver quais são os comprimidos.

E – Temos que arranjar umas caixinhas para a medicação.

D – Eu tenho. E estou cansada de dizer que não quero comprimidos à noite, porque é precisamente porque só como a sopa e dá-me a impressão que fico mal disposta com aqueles comprimidos a nadar na sopa.

E – Tem que se falar aqui (HD) com elas para ver se se pode alterar.

D – Mas eu tenho impressão que tenho só um comprimido para tomar.

E – Nós já vamos ver isso ali, esta bem D. A.? Olhe e **sabe como tomar os seus medicamentos? (2) O horário e o número das tomas?**

D – Sim, sim, sim sei. Os da manhã em jejum, há uns que devia tomar mais compensados, um mais cedo outro mais tarde, mas às vezes tomo quase junto, vai tudo junto. Mas tomo tudo.

E – E o Varfine, porque eu sei que não toma o Varfine?

D – Não, não quero o Varfine, não.

(Rimo-nos)

D – Esse não tomo. É sangue por todo o lado. Porque uma médica lá no Santa Bárbara ou ...

E – Santa Marta.

D – Não, fora de Lisboa.

E – Santa Cruz?

D – Santa Cruz. Disse-me que se eu tivesse um válvula normal tinha que tomar o Varfine o resto da minha vida, mas como é uma válvula biológica não preciso de tomar o Varfine. E aquilo ficou-me gravado na cabeça. Porque é que eu hei-de “tar” a tomar o Varfine. Aqui há pouco tempo, uma médica que me atendo aqui, em vez de ser o Dr. L., mandou-me levar o Varfine e eu não levei mais. Tomei uma vez, mas não tomo mais. Tenho lá em casa, mas não tomo. Porque to da eu era sangue, era “por” o nariz, não podia fazer um golpezinho que era sangue por todo o lado. É porque o sangue “tá” bom, fazem-me aqui as análises e o sangue “tá” bom. Ora, não preciso disso. Mas eu já levo na cabeça, até a minha sobrinha: “e não tomas o Varfine, pois por isso é que estás inchada” e eu “não me chateies a cabeça.”

E – Olhe e **sabe quais são as reações secundárias dos medicamentos?**

D – Alguns sei, mas outros não sei muito bem porque eu não sei ler e como não leio o papelinho e ninguém tem paciência para “tar” ali a ler aquilo. Não sei assim muito bem.

E – Mas **conhece os benefícios de cada um deles?**

D – Sim, sim, sim, sim, “pró” que são, “pró” que fazem, “pró” que é que eu os tomo.

E – Então também **sabe os riscos que corre se não tomar os medicamentos?**

D – Claro. E eu não sou parva nenhuma, porque já os trago aqui (mostrou uma caixinha com os comprimidos) “pró” almoço porque já não vou a casa.

E – Olhe, **a si não lhe preparam a medicação, mas se calhar até dava jeito.** (3)

D – Olhe eu tive, já tive e ainda lá tenho uma pequenina.

E – Não, mas daquelas para vários dias.

D – Pois “pra” vários dias, mas isso faz-me confusão. Faz mais confusão isso do que assim.

E – Olhe, isto é só uma curiosidade, de todos os medicamentos que toma, qual deles é o mais importante para si? O que considera, para si, mais importante?

D – Eu acho que faz mais falta, olhe eu acho que fazem todos mais falta, mas tudo o que toca ao coração fazem mais falta.

E – Mas o nome de um deles?

D – O Lasix. O Lasix por um lado é o mais importante para fazer xixi. Esse é que não pode falhar. De manhã tomo logo aquela coisa para o estômago.

E – O Omeprazole.

D – Depois enquanto faço a torradinha e o chá e aquilo tudo. Depois vou tomar o Lasix e depois tomo os outros.

E – E outra coisa, agora mudando aqui de assunto? **Sente confiança nos enfermeiros do HD?**

D – **Sinto, ai sinto, sinto. Eu digo que elas são umas santas para mim.** Sinto, sinto, muito humanas. Eu falo por mim. São mesmo meus amigos, têm ... se interessam pelos doentes, acho comigo e é com as outras pessoas que eu já vi. **Interessam-se com os doentes e têm cuidados com os doentes.**

E – **Olhe e a ajuda prestada por elas vai de encontro às suas necessidades?**

D – **Vai, vai, vai. Às vezes (ri-se) sou teimosa e refilona (ri-se).**

E – Olhe, a D. A. é a minha doente preferida, de todos que eu estou a trabalhar, sabia? Adoro a D. A.

(Rimo-nos)

D – Refilona e teimosa.

E – Acho-lhe uma piada.

D – Olhe, às vezes, com a minha sobrinha a gente discute. Ela é igual a mim, somos as duas teimosas.

E – **Sabe que contactar em caso de aparecimento de sintomas da sua doença? (4)**

Para onde é que liga?

D – “Pra” onde é que ligo? Sei lá, “pró” 115. O 115 não tenho fé nenhuma, porque eu uma vez “tava” sozinha e senti-me mal, muito mal, há muitos anos, não tinha nada destas complicações, eu sei lá.

E – Mas se estiver em casa, durante o dia, se sentir mal liga para onde?

D – Sei lá, se isto estiver aberto sou capaz de ligar “práqui”.

E – Até às 4 da tarde pode ligar para aqui. E **se tiver dúvidas relativamente á sua medicação liga para onde?**

D – Isso vai lá uma amiga minha, a G., e eu pergunto-lhe sempre. Ela vai lá todos os dias, todos os dias, todos os dias. Ver se eu quero alguma coisa, “tamos” ali um bocadinho a falar. Dantes eu ía beber sempre o cafezinho com ela, mas agora como não vou, ela já tem aquele hábito. Eu dá-me a impressão que ela vê em mim a mãe dela.

E – E **se precisar de receitas ou de que lhe façam a ligação a outro serviço de saúde? Telefona para onde?**

D – Olhe, ligo “práqui”. É “práqui” que eu ligo. Já me têm mandado receitas pelo correio.

E – Pelo correio.

D – Já sim senhora.

E – Pronto D. A. estas eram as perguntinhas que eu lhe queria fazer.

D – Ah, ah, ah Não custou nada.

E – Obrigada.

D – E foi de boa vontade.

E – Eu gosto imenso de si, a sério.

D – Também gosto imenso da Sra. Enfermeira.

Entrevista F

E – Sr. I. então diga lá. **Sabe que doença tem? (1)**

D – A doença certa, certa, certa não sei.

E – Porque é que vem aqui ao HD?

D – É a falta de ar.

(a mulher interferiu dizendo que ele não ia responder a nada porque não percebe nada)

E – É a doença do coração?

D – É. Tenho um pace-maker.

E – Um pace-maker. Agora diga-me outra coisa. **Consegue perceber quando está a piorar da doença?**

D – É quando tenho falta de ar.

E – Muito bem. Diga-me uma coisa, **as informações que as colegas dão, acha que são adequadas? Acha que percebe as informações que elas lhe dão?**

D – Sim.

E – **E essas informações ajudam-no a aceitar a sua doença? A compreender a doença de outra maneira?**

D – Sim, compreendo bem.

E - **E essas informações também o ajudam a definir aquilo que tem de fazer na sua vida, relativamente à alimentação, à medicação?**

D – Tratam disso.

E – **Só quero saber se essas informações ajudam?**

D – Ajudam muito.

E – Pronto. **Sabe como tomar os medicamentos? (2) O horário? O número de tomas?**

D – **Sei. Tudo, tudo. Está escrito na caixa e tenho este papel.**

(a mulher refere ter que o ajudar a tomar os medicamentos, porque ele sozinho não consegue)

E – Tem o papelinho. (a folha terapêutica tem relógios desenhados com as horas das tomas)

D – Tenho, tenho. Tenho as horas marcadas para os tomar.

(a mulher refere que ele não sabe ler)

E – A D. A. (mulher) é que tem de gerir a medicação. Olhe e **sabe quais são os efeitos secundários dos medicamentos?**

D – Acho que são todos bons.

E – **E sabe para que é que eles servem? Cada medicamento?**

D – Uns servem para uma coisa e outros para outra.

E – E sabe quais são, o que é de cada coisa?

D – Assim de cabeça não. Só se vier nas caixas.

E – Mas se vier nas caixas sabe. **E sabe quais são os riscos que corre se não tomar os medicamentos? O que é que lhe acontece se não tomar os medicamentos?**

D – **A piorar. Sinto logo.**

E – Sente logo?

D – **Sinto. É como o coração quando está mais fraco, o pace-maker atua.**

E – Atua, exatamente. Olhe, **sente confiança aqui nas enfermeiras do HD? (3)**

D – Tenho, tenho em qualquer um. Até aqui não tenho tido razão de queixa.

E – Olhe e a ajuda prestada por elas vai de encontro às suas necessidades? Aquilo que precisa?

D – Sim.

E – E outra coisa. Sabe quem contactar quando piora da sua doença? (4) Da sua falta de ar? Para onde é que costuma telefonar?

D – É aqui “pró” HD.

E – E quando tem dúvidas em relação à medicação para onde é que telefona?

D – É “práqui” também.

E – E se precisar de receitas ou ligação a outro serviço de saúde?

D – É “práqui” também. É tudo aqui.

E – Está feita a entrevista. Agradeço-lhe imenso a entrevista. (rimo-nos)

Apêndice XXII

Análise de conteúdo das entrevistas

ANÁLISE DE CONTEÚDO

ENTREVISTAS

Quadro 1 - Conhecimento/informação que o doente idoso, com IC, polimedicado possui acerca da sua doença.

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Conhecimento da situação de doença	Demonstram conhecimento acerca da doença	<p><i>“Sei. Diabetes, hipertensa e doença de rins e coração” (AC1)</i></p> <p><i>“A minha doença não sei porque ela é “muita” complicada, tem muitas coisas, só sei que é do coração, é dos brônquios, é dos pulmões ... é “muita” complicada.” (BC1)</i></p> <p><i>“Sei, é a doença do coração.” (CC1)</i></p> <p><i>“A principal é o coração.” (DC1)</i></p> <p><i>“Renal e o tórax e o coração não bombeiam o líquido e venho levar o Lasix nas veias para aliviar.” (EC1)</i></p> <p><i>“E além disso é o coração também.” (EC1)</i></p> <p><i>“É. Tenho um pace-maker.” (FC1)</i> (Perguntou-se se era doença do coração)</p>
	Antecipam o que lhes vai acontecer	<p><i>“Percebo. Começo a tremer e fica aqui assim uma impressão, não é a doer é um “ardimento.” (AC1)</i></p> <p><i>“Sim, um bocadinho. Por exemplo, do coração quando me falta a (...) (imperceptível) eu sinto o sangue “aquecer” e os nervos “ápoderarem-se.” (BC1)</i></p> <p><i>“Às vezes sinto tonturas, outras vezes dor de cabeça e mais coisas.” (CC1)</i></p> <p><i>“Sim, sim. Percebo tudo.” (DC1)</i></p> <p><i>“Sinto um peso, aqui assim (apontou para o coração), apertar-me, apertar-me, às vezes quero falar e nem posso.” (DC1)</i></p> <p><i>“Mesmo quando está pior de coração ou do resto. Estou muito inchada, é o pior, as pernas muito inchadas. Não me posso “abaixar”, não me posso quase limpar, a</i></p>

	<p><i>andar ando muito menos, canso-me muito.”</i> (EC1) <i>“É quando tenho falta de ar.”</i> (FC1)</p>
<p>A informação é adequada</p>	<p><i>“Percebo. Começo a tremer e fica aqui assim uma impressão, não é a doer é um ‘ardimento’.”</i> (AC1) <i>“São. Elas são todas adequadas porque eles estudaram tudo até donde puderam.”</i> (BC1) <i>“São.”</i> (CC1) <i>“Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos.”</i> (EC1) <i>“Ajudam muito.”</i> (FC1) (Perguntou-se se as informações dadas ajudavam)</p>
<p>Aceitam a doença</p>	<p><i>“Sim, tem, mais ou menos.”</i> (BC1) <i>“Sim, sim. Estou mais descansado, estou acompanhado e antes não estava acompanhado.”</i> (CC1) <i>“Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos.”</i> (EC1)</p>
<p>A informação permite assegurar o trajeto de vida</p>	<p><i>“Que remédio! Antigamente podia fazer a minha cama, agora nem a minha cama posso fazer.”</i> (AC1) (Perguntou-se se conseguia cumprir o que lhe era pedido) <i>“Sim, tenho que aceitar, não tenho muito remédio.”</i> (EC1) (Perguntou-se se a informação a ajudavam a aceitar a sua doença.) <i>“Sim, sim, sim, mais ou menos (...) Como por exemplo o não comer certas coisas, azeitonas estou também proibida de lhe tocar (ri-se).”</i> (EC1) (Perguntou-se se a informação a ajudavam a definir aquilo que quer para a sua vida) <i>“Pronto, essas coisas todas e eu tenho consciência nisso. Café também não posso beber. De resto, gorduras também não como,</i></p>

como tudo grelhado, mais à base de peixe, de carne e tudo o que é grelhado (...)" (EC1)

Quadro 2 - Conhecimento/informação que o doente idoso, com IC, polimedicado tem acerca do seu regime terapêutico medicamentoso.

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Conhecimento do regime terapêutico medicamentoso	Percebem o regime terapêutico medicamentoso	<p>"Sei. Tenho tudo em caixinhas, as minhas netas fazem-me as caixinhas." (AC2)</p> <p>"Uns dizem que é 'pra' tensão outros é 'pró' coração outros é 'pra' (suspiro) outros agora é 'prós' rins." (AC2)</p> <p>Oh, fico pior. Começo-me a sentir mais mal." (AC2)</p> <p>"Não, eu sei tudo isso, mas tenho uma folha terapêutica." (BC2)</p> <p>"Conheço quando eles me fazem mal. Sei qual é." (BC2)</p> <p>"Sei, também não se podem trocar, senão vou ao outro mundo e venho para ver se ainda cá estou." (BC2)</p> <p>"Sei. São certinhos, todos os dias." (CC2)</p> <p>"Dalguns, principalmente do Lasix. Se eu deixar de tomar é mais difícil. Se eu tomar todos os dias direitinho é melhor." (CC2)</p> <p>"O Lasix é para os rins. (...) Durante uns 4 dias ou 5 não tomei, tanta gente que não toma medicação e ainda bem e eu não hei-de poder andar. Experimentei, foi lá o 112 buscar-me." (CC2)</p> <p>"Ah, uns para o coração, outros para a anemia, outro para o colesterol e os outros não sei." (DC2)</p> <p>Pois, não me sinto bem. (DC2)</p> <p>"Sim, sim, sim sei. Os da manhã em jejum, há</p>

		<p><i>uns que devia tomar mais compensados, um mais cedo outro mais tarde, mas às vezes tomo quase junto, vai tudo junto. Mas tomo tudo.”</i> (EC2)</p> <p><i>“Disse-me que se eu tivesse um válvula normal tinha que tomar o Varfine o resto da minha vida, mas como é uma válvula biológica não preciso de tomar o Varfine.”</i> (EC2)</p> <p><i>“Alguns sei, mas outros não sei muito bem porque eu não sei ler e como não leio o papelinho e ninguém tem paciência para ‘tar’ ali a ler aquilo. Não sei assim muito bem.”</i> (EC2)</p> <p><i>“Sim, sim, sim, sim, ‘pró’ que são, ‘pró’ que fazem, ‘pró’ que é que eu os tomo.”</i> (EC2)</p> <p><i>“Claro. E eu não sou parva nenhuma, porque já os trago aqui (mostrou uma caixinha com os comprimidos) ‘pró’ almoço porque já não vou a casa.”</i> (EC2)</p> <p><i>“Sei. Tudo, tudo. Está escrito na caixa e tenho este papel.”</i> (FC2)</p> <p><i>“A piorar. Sinto logo.”</i> (FC2)</p> <p><i>“Sinto. É como o coração quando está mais fraco, o pace-maker atua.”</i> (FC2)</p>
--	--	---

Quadro 3 - Possibilidade de participar nos cuidados.

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Participação nos cuidados	Participam nos cuidados	<p><i>“É a minha filha (...) Prepara, mas eu vou ver se está certo.” (BC3)</i></p> <p><i>“Sim, sim, sim, sim.” (DC3)</i></p>
	Sentem confiança	<p><i>“Não posso dizer o contrário, tanto de enfermeiros como de empregadas, assistentes, “comós” médicos para mim ... é o hospital onde eu me sinto melhor.” (AC3)</i></p> <p><i>“É aqui, sinto aqui como seja uma família.” (AC3)</i></p> <p><i>“Tenho, tenho.” (AC3) (Perguntou-se se tinha confiança)</i></p> <p><i>“Sinto. Dão-me muita confiança.” (BC3)</i></p> <p><i>“Muita.” (CC3) (Perguntou-se se tinha confiança nos enfermeiros)</i></p> <p><i>“Sinto. É a profissão deles. Sim, tenho de sentir confiança.” (DC3)</i></p> <p><i>“Sinto, ai sinto, sinto. Eu digo que elas são umas santas para mim (...) Interessam-se com os doentes e têm cuidados com os doentes.” (EC3)</i></p> <p><i>“Tenho, tenho em qualquer um. Até aqui não tenho tido razão de queixa.” (FC3)</i></p>
	A informação responde às necessidades	<p><i>“Tenho, tenho em qualquer um. Até aqui não tenho tido razão de queixa.” (AC3)</i></p> <p><i>“Vai. Quando há qualquer coisa que não está bem e eles trocam.” (BC3)</i></p> <p><i>“É a melhor.” (CC3)</i></p> <p><i>“Acho que sim, Sra. Enfermeira.” (DC3)</i></p> <p><i>“Vai, vai, vai. Às vezes (ri-se) sou teimosa e refilona” (ri-se) (EC3)</i></p>

Quadro 4 - Conhecimento/informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde.

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
<p>Articulação com os serviços de saúde</p>	<p>Articulam com os serviços de saúde</p>	<p><i>“Pois, telefono sempre ‘pra’ cá, ainda agora a minha neta telefonou por causa disto.” (AC4)</i> <i>“É aqui, é aqui.” (AC4)</i> <i>“Sei. Telefono o mínimo possível. (...) Sou mais capaz de cá vir do que de telefonar. Não gosto de telefonar.” (BC4)</i> <i>“Venho cá.” (BC4)</i> <i>“Para o número aqui do hospital. Tenho-o lá no telemóvel e tenho na agenda.” (CC4)</i> <i>“Eu ligo logo para o 112. (...) Ligo para cá.” (DC4)</i> <i>“Ligo para as Sras. Enfermeiras para pedir ao Sr. Doutor.” (DC4)</i> <i>“Sei lá, se isto estiver aberto sou capaz de ligar ‘práqui’.” (EC4)</i> <i>“Olhe, ligo ‘práqui’. É ‘práqui’ que eu ligo. Já me têm mandado receitas pelo correio.” (EC4)</i> <i>“É aqui ‘pró’ HD. (FC4)</i> <i>“É ‘práqui’ também. É tudo aqui. (FC4)</i></p>

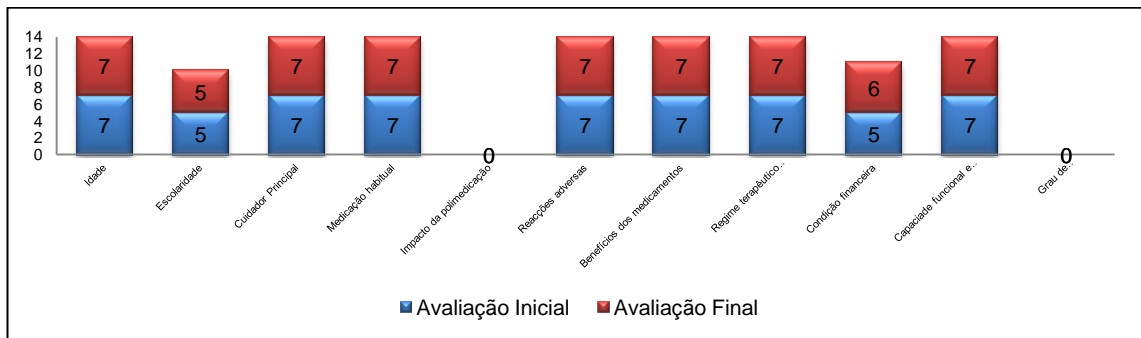
Apêndice XXIII

Análise comparativa entre a análise documental inicial
e final dos registos de enfermagem

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

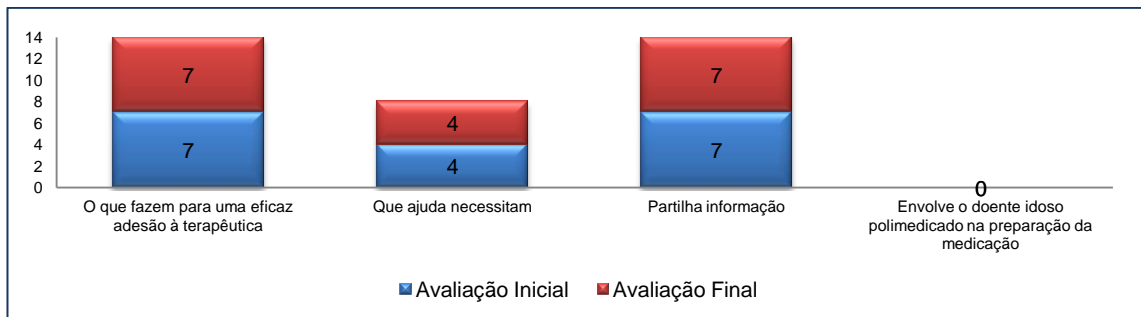
Na fase do **revelar-se**, à semelhança da avaliação inicial, os registos mantiveram-se iguais com exceção da condição financeira que se apresentava registada em cinco processos e passou a estar registada em seis, como se pode verificar no gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1 – Análise comparativa entre a avaliação inicial e final da análise documental dos registos de enfermagem para a fase do Revelar-se



Na fase do **envolver-se**, o que fazem para uma eficaz adesão à terapêutica medicamentosa e a partilha de informação (riscos e benefícios do regime terapêutico medicamentoso) encontravam-se registados pela totalidade, já no que respeita à ajuda que os doentes necessitam face à sua adesão à terapêutica medicamentosa, apenas 4 a mencionavam e no envolver o doente na preparação da medicação, a 6 não era aplicável e 1 não apresentava nenhum registo. Comparativamente com a avaliação inicial, a avaliação final foi sobreponível, como se pode observar no gráfico n.º 2.

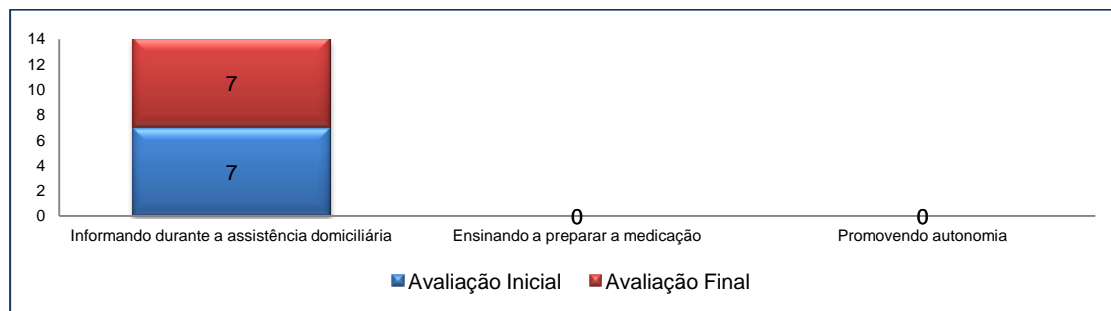
Gráfico n.º 2 – Análise comparativa entre a avaliação inicial e final da análise documental dos registos de enfermagem para a fase do Envolver-se



Na 3.ª fase do Modelo de Parceria, **capacitar e possibilitar**, informar e esclarecer durante a AD estava registado nos sete processos, no entanto não se verificou qualquer registo quanto ao ensinar a preparar e administrar a medicação, sendo que

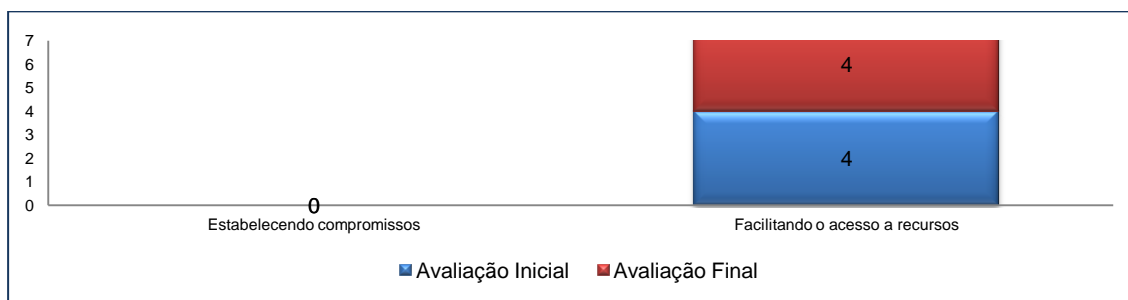
este indicador apenas era aplicável a um processo, assim como não se verificou nenhum registo relativo à promoção da autonomia. Entre a avaliação inicial e final não se registaram quaisquer alterações, como demonstrado no gráfico n.º 3.

Gráfico n.º 3 – Análise comparativa entre a avaliação inicial e final da análise documental dos registos de enfermagem para a fase do Capacitar e Possibilitar



Relativamente à fase do **comprometer-se**, esta teve como principais indicadores o estabelecer compromissos e o facilitar o acesso a recursos (receituário, medicação, assistente social, farmácia hospitalar, entre outros) e, apenas, neste último, quatro apresentavam registos. Os registos de enfermagem mantiveram-se iguais, tanto na avaliação inicial como na final, como se pode verificar no gráfico n.º 4.

Gráfico n.º 4 – Análise comparativa entre a avaliação inicial e final da análise documental dos registos de enfermagem para a fase do Comprometer-se



Na última fase do Modelo de Parceria, **assumir ou assegurar o controlo do cuidado de si ou do cuidado do outro**, como referido anteriormente, apenas o indicador relativo ao reforço da importância da adesão à terapêutica medicamentosa (relembrando os riscos e os benefícios da mesma) se apresentava registado nos sete processos, mas de forma incompleta. Os restantes indicadores não se encontravam mencionados em qualquer processo. No entanto, na avaliação final verificou-se alteração em seis processos relativamente à avaliação do seu conhecimento, à articulação com o HDIC e na monitorização do seu nível de adesão, tal como mostra o gráfico n.º 5.

Gráfico n.º 5 – Análise comparativa entre a avaliação inicial e final da análise documental dos registos de enfermagem para a fase do Assumir ou Assegurar o Controlo do Cuidado de Si ou do Outro



Apêndice XXIV

3.^a Sessão de formação

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: “Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente Idoso com Insuficiência Cardíaca Polimedicado - Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si”

FINALIDADE: Divulgar os resultados obtidos ao longo do estágio

POPULAÇÃO ALVO: A sessão é destinada aos enfermeiros do Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos.

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos

DATA: 16 de Fevereiro de 2012

HORA: 14h 30m

DURAÇÃO: 30 min.

FORMADORES: Patrícia Cortez Pinto

OBJETIVO GERAL: Divulgar os resultados do projeto e solicitar uma nova reflexão, à semelhança da narrativa inicial, acerca do que faria diferente no futuro perante a problemática e após o desenvolvimento de atividades que tornaram viável o desenvolvimento deste projeto

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos
Apresentar o diagnóstico da situação	Contextualizar a problemática em estudo	Método expositivo Discussão de grupo	<i>Data show</i> Computador
Divulgar os resultados da MAT (Medida Adesão aos Tratamentos)	Tratamento e validação dos dados	Método expositivo Discussão de grupo	<i>Data show</i> Computador
Apresentar a folha das intervenções para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa	Contextualizar a revisão da literatura	Método expositivo Discussão do grupo	<i>Data show</i> Computador Documento em suporte de papel
Apresentar o resultado da reflexão inicial da prática	Análise das respostas	Método expositivo Discussão do grupo	<i>Data show</i> Compuor
Apresentar o resultado das notas de campo	Análise de conteúdo	Método expositivo Discussão do grupo	<i>Data show</i> Computador
Apresentar a análise comparativa entre a avaliação inicial e final dos registos de enfermagem	Tratamento e validação dos dados	Método expositivo Discussão do grupo	<i>Data show</i> Computador
Apresentar o resultado das entrevistas	Análise de conteúdo	Método expositivo Discussão do grupo	<i>Data show</i> Computador

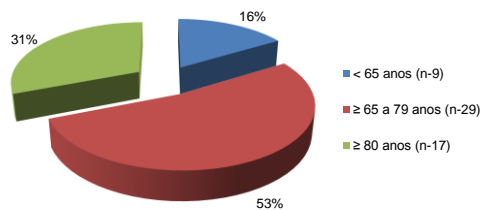
**ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DO DOENTE IDOSO COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POLIMEDICADO**
Parceria como Intervenção de Enfermagem
para a Promoção do Cuidado de Si

Patrícia Cortez Pinto

Lisboa
2012

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

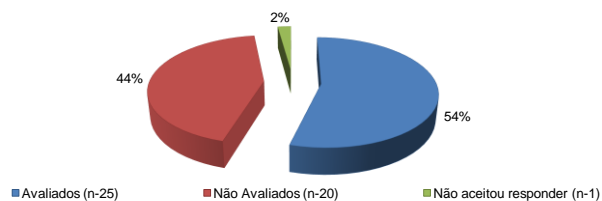
POPULAÇÃO ALVO
46 DOENTES IDOSOS COM POLIMEDICAÇÃO GRAVE





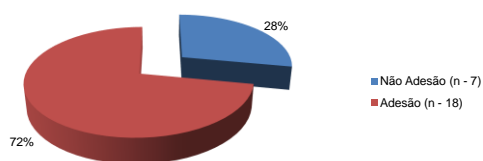
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS

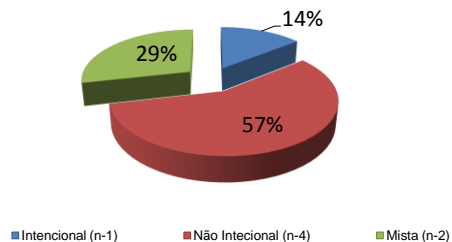


DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

NÍVEL DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

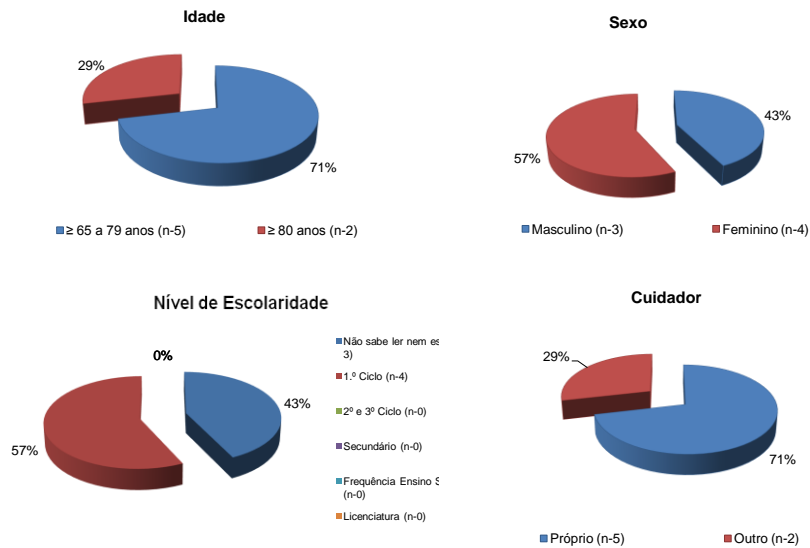


CAUSA DE NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA





DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO NÃO ADEÇÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA



REVISÃO DA LITERATURA

“Que intervenções de enfermagem (I) são promotoras do cuidado de Si (O) para o doente idoso com insuficiência cardíaca polimedicado (P) com não adesão à terapêutica medicamentosa?”

Pergunta de Investigação em formato PICO
(Melnik & Fineout-Overholt, 2005)

P	Participantes	Quem estudado? foi	Doente idoso polimedicado com insuficiência cardíaca
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções/estratégias de enfermagem
C	Comparação	Pode existir ou não	
O	Outcomes	Resultados	Intervenções/Estratégias para a promoção do cuidado de Si, nomeadamente na adesão à terapêutica medicamentosa

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Participantes	Pessoa com idade superior ou igual a 65 anos, com polimedição moderada a grave e que não apresenta adesão terapêutica medicamentosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas com idade inferior a 65 anos. - Pessoa idosa com demência ou doença mental - Pessoa idosa com polimedição ligeira.
Intervenção	Intervenções/estratégias promotoras do cuidado de si, no que respeita a adesão à terapêutica medicamentosa.	
Tipo de estudo	Estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas de literatura	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos não disponíveis em full text - Textos sem metodologia científica - Artigos que não apresentem intervenções/estratégias para a promoção da adesão à terapêutica medicamentosa.

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



Artigos publicados em texto integral – 2006/2011

- COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS
- COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS
- MEDLINE with full text
- CINAHL Plus with full text
- ACADEMIC SEARCH COMPLETE

Palavras – Chave Utilizadas

nursing strategies, elderly, non-adherence, nursing interventions, self-care promotion, heart failure e elderly multiple medication.

Conjugadas da seguinte forma:

nursing interventions AND elderly AND non-adherence

nursing strategies AND elderly AND non-adherence

nursing strategies AND heart failure AND non-adherence

nursing strategies AND elderly multiple medication AND non-adherence

nursing interventions AND elderly multiple medication AND non-adherence

self-care promotion AND elderly multiple medication AND non-adherence

25 artigos distribuídos da seguinte forma: 14 disponíveis na CINAHL Plus with full text, 8 MEDLINE with full text e 3 na ACADEMIC SEARCH COMPLETE.

Seleccionados 4 para análise, sendo que 2 encontravam-se repetidos e 19 foram excluídos segundo os critérios de exclusão pré-definidos.



REFLEXÃO DA PRÁTICA

ANÁLISE DAS RESPOSTAS



① Refira qual a importância que atribui à avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa.

A avaliação é fundamental para a correcta contextualização da doença e para a sua evolução. Fazem a avaliação pedindo aos doentes que tragam a medicação para confirmação e perguntam o horário das tomas.

② Refira as dificuldades sentidas na avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa.

Sentimentos de impotência e de frustração, bem como não conseguem que os doentes reiniciem a medicação quando é interrompida por iniciativa própria.

③ Refira as estratégias utilizadas para corrigir a não adesão à terapêutica medicamentosa.

Ensinos para a saúde, ensinos sobre a importância da medicação, benefícios da mesma e correlação com a sua doença.



ANÁLISE DAS PRÁTICAS

ANÁLISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM - PERITO

Revelar-se	Envolver-se	Capacitar e Possibilitar	Comprometer-se	Assumir o Controlo do Cuidado de Si
<ul style="list-style-type: none"> Demonstra conhecimento acerca da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> Promove um ambiente seguro Promove confiança 	<ul style="list-style-type: none"> Promove uma ação conjunta Previne e antecipa complicações 	<ul style="list-style-type: none"> Promove autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> Partilha de poder Permite seguir a sua trajetória de vida

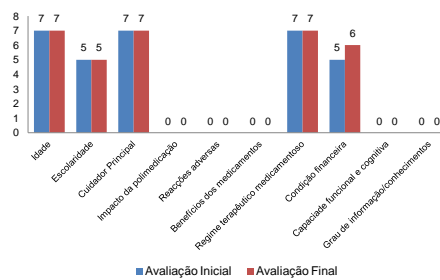
NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM - COMPETENTE

Revelar-se	Envolver-se	Capacitar e Possibilitar	Comprometer-se	Assumir o Controlo do Cuidado de Si
<ul style="list-style-type: none"> Demonstra conhecimento acerca da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> Promove um ambiente seguro Promove confiança 	<ul style="list-style-type: none"> Previne e antecipa complicações 		

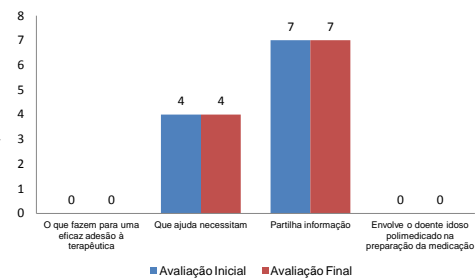


ANÁLISE DOCUMENTAL

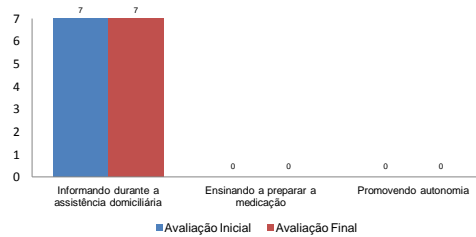
REVELAR-SE



ENVOLVER-SE



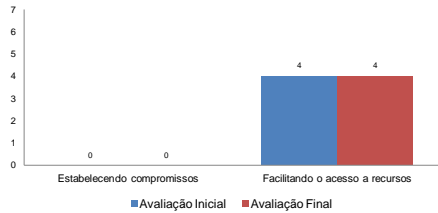
CAPACITAR E POSSIBILITAR



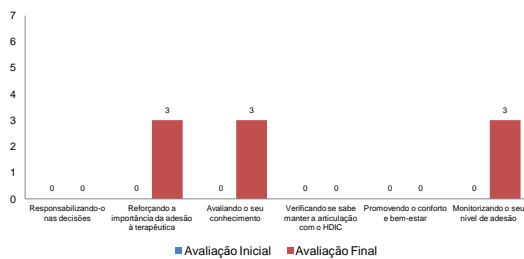


ANÁLISE DOCUMENTAL

COMPROMETER-SE



ASSEGURAR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI OU DO OUTRO



ENTREVISTA

ANÁLISE DE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Conhecimento da situação de doença	Demonstram conhecimento acerca da doença	<p>"Sei. Diabetes, hipertensão e doença de rins e coração" (AC1)</p> <p>"A minha doença não sei porque ela é "muita" complicada, tem muitas coisas, só sei que é do coração, é dos brânquias, e dos pulmões ... é "muita" complicada." (BC1)</p> <p>"Sei, é a doença do coração." (CC1)</p> <p>"A principal é o coração." (DC1)</p> <p>"Renal e o tórax e o coração não bombeiam o líquido e venho levar o Lasix nas veias para aliviar." (EC1)</p> <p>"É além disso é o coração também." (EC1)</p> <p>"É. Tenho um pace-maker." (FC1) [Perguntou-se se era doença do coração]</p>
	Antecipam o que lhes vai acontecer	<p>"Percebo. Começo a tremer e fica aqui assim uma impressão, não é a doer é um "ardimento." (AC1)</p> <p>"Sim, um bocadinho. Por exemplo, do coração quando me falta a (...) (imperceptível) eu sinto o sangue "aquecer" e os nervos "apoderarem-se." (BC1)</p> <p>"Às vezes sinto tonturas, outras vezes dor de cabeça e mais coisas." (CC1)</p> <p>"Sim, sim. Percebo tudo." (DC1)</p> <p>"Sinto um peso, aqui assim (apontou para o coração), apertar-me, apertar-me, às vezes quero falar e nem posso." (DC1)</p> <p>"Mesmo quando está pior de coração ou do resto. Estou muito inchado, é o pior, as pernas muito inchadas. Não me posso "abalar", não me posso quase limpar, e andar' ando muito menos, canso-me muito." (EC1)</p> <p>"É quando tenho falta de ar." (FC1)</p>
	A informação é adequada	<p>"Percebo. Começo a tremer e fica aqui assim uma impressão, não é a doer é um "ardimento." (AC1)</p> <p>"São. Elas são todas adequadas porque eles estudaram tudo até donde puderam." (BC1)</p> <p>"São." (CC1)</p> <p>"Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos." (EC1)</p> <p>"Ajudam muito." (FC1) [Perguntou-se se as informações dadas ajudavam]</p>
	Aceitam a doença	<p>"Sim, tem, mais ou menos." (BC1)</p> <p>"Sim, sim. Estou mais descansado, estou acompanhado e antes não estava acompanhado." (CC1)</p> <p>"Eu acho que sim, que são adequadas para eu fazer, tenho tomado os comprimidos mais ou menos sempre certos." (EC1)</p>
	A informação permite assegurar o trajeto de vida	<p>"Que remédio? Antigamente podia fazer a minha cama, agora nem a minha cama posso fazer." (AC1) [Perguntou-se se conseguia cumprir o que lhe era pedido]</p> <p>"Sim, tenho que aceitar, não tenho muito remédio." (EC1) [Perguntou-se se a informação a ajudavam a aceitar a sua doença]</p> <p>"Sim, sim, sim, mais ou menos (...) Como por exemplo o não comer certas coisas, azitonas estou também proibida de lhe tocar (fese)." (EC1) [Perguntou-se se a informação a ajudavam a definir aquilo que quer para a sua vida]</p> <p>"Pronto, essas coisas todas e eu tenho consciência nisso. Café também não posso beber. De resto, gorduras também não como, como tudo grelhado, mais é base de peixe, de carne e tudo o que é grelhado (...) (EC1)</p>



ANÁLISE DE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Conhecimento do regime terapêutico medicamentoso	Percebem o regime terapêutico medicamentoso	<p>"Sei. Tenho tudo em caixinhas, as minhas netas fazem-me as caixinhas." (AC2)</p> <p>"Uns dizem que é 'pra' tensão outros é 'pró' coração outros é 'pra' (suspiro) outros agora é 'prós' rins." (AC2)</p> <p>Oh, fico pior. Começo-me a sentir mais mal." (AC2)</p> <p>"Não, eu sei tudo isso, mas tenho uma folha terapêutica." (BC2)</p> <p>"Conheço quando eles me fazem mal. Sei qual é." (BC2)</p> <p>"Sei, também não se podem trocar, senão vou ao outro mundo e venho para ver se ainda cá estou." (BC2)</p> <p>"Sei. São certinhos, todos os dias." (CC2)</p> <p>"Daíguns, principalmente do Lasix. Se eu deixar de tomar é mais difícil. Se eu tomar todos os dias direitinho é melhor." (CC2)</p> <p>"O Lasix é para os rins. (...) Durante uns 4 dias ou 5 não tomei, tanta gente que não toma medicação e ainda bem e eu não hei-de poder andar. Experimentei, foi lá o 112 buscar-me." (CC2)</p> <p>"Ah, uns para o coração, outros para a anemia, outro para o colesterol e os outros não sei." (DC2)</p> <p>Pois, não me sinto bem. (DC2)</p> <p>"Sim, sim, sim sei. Os da manhã em jejum, há uns que devia tomar mais compensados, um mais cedo outro mais tarde, mas às vezes tomo quase junto, vai tudo junto. Mas tomo tudo." (EC2)</p> <p>"Disse-me que se eu tivesse um válvula normal tinha que tomar o Varfine o resto da minha vida, mas como é uma válvula biológica não preciso de tomar o Varfine." (EC2)</p> <p>"Alguns sei, mas outros não sei muito bem porque eu não sei ler e como não leio o papelinho e ninguém tem paciência para 'tar' ali a ler aquilo. Não sei assim muito bem." (EC2)</p> <p>"Sim, sim, sim, sim, 'pró' que são, 'pró' que fazem, 'pró' que é que eu os tomo." (EC2)</p> <p>"Claro. E eu não sou parva nenhuma, porque já os trago aqui (mostrou uma caixinha com os comprimidos) 'pró' almoço porque já não vou a casa." (EC2)</p> <p>"Sei. Tudo, tudo. Está escrito na caixa e tenho este papel." (FC2)</p> <p>"A piorar. Sinto logo." (FC2)</p> <p>"Sinto. É como o coração quand está mais fraco, o pace-maker atua." (FC2)</p>



ANÁLISE DE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Participação nos cuidados	Participam nos cuidados	<p>"É a minha filha (...) Prepara, mas eu vou ver se está certo." (BC3)</p> <p>"Sim, sim, sim, sim." (DC3)</p>
	Sentem confiança	<p>"Não posso dizer o contrário, tanto de enfermeiros como de empregadas, assistentes, "comós" médicos para mim ... é o hospital onde eu me sinto melhor." (AC3)</p> <p>"É aqui, sinto aqui como seja uma família." (AC3)</p> <p>"Tenho, tenho." (AC3) (Perguntou-se se tinha confiança)</p> <p>"Sinto. Dão-me muita confiança." (BC3)</p> <p>"Muita." (CC3) (Perguntou-se se tinha confiança nos enfermeiros)</p> <p>"Sinto. É a profissão deles. Sim, tenho de sentir confiança." (DC3)</p> <p>"Sinto, ai sinto, sinto. Eu digo que elas são umas santas para mim (...) Interessam-se com os doentes e têm cuidados com os doentes." (EC3)</p> <p>"Tenho, tenho em qualquer um. Até aqui não tenho tido razão de queixa." (FC3)</p>
	A informação responde às necessidades	<p>"Tenho, tenho em qualquer um. Até aqui não tenho tido razão de queixa." (AC3)</p> <p>"Vai. Quando há qualquer coisa que não está bem e eles trocam." (BC3)</p> <p>"É a melhor." (CC3)</p> <p>"Acho que sim, Sra. Enfermeira." (DC3)</p> <p>"Vai, vai, vai. Às vezes (ri-se) sou teimosa e reflona" (ri-se) (EC3)</p>



ANÁLISE DE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Articulação com os serviços de saúde	Assuem o controlo do cuidado de si	<p>"Pois, telefono sempre 'pra' cá, ainda agora a minha neta telefonou por causa disto." (AC4)</p> <p>"É aqui, é aqui." (AC4)</p> <p>"Sei. Telefono o mínimo possível. (...) Sou mais capaz de cá vir do que de telefonar. Não gosto de telefonar." (BC4)</p> <p>"Venho cá." (BC4)</p> <p>"Para o número aqui do hospital. Tenho-o lá no telemóvel e tenho na agenda." (CC4)</p> <p>"Eu ligo logo para o 112. (...) Ligo para cá." (DC4)</p> <p>"Ligo para as Sras. Enfermeiras para pedir ao Sr. Doutor." (DC4)</p> <p>"Sei lá, se isto estiver aberto sou capaz de ligar 'práqui'." (EC4)</p> <p>"Olhe, ligo 'práqui'. É 'práqui' que eu ligo. Já me têm mandado receitas pelo correio." (EC4)</p> <p>"É aqui 'pró' HD. (FC4)</p> <p>"É 'práqui' também. É tudo aqui. (FC4)</p>



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: “Adesão à Terapêutica Medicamentosa do Doente Idoso, com Insuficiência Cardíaca, Polimedicado - Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si”

FORMADOR: Patrícia Cortez Pinto

1) Classifique a ação de formação a que assistiu

1.1. Quanto às expetativas

- Não correspondeu
- Correspondeu Parcialmente
- Correspondeu Totalmente
- Superou

1.2. Quanto ao grau de adequação à realidade profissional

- Nula
- Pequena
- Média
- Grande

2) Como classifica a intervenção do formador

2.1. Domínio do assunto

- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito Bom

2.2. Linguagem utilizada

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito Boa

2.3. Interação com o grupo

- Insuficiente
- Suficiente
- Boa
- Muito Boa

2.4. Esclarecimento de dúvidas

- Insuficiente
- Suficiente
- Boa
- Muito Boa

2.5. Metodologia utilizada

- Inadequada
- Adequada

3) Sugestões que considere pertinentes

Nome (facultativo): _____

Data: 16/02/2012

Apêndice XXV

Narrativa de reflexão final das práticas

REFLEXÃO DA PRÁTICA FINAL

Tendo como linha orientadora o Ciclo Reflexivo de Gibbs, e à semelhança da reflexão inicial, reflita sobre um doente idoso polimedicado que beneficie de Assistência Domiciliária, relativamente à sua não Adesão à Terapêutica Medicamentosa na promoção o cuidado de si.

① Após refletir sobre a situação, no futuro, o que faria diferente, tendo em conta a Parceria como Intervenção de Enfermagem para a promoção do cuidado de si?

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

- 1.º DESCRIÇÃO – O que aconteceu?
- 2.º SENTIMENTOS – O que estou a pensar e a sentir?
- 3.º AVALIAÇÃO – O que foi bom e mau na experiência?
- 4.º ANÁLISE – Que sentido podemos encontrar na situação?
- 5.º CONCLUSÃO – Que mais poderia ter feito?
- 6.º PLANEAR A AÇÃO – Se isso acontecer novamente, o que irá fazer?

NOME: _____