

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem à Pessoa Idosa

**Avaliação da dispneia como
intervenção de enfermagem facilitadora da gestão
do regime terapêutico no idoso com DPOC**

HELGA RAFAEL HENRIQUES

RELATÓRIO DE ESTÁGIO orientado por

Sra. Professora Doutora Idalina Gomes

Sra. Enfermeira Goreti Rainho

2011



Ao Diogo, ao Bernardo e à Carolina

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, Professora Doutora Idalina Gomes, e co-orientadora, Enfermeira Goreti Rainho, um agradecimento especial pelo desafio intelectual, o olhar crítico, a confiança depositada e a amizade em momentos de alguma complexidade.

Aos colegas enfermeiros do Serviço Pneumologia C do Centro Hospitalar de Torres Vedras, pela aceitação, colaboração, envolvimento, debate de ideias e disponibilidade na concretização das diferentes etapas do nosso projecto de estágio. Também pela amizade e solidariedade no desenvolvimento deste trabalho.

Aos idosos e seus cuidadores pela possibilidade de partilha das experiências e vivências, expressas num contexto difícil de internamento.

Ao Centro Hospitalar de Torres Vedras, em especial à Chefe de Enfermagem, Enf. Isabel Lopes, e ao Director Clínico do Serviço de Pneumologia C, Dr. António Domingos, pela abertura incondicional e disponibilidade mostradas.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem, em especial aos do Curso da área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa Idosa, pela amizade, espírito crítico e partilha de saberes.

Um agradecimento especial à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pela possibilidade da frequência deste Curso, em especial ao Departamento de Fundamentos de Enfermagem pela abertura na distribuição do serviço docente e flexibilidade de horário. Obrigada pelo vosso carinho e amizade.

Aos nossos familiares, um agradecimento muito especial, pela nossa ausência em vários momentos, também pelo incentivo, presença e compreensão incondicional.

RESUMO

O envelhecimento está associado a várias perdas perceptivas, entre elas a capacidade para detectar e interpretar sintomas físicos. No idoso com DPOC, a dispneia é um dos sintomas mais frequentes. O seu reconhecimento é essencial para que se desencadeie o processo de AGRT.

A avaliação da percepção de dispneia, através da *Escala Modificada de Borg* (EMB), constitui-se numa intervenção de enfermagem centrada na pessoa que possibilita uma maior compreensão da experiência de transição saúde-doença, bem como uma maior objectividade no processo de cuidados.

O objectivo deste projecto foi a implementação da avaliação sistemática da dispneia, através da Escala Modificada de Borg (EMB), ao doente idoso com DPOC internado num serviço de Pneumologia, visando uma melhor gestão do regime terapêutico e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem à pessoa idosa.

A metodologia utilizada foi a de projecto, centrada num percurso de investigação-acção, que passou pela análise e reflexão das práticas de cuidados e pela formação a todos os 16 membros da equipa de enfermagem. Acompanhámos 16 idosos com DPOC, internados no período de Novembro de 2010 a Fevereiro de 2011.

Os resultados revelaram mudanças na abordagem e compreensão da pessoa idosa com dispneia. Verifica-se a utilização regular da EMB na avaliação da percepção da dispneia. Esta é documentada no processo do doente e a sua interferência nas várias dimensões da pessoa é valorizada no planeamento e execução das acções de enfermagem, havendo maior preocupação em registar acções relacionadas com a educação do idoso para gerir o seu regime terapêutico.

Conclui-se que a avaliação da percepção da dispneia do doente idoso com DPOC, através da EMB, promove uma melhor gestão do regime terapêutico. Possibilita o planeamento de acções de enfermagem centradas na pessoa e permite que o idoso aprenda a reconhecer e interpretar este sintoma e passe a gerir o esforço que despende nas suas actividades de vida.

Palavras - chave: idoso; auto-gestão do regime terapêutico; DPOC; enfermagem

ABSTRACT

Aging is associated with multiple perceptual losses, including the ability to detect and interpret physical symptoms. In elderly patients with COPD, dyspnea is one of the most common symptoms. Its recognition is essential to initiate the process of self-management regimen.

The evaluation of dyspnea perception by Modified Borg Scale (MBS) is a nursing intervention focused on the person that enables a greater understanding of the health-illness transition experience and a greater objectivity in the process of care.

The aim of this project was to implement a systematic evaluation of dyspnea, by the Modified Borg Scale (MBS), in elderly patients with COPD hospitalized in a pulmonology service, aiming a better therapeutic regimen management and the development of skills as a specialist nurse in medical-surgical nursing, nursing the elderly.

The process of implementing followed the project methodology, on a course of action-research logic, with nurses' involvement on analyses and discussion of clinical care practices and education to all 16 members of nursing team. We followed 16 elderly, hospitalized from November 2010 to February 2011.

The results showed changes in the approach and understanding of the elderly with dyspnea. There is a regular use of MBS in assessing breathlessness perception. This is documented in patient process and its interference in various dimensions of person is valued on planning and execution of nursing activities, with greater concern to record actions related to elderly education in order to manage their therapeutic regimen.

Concluding, assessing dyspnea perception in elderly patients with COPD, through the EMB, promotes a better management of therapeutic regimen. Enables the planning of nursing actions, focusing on person, and allows elderly to learn to recognize and interpret this symptom and manage the effort spend in their life activities.

Keywords: elderly; self- management of therapeutic regimen; COPD; nursing.

SIGLAS

ACS – Alto Comissariado da Saúde

AGRT – Auto-gestão do Regime Terapêutico

AVDs – Actividades de Vida Diária

CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras

CR10 – Category-Ratio 10 Scale

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

EMB – Escala Modificada de Borg

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GOLD – Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease

HDIR – Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios

HPV – Hospital Pulido Valente

ICN – International Council Of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

VNI – Ventilação não-invasiva

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA	10
2.1 Cuidar da pessoa idosa em situação de transição.....	13
2.1.1 O idoso com DPOC: um cliente de cuidados complexo	15
2.1.2 Do sintoma à pessoa: a avaliação da dispneia no processo de cuidados	18
2.2 Educar para a auto-gestão da dispneia.....	21
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	24
3.1- Caracterização do contexto de acção	25
3.2 - Participantes	26
3.3 - Meios usados para avaliação e monitorização do projecto	28
3.3.1 – Questionário	28
3.3.2 - Análise documental	29
3.3.3 - Análise das práticas de cuidados de enfermagem.....	30
3.3.4 - Entrevista semi-estruturada.....	30
CAPÍTULO IV – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	33
4.1 Clarificação da problemática: percursos na construção do diagnóstico	33
4.2 Planeamento	35
4.3 Implementação do Passo 1	37
4.3.1 A escolha da Escala Modificada de Borg.....	37
4.3.2 O processo formativo dos enfermeiros	40
4.3.3 Análise das práticas de cuidados de enfermagem	40
4.3.4 Avaliação da implementação do passo 1.....	42
4.4 Implementação do Passo 2	43
4.4.1 Inclusão da EMB na documentação	43
4.4.2 Criação da Norma de Avaliação da Percepção de Dispneia	44
4.4.3 Análise das práticas de cuidados de enfermagem	45
4.4.4 Avaliação da implementação do passo 2.....	51
4.5 Implementação do Passo 3: implicações do projecto	54
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES	56
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	65
ANEXO 1 - Um contributo para a delimitação da problemática.....	67
ANEXO 2 - Organigrama do CHTV	70
ANEXO 3 - Características dos Idosos Acompanhados	71
ANEXO 4 - Questionário	76
ANEXO 5 - Instrumento de avaliação Inicial de Enfermagem	77
ANEXO 6 - Pedido de utilização do MAB	80
ANEXO 7 - Entrevista.....	81
ANEXO 8 - Formação em serviço.....	82
ANEXO 9 - Roteiro da Revisão Sistemática da Literatura	83
ANEXO 10 - Utilização da EMB no Brasil	86
ANEXO 11 - Instrumento provisório de registo da EMB.....	87
ANEXO 12 - Abordagem formativa aos enfermeiros.....	88
ANEXO 13 - Instrumento definitivo de registo da EMB	90
ANEXO 14 - Norma de Avaliação da percepção de dispneia	91

ANEXO 15 - Corpo das entrevistas realizadas aos enfermeiros.....	96
ANEXO 16 - Grelha de Análise das Entrevistas Realizadas aos Enfermeiros	99
ANEXO17 - Relação entre níveis de dependência dos cuidados de enfermagem e Score EMB durante o internamento.....	101
ANEXO18 - Folheto	102
ANEXO 19 - Adenda ao Plano de Cuidados (AGRT)	103
ANEXO 20 - Plano de aula.....	104
ANEXO 21 - Poster	115

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 – Problemática do idoso com DPOC internado no Serviço de Pneumologia C</i>	<i>11</i>
<i>Figura 2 – Teoria de Médio Alcance das Transições (Adaptado de: Meleis et al., (2000).....</i>	<i>13</i>
<i>Figura 3 – Modelo de Autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca (Riegel et al., 2010).</i>	<i>20</i>
<i>Figura 4 – Avaliação e monitorização da implementação do projecto (adaptado de Igea et al., 1995). ...</i>	<i>28</i>
<i>Figura 5 – Ciclo de Gibbs. (1988).....</i>	<i>30</i>
<i>Figura 6 – Metodologia de projecto adoptada (adaptado de Elliott, 1993, citado por Coutinho, 2008).</i>	<i>33</i>
<i>Figura 7 - EMB.....</i>	<i>38</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1 – Distribuição dos registos de score da EMB nos processos da pessoa idosa com DPOC</i>	<i>43</i>
<i>Gráfico 2 – Scores EMB por idoso internado na admissão e na alta</i>	<i>50</i>
<i>Gráfico 3 – Distribuição do registo da EMB por idoso internado.....</i>	<i>51</i>

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1 – Objectivos e actividades realizadas durante a fase preparatória do projecto.</i>	<i>34</i>
<i>Quadro 2 – Objectivos e actividades realizadas durante a fase de desenvolvimento do projecto.</i>	<i>37</i>

INTRODUÇÃO

A transição demográfica a que se assiste actualmente assinala um envelhecimento populacional que atinge todo o mundo. Em Portugal, o crescimento do grupo etário com mais de 65 anos¹ tem sido notável, prevendo-se que em 2040 as pessoas com mais de 65 anos representem cerca de 29% da população portuguesa. Este aumento da esperança de vida é acompanhado de uma maior probabilidade de viver os últimos anos da vida com algum tipo de incapacidade de longa duração, facto que decorre do aumento da prevalência de algumas doenças crónicas, como diabetes e hipertensão e as doenças respiratórias (MS, ACS, 2008).

Entre as enfermidades respiratórias mais frequentes no idoso encontra-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), representando cerca de 5,3% da população portuguesa em 2004 (DGS, 2005). Em 2006 era a quinta causa de morte em Portugal e, em 2009, esta doença era responsável por uma perda de cerca de 74500 anos de vida, ajustados por incapacidade (ONDR, 2009). A DPOC descreve-se por uma limitação progressiva do débito aéreo, não totalmente reversível, que evolui por exacerbações e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos, sendo o tabagismo a causa mais frequente, com repercussões sistémicas importantes (GOLD, 2009).

Envelhecer com DPOC origina situações de grande complexidade que podem causar níveis de saúde variáveis, onde a fragilidade passa a ser uma característica dominante. Situações de fragilidade no idoso predispõem-no para o aumento de acontecimentos adversos relacionados com a sua saúde, como a doença crónica, a institucionalização em lares, as quedas, predizendo a incapacidade progressiva na realização das actividades de vida diária e a mortalidade (Fried et al., 2001; Bergman et al., 2004; Rothman et al., 2008). Esta é uma preocupação expressa no Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas, que recomenda especial atenção às pessoas idosas mais frágeis (DGS, 2006), não perdendo de vista os princípios do envelhecimento activo (WHO, 2002).

O processo de envelhecimento, por si só, acarreta diversas e progressivas transformações nos domínios fisiológico, psicológico, social, e até mesmo espiritual, que originam perda de independência e autonomia (Berger et al., 1995; Fonseca,

¹ Neste documento, o idoso é toda a pessoa que atingiu a idade da reforma preconizada para Portugal (65 ou mais anos), tal como definido pela Organização Mundial de Saúde. São ainda consideradas muito idosas, as pessoas com 85 ou mais anos (WHO, 2004a).

2004). Está associado a várias perdas perceptivas (Fontaine, 1999), entre elas, a capacidade para detectar e interpretar sintomas físicos, como a dispneia que, no idoso com DPOC, é um dos mais frequentes. Esta situação compromete o idoso a gerir o regime terapêutico que lhe é proposto, a desenvolver comportamentos e habilidades que o permitem adaptar-se, no quotidiano, às diferentes mudanças que experimenta. Progredir no ciclo vital com esta doença apela à aprendizagem ao auto-cuidado, tendo em conta um programa de tratamento da doença e suas sequelas e de redução das situações de risco, dando resposta aos diferentes sinais e sintomas que surjam (Dochterman et al., 2008; Carpenito-Moyet, 2006).

Avaliar a saúde e identificar o risco, educar a pessoa a reconhecer o seu corpo em condições associadas ao envelhecimento e ao processo de conviver com uma doença crónica, assistir na automodificação, melhorar a disposição para aprender e facilitar a aprendizagem, constituem intervenções enquadradas na promoção e controle eficaz do regime terapêutico (Dochterman et al., 2008), que fazem todo sentido no campo de actuação da enfermagem, uma vez que esta se ocupa dos processos e experiências humanas que decorrem das transições associadas ao desenvolvimento vital, preparando para a transição, facilitando a aprendizagem e promovendo a autonomia e independência (Meleis, 2007).

De acordo com a teoria das transições (Meleis et al., 2000), os processos de transição saúde-doença associados à transição no ciclo vital, são determinados por uma série de factores internos e externos. A diferença e a mudança provocadas por determinado evento, bem como o nível de envolvimento e o significado que a pessoa idosa atribui ao que lhe está a acontecer, são também aspectos determinantes para a ocorrência duma transição saudável. Transição é o processo de “passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick et al., 1986, p.239), que exige da pessoa mecanismos de adaptação, com vista à resolução de desequilíbrios, conflitos ou perda de capacidades ou papeis. Neste sentido, os enfermeiros podem actuar com intuito de facilitar essa adaptação a uma nova forma de estar e ser, fomentando, por exemplo, no caso do idoso com DPOC, o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis et al., 2000).

Assim, no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa Idosa, decidimos aprofundar a

compreensão da Auto-Gestão do Regime Terapêutico (AGRT) da pessoa idosa na situação de transição saúde-doença, especificamente a DPOC.

Uma reflexão acerca das competências desenvolvidas durante o nosso percurso profissional permite encaixarmo-nos no nível competente, pois sentimos que, embora sem a rapidez e a maleabilidade do enfermeiro proficiente, somos capazes de fazer face a imprevistos da prática de enfermagem. O contexto clínico surge de forma organizada, sendo possível a tomada de decisão com base numa análise consciente do problema (Benner, 2001). Centrados no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista de modo a atingirmos o nível de perito, definimos como objectivos gerais do nosso estágio: Desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado ao idoso, nomeadamente na auto-gestão da dispneia da pessoa idosa com DPOC e Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do Serviço de Pneumologia C, na implementação de intervenções de enfermagem promotoras da auto-gestão da dispneia no idoso com DPOC.

Este relatório está estruturado em capítulos, segundo o processo de desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, durante o qual vamos descrevendo e reflectindo o nosso próprio percurso, á luz do perfil de competências definido pela ESEL para o *Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (ESEL, 2010). Começamos com a Introdução onde contextualizamos o tema. No Capítulo I definimos a problemática e reforçamos a sua pertinência. No Capítulo II exploramos teoricamente alguns conceitos centrais que contribuíram para o enquadramento deste projecto. Já no Capítulo III, explicitamos a metodologia adoptada abordamos o principal contexto de acção do nosso estágio. No Capítulo IV descrevemos e discutimos o percurso de implementação do projecto tendo em conta as competências desenvolvidas pela equipa de enfermagem e por nós próprios e, por fim, no Capítulo V formulamos algumas conclusões.

CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA

O envelhecimento populacional, associado a uma elevada prevalência de morbilidade crónica, bem como o nosso percurso profissional, marcado pela prestação de cuidados à pessoa idosa e pelo ensino de estudantes de enfermagem, permitiu-nos despertar para a problemática do idoso com doença respiratória.

No decorrer deste Curso de Mestrado em Enfermagem, na Unidade Curricular Opção I (2º semestre), propusemo-nos a trabalhar a área do cuidado à pessoa idosa com DPOC, no Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios (HDIR) do Hospital Pulido Valente (HPV). A experiência foi de tal forma enriquecedora que, no desenvolvimento do estágio, no 3º semestre, optámos por dar continuidade ao desenvolvimento de competências nesta área, com a realização do estágio num serviço de internamento (Pneumologia C) do CHTV, com algumas incursões a serviços do HPV (Anexo 1).

A escolha destes locais teve na sua génese o facto de ambos deterem serviços de referência nacional na área da pneumologia, com idosos em situações complexas de cuidados de enfermagem, onde seria previsível a oportunidade de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa.

A AGRT no idoso com DPOC constitui uma preocupação dos enfermeiros daqueles contextos e um problema sensível aos cuidados de enfermagem. Por várias razões, a pessoa idosa com DPOC tem agudizações frequentes, com vários reinternamentos, não procura auxílio de saúde precocemente e a título profiláctico, faz uma utilização irregular da medicação, mantém hábitos tabágicos e vida sedentária, não adopta medidas comportamentais a fim de gerir os seus sintomas e melhorar a sua qualidade de vida. Esta é, aliás, uma realidade que também testemunhámos, enquanto enfermeira e docente, em contexto clínico e na evidência científica consultada (Monninkhof et al., 2003; Taylor et al., 2005; Wong et al., 2005; Sridhar et al., 2007; Efraimsson et al., 2008; Sutherland et al., 2009; Effing et al., 2009; Walters et al., 2010).

No período de integração realizado no serviço de Pneumologia C do CHTV foi-nos possível reflectir este fenómeno, em conjunto com os enfermeiros do serviço. Percebemos que estávamos mergulhados numa problemática complexa para a qual contribuía vários factores²: associados ao enfermeiro (como a dificuldade em interpretar o doente e a sua condição de dependência; a dificuldade em gerir o tempo e a dificuldade em mobilizar teoria/prática); associados ao idoso e ao contexto onde vivia;

² Dados resultantes da aplicação dum questionário (Anexo 3) aos 11 enfermeiros do serviço com quem contactámos durante o nosso período de integração. Foram-nos devolvidos questionários correspondentes a 60% da população.

associados à própria dinâmica do serviço (como perceber que ensino já foi realizado) e associados aos recursos de saúde que a comunidade oferecia.

Para promover a capacitação do idoso com DPOC a gerir o seu regime terapêutico, os enfermeiros refiram desenvolver várias acções cuja evidência demonstra promover AGRT no idoso com DPOC (GOLD, 2009; WHO, 2003), no entanto, estas aconteciam de forma não estruturada e não sistemática³: a educação sobre os cuidados a ter na administração da terapia inalatória foi a acção mais referida (78%), seguida da educação sobre os cuidados a ter com a Ventilação Não Invasiva (VNI) e o Oxigénio de Longa duração (OLD) (22%). Outras acções, como ensinamentos sobre gestão do esforço, gestão do stress e exercícios respiratórios, são referidas de forma isolada. Independentemente das acções realizadas, estas não eram devidamente documentadas no processo do doente, nas diferentes fases do processo de cuidados de enfermagem, o que também dificultava a continuidade dos cuidados⁴. Esta falta de continuidade era, aliás, agravada pela ausência de estruturas comunitárias especializadas no acompanhamento destes idosos após a alta. Estas lacunas não eram facilitadoras da aprendizagem do auto-cuidado do idoso, nomeadamente no reconhecimento de sintomas.



Figura 1 – Problemática do idoso com DPOC internado no Serviço de Pneumologia C

Ficavam, portanto, por desenvolver intervenções de enfermagem centradas no reconhecimento da mudança do estado de saúde do idoso com DPOC (como a percepção de dispneia), um dos aspectos essenciais no processo de AGRT (Riegel et al., 2010). Neste sentido, pareceu-nos⁵ pertinente desenvolver um projecto cuja finalidade visasse melhorar os cuidados de enfermagem na educação para a AGRT⁶.

Os enfermeiros podem ter um papel essencial na facilitação do processo de

³ Idem

⁴ A observação dos processos de todos os doentes internados na última semana de Outubro de 2010 mostrou que não existia qualquer registo de enfermagem de planeamento/execução de intervenções de educação do doente/cuidador para gestão do regime terapêutico.

⁵ Quando questionados acerca do que pensavam que podia ser melhorado, os enfermeiros referiram o ensino para preparar para a alta / validação do ensino (56%), a consciencialização do doente/família para a necessidade de adesão ao regime terapêutico (22%) e a necessidade de efectuar registos sobre o ensino realizado (22%). Todos os questionados referiram sentir necessidade de formação nesta área.

⁶ Esta foi uma decisão partilhada com enfermagem orientadora do estágio, a equipa de enfermagem e, também, com a Enfermeira Chefe

gestão do regime no idoso com DPOC internado, pois, neste contexto, têm oportunidade de interagir (interacção) com um ser humano numa situação específica de saúde/doença (cliente de enfermagem), advindo do seu contexto sociocultural (ambiente), a fim de facilitar os processos de transição (vividos ou antecipados) com vista à aquisição duma maior mestria na gestão do seu regime terapêutico (Meleis et al., 1994; Meleis, 2007; Lopes, 2006; Riegel et al., 2010). Esta aquisição de novas habilidades e comportamentos está organizada à volta dum propósito (processo de enfermagem), onde os enfermeiros empregam as suas acções (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar (Lopes, 2006).

A educação para a saúde é, assim, o processo de ensino-aprendizagem que influencia o comportamento através de mudanças no “conhecimento, nas atitudes, nas crenças, pela aquisição de habilidades psico-motoras”, com o objectivo de ajudar o cliente a assumir responsabilidade pelo auto-cuidado (Carpenito-Moyet; 2006, p. 496).

A função de educar, guiar e orientar o doente é um dos domínios dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001) que apreze valorizada como intervenção autónoma nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2002). Roy et al. (1981) também defendem que através da educação, é possível ajudar o doente a adaptar-se ao stress que está a viver. Já na perspectiva de Orem (1987), a educação permite alcançar o autocuidado. Watson (1985) refere-se ao processo de educação do doente como um factor maior de cuidado de enfermagem.

O enfermeiro especialista não propõe apenas informações, oferece maneiras de ser, novas formas 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 adesão⁷ que garantem o bem-estar possível do idoso com DPOC (Ebersole et al., 2005). A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão (2010a) e a qualidade de vida da pessoa com DPOC (Bourbeau, 2004), principalmente em pessoas com necessidades de aprendizagem (Carlson, 2006).

No capítulo seguinte apresentamos a revisão da literatura onde foram norteadoras as seguintes questões: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da AGRT do idoso com DPOC? Como é que o idoso com doença respiratória crónica percepciona a dispneia no seu quotidiano e como é que essa percepção pode influenciar a AGRT?

⁷ A adesão ao regime terapêutico é a medida em que o comportamento de uma pessoa (tomar medicação, seguir a dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida) corresponde às recomendações acordadas com o prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003).

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Cuidar da pessoa idosa em situação de transição

O idoso, cliente de cuidados de enfermagem, é alvo dum conjunto de transições associadas ao processo de envelhecimento. A nível biológico, envelhecer traduz-se em várias alterações nas células e tecidos e mudanças funcionais ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, reprodutor; imunitário, ritmos biológicos e sono (Berger et al., 1995). Estas mudanças determinam uma diminuição da reserva fisiológica e uma dificuldade na reposição no equilíbrio homeostático quando este é alterado (Fried et al., 2001; Bergman et al., 2004; Espinoza et al., 2005; Ahmed et al., 2007). Porém, o envelhecimento não tem repercussões apenas biológicas, existem outras mudanças que se objectivam em diferentes tipos de transições, como as alterações biopsicológicas e sociais, a passagem à reforma, o assumir o papel de avós, a perda do cônjuge ou a mudança de casa; ou o desenvolvimento de doenças crónicas e a consequente necessidade de adesão ao(s) respectivo(s) regime(s) terapêutico(s).

Meleis (2000) desenvolveu uma teoria de médio alcance em enfermagem em torno do conceito de transição, classificando os diferentes tipos e padrões de transição (Figura 2). A Transição é entendida como o processo de passagem ou movimento da pessoa duma fase da vida, situação ou condição para outra (Schumacher et al., 1999).

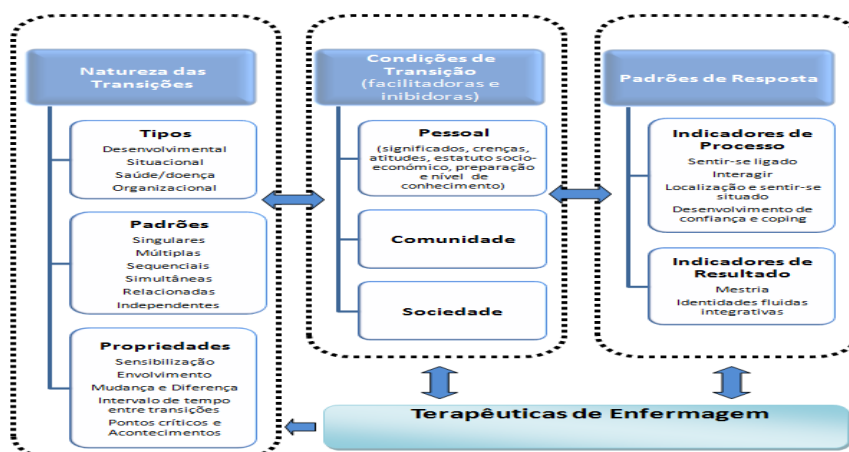


Figura 2 – Teoria de Médio Alcance das Transições (Adaptado de: Meleis et al., (2000)

Para Schumacher et al. (1994), transição é um conceito de interesse para a enfermagem, um conceito central, pois foca-se na pessoa e naquilo que ela pensa ou percebe. As transições resultam em variadas respostas humanas, com consideráveis alterações na percepção de bem-estar físico e emocional, o que fundamenta a presença do cuidado de enfermagem durante os períodos de transição.

Cuidar da pessoa em transição – cuidado transicional – implica mais sensibilização, consciencialização e humanização na identificação dos sinais indicativos de transição e no facilitar a vivência destes eventos em direcção a uma transição saudável (Zagonel, 1999). Este cuidado só é possível objectivar-se se pela compreensão do processo de transição tendo em conta a perspectiva de quem vive a transição.

As transições são caracterizadas por mudanças, pela instalação dum período de desequilíbrio interno e externo e por transformações na forma de perceber o que o rodeia. Durante este processo devem ser desenvolvidas novas competências, novas relações e novas estratégias de coping (Meleis et al., 1994; Meleis, 2007).

Schumacher et al., (1999) particularizaram a teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis à situação do idoso para desenvolver cuidados de enfermagem gerontológica. De acordo com esta teoria, existe a possibilidade de respostas saudáveis ao processo de transição, como a redefinição de significados/respostas, a modificação de expectativas, a reestruturação das rotinas quotidianas, o desenvolvimento de conhecimento e competência, a manutenção do senso de continuidade, a criação de novas opções de escolha e a descoberta de oportunidades para crescer; e a possibilidade de respostas não saudáveis ao processo de transição, como resistir a novos significados, manter expectativas irrealistas, resistir à criação de novas rotinas, evitar o desenvolvimento de novo conhecimento e competências, experimentar uma descontinuidade desnecessária, limitar novas escolhas e recusar oportunidades de crescimento. São indicadores do processo de transição saudável, a minimização dos sintomas, o melhor estado funcional, sentimentos de continuidade, *empowerment* e senso de integridade; e de transição não saudável, os sintomas de doença, estado funcional aquém do seu potencial, sentimentos de descontinuidade, *disempowerment* e perda de integridade.

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem facilitar um processo de transição saudável, diminuir a incerteza e suportar indicadores positivos do processo de transição (Meleis et al., 1994), através do acompanhamento da pessoa durante todo o processo de transição; da exploração de significados e descoberta de áreas em que a continuidade com o passado seja possível permitindo o desenvolvimento da identidade; da facilitação do desenvolvimento de conhecimento e competências; da criação de ambientes (físicos, sociais, políticos e culturais) saudáveis e da mobilização de recursos pessoais, familiares e comunitários (Schumacher et al., 1999). O cuidado de enfermagem ao idoso com DPOC incorpora, portanto, um conjunto de intervenções

que se pretende que atendam à complexidade da situação que a pessoa idosa está a viver em todas as dimensões da sua vida.

2.1.1 O idoso com DPOC: um cliente de cuidados complexo

A transição saúde-doença, quando se associa à transição desenvolvimental para a velhice, origina um processo complexo para o qual concorrem um conjunto de factores que se inter-relacionam e se potenciam, acabando por colocar o idoso em risco ou mediante uma situação de grande vulnerabilidade .

As transformações que decorrem do normal processo de envelhecimento não produzem disfunção respiratória em idosos saudáveis, contudo podem contribuir para a predisposição das pessoas idosas a infecções do trato respiratório e para o desenvolvimento de DPOC. Esta doença caracteriza-se pela presença de sintomas respiratórios como a dispneia, a hipersecreção de muco pulmonar, a tosse, bem como a progressiva perda de função respiratória, que no idoso podem estar condicionados pelo esperado envelhecimento do sistema respiratório.

Também a hiperinsuflação, outra característica da DPOC, contribui para o aumento do trabalho respiratório, uma vez que encurta progressivamente os músculos respiratórios e rebaixa o diafragma. Esta situação leva a que o doente recorra essencialmente aos músculos acessórios e adopte uma respiração costal superior (Orozco-Levi, 2003). Em consequência do aumento do espaço morto fisiológico, resulta uma má relação ventilação-perfusão. Também o aumento da rigidez da parede torácica, associado ao processo de envelhecimento, contribui para uma menor expansão pulmonar. Estas situações resultam numa menor oxigenação dos tecidos, logo uma menor tolerância à actividade. Em pessoas com DPOC, o esforço para respirar pode ficar aumentado 5 a 10 vezes em relação ao normal. Nestas condições, a quantidade de oxigénio exigida para a função respiratória pode constituir-se numa fracção importante de consumo total de oxigénio (Carpenito-Moyet, 2006).

O avanço da idade está ainda associado a alterações dos reflexos de protecção de depuração oral e mucociliar e a uma generalizada diminuição da resposta imunitária (principalmente sistémica), o que deixa o idoso mais susceptível a infecções respiratórias. Também a aspiração de pequenas quantidades de conteúdo oral ou gástrico pode contribuir para a infecção do trato respiratório inferior. No caso do idoso

com DPOC, a imunidade fica ainda mais prejudicada pela acção do processo inflamatório associado à doença.

A desnutrição ou hipoalbuminémia são ainda condições precipitadas pela DPOC (Bernard et al., 1998), que, no idoso, se podem encontrar empoladas não só por factores biofisiológicos (xerostomia, alterações do paladar, da dentição, do cheiro, da função do sistema digestivo – disfagia, obstipação, mal-absorção, dificuldade na procura e preparação dos alimentos...), como também por factores religiosos e sociais (crenças e valores associados à alimentação), factores económicos (baixos rendimentos) ou factores psicológicos (Berger et al., 1995, Fontaine, 1999).

O envelhecimento provoca a diminuição da força e flexibilidade, produz mudanças nos músculos e articulações, particularmente nos membros inferiores, e reduz a performance, especialmente se se verifica uma redução da actividade (Ebersole et al., 2005). Na DPOC, a miopatia induzida pela inflamação sistémica, a hipoxémia, a utilização de esteroides de longa duração e as alterações electrolíticas ou genéticas, contribuem para a deficiência do músculo-esquelético. Nestas circunstâncias, a pessoa evidencia uma perda da massa corporal e alterações geométricas da parede do tórax (Pereira, 2009).

As alterações da mobilidade e da agilidade deixam o idoso susceptível a uma tolerância reduzida à actividade e à ocorrência de quedas e, pela elevada taxa de consumo de corticoides, o risco de fractura secundário à osteoporose aumenta.

O envelhecimento pode ainda ser marcado por alterações sensoriais importantes. Com o avançar dos anos, assiste-se a uma atrofia dos receptores sensitivos do olho, ouvido, nariz, cavidade oral e nervos periféricos aferentes, o que reduz o estado de alerta aos estímulos ambientais (Ebersole et al., 2005). As alterações da acuidade visual e auditiva podem transformar-se em dificuldades ou impedimentos na gestão do regime terapêutico da DPOC, quando algumas das capacidades necessárias ao idoso passam por conseguir ouvir algumas indicações terapêuticas e distinguir cores de medicamentos. Também o declínio da memória associado ao envelhecimento ou a iliteracia em saúde podem condicionar a AGRT.

A DPOC é também uma doença que se caracteriza por episódios de agudizações que contribuem para um mais rápido declínio na função pulmonar, uma pior qualidade de vida, um decréscimo na performance para o exercício (Anzueto, 2010) e, conseqüentemente, para um aumento da fragilidade do idoso. Esta fragilidade,

também aumenta a susceptibilidade à doença aguda ou crónica (Bergam et al., 2007), constituindo-se num factor preditivo de exacerbações da DPOC (Llor et al., 2008).

Os internamentos hospitalares por agudização da DPOC têm vindo a aumentar e praticamente duplicaram em Portugal desde 1994 (ONDR, 2009). O'Rilley et al. (2007) concluem que, em pessoas com mais de 60 anos, o internamento resultou numa grave deteriorização do estado de saúde: apesar deste ter melhorado antes da alta, voltou a agravar-se nos três meses subsequentes, com problemas de mobilidade (98% da amostra) e alterações no grau de actividade habitual (88% da amostra), ficando com níveis de saúde próximos dos avaliados na admissão.

Também Formiga et al. (2005) estudaram a influência do internamento por exacerbação da DPOC na funcionalidade de nonagenários, tendo concluído que existia uma declínio funcional durante o internamento, comparativamente à admissão, e que este se manteve em três meses após a alta em 60% dos participantes.

Os idosos frágeis têm alto risco de ficarem com elevado grau de incapacidade, pelo que uma intervenção preventiva é fundamental (Frerucci et al., 2004). Carlson et al. (2006) identificaram um conjunto de necessidades de aprendizagem nestas pessoas: quando tomar a medicação, técnica correcta de administração da terapia inalatória, reconhecer sinais de agravamento, saber quando recorrer ao serviço de urgência, saber o que fazer se os sintomas se agravam, lidar com a dispneia e prevenir o agravamento da dispneia. Assim, a prevenção do agravamento/exacerbações da DPOC, pela promoção do auto-cuidado, são um ponto-chave na prevenção do agravamento da fragilidade no idoso com DPOC e na manutenção do seu conforto e qualidade de vida. Para tal, podem ter um contributo positivo as intervenções promotoras do auto-cuidado do idoso com DPOC em qualquer estágio da sua doença, dirigidas a si ou ao seu cuidador (Effing et al., 2009), nomeadamente intervenções fomentadoras do reconhecimento de sintomas como a dispneia.

Em idosos com DPOC é comum a comorbilidade: doenças cardiovasculares (Huiart et al., 2005), depressão (Voogd et al., 2009), tumor do pulmão, asma, tuberculose pulmonar (GOLD, 2009), diabetes e osteoporose (Fabbri et al., 2008).

A presença destas doenças crónicas pode também contribuir para o desenvolvimento da DPOC, assim como influenciar a sua progressão, aumentar as limitações funcionais ou afectar a resposta ao regime terapêutico. Estas situações podem, portanto, dificultar a AGRT e a integração do idoso num programa de

tratamento da doença e das suas sequelas e de redução de situações de risco (Bourbeau, 2004; Carpenito-Moyet et al., 2006; Terzano et al., 2010). Neste campo, os cuidadores familiares desempenham um papel fundamental de suporte, não só na prestação de cuidados directos de substituição, como também na estimulação da auto-eficácia e auto-cuidado do idoso (Kasikçi et al., 2007).

Associada à presença de co-morbilidade crónica estão os tratamentos medicamentosos de longa duração⁸. A utilização de medicamentos em idosos tem associado o aumento do risco de efeitos adversos, uma vez que o idoso está mais sensível a interacções medicamentosas e toxicidade, pois tem uma farmacocinética e uma farmacodinâmica específicas (Ebessole et al., 2005).

A pessoa idosa com DPOC é, portanto, um cliente de cuidados de enfermagem que vive situações de transição complexas, que exigem intervenções de enfermagem centradas na pessoa e nas suas reais necessidades, no sentido de estimular ao máximo o seu potencial de saúde. Atender à auto-percepção de sintomas do idoso pode, deste modo, constituir-se numa intervenção importante a fim de facilitar a auto-gestão dos mesmos e de garantir condições facilitadoras de transições saudáveis.

2.1.2 Do sintoma à pessoa: a avaliação da dispneia no processo de cuidados

A dispneia é o sintoma mais comum em pessoas com doenças cardio-respiratórias ou em doentes em final de vida, no entanto não existe uma noção exacta da sua prevalência. Também pode ocorrer em situações de doença metabólica, infecciosa e neuromuscular ou em situações de obesidade ou gravidez não patológica (Kohlman et al., 2010). O processo de envelhecimento, em si, origina uma deterioração gradual da função pulmonar pela perda da elasticidade dos tecidos pulmonares, aumento da rigidez da parede do tórax e a diminuição da força dos músculos respiratórios, o que justifica que idosos saudáveis também possam experimentar dispneia (O'Donnell et al., 2007). Cerca de 30% de indivíduos com mais de 65 anos referem dispneia durante as suas actividades de vida diária em estudos realizados em países dos Estados Unidos da América, França e Reino Unido (O'Donnell et al., 2007).

Nos idosos com DPOC, a dispneia interfere com a capacidade de respirar, falar, dormir, ter relações sexuais, trabalhar e socializar-se, principalmente porque o

⁸ Vários estudos, em diferentes contextos, têm demonstrado que o idoso usa uma média de 2-6 medicamentos prescritos e 1-3 medicamentos não prescritos (WHO, 2004b). Em Portugal, cada idoso toma em média 7,6 medicamentos, 87,5 % dos quais são tomados diariamente (Mendes et al., 2009).). Também a subutilização de medicamentos entre os idosos é um problema real que ocorre por razões que vão desde a desvalorização da necessidade da toma da medicação, a crenças erróneas, a problemas económicos, os esquemas terapêuticos complexos, problemas de memória ou depressão (WHO, 2004b).

progresso da dispneia ao longo do tempo está associado a uma deterioração decrescente (Mahler, 1995, in O'Donnell et al., 2007).

Dispneia pode definir-se como uma sensação subjectiva de desconforto, dificuldade em respirar, que inclui a percepção de respiração laboriosa por parte do doente e a reacção a essa sensação, avaliada somente pelo doente (Comroe, 1965, in Kohlman et al., 2010). Tem associado o aumento do esforço respiratório, sentimento de inabilidade para respirar e uma maior consciência do trabalho inspiratório. A dispneia é também uma das possíveis características definidoras do diagnostico de enfermagem real intolerância à actividade (Carpenito-Moyet et al., 2006).

Na pessoa com DPOC, os mecanismos de dispneia são complexos e multifactoriais, incluindo como componentes a percepção dum elevado esforço inspiratório, a consciência dum esforço não recompensado e a percepção dos *inputs* geradores de dispneia (químico e mecanoreceptores).

A percepção da dispneia corresponde, então, à função cerebral que atribui significado aos estímulos sensoriais, quer sejam estes do meio interno ou do meio externo. Assim, a percepção da dispneia acontece através dum processo de detecção consciente, onde a pessoa reconhece e discrimina os diferentes estímulos de acordo com o valor que lhes atribui (O'Donnell et al., 2007). Esta percepção concretiza-se pelo grau de tolerância que a pessoa tem à actividade, ou seja, na capacidade fisiológica da pessoa para desenvolver actividades diárias requeridas ou desejadas. A intolerância à actividade é, portanto, um foco de atenção da prática de cuidados de enfermagem, determinado pela existência de energia fisiológica e psicológica suficiente para suportar ou complementar as actividades de vida diária (Johnson et al., 2006; Carpenito-Moyet et al., 2006; ICN, 2010b).

O processo de auto-gestão da doença inclui cinco estádios (Figura 3): reconhecimento da mudança no estado de saúde (um processo focado na monitorização dos sintomas e adesão ao tratamento), avaliação da mudança, decisão pela acção, implementação duma estratégia de tratamento e avaliação do tratamento implementado (processos em que os doentes reconhecem e respondem aos seus sintomas) (Riegel et al., 2010).

Embora o Modelo de Riegel et al. (2010) não seja dirigido à pessoa idosa com DPOC, ele dá subsídios claros na compreensão da importância do reconhecimento do corpo e dos sintomas no processo de AGRT duma pessoa idosa.

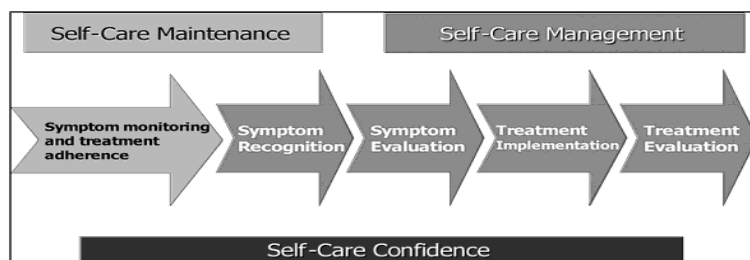


Figura 3 – Modelo de Autocuidado na pessoa com Insuficiência Cardíaca (Riegel et al., 2010).

De acordo com Benner (2001), cabe à enfermeira a função de diagnóstico e vigilância, detectando e determinando mudanças significativas no doente ou antecipando a deterioração do seu estado. A avaliação da percepção da dispneia torna-se, assim, um complemento importante aos dados fisiológicos na avaliação e monitorização deste sintoma pois permite aceder à experiência subjectiva, identificar problemas, estabelecer resultados e desenvolver intervenções de enfermagem consistentes com as possibilidades percebidas pela pessoa. Por outro lado, a atenção selectiva, que ocorre por parte do idoso durante a monitorização deste sintoma, é essencial para reconhecê-lo e interpretá-lo no dia-a-dia, aspecto essencial para gerir o seu auto-cuidado (Riegel et al., 2010). Esta avaliação permite ao idoso ampliar a sua consciência do seu processo de transição, pois apela a uma maior consciência da mudança e diferença, propriedades inerentes a qualquer transição.

A avaliação rigorosa constitui uma competência importante associada ao processo de cuidados de enfermagem, pois permite dar-lhe início, continuá-lo e também concluí-lo. A avaliação (inicial ou final) contribui para organizar e prestar os cuidados de enfermagem que o idoso necessita e alterá-los à medida que as necessidades vão mudando. Estas etapas do processo de enfermagem contribuem para a produção de cuidados individualizados, numa lógica associada ao raciocínio científico, que integra o conhecimento empírico, ético, estético e pessoal (Carper, 1978) e o pensamento crítico (Potter et al., 2006).

Atendendo a Schumacher et al. (1994), cuidar da pessoa em transição passa por entender a sua perspectiva, bem como todos os factores que podem condicionar essa percepção, sejam estes de ordem pessoal, social ou comunitários. A utilização Escala Modificada de Borg (EMB) (Borg, 2000) para avaliação da percepção de dispneia vem de encontro a este propósito pois permite não só aceder à experiência vivida pelo idoso com DPOC, como também constitui, em si, uma intervenção que pode conduzir a transições saudáveis no que concerne à AGRT. Esta escala (que explicitamos no

Capítulo IV) complementa, portanto, a avaliação inicial e da consecução dos objectivos estabelecidos durante o processo de cuidados á pessoa idosa.

2.2 Educar para a auto-gestão da dispneia

O conceito de AGRT aplica-se a qualquer situação de cuidados de saúde, cujo objectivo seja ensinar as habilidades necessárias para seguir um regime terapêutico específico e para alcançar mudança nos comportamentos de saúde (Bourbeau, 2004). De acordo este autor, os programas de AGRT devem ser construídos com base na percepção que o doente tem dos seus problemas relacionados com a saúde, pois só desta forma é possível contribuir para o aumento da sua auto-eficácia na resolução desses problemas.

A auto-gestão constitui-se num dos componentes do auto-cuidado e integra quer aspectos relacionados com a manutenção da saúde, pelas práticas de saúde saudáveis, quer a gestão da doença (Riegel et al., 2010). Da AGRT resulta uma mudança dos hábitos de saúde, que integra ajustamentos terapêuticos (comportamentais e ambientais), de acordo com as recomendações que recebe dos profissionais de saúde. Neste sentido, para que a AGRT se verifique, é necessário que o idoso manifeste comportamentos de mestria, de adesão, como procurar auxílio médico, adquirir medicamentos prescritos, tomar a medicação de forma apropriada, obter imunizações, comparecer às consultas de seguimento e adoptar medidas comportamentais no controlo de peso e na auto-gestão da doença, do tabagismo, de alimentação pouco saudável e níveis insuficientes de actividade física (WHO, 2003). Para que tal ocorra, é necessário que a pessoa inicie um processo de mudança de comportamento e de aprendizagem. Este processo, dependente da motivação da pessoa, desenvolve-se no tempo ao longo de cinco fases indicativas da mudança de comportamento de saúde: pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção (Prochaska et al., 1984; citado por Bennet et al., 1999)⁹.

Os programas promotores da educação da pessoa com DPOC podem incluir diferentes componentes: o reconhecimento da fisiopatologia, factores de risco e sintomas da doença, comportamentos de cessação tabágica ou de não exposição a outros factores de risco, adesão à consulta médica e medicação prescrita, prática de

⁹ Modelo das fases de mudança ou modelo transteórico de saúde

exercícios respiratórios, prática de exercício regular, adopção duma alimentação saudável e adopção de medidas de conservação de energia e gestão de esforço (GOLD, 2002).

A evidência científica mostra que a educação para a saúde surge como ferramenta essencial na ajuda ao idoso com DPOC para gerir o seu regime terapêutico, com resultados quer na ampliação de conhecimento, quer na aquisição de habilidades e competências de auto-cuidado (Monninkhof et al., 2003; Taylor et al., 2005; Wong et al., 2005; Sridhar et al., 2007; Efraimsson et al., 2008; Sutherland et al., 2009; Effing et al., 2009; Walters et al., 2010). As acções de educação surgem no sentido da capacitação da pessoa e são desenvolvidas ora isoladamente (Efraimsson et al., 2008; Effing et al., 2009; Walters et al., 2010), ora em conjunto com outro tipo de intervenções, como a reabilitação pulmonar (Monninkhof et al., 2003; Sridhar et al., 2007).

A educação para a AGRT aumenta a participação nas actividades de vida diária (Efraimsson et al., 2008), produz alterações na conduta de auto-tratamento e diminui as disfunções que são consequência da DPOC (Sridhar et al., 2007). A auto-gestão na monitorização de sintomas, como a dispneia, promove uma detecção e tratamento precoce das exacerbações e melhora a auto-eficácia e o senso de coerência (Warwick et al., 2010).

A “gestão de casos” ou a implementação de planos de intervenção personalizados trazem resultados positivos na qualidade de vida e na redução da utilização de consultas médicas (Sridhar et al., 2007; Sutherland et al., 2009). Também a implementação dum programa de intervenção educacional estruturado conduz à motivação dos doentes para mudarem estilos de vida, como a cessação tabágica (Efraimsson et al., 2008), à redução de pelo menos uma readmissão hospitalar (Effing et al., 2009) ou ao reconhecimento/resposta à exacerbação da DPOC (Walters et al., 2010).

Os vários estudos consultados utilizam diferentes indicadores (isolados ou combinados) para medir o resultado das intervenções de enfermagem: utilização dos serviços de saúde, qualidade de vida, cessação tabágica, auto-eficácia na gestão da dispneia, fadiga, funcionalidade, percepção de saúde, satisfação do doente, adesão ao tratamento, habilidades de auto-cuidado, presença de sintomas, utilização de medicação em SOS, mortalidade, nível de conhecimento sobre a DPOC. Esta diversidade de utilização de indicadores de resultado dificulta a extracção de

conclusões. Embora haja alguma evidência científica publicada sobre esta temática, a heterogeneidade das intervenções, as amostras estudadas, o tempo de *follow-up* e as medidas usadas para avaliar os resultados, levam a que fique dificultada a extracção de similitudes e regularidades dos diferentes estudos que permitam formular recomendações claras relativamente à forma e ao conteúdo dos programas de educação (Effing et al., 2009). Estes autores recomendam que sejam realizados mais estudos randomizados controlados, com períodos de acompanhamento superiores a um ano.

A enfermagem tem um papel importante na preparação do idoso para conseguir pensar sobre si próprio, tomar as suas decisões e fixar-se em metas realistas, tendo em conta o seu potencial de saúde¹⁰. O enfermeiro assume-se, portanto, como um facilitador de desenvolvimento pessoal, de ampliação da consciência crítica do outro, pois tem oportunidade de dar condições às pessoas “para se transformarem, saberem o porquê das coisas” (Carvalho et al., 2006:19). Em matéria de educação para a saúde, o enfermeiro, inserido numa equipa pluridisciplinar, possui um papel privilegiado devido às “múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde” (Carvalho et al., 2006:39).

Porque a dispneia é um dos sintomas mais frequentes no idoso com DPOC, que o incapacita, conferindo-lhe diferentes graus de intolerância à actividade, torna-se fundamental que cada idoso aprenda a reconhecer e controlar este sintoma e saiba actuar de acordo com a sua avaliação. Dizer que um idoso com DPOC consegue gerir a sua dispneia é, pois, o mesmo que dizer que alcançou mestria, pois conseguiu conciliar as capacidades que detinha com aquelas que foi desenvolvendo durante o processo de transição, monitorizando e interpretando este sintoma para tomar decisões, fazendo ajustes, providenciando cuidados, conservando energia e tolerando a actividade, utilizando os recursos disponíveis, atingindo a saúde tal como a define.

Deste modo, durante a avaliação da percepção de dispneia, o enfermeiro assume também a função de educador, aferido se a pessoa está pronta para aprender, ajudando a pessoa a interiorizar as implicações da doença no seu estilo de vida, compreendendo como interpreta a sua doença, ajudando o idoso a ajustar o seu sintoma às suas actividades de vida (Benner, 2001).

¹⁰ Entendemos a saúde como um fenómeno individual, dinâmico, fluido, flexível, inserido no processo de vida de cada um e em permanente transformação e evolução. A saúde resulta, então, do desenvolvimento dum potencial, duma adaptação positiva às transições do meio interno ou externo, uma adaptação promotora de bem-estar, associada à noção de equilíbrio e integração (Meleis, 2007).

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Ao longo do estágio, optámos por desenvolver as nossas actividades seguindo a metodologia de projecto, numa lógica de investigação-acção. A metodologia de projecto pode ser definida como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada dum processo de transformação da realidade (Guerra, 1994), partindo duma situação-problema para o qual se procura uma solução. Esta metodologia preocupa-se em dar objectivos pragmáticos à educação, tendo em conta o ritmo individual de cada estudante (Knoll, 1997).

O trabalho de projecto desenvolve-se em várias fases, determinadas por objectivos e concretizadas por actividades coordenadas, a partir de estratégias ajustadas, seguindo uma metodologia investigativa que, no nosso estágio, utilizou a lógica da investigação-acção. Esta pode ser definida como “uma família de metodologias de investigação que incluem acção (mudança) e investigação (ou compreensão) ao mesmo tempo, utilizando um processo cíclico ou em espiral, que alterna entre acção e reflexão crítica” (Coutinho et al., 2009:360), havendo lugar ao aperfeiçoamento contínuo de métodos e da interpretação, tendo em conta a experiência conseguida no ciclo anterior. Durante o processo de investigação-ação, podem ser consideradas várias etapas: a formulação do problema, planeamento, implementação do plano de acção, observação dos efeitos da acção e reflexão (Dolbec, 2003). Estas etapas desenvolvem-se num movimento circular que, quando completo, origina um novo ciclo de experiências de acção reflexiva, tal como evidencia o Modelo de Elliott (1993), citado por Coutinho (2008).

A investigação-acção caracteriza-se pela exploração reflexiva da prática, que implica todos os intervenientes no processo, considerando-os agentes de mudança. Tem um cariz prático e interventivo, articulando de modo permanente investigação, acção e formação, e é auto-avaliativa, ou seja, as várias transformações são continuamente avaliadas (Coutinho et al., 2009).

A selecção da lógica desta metodologia no estágio deveu-se essencialmente à necessidade de melhorar a prática de cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que procurávamos uma mais ampla compreensão da mesma. Assim, houve a preocupação de avaliar sistematicamente as práticas de cuidados de enfermagem no contexto de estágio e, ao mesmo tempo, integrar os resultados dessas avaliações em propostas de mudanças.

3.1- Caracterização do contexto de acção

O Estágio ocorreu em dois contextos distintos na área da enfermagem pneumonológica: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, HPV, e CHTV. Para cada um dos contextos existiram diferentes objectivos, com resultados de aprendizagem distintos, tendo sido em Torres Vedras, no Serviço de Pneumologia C, que desenvolvemos o nosso projecto de estágio, com cerca de 90% de ocupação do tempo de estágio (facto pelo qual lhe dedicamos este ponto).

O CHTV tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo útil e a custos socialmente comportáveis, em regime de ambulatório e internamento, numa perspectiva de eficiência e eficácia¹¹. Tem uma lotação de 277 camas e integra dois pólos, um situado na cidade de Torres Vedras – Hospital Distrital de Torres Vedras, e outro a cerca de 4 Km, no lugar do Barro – Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior. Dá apoio a cinco concelhos com um índice de envelhecimento superior à média nacional, num total de 172 743 habitantes (INE, 2001).

O Serviço de Pneumologia C integra o Pólo do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior (Anexo 2), num edifício de 1540, fundado pela Infanta D. Maria, filha do Rei D. Manuel, então denominado Convento dos Religiosos Arrábidos ou Convento do Barro, destinado ao acolhimento de monges franciscanos que padeciam de doença pulmonar. A sua estrutura física foi adaptada a vários serviços de saúde, notando-se, por isso, no caso da Pneumologia C, algumas deficiências estruturais de raiz (enfermarias separadas com meias-paredes de material tipo “contraplacado”, ausência de lavatório nas enfermarias, gabinetes de trabalho distantes das enfermarias, casas de banho com dimensões reduzidas, em piso desnivelado e sem rampa de O2, sistema de aquecimento precário...). Dispõe de quatro enfermarias e de dois quartos, utilizados para situações de isolamento, num total de 18 camas. Admite doentes do Serviço de Urgência (91%), da Consulta Externa (5%) ou transferidos de outros serviços (4%). Na sua maioria têm idade igual ou superior a 75 anos (56%) ou são adultos-idosos entre os 45 e os 74 anos de idade (37%). Apresenta uma lotação média de 18 doentes, com uma demora média de internamento de 13,7 dias e uma taxa de ocupação de 87.44%. Em 2010 registou-se uma média de 24 doentes tratados por cama (440 doentes), uma

¹¹ <http://chtv.pai.pt/>

taxa de reinternamento na ordem dos 11% e uma taxa de mortalidade de cerca de 17,9%, abrangendo exclusivamente a população acima dos 45 anos¹².

As patologias mais frequentes são a pneumonia, o derrame pleural, a DPOC agudizada, a asma agudizada ou a neoplasia pulmonar. Os doentes internados detêm diferentes graus de dependência dos cuidados de enfermagem. Após a alta, regressam ao domicílio ou ingressam/regressam a unidades de cuidados ajustados à sua situação (unidades de convalescença, unidades de cuidados paliativos, centros de dia, lares...). Na comunidade, estes doentes contam com o apoio da consulta médica de pneumologia (não existem estruturas de suporte especializado na área da enfermagem, como p.e. Hospital de dia, Consulta de enfermagem...) e com o apoio do Centro de Saúde. A realização da reabilitação respiratória é possível em ginásios de fisioterapia do CHTV, ou em privados com acordos com subsistemas de saúde.

O serviço de Pneumologia C conta actualmente com 17 enfermeiros (inclui um enfermeiro-chefe e 1 enfermeiro especialista em reabilitação) do universo dos 275 existentes no CHTV, uma equipa jovem e dinâmica. O método de distribuição de trabalho de enfermagem é o individual (muitas vezes transformado no método à tarefa), seguindo o Sistema de Classificação de Doentes. Dos diferentes projectos existentes, destacamos o Projecto 'Cuidar em Proximidade' que visa preparar o regresso a casa dos doentes em situação de ventilação não invasiva (VNI), através de sessões individuais de ensino em contexto de internamento e no domicílio, em estreita articulação com os cuidados continuados. No serviço existem ainda 8 médicos pneumologistas, 1 assistente social, 1 nutricionista, 2 fisioterapeutas, 9 assistentes operacionais e 1 administrativa.

3.2 - Participantes

Participaram no desenvolvimento deste projecto 15 enfermeiros do serviço de internamento da Pneumologia C, ligados à prestação directa de cuidados, um enfermeiro especialista de reabilitação e um enfermeiro chefe. Também participaram quatro estudantes do curso de especialidade em enfermagem de reabilitação (a desenvolver um estágio de observação naquele local). Sempre que foi importante aceder às suas percepções (questionário ou entrevista), recorreu-se à amostragem por conveniência, ou seja, àqueles que se encontravam mais disponíveis para participar.

¹² Dados relativos ao ano de 2010, de acordo com programa SONHO do CHTV.

Enquanto enfermeira que procurava desenvolver competências como especialista, nós próprios, assumimos o papel de participantes no desenvolvimento deste projecto. Tal como referem Leite et al. (1991), a metodologia de projecto permite ao autor do mesmo assumir um papel activo no desenvolvimento do projecto e na construção do seu próprio saber.

Durante o nosso estágio, constituíram também participantes 16 idosos internados no serviço de Pneumologia C, entre Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011, com diagnóstico de DPOC (GOLD, 2009). Os idosos que acompanhámos¹³ (Anexo 3) detinham condições do processo de transição específicas: uma média de idades de 76 anos (máximo de 92 e mínimo de 65 anos), 75% eram do género masculino, 50% eram viúvos e 44% casados. Tinham habilitações literárias baixas (média do score 0.4, sem escolaridade/analfabetismo), profissões não qualificadas e, na sua maioria (89%) viviam no seu domicílio ou em lar. Dos que viviam no seu domicílio, apenas 38% não detinham cuidador (nem necessitavam), os restantes eram cuidados por familiares e/ou recebiam apoio domiciliário ou de centro de dia.

Tratam-se de pessoas isoladas (média do score 1.9), com estado cognitivo satisfatório (média do score 2.7), queixas de visão (94%) e audição (44%), alterações da integridade cutânea (12.5%), com padrão de sono irregular, de menos de 8h/noite (62.5%) e queixas emocionais insatisfatórias (média do score 1.3).

São idosos maioritariamente independentes (50%) ou dependentes (25%) na locomoção, mas na sua maioria (75%) sem hábitos de prática de exercício físico. Também se verificou serem idosos dependentes de terceiros (50%), independentes (31%) ou incapazes (19%) na realização das suas actividades de vida diárias ou das actividades instrumentais de vida diárias. A manutenção da concretização destas actividades de forma independente, associada à possibilidade de locomoção era, para muitos, o seu maior desejo, que concretizavam sob a forma de projecto de vida.

Todos têm história de internamentos anteriores ou recurso não programado aos serviços de saúde por causa da sua doença respiratória. A totalidade dos idosos tem comorbilidade associada e estão polimedicados (cinco ou mais medicamentos) cerca de 75%. Oito idosos estavam em regime de OLD e seis em regime de VNI no domicílio. Todos tinham algum tipo de compromisso do conhecimento ligado à gestão do regime

¹³ Os dados que seguidamente se apresentam derivam da avaliação de enfermagem inicial, utilizando o instrumento criado por Botelho (2000), Método de Avaliação Biopsicossocial

terapêutico. Referiam scores da EMB mais elevados no momento da admissão, que tendiam a baixar durante o internamento, quer em repouso, quer durante a actividade.

Estas condições pessoais, comunitárias e sociais constituíam-se, em muitos casos, constrangimentos que dificultavam o processo de adaptação do idoso ao regime terapêutico, nomeadamente no reconhecimento de sintomas como a dispneia e consequente tomada de decisão na gestão do seu esforço nas actividades de vida.

3.3 - Meios usados para avaliação e monitorização do projecto

Para a avaliação e monitorização do processo de implementação do projecto utilizou-se o questionário, a análise dos processos dos doentes, a reflexão das práticas clínicas de enfermagem e a entrevista aos enfermeiros (Figura 4). Estas são técnicas de recolha de dados aceites na metodologia investigação-acção (Coutinho et al., 2009).

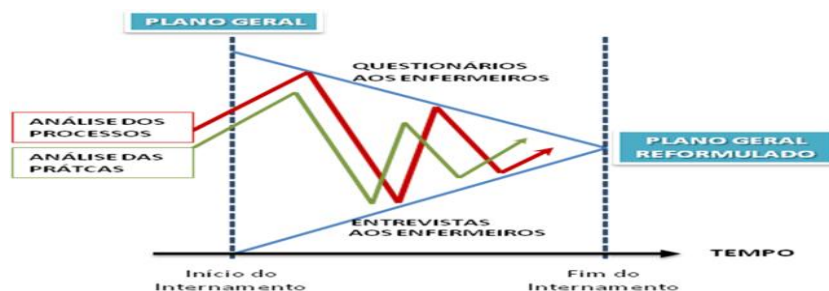


Figura 4 – Avaliação e monitorização da implementação do projecto (adaptado de Igea et al., 1995).

No nosso estágio, estávamos preocupados em trabalhar o reconhecimento de sintomas enquanto factor facilitador do processo de transição no idoso com DPOC. Importava-nos perceber se o idoso internado detinha capacidade para reconhecer e medir a dispneia enquanto sintoma da sua doença, pois só após a aquisição desta habilidade era possível prosseguir no processo de gestão do seu regime terapêutico (Riegel, 2010), nomeadamente na utilização desse conhecimento para gerir a sua dispneia.

3.3.1 – Questionário

Começamos por perceber se a percepção da dispneia era um aspecto valorizado pelos enfermeiros do serviço na avaliação que faziam dos idosos com DPOC. O questionário aplicado aos enfermeiros (Anexo 4) foi exploratório, teve como objectivo clarificar a problemática da gestão do regime no serviço de Pneumologia C do CHTV, acedendo a conteúdos valorizados pelos enfermeiros, eventualmente não documentados nos processos dos doentes. Utilizou-se questões abertas e criou-se

uma grelha de análise, à priori, com dimensões específicas da gestão do regime terapêutico na pessoa com DPOC que emerge das orientações de organismos internacionais: reconhecimento da fisiopatologia, factores de risco e sintomas da doença, comportamentos de cessação tabágica ou de não exposição a outros factores de risco, adesão à consulta médica e medicação prescrita, prática de exercícios respiratórios, prática de exercício regular, adopção duma alimentação saudável e adopção de medidas de conservação de energia e gestão de esforço (GOLD, 2002). De acordo com Quivy et al. (2003), o questionário permite analisar um fenómeno social que se julga apreender melhor a partir de informações dos indivíduos da população em questão.

3.3.2 - Análise documental

Também quisemos perceber se os enfermeiros desenvolviam acções de educação dos doentes no sentido de os ensinar a gerir a dispneia no dia-a-dia. Para tal recorreremos à análise dos processos de todos os doentes que estavam internados na primeira semana da nossa integração (período de 12 a 21 de Outubro de 2010), onde consultámos os registos de enfermagem dos 20 processos dos doentes internados. 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 (Bell, 2002). A análise dos registos seleccionados tinha como propósito único contar as frequências das avaliações da percepção de dispneia aos doentes internados, bem como a frequência do planeamento e execução de acções de enfermagem realizadas no âmbito da educação do doente para a gestão do seu regime terapêutico. Esta análise foi realizada antes do nosso projecto ser implementado e nos momentos de avaliação da implementação do mesmo.

Para garantir a crítica externa (Bell, 2002) mantivemos a preocupação de apenas realizar registos nos processos dos idosos de quem cuidávamos (e não noutros) enquanto elemento integrante daquela equipa. A crítica interna ficou garantida quando consultámos apenas registos de enfermagem (tipo de registo), produzidos por enfermeiros (quem os produziu), que detinham capacidade para ‘encaixar’ a informação procurada (conteúdo do documento), com a finalidade de documentar os cuidados de enfermagem (finalidade dos registos), nos diferentes turnos (quando foram produzidos) (Bell, 2002).

3.3.3 - Análise das práticas de cuidados de enfermagem

A análise das práticas de cuidados ficou reservada a alguns momentos do nosso estágio. Seguimos a lógica do Ciclo de Gibbs (1988) para guiar a nossa discussão junto dos enfermeiros (Figura 5):



Figura 5 – Ciclo de Gibbs. (1988)

Foi nossa preocupação que a discussão das práticas se centrasse em casos que estivéssemos a acompanhar. Seguimos alguns tópicos orientadores: *Que condições do processo de transição conhecemos?* (O que sabemos do idoso / da doença? Limitações funcionais ligadas à doença/envelhecimento? - condições pessoais / O que sabemos do(s) cuidador(es) e do contexto de vida? - condições sociais e comunitárias); *Que indicadores de resposta (mestria) são observáveis ou possíveis no idoso?* (O que o idoso pode e quer fazer sozinho na gestão da sua doença? O que o idoso pode fazer com ajuda na gestão da sua doença? O que o idoso já não consegue fazer na gestão da sua doença?); *Que terapêuticas de enfermagem desenvolver?* (Schumacher et al., 1994; Collière, 1999).

Para uma melhor compreensão das condições de transição dos idosos que acompanhámos e também para enriquecer a discussão nos momentos de análise das práticas de cuidados de enfermagem, optámos por utilizar um instrumento de avaliação multidimensional desenvolvido por Botelho (2000) (Anexo 5), uma vez que entendemos que o instrumento usado no serviço não nos permitia uma visão tão ampla quanto necessária do processo de transição. Este instrumento foi aplicado por nós, estudantes e por alguns enfermeiros do serviço e esteve disponível no serviço numa pasta criada para o efeito. Foi obtida a autorização para a utilização deste instrumento (Anexo 6).

3.3.4 - Entrevista semi-estruturada

A fim de percebermos qual a percepção dos enfermeiros acerca da utilização da EMB no Serviço de Pneumologia C, nomeadamente, quais as vantagens e desvantagens que identificavam, recorreremos à entrevista semi-estruturada, (Anexo 7).

A entrevista é o método adequado sempre que se pretende aceder ao sentido que os outros dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados. Durante a entrevista, cada entrevistado tem oportunidade de exprimir as suas percepções e as suas experiências (Quivy et al., 2003).

A entrevista semi-estruturada utiliza perguntas-guia, questões relativamente abertas, que servem para orientar o entrevistador e ajudar a centrar sempre que o entrevistado se afasta dos objectivos da entrevista (Quivy et al., 2003). As questões-guia permitiram-nos criar uma grelha de análise, à partida, com as categorias: vantagens na utilização da EMB e desvantagens na utilização da EMB. A construção destas categorias à priori, com base na(s) questão(ões) colocada(s), permite codificar cada resposta de acordo com a categoria pré-estabelecida, o que facilita o registo, análise e comparação dos dados obtidos (Bell, 2002).

As entrevistas tiveram uma duração média de 10 minutos: Foram realizadas, após consentimento informado, em locais privados do serviço e sujeitas a gravação áudio e a transcrição manual.

3.4 - Questões éticas

Foi nossa preocupação garantir que quer o projecto preliminar, quer o projecto reformulado do nosso estágio fosse aceite e autorizado pelas Direcções de Enfermagem dos locais onde nos propusemos desenvolver o nosso estágio, bem como discutido e validado com os nossos orientadores e a Enfermeira-Chefe e Director de Serviço da Pneumologia C do CHTV.

Ao longo do estágio mantivemos a preocupação de atender aos princípios éticos e valores do Código Deontológico do Enfermeiros¹⁴ no que concerne à defesa da liberdade e dignidade da pessoa cuidada. A colheita de dados cercou-se dum conjunto de preocupações de cariz ético associadas aos direitos humanos fundamentais: direito ao tratamento justo e equitativo, direito à auto-determinação, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à intimidade, direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo (Fortin, 1996).

Quer no que diz respeito aos enfermeiros/estudantes de enfermagem, quer no que concerne aos idosos envolvidos neste projecto, foi-lhes explicado o tema e os

¹⁴ Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro

objectivos do nosso projecto, bem como a finalidade da aplicação dos instrumentos que foram usados nos enfermeiros (questionário, entrevista e análise das práticas) e nos doentes (EMB). Também houve lugar à explicitação do tipo de participação pretendida, critérios de recrutamento dos participantes, vantagens e riscos/desconfortos de participar, a noção de participação/retirada voluntária, confidencialidade e anonimato, bem como o tempo previsto para o seu envolvimento (Fortin, 1996). Esta preocupação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, que se operacionaliza através dum tratamento justo e equitativo, e está inevitavelmente ligada ao direito à liberdade de escolha, à auto-determinação, segundo o qual a pessoa é capaz de tomar decisões acerca da sua participação ou não na investigação. Em qualquer momento foi dada hipótese dos participantes desistirem, sem qualquer prejuízo para o mesmo, tal como se encontra consagrado no artigo 9º do Código de Nuremberg.

O direito ao anonimato e confidencialidade foi respeitado pela não associação das entrevistas/dados do doente à identidade dos participantes, tendo sido atribuído um número a cada participante, cuja correspondência entre esse número e a identidade só são conhecidos por nós.

CAPÍTULO IV – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

O nosso estágio seguiu uma metodologia de projecto, numa lógica cíclica de investigação-acção, em que cada ciclo permitia a reformulação do planeamento do ciclo seguinte (Figura 6).

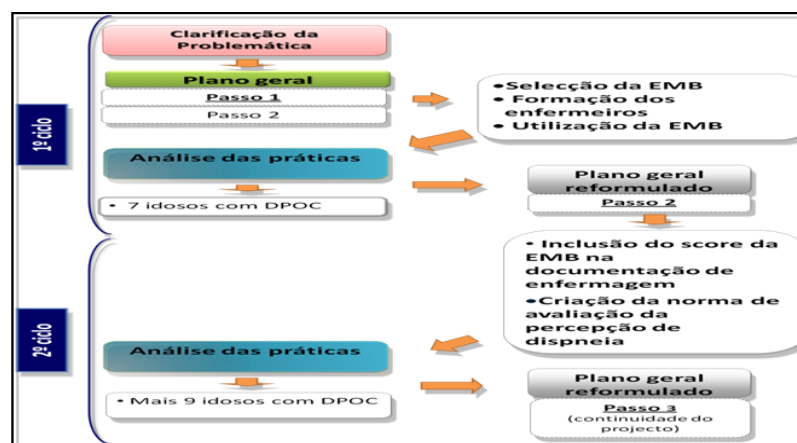


Figura 6 – Metodologia de projecto adoptada (adaptado de Elliott, 1993, citado por Coutinho, 2008).

4.1 Clarificação da problemática: percursos na construção do diagnóstico

A delimitação da problemática constituiu-se na fase preparatória do nosso projecto de estágio. Nesta fase definimos objectivos e planeámos e implementámos actividades (Quadro 1) que necessariamente se “infiltraram” na fase seguinte do projecto (planeamento). Teve início durante o estágio de Opção II, com o estágio no HDIR do HPV, e prolongou-se ao longo de todo o mês de Outubro de 2010.

Nesta fase do estágio começámos por apostar na revisão da literatura, o que nos permitiu desenvolver e tornar consistente o nosso quadro conceptual. Esta actividade foi mais intensa numa fase inicial, mas manteve-se activa ao longo de todo o período de estágio.

O Estágio desenvolveu-se, como já referimos, em dois contextos espaciais distintos: HPV e CHTV. As incursões realizadas a alguns serviços do primeiro contexto (Serviço de Pneumologia 1 e Sala de Ventilação) permitiram-nos não só sustentar a pertinência de trabalhar durante o estágio a temática da gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC, como também possibilitaram o desenvolvimento de conhecimento nesta área, não só pela observação da prestação de cuidados e partilha de experiência com os enfermeiros com quem contactámos, como também pelo incentivo ao estudo individual que as várias situações vividas geravam (Anexo 1).

	OBJECTIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Fase de Diagnóstico	1. Analisar o interesse da temática da gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC.	Realização da pesquisa bibliográfica. <u>HPV (Serviço de Pneumologia 1, Sala de Ventilação):</u> Observação da prestação de cuidados. Entrevistas informais aos enfermeiros do serviço. <u>CHTV (Pneumologia C)</u> Realização de turnos de integração ao serviço. Observação da prestação de cuidados. Reunião com o Director Clínico de Serviço e Enfermeira Chefe. Reunião com o Director de Enfermagem do CHTV.
	2. Identificar, junto com os enfermeiros do Serviço Pneumologia C do CHTV, as práticas do serviço na promoção da gestão do regime terapêutico do idoso com DPOC.	Aplicação dum questionário aos enfermeiros do serviço (Anexo 4). Análise dos registos de enfermagem em relação à educação do idoso para a gestão do regime terapêutico. Divulgação dos resultados do questionário aplicado através duma formação em serviço e em conversas informais.

Quadro 1 – Objectivos e actividades realizadas durante a fase preparatória do projecto.

No serviço de Pneumologia C do CHTV, durante cerca de duas semanas, realizámos turnos de integração, tendo sido possível cuidar de dois doentes idosos com DPOC, sob supervisão da enfermeira especialista, co-orientadora deste estágio, e, simultaneamente, conhecer a equipa multidisciplinar e tomar contacto com a dinâmica deste contexto. Este período trouxe-nos experiências que vieram corroborar com as reflexões desenvolvidas nos diferentes contextos do HPV: também neste contexto, a AGRT pelo idoso com DPOC era sentida como problemática, tal como confere o Capítulo I deste relatório.

Esta fase de clarificação da problemática constituiu-se de grande importância no processo de construção conjunta dum diagnóstico, sentido como problema, por parte da equipa de enfermagem. O facto de cada elemento ter sido confrontado com algumas questões (através do questionário aplicado e conversas informais) levou à criação dum momento de “pausa”, de reflexão sobre o tema naquele serviço. Nestas circunstâncias, cada enfermeiro foi convidado a questionar-se acerca das situações de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com DPOC, bem como as escolhas que a elas estão associadas.

Também se revelou uma etapa fundamental para nós, porque se tornou numa fase de contacto e de obtenção do respeito e da confiança da equipa, onde houve necessidade de conquistar o estatuto de actor naquele espaço social. Abreu (2003) refere-se à importância da conquista deste estatuto no campo da formatividade dos enfermeiros em contexto hospitalar para colocar em evidência os aspectos de ordem afectiva como sendo determinantes na construção da racionalidade (necessidade de

formação) a partir da interpretação que cada um constrói em determinado contexto onde o outro (nós) participa.

Nesta fase sentimos que a nossa presença tinha sido bem acolhida, o que poderia tornar-se num bom pronúncio para o desenvolvimento co-participado de processos de mudança que favorecessem a implementação de intervenções de enfermagem promotoras da gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC.

4.2 Planeamento

O planeamento do nosso projecto para o Serviço da Pneumologia C do CHTV decorreu, na sua substância, da divulgação dos resultados do questionário aplicado aos enfermeiros (Anexo 4), numa reunião de serviço, onde estiveram presentes cerca de 50% dos enfermeiros, a 26 de Outubro de 2010 (Anexo 8). Neste encontro houve espaço para a discussão e reflexão dos resultados apresentados, havendo um sentimento geral de que aquela problemática poderia ter uma intervenção mais estruturada. Tal como Costa (1998) consideramos que a reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem a idosos constitui o alicerce para o crescimento e o desenvolvimento de intervenções ajustadas às suas necessidades e permite ultrapassar lacunas e dificuldades. O contexto da prática é, assim, um local privilegiado, onde os saberes formalizados se confrontam com a prática e os saberes da prática se formalizam, num processo reflexivo.

Seguimos a lógica do Ciclo de Gibbs (1988) para guiar a nossa discussão junto dos enfermeiros. Ao apresentar os resultados, colaborámos na descrição da realidade, tendo, desta forma, provocado algumas reacções de identificação. Este momento de confronto com a realidade pareceu-nos importante, pois os presentes aumentaram a sua consciência face às práticas reais relativas à promoção da AGRT no idoso com DPOC naquele serviço, avaliaram as suas práticas por comparação com o que “deveria ser feito” e perspectivaram algumas intervenções, ponderando as suas facilidades e dificuldades.

Após apresentação da finalidade e objectivos gerais do nosso estágio, bem como discussão com a equipa de enfermagem dos resultados dos questionários e problemática a eles ligada, decidiu-se, em conjunto com os enfermeiros do serviço, que seria pertinente começar por trabalhar um conjunto de intervenções que favorecessem a consciencialização do idoso para a sua doença. Esta decisão - os primeiros passos

dum plano de acção, como designam Elliott (1993) e Gibbs (1988) - veio a constituir uma etapa importante para a concretização do desenho do nosso estágio. Pareceu-nos pertinente e veio corroborar com o modelo de gestão da doença ou mudança de comportamentos que tínhamos utilizado para construir o nosso quadro conceptual (Riegel et al., 2010). Só através da consciencialização é que a pessoa poderia vir a sentir necessidade de mudar algum comportamento e envolver-se nessa mudança no sentido duma transição saudável (Schumacher et al., 1994). Porém, para partir para a consciencialização é necessário “saber quando é que o doente está pronto a aprender” (Benner, 2001: 105), descrever em que medida a pessoa está aberta a novas informações, quais as condições do processo de transição que atravessa.

A reunião de serviço teve de seguir com a sua ordem de trabalhos e a decisão sobre que aspecto trabalhar na área da consciencialização do idoso viria a ser definida, mais tarde, em encontros informais que fomos estabelecendo com os vários enfermeiros do serviço ao longo dos diferentes turnos que realizámos. Esta foi uma forma de envolver toda a equipa de enfermagem na discussão, ainda que parcelarmente.

Sendo a dispneia um dos sintomas mais frequentes do idoso com DPOC, nem sempre reconhecido pelo mesmo como uma manifestação da sua doença, optou-se por desenvolver o projecto de estágio em torno da capacitação do idoso para o reconhecimento da dispneia como uma manifestação da DPOC, através da utilização da EMB. O recurso à EMB como meio de suporte à avaliação do idoso constituiu uma opção que se enquadra nas competências dos enfermeiros de cuidados gerias. De acordo com o Parecer N.º 72 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2008), a tomada de decisão na prática clínica do enfermeiro deve assentar numa “abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação problema (...) [suportada] em escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos” (pg. 2).

Esta etapa - de criação dum plano geral (Elliott, 1993, citado por Coutinho, 2008; Gibbs, 1998) - prolongou-se pelas duas primeiras semanas do mês de Novembro de 2010. Definiram-se, então, três objectivos, para os quais determinámos um conjunto de actividades (algumas definidas em conjunto com os enfermeiros do serviço), expressas no Quadro 2.

Existiu, da nossa parte, a preocupação em legitimar este objectivos junto da chefia de enfermagem do serviço onde estávamos a desenvolver o nosso estágio e da

	OBJECTIVOS	ACTIVIDADES PLANEADAS
Fase de desenvolvimento do Projecto	3. Implementar a avaliação sistemática da percepção da dispneia no doente idoso com DPOC internado no serviço de Pneumologia C.	PASSO 1 Constituir um grupo de trabalho com enfermeiros do serviço Rever a literatura dando resposta à questão PICO: <i>Quais os instrumentos que devem ser usados pelos enfermeiros para medir a percepção de dispneia no idoso com DPOC?</i> Realizar formação em serviço sobre a avaliação da percepção de dispneia. Apresentar a Escala para avaliação da percepção de dispneia aos enfermeiros do serviço (reuniões informais em todos os turnos com os enfermeiros que desconheciam o instrumento). Disponibilizar uma versão de bolso da escala. Acompanhar os enfermeiros na sua aplicação. Introduzir um instrumento provisório para registo da escala. Avaliar o passo 1. PASSO 2 Envolver a equipa na implementação da escala. Promovam a discussão da implementação da mesma em sessões de análise das práticas. PASSO 3 Negociar com a equipa de enfermagem a continuidade do projecto.
	4. Descrever as propriedades do processo de AGRT, no que se refere ao reconhecimento e resposta à dispneia, no idoso com DPOC.	PASSOS 1 e 2 Realizar acompanhamento de casos de idosos com DPOC
	5. Analisar os factores facilitadores/inibidores do processo de gestão do regime terapêutico no idoso internado com DPOC.	PASSO 2 Realizar sessões de análise das práticas com enfermeiros do serviço. PASSO 3 Negociar a continuidade do projecto.

Quadro 2 – Objectivos e actividades realizadas durante a fase de desenvolvimento do projecto.

Direcção de Enfermagem do CTHV, pelo que solicitámos encontros com estas entidades, onde expusemos o percurso do diagnóstico da situação, bem como os objectivos e actividades cujo planeamento daí decorreu.

4.3 Implementação do Passo 1

Na etapa da implementação do Passo 1, distinguimos três momentos: a escolha da EMB, o processo formativo dos enfermeiros do serviço e a análise das práticas de cuidados de enfermagem. Esta fase iniciou-se nas primeiras semanas do mês de Novembro e prolongou-se até meados do mês de Dezembro de 2010.

4.3.1 A escolha da Escala Modificada de Borg

Num primeiro momento, constituímos um grupo de trabalho com três enfermeiros do serviço. Tínhamos como principal objectivo identificar um instrumento que permitisse a avaliação rigorosa da percepção de dispneia no idoso com DPOC,

possibilitasse monitorizar a sua evolução em contexto de internamento e simultaneamente constituísse um instrumento que facilitasse a AGRT em regime ambulatorio. Definimos como estratégia de trabalho realizar uma revisão sistemática da literatura que desse resposta à seguinte questão PICO: *Quais os instrumentos que devem ser usados pelos enfermeiros para medir a percepção de dispneia no idoso com DPOC (no internamento e na comunidade)?* (Anexo 9).

Os nove estudos seleccionados foram distribuídos pelos elementos do grupo (2-3 artigos por pessoa) e foi agendado um encontro, onde se discutiu as conclusões a que cada um tinha chegado. A evidência mostrava a utilização, pelos enfermeiros, de vários instrumentos para avaliação da percepção da dispneia no idoso com DPOC no campo exclusivo da investigação: Modified Dyspnea Scale, Shortness of Breath Questionnaire, Escala Visual Analógica (EVA), Escala Modificada de Borg (EMB) e



Figura 7 - EMB

Escala numérica (EN). Não foi encontrado qualquer estudo que relatasse a utilização destas escalas no contexto da prestação de cuidados de enfermagem. Os estudos consultados não nos permitiram concluir acerca da escala que melhor servia o nosso interesse de avaliar a percepção da dispneia num contexto de internamento e, simultaneamente, num contexto domiciliário. Esta é também a conclusão a que chegam os autores duma revisão

sistemática da literatura sobre a avaliação da dispneia na doença avançada no campo da medicina (Bausewein et al., 2007). Estes autores recomendam, no entanto, que a avaliação da dispneia se faça através duma escala unidimensional¹⁵, conjugada com uma escala multidimensional¹⁶, sempre que tal seja possível.

Depois duma longa e acurada discussão, o grupo entendeu que a EMB (Figura 7) poderia ser aquela que respondia às nossas necessidades. Por um lado, permitia, duma forma rápida e simples, aceder à percepção do doente, possibilitando, em contexto de internamento, monitorizar a percepção/evolução daquele sintoma e simultaneamente a educação do doente para a auto-consciência de si e do seu corpo. Por outro lado, constituía uma escala que permitia acompanhar o idoso após a alta, mesmo através do telefone (o que a EVA não permitia). Também tinha a vantagem, em nossa opinião, de ter uma conversão categorial à escala numérica, o que poderia

¹⁵ As **escalas unidimensionais** de avaliação da dispneia avaliam a intensidade. Podem ser de três tipos: visual analógica; numérica ou categorial (Modified Dyspnea Scale, Escala Modificada de Borg).

¹⁶ As **Escalas multidimensionais** de avaliação da dispneia foram desenvolvidas para avaliar o efeito da dispneia nas actividades de vida diárias (Shortness of Breath Questionnaire) e na qualidade de vida (St George's Respiratory Questionnaire), propriedades que as escalas unidimensionais não conseguem detectar.

facilitar a compreensão da escala por parte de alguns idosos¹⁷. Esta opção ganhava mais consistência com a informação de que esta escala era utilizada nalguns serviços do HPV, como o HDIR e a Sala de Ventilação, tal como tínhamos verificado durante as nossas incursões naqueles locais. Também através dum contacto que estabelecemos com uma investigadora brasileira a propósito da utilização desta escala foi recolhida a informação de que se tratava dum instrumento bastante utilizado no contexto clínico brasileiro (Anexo 10).

A EMB ou CR 10 (Category-Ratio 10 scale) é uma escala vertical, quantificada de 0 a 10, com tradução qualitativa, onde o 0 representa “nenhum” sintoma e 10 representa sintoma “máximo”. Esta escala derivou da escala de Borg, desenvolvida em 1970, originalmente pontuada entre 6 e 20, utilizada para medir a percepção de esforço, dispneia, fadiga ou dor durante o exercício (Borg, 2000).

A EMB permite que o doente reporte a dispneia de forma indirecta, ou seja, por comparação com estados anteriores. Estes valores estão colocados de forma a obter-se uma relação linear quantitativa com os dados fornecidos (Borg, 2000). Trata-se duma versão frequentemente utilizada para quantificar a dispneia e o esforço na pessoa com doença respiratória (Borg, 1981; Borg, 2000; Cavallazzi et al., 2005; Kendrick et al., 2000). A American Thoracic Society (1999, 2002) recomenda a sua reprodutibilidade e vários autores referem-se à sua utilidade na avaliação da intensidade da dispneia (Kendrick et al., 2000).

A escolha da EMB permitiu à equipa de enfermagem do serviço em questão incorporar os resultados de investigações realizadas na sua prática, uma competência fundamental para o exercício da enfermagem (Ordem Enfermeiros, 2003). Mais do que prescrever uma escala que pudesse funcionar naquele serviço, era nossa intenção que fosse encontrado um instrumento cuja evidência científica e a sensibilidade da equipa para o assunto se concilhassem. O processo de selecção dos estudos para análise no grupo permitiu que o grupo desenvolvesse competências na utilização de bases de dados, na selecção e análise de artigos e ampliasse a consciência acerca da importância da sua utilização e, simultaneamente, contribuiu para o nosso desenvolvimento de competências na dinamização da equipa de enfermagem para a

¹⁷ A experiência de alguns membros do grupo com a utilização da Escala Numérica na avaliação da dor em idosos na Pneumologia C mostrava que nem sempre estes conseguiam posicionar-se num número da escala.

criação duma cultura de melhoria contínua da qualidade de cuidados, assente na mais recente evidência científica (ESEL, 2010).

4.3.2 O processo formativo dos enfermeiros

O Segundo momento de implementação do Passo 1 reporta-se ao processo formativo dos enfermeiros do serviço que teve início nas últimas semanas do mês de Novembro de 2010. Nesta etapa foi opção abordar individualmente os enfermeiros, no sentido de os sensibilizar para a importância da aplicação da EMB e para o modo da sua aplicação. A opção pela abordagem individual também teve na sua génese o facto das formações em serviço, naquele serviço, terem habitualmente uma adesão baixa.

Foi criada uma versão de bolso da escala e disponibilizada a todos os enfermeiros do serviço. Também foi criado um instrumento de registo, que ficou anexado ao processo do doente idoso com DPOC (Anexo 11). Paralelamente, no quadro da sala de trabalho de enfermagem, ficava inscrito, na coluna das *Observações*, 'avaliação da dispneia', para alertar os enfermeiros para incluírem essa actividade no planeamento de cuidados. Estas actividades formativas foram desenvolvidas por nós e, em alguns momentos, pelos elementos do grupo de trabalho que integrávamos.

A formação dos enfermeiros tinha como resultado esperado que os enfermeiros do serviço aplicassem adequadamente a EMB ao idoso com DPOC (Anexo 12). O processo de formação dos enfermeiros apoiou-se nos princípios da formação de adultos, onde o resultado acaba por ter uma maior importância do que o processo de construção duma acção formativa estruturada. Neste sentido, o formando tem uma participação mais activa desde a concepção da formação até à sua execução, podendo imprimir-lhe lógicas associadas ao seu percurso pessoal e às suas expectativas (Costa, 1998).

4.3.3 Análise das práticas de cuidados de enfermagem

Utilizámos também como estratégia, nesta fase, a discussão de casos clínicos de idosos com DPOC. Estas discussões aconteciam, em média, uma vez por semana em ambientes informais e contavam com a participação dos enfermeiros do serviço e, nalgumas situações, de outros profissionais (assistente social e/ou dietista). Na implementação do passo 1, a atenção estava centrada na metodologia de aplicação da

EMB (dificuldades e vantagens), existindo nalgumas discussões alguma “desconfiança” sobre a validade da percepção do doente.

Nestas discussões procurámos dirigir a discussão no sentido de perceber se todos os preceitos recomendados pelo autor para a sua aplicação (descritos no ponto 4.4.2) teriam sido cumpridos. O caso 1¹⁸ surgiu numa dessas discussões, levado por uma enfermeira do serviço. Esta enfermeira questionou a utilidade da escala naquele doente, uma vez que, estando o doente com um padrão respiratório extremamente alterado, o score da EMB surgia com valores de 0 ou 0.5. Inevitavelmente a questão surgia: “Para que me serve uma escala como esta, se eu olho para o doente e, com os dados que recolho, consigo ter uma ideia de como o doente se apresenta!?”

A discussão iniciou-se com as primeiras etapas do Ciclo de Gibbs aparentemente percorridas. A situação era conhecida pelos envolvidos na discussão, não só no que se refere à dimensão pessoal, mas também familiar e social. Tratava-se dum idoso que tinha criado uma relação de maior proximidade com alguns elementos envolvidos na discussão, o que possibilitou também alguma expressão e partilha de sentimentos relativamente ao impacto daquela situação em cada um de nós. Tal como Alarcão (2001) nos lembra, a reflexão sobre a prática possibilita também o desenvolvimento pessoal.

Esta situação também nos inquietou porque, de imediato, parecia existir só uma resposta: de facto, estávamos perante uma insuficiência da EMB! Contudo, sentimos necessidade de “voltar atrás”, ou seja, devolver ao grupo aquele conjunto de questões que nos permitem conhecer melhor as condições do processo de transição que a pessoa está a viver (Schumacher et al., 1994; Collière, 1999). Percebemos, nesta altura, que este idoso tinha iniciado, há cerca de uma semana, *Durogesic (fentanil) D-TRANS 25 mcg/h®*, transdérmico, 72h/72h, para controlo da dor.

CASO 1

Sr AF, idoso de 65 anos com DPOC, mau estado geral, internado por anemia e emagrecimento a esclarecer. Foi-lhe diagnosticada neoplasia infiltrativa do pulmão, estágio IV. Teve um agravamento progressivo e galopante do seu estado geral, mantendo-se, contudo, consciente e com capacidade de compreensão mantida. Antes do internamento ainda trabalhava, explorando um negócio seu. Casado, com dois filhos jovens-adultos. Durante o internamento esteve sempre rodeado da família e de alguns amigos mais próximos.

Este seria um idoso em que o regresso a casa e a perspectiva de AGRT não se confirmava uma vez que entrou num processo de fim de vida muito rapidamente. No entanto, alguns enfermeiros continuaram a aplicar a EMB, obtendo scores entre de 0 ou 0.5, apesar da FR 42c/min, tempo expiratório prolongado, tiragem intracostal, cianose periférica, Sat O2 89%, a fazer O2 por máscara de alto débito a 15l/min.

¹⁸ Este caso não integra os 16 idosos que referimos ter acompanhado por o doente ter falecido.

Houve necessidade de clarificar que a percepção da dispneia corresponde à função cerebral que atribui significado aos estímulos sensoriais, quer sejam estes do meio interno ou do meio externo (O'Donnell et al., 2007), sendo que no meio interno estes estímulos estão reduzidos pela acção dum analgésico opióide. Conscientemente, este idoso reconheceu e discriminou o estímulo respiratório como estando a acontecer sem esforço. Atendendo a que o objectivo dos nossos cuidados eram essencialmente o conforto do doente, concluímos que uma EMB de 0 era um excelente indicador do bem-estar do idoso e da qualidade dos cuidados prestados.

Apesar deste caso não ter uma ligação directa com a nossa temática, ele assumiu uma grande importância pois veio reforçar a utilidade e a validade da escala naquele contexto de cuidados, principalmente no que diz respeito à importância de valorizarmos a subjectividade do doente. Nesta perspectiva, o idoso internado, ser único e irrepetível, é agente na concretização do seu diagnóstico (de enfermagem), ficando os pressupostos reducionistas do modelo biomédico colocados em causa. Abre-se a hipótese de humanizar aos cuidados de enfermagem no respeito pelos valores universais previstos no Código Deontológico do Enfermeiro.

4.3.4 Avaliação da implementação do passo 1

À medida que o estágio decorria, fomos percebendo a impressão dos enfermeiros acerca da utilidade da EMB. Duma forma geral, os enfermeiros reconheciam a sua utilidade, contudo começavam a sentir necessidade de deter informação escrita para esclarecer dúvidas no momento em que os enfermeiros do grupo de trabalho não se encontravam no serviço. Desta percepção surgiu a ideia de criar uma norma de procedimento que estivesse acessível a todos.

A 4 de Janeiro de 2011, fizemos uma avaliação do total de registos de scores da EMB efectuados nos processos de idosos com DPOC internados no Serviço da Pneumologia C entre 15 de Novembro e 31 de Dezembro de 2010, com dispneia funcional, conscientes, resposta verbal orientada e com capacidade de compreensão (sete idosos no total). Os resultados demonstram que os enfermeiros passaram a avaliar a dispneia, no entanto não duma forma sistemática, pois nem todas as hipóteses de registo foram efectuadas. O Gráfico 1 mostra a distribuição de registos.

Na perspectiva dos enfermeiros de serviço, estes resultados devem-se sobretudo a um hábito que ainda não está enraizado. Também lhes pareceu mais

oportuno que o registo do score da EMB ficasse feito no instrumento de registo de sinais vitais, em vez de estar numa folha à parte.

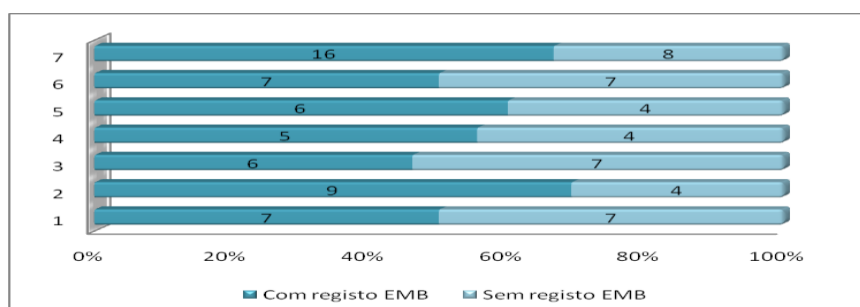


Gráfico 1 – Distribuição dos registos de score da EMB nos processos da pessoa idosa com DPOC

Esta avaliação intermédia constituiu-se num momento importante para perceber se nos encontrávamos no caminho certo e para definir novas estratégias de intervenção. Este movimento cíclico, característico da investigação-acção, permite um permanente diálogo entre a teoria e a prática e uma implicação colaborativa de todos os intervenientes no processo de mudança (Coutinho et al., 2009).

Reflectindo a nossa prática e o cumprimento dos objectivos a que nos tínhamos proposto, sentimos, nesta fase, que estávamos no caminho do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspectiva holística, bem como na criação de condições que garantem a prestação de cuidados de qualidade (ESEL, 2010).

4.4 Implementação do Passo 2

Na etapa da implementação do Passo 2, distinguimos três momentos: a inclusão da EMB na documentação do processo do doente internado, a criação da norma de avaliação da percepção de dispneia e a análise das práticas de cuidados de enfermagem. Esta fase iniciou-se em Janeiro e prolongou-se até ao final do nosso estágio.

4.4.1 Inclusão da EMB na documentação

A Sra. Enf. Chefe e a enfermeira do serviço que está responsável por actualizar os instrumentos de registo de enfermagem disponibilizaram-se por criar um campo na folha de sinais vitais que servisse o propósito de registar o score da EMB. Este instrumento reformulado (Anexo 13) foi introduzido nos diferentes processos do serviço e ficou também disponível no stock de folhas de registo de enfermagem para futuras

reposições. Manteve-se a preocupação de continuar a registar no quadro de enfermagem da sala de trabalho, na coluna das *Observações*, 'avaliação da dispneia'. A inclusão do score da EMB no instrumento de registo de sinais vitais, por sugestão dos enfermeiros do serviço, parece-nos significativa da importância que estes passaram a atribuir a esta avaliação.

A dispneia é um sintoma frequente nas pessoas com doença respiratória, havendo autores (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005) que a consideram como 6º sinal vital na avaliação dos doentes com DPOC. Embora a discussão acerca da percepção da dispneia como 6º sinal vital não tenha sido feita, entendemos que o facto de ter surgido, por parte dos enfermeiros, uma proposta de tratar esta avaliação como os demais parâmetros vitais, pode constituir-se num passo importante para a consecução de alguns objectivos do nosso projecto.

4.4.2 Criação da Norma de Avaliação da Percepção de Dispneia

Da avaliação intermédia da implementação do projecto surgiu a necessidade de criar uma norma de procedimento sobre a avaliação da percepção da dispneia segundo a EMB. O grupo de trabalho continuou a actuar neste sentido, seguindo o formato das normas de procedimento já existentes no serviço. Assim, partimos duma estrutura-base à qual procurámos dar resposta com a criação duma norma que apresentámos formalmente numa formação em serviço (Anexo 14). Esta ferramenta tinha como principal objectivo adequar a prestação de cuidados de enfermagem aos idosos internados, de acordo com a sua percepção de dispneia, e desenvolvia-se em torno de objectivos específicos centrados no enfermeiro (maior objectividade no processo de cuidados) e no doente, como reconhecer a dispneia como sintoma da sua doença e desenvolver acções de AGRT ajustadas à intensidade de dispneia percebida. Este documento ficou disponível no serviço para consulta junto com as demais normas de procedimento.

A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constituiu uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Ora, a concretização desta Norma de Procedimento de Enfermagem consubstancia a utilização da EMB como intervenção autónoma de enfermagem, ao mesmo tempo que deixa em aberto a possibilidade da sua aplicação

servir o desenvolvimento de intervenções interdependentes, em contexto de decisão com outros profissionais.

A par da criação da Norma de Avaliação da Percepção de Dispneia, manteve-se a necessidade de esclarecer dúvidas pontuais e, individualmente, discutir as vantagens e dificuldades/constrangimentos da utilização da escala à medida que analisávamos as práticas de cuidados.

4.4.3 Análise das práticas de cuidados de enfermagem

Foram vários (e repetidos) os casos levados à discussão no seio da equipa no sentido de perceber se as condições do processo de transição eram totalmente conhecidas, o que faltava conhecer melhor e que intervenções de enfermagem desenvolver ou reformular no sentido duma obtenção duma resposta terapêutica, nomeadamente no sentido da mestria na gestão do regime terapêutico. Alguns momentos de discussão de casos tornaram-se ocasiões para se reflectir e analisar as práticas de cuidados e introduzir mudanças. Alarcão (2001) alerta para o facto de que é necessário conceptualizar, reflectir, para que determinada realidade seja compreendida e transformada através a aprendizagem dos seus intervenientes. Ora, julgamos que os momentos de análise das práticas de cuidados se tornaram verdadeiros momentos de reflexão e de ampliação da consciência e da compreensão sobre o processo de transição que estava a ser vivido pelo idoso, bem como da eficácia (terapêutica) das intervenções de enfermagem até então desenvolvidas.

Um dos casos várias vezes discutido, com diferentes elementos da equipa de enfermagem, foi o da Sra. D. NV, Caso 2, (participante 7), o que permitiu em alguns momentos analisar e reflectir o plano de cuidados que estava a ser desenvolvido. Nos primeiros 15 dias de internamento, esta doente manteve-se muito instável. Apesar duma melhoria discreta do seu estado geral, era difícil obter a sua participação nos cuidados prestados porque a idosa apresentava uma fraca tolerância ao esforço, situação facilmente comentada com frases como “esta doente tem um feitio especial”, “já nos conhece há muito tempo [de outros internamentos]”. Em vários momentos, com diferentes elementos da equipa de enfermagem, foi possível discutir e reflectir estes juízos utilizando como argumento a percepção de dispneia por parte da doente, segundo a EMB, bem como outros dados do processo da idosa, ao mesmo tempo que se perspectivavam soluções para conseguir aumentar a participação da idosa duma

forma gradual e, assim, facilitar-lhe a adaptação à transição que estava a viver (embora em fase aguda, com muitas semelhanças às habilidades necessárias à auto-gestão de sintomas que a idosa vive diariamente). Parecia-nos importante que a equipa reflectisse: Que condições do processo de transição conhecemos? Que resultados (mestria) são possíveis nesta idosa, na situação de transição que está a viver? Que terapêuticas de enfermagem desenvolver?

A resposta a estas questões permitiram-nos conhecer e compreender melhor a

CASO 2

Idosa de 82 anos, Sra. D. NV, viúva, reformada (trabalhava no campo), tem a 2ª classe. Tem quatro filhos casados, dois dos quais emigrados. Vive quinzenalmente na casa de cada um dos dois filhos que estão em Portugal e frequenta o Centro de Dia durante o dia, onde recebe apoio na higiene e alimentação.

Recorreu ao Serviço de urgência a 7/11/2010 por febre, agravamento da dispneia e pieira. Ficou internada com diagnósticos de pneumonia adquirida na comunidade, DPOC, Insuficiência Respiratória Parcial e Bronquiectasias.

Tem antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, hipertensão pulmonar, hipertensão arterial e diabetes melitus não insulino-dependente. História de várias recorrências ao serviço de urgência e vários internamentos, sendo o último em Agosto de 2010. Alérgica ao pó, cheiros activos, galinhas e coelhos. O seu pai faleceu de bronquite (sic). É seguida na consulta externa de pneumologia pelo menos três vezes por ano. Não frequenta o médico de família (apenas para passar receitas).

Dos indicadores de risco no idoso destaca-se: alterações na orientação temporal, visão diminuída por cataratas bilateral (usa óculos); sem dentes (usa prótese) e sem hábitos de higiene oral; com queixas emocionais associadas a tristeza; sedentária, com excesso de peso; Pele íntegra, mas com risco de úlceras por pressão devido à imobilidade no leito.

Tem prescrito OLD no domicílio a 1,5l/m 18h/d, que não cumpre por ter entendido que o médico lhe teria dito para suspender, situação que o médico não confirma. Cumpre regularmente a restante medicação prescrita: Miflonide® 400 inal 2xd, Formaterol® inal 2xd, Ventilan® inal SOS, Filotempo® cp 250 1xd, Atarax® 25mg cp 1xd, Flumucil® 600mg po 2xd, Nitroderm® 10mg TD, Vastarel® cp 2xd, Biloban® cp 1xd, Cerebon® po 2xd, Loresedal® 2,5mg cp 1xd. É a idosa quem prepara e auto-administra a sua medicação, sob supervisão dos seus cuidadores.

Admitida no serviço a 7/11, consciente, com períodos de desorientação no tempo e espaço, febril (Tt 40°C), TA = 140/60 mmHg, FC = 96 bpm, polipneica (24 c/m), sibilos audíveis, aumento do tempo expiratório, auscultação pulmonar com movimento vesicular globalmente diminuído, SatO2 96% com O2 por óculos nasais a 4l/m. Refere um score de 8 na EMB. Gasimetria arterial: Ph 7,5; HCO3- 31,8; PaO2 76; PaCO2 39. Em hiperglicémia, com leucocitose (23.400), neutrofilia (88.7) e PCR 10.4, Rx tórax revelando hipotransparências à esquerda. Iniciou corticoterapia endovenosa em esquema e antibioterapia com levofloxacina 500mg 12/12h ev.

No dia seguinte (8/11, 0h), a idosa apresenta farfalheira, hipertensão (169/89 mmHg), taquicardia (FC=155), sub-febril (37.8°C), SatO2 95%. Á posteriori, a idosa refere uma EMB de 9, neste momento. Foi observada pelo médico de medicina interna que diagnosticou edema agudo do pulmão e prescreveu Hidrocortizona 300mg, ev, furosemida 2f, ev, sulfato de Mg 1f/100 cc SF, iniciou DNI 50mg/50ml a 2cc/h em perfusão por seringa infusora. Ficou com monitorização cardíaca. Após intervenções a doente reverteu a situação, tendo estabilizado hemodinamicamente. No entanto, repetiu este episódio às 10h do mesmo dia e no dia seguinte. Progressivamente a idosa foi ficando mais estável, com estabilização dos parâmetros vitais e redução da percepção de dispneia, mas com fraca tolerância a pequenos esforços (apenas à mobilização no leito desencadeia broncoespasmo). Não apresentava tosse e expectorava apenas com grande insistência.

A 14/11 realizou Ecocardiograma que revelou disfunção diastólica com regurgitação mitral e TAC tórax que revelou derrame pleural bilateral. Suspendeu levofloxacina e iniciou Piperacilina/Tazobactam 4.5 gr, 8/8h em associação com gentamicina 160 mg 12/12h. Nesta altura, a doente mantinha episódios de broncoespasmos esporádicos que revertiam com medicação de urgência.

Durante este período a idosa apresentou-se totalmente dependente nas actividades de vida lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita (ficou com DV e fralda), mobilizar-se, eliminação e alimentar-se. Esta dependência estava relacionada principalmente com a dispneia funcional que apresentava. Em casa, necessitava de ajuda parcial nas actividades de vida lavar-se e vestir-se. As actividades instrumentais eram asseguradas pelos seus cuidadores. Foram feitas algumas tentativas de aumentar a participação da idosa nos seus cuidados, sem tolerância da doente.

No que concerne à AGRT, a idosa e cuidadores desconhecem técnicas de relaxamento, controlo da respiração, técnicas da tosse, técnicas de conservação de energia nas AVDs, importância do exercício regular, técnica de administração de terapia inalatória, importância da Oxigenoterapia. A idosa não sabe reconhecer a dispneia como sinal de agravamento da sua doença, bem como outros sinais de alerta.

Tinha como projecto de vida regressar a casa e voltar a frequentar o centro de dia. Desejava participar na festa das flores na próxima primavera, confeccionando flores de plástico. Um dos seus cuidadores não concordava com este regresso, uma vez que considerava que era naquele local que a sua mãe adquiria infecções respiratórias.

A 4/12 (29º dia de internamento) analiticamente sem agravamento, suspendeu antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam e gentamicina e manteve corticoterapia. A evolução positiva do seu estado geral manteve-se até ao dia da alta (10/12).

idosa, a sua perspectiva, dar intencionalidade às intervenções de enfermagem no âmbito da educação (até que ponto a idosa precisa de informação e quer ser informada?), competências essenciais do enfermeiro especialista (Benner, 2001).

Nestas discussões foi interessante perceber que cada enfermeiro trazia um dado novo que vinha acrescentar algo a uma melhor compreensão das condições de

transição da idosa. O facto de esta doente ter repetidos internamentos, possibilitava um maior conhecimento das suas condições familiares e sociais por parte de alguns enfermeiros, bem como uma maior ligação a alguns enfermeiros. Neste caso, à semelhança de outros que também discutimos, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente parece ser um aspecto determinante no processo de AGRT. Desta relação emerge um duplo compromisso, onde cada um assume a sua responsabilidade: o idoso aprende a reconhecer-se (pela EMB) para prosseguir no processo de AGRT e o enfermeiro usa a sua própria pessoa, dotada de saber técnico-científico, para ajudar o idoso nesse processo de reconhecimento. A força com que acontece este compromisso é determinante, na nossa perspectiva, na negociação dos resultados esperados.

Os momentos de discussão em equipa foram determinantes para o planeamento de intervenções que se vieram a revelar terapêuticas, tendo por base as possibilidades da idosa (agora melhor compreendidas). Daqui resultaram o reforço de intervenções como prestar os cuidados de higiene no leito introduzindo momentos de pausa/repouso entre a lavagem de diferentes partes do corpo, executar sob supervisão exercícios respiratórios (com ênfase no prolongamento do tempo expiratório), dar um tempo de repouso após a higiene no leito antes do levantar para obter uma maior colaboração da idosa durante a mobilização... Também se concluiu acerca da importância de realizar os cuidados de higiene junto ao leito, com O₂ e monitorização da percepção de esforço da doente (confrontando com o valor da FC) em vez de levar a doente ao duche assistido (local onde não existe rampa de O₂). Foi curioso notar que alguns enfermeiros, mais tarde, passaram a fundamentar a sua decisão de levar esta idosa ao duche assistido com base na sua percepção de dispneia, segundo a EMB.

A introdução destas acções de enfermagem contribuiu para que a idosa aprendesse a reconhecer o seu corpo e colaborasse na tomada de decisão quanto ao esforço que lhe era possível realizar (este foi um facto verificado por alguns enfermeiros e trazido à discussão desta situação). Esta senhora passou a relatar a sua resistência¹⁹ à actividade e ganhou uma progressiva autonomia no equilíbrio entre os períodos de repouso e actividade. Claramente esta idosa transitou duma fase de

¹⁹ Capacidade de sustentar actividades (Moorhead et al., 2004).

contemplação para uma fase de preparação, ou seja, a idosa passa a conseguir analisar o que pode ganhar e perder com a mudança de comportamento e começa a dedicar-se a criar um plano de acção que, para ela, é aceitável (Prochaska et al., 1984; citado por Bennet et al., 1999).

Ao longo do internamento, a iniciativa da Sra. D. NV para desenvolver a gestão do seu esforço, com base na percepção que tinha do mesmo, era notória, verificando-se um aumento progressivo da confiança para reconhecer os seus sintomas e gerir as suas acções com base na sua percepção. Riegel et al. (2010) referem-se à confiança como um aspecto fundamental para mediar e moderar a relação que existe entre autocuidado e os resultados que derivam do mesmo. A confiança para a gestão do regime terapêutico foi também um aspecto trabalhado com os cuidadores, que passaram a conseguir utilizar esta escala para ajudar a mãe (e eles próprios) a tomar algumas decisões no seu dia-a-dia.

Este caso foi ainda significativo pois todo o trabalho desenvolvido com a idosa centrou-se na sua vontade em voltar a participar na festa da primavera, o seu projecto de vida. Tomar como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue é um dos pressupostos dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Para nós foi importante esta experiência pois, enquanto educadores para a saúde, permitiu-nos ajudar a idosa a interiorizar as implicações da doença no seu estilo de vida (Benner, 2001), tendo em conta o seu critério de saúde.

Em dois idosos que acompanhámos, ambos tendo desenvolvido profissões com grande utilização física do corpo, como a agricultura e a construção civil, percebemos que atribuíam o seu cansaço/fraca tolerância ao esforço ao desgaste provocado pela excessiva utilização do seu corpo e ao processo de envelhecimento, muito mais do que à existência duma doença respiratória para a qual era importante desenvolver comportamentos de auto-gestão da doença.

O Sr FM, Caso 3, (participante 15), era disto exemplo. Este caso foi também levado à discussão e reflexão da equipa várias vezes, principalmente porque os enfermeiros sentiam necessidade de se questionarem acerca de formas de melhorar a sua intervenção. Havia um sentimento geral de impotência e, nalguns casos, até alguma desistência, pois havia a sensação de que já tinha sido tentado de tudo. Uma das últimas discussões centrou-se nas questões: Que propriedades deste processo de transição? Que condições do processo de transição conhecemos?

Apesar de este ser um idoso com vários internamentos (esteve internado três vezes durante o nosso período de estágio), as reflexões sobre a nossa prática

CASO 3

Sr. FM, idoso de 74 anos, viúvo, reformado, trabalhava no campo, não sabe ler nem escrever. Vive só e tem apoio dum filho, que vive a +/- 2 Km de sua casa, que o visita alguns dias da semana em sua casa após o trabalho. Tem apoio domiciliário para fornecimento da alimentação. Ao fim de semana a nora cuida da higiene da casa. É seguido na consulta de pneumologia e não tem médico de família. Recorre várias vezes por ano ao serviço de urgência ou a consultas médicas não programadas por agudização da DPOC. Atribui estes internamentos ao facto de estar a ficar velho e o seu corpo estar cansado de trabalhar tanto.

Recorreu ao Serviço de urgência a 18/02/2011 por, agravamento da dispneia e pieira. Ficou internado com diagnósticos DPOC agudizada.

Tem antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e diabetes melitus não insulino-dependente. História de várias recorrências ao serviço de urgência e vários internamentos, sendo o último em Dezembro de 2010. A sua mãe faleceu com problemas respiratórios, assim como um dos seus cinco irmãos (sic).

Dos indicadores de risco no idoso destaca-se: visão diminuída (usa óculos); falhas de peças dentárias (não usa prótese) e sem hábitos de higiene oral; com queixas emocionais; dorme 2-3h por noite, sedentário; Pele íntegra, mas com risco de úlceras por pressão devido à imobilidade no leito.

Tem prescrito OLD no domicílio a 1,5l/m 18h/d, que não cumpre por não ter tempo (tem de cuidar da horta). Cumpre irregularmente a restante medicação prescrita (está a tomar mais de cinco medicamentos por dia). É o idoso quem prepara e auto-administra a sua medicação.

À entrada no serviço, idoso com estado de consciência satisfatório, polipneico, com aumento do tempo expiratório, cianose periférica, em hipoxia (Ph 7,4; HCO₃- 31,2; PaO₂ 68; PaCO₂ 41), EMB 9 (referida à posteriori), Sat O₂ 92%, a fazer O₂ a 5l/min, TA=142/84, FC=110, apirético. Fervores à auscultação pulmonar. Iniciou antibioterapia e corticoterapia endovenosa.

Durante o primeiro e segundo dia o idoso apresentou-se parcialmente dependente nas actividades de vida lavar-se, vestir-se e eliminação. A partir do terceiro dia (EMB de 3) passou a realizar estas actividades de forma independente, não se observando gestão de esforço.

No que concerne à AGRT, o idoso e cuidador conhece técnicas de relaxamento, controlo da respiração, técnicas da tosse, técnicas de conservação de energia nas AVDs, importância do exercício regular, técnica de administração de terapia inalatória, importância da Oxigenoterapia, mas não as coloca em prática por não entender necessário. O idoso não sabe reconhecer a dispneia como sinal de agravamento da sua doença, bem como outros sinais de alerta.

Recebeu a visita diária do seu filho. Tinha como projecto de vida continuar a viver sem precisar dos outros e cuidar da sua horta.

A 25/2 melhorado, saiu com alta, mantendo antibioterapia e corticoterapia PO.

levaram-nos a concluir, na discussão com a equipa, que não nos tínhamos consciencializado daquilo que parecia ser óbvio: o Sr. FM tinha uma fraca consciência (awareness) do seu estado de saúde, pelo que o envolvimento (engagement) na AGRT era também ele muito precário. Não existia a motivação necessária para este idoso aprender a lidar com algo que não reconhecia que existia, ou seja, encontrava-se na fase de pré-contemplação (Prochaska et al., 1984; citado por Bennet et al., 1999). Destas discussões resultou o reforço da necessidade de continuar a trabalhar no sentido de melhorar a consciência do idoso para o reconhecimento e monitorização dos seus sintomas (utilizando a EMB), uma vez que este era o primeiro passo para desenvolver o processo de AGRT (Prochaska et al., 1984; citado por Bennet et al., 1999; Riegel et al., 2010). Também nos pareceu importante envolver o filho neste trabalho que, já consciencializado do problema de saúde do pai, tomou a decisão de se envolver mais aumentando as suas visitas ao pai (comprometeu-se a realizá-las diariamente após o seu trabalho) no sentido de assegurar o início/continuidade do OLD, bem como alguma supervisão da outra medicação prescrita.

A qualidade da relação entre cuidadores e doentes com DPOC, saúde mental dos cuidadores e saúde física dos doentes são importantes preditores da sobrecarga do cuidador (Pinto, 2007), pelo que teria sido importante conhecer melhor este cuidador durante o internamento e/ou favorecer uma melhor articulação com os cuidados de saúde primários no sentido de que este aspecto fosse acautelado e este cuidador tivesse um maior acompanhamento após a alta do pai. Ressalta-se, contudo, que a questão da articulação com os cuidados de saúde primários era sentida pelos enfermeiros do serviço como algo que nunca trazia grandes resultados, pois nem todos os enfermeiros da comunidade estavam sensibilizados e/ou conseguiam dar resposta a este tipo de situações (que exigiam continuidade da educação do idoso/cuidador).

Esta situação levou os enfermeiros a concluir acerca da importância de uma avaliação de enfermagem precoce das condições do processo de AGRT no sentido de compreender os factores que facilitam a saúde (tal como o idoso a define) e aumentam a sua fragilidade, para o desenvolvimento de intervenções que promovam resultados saudáveis. Também veio salientar a importância duma adequada articulação com os cuidados na comunidade.

Para nós, contribuiu fortemente para reforçar que é fundamental partir da consciência que o doente tem sobre a sua doença, pois esta é essencial para a tomada de decisão em matéria de educação (Benner, 2001).

Ao longo do internamento, todos os idosos que acompanhámos demonstraram a capacidade de relatar a sua resistência à actividade, através da EMB. Verifica-se uma redução do score da EMB em repouso em todos os idosos, desde o início até ao fim do internamento (Gráfico 2), embora se tenha verificado que o mesmo aumenta com a actividade.

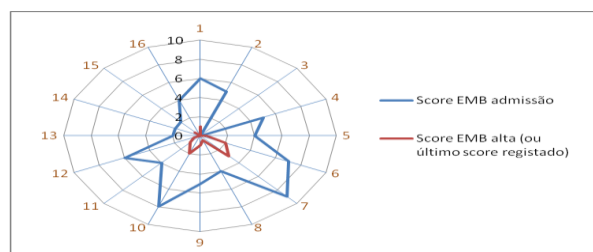


Gráfico 2 – Scores EMB por idoso internado na admissão e na alta

Com supervisão (voz de incentivo) ou duma forma completamente independente, os enfermeiros referem, nas várias reuniões de análise das práticas, que estes idosos passam a introduzir técnicas de conservação de energia na

organização e manutenção daquelas actividades no contexto de internamento, no entanto, esta é uma percepção que carece de validação, e provavelmente complemento de educação, em contexto domiciliário.

Nesta fase, também nos foi possível constatar que tínhamos desenvolvido competências como enfermeiro especialista, como dinamizador da capacitação da pessoa idosa na gestão da sua doença crónica (ESEL, 2010).

Nas discussões das práticas ficou evidente que a EMB permite a aquisição de competências (nossas e da equipa) na função de diagnóstico e vigilância do doente, mas também promove o desenvolvimento de competências como educador de saúde (Benner, 2001) na promoção da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente na gestão da dispneia.

4.4.4 Avaliação da implementação do passo 2

A avaliação da implementação do passo 2 ocorreu no final de Fevereiro de 2011, altura em que o nosso estágio também terminou. Decorridos dois meses desde a última avaliação (intermédia), tínhamos, nesta altura, acompanhado mais 9 idosos com DPOC, o que perfaz um total de 16 idosos.

Na avaliação da implementação desta etapa do projecto, analisámos a distribuição das frequências relativas (Fr) do registo de scores da EMB dos 16 participantes (Gráfico 3). A avaliação da percepção de dispneia realizou-se de forma regular, mas não sistemática. Os enfermeiros registam mais os scores mais elevados da EMB, deixando de registar este valor quando começa a aproximar-se de 0 ou é mesmo coincidente com 0. É bastante revelador o facto de existirem poucos registos deste score nos turnos da manhã que antecedem a alta, quando o último registo existente corresponde a 0.

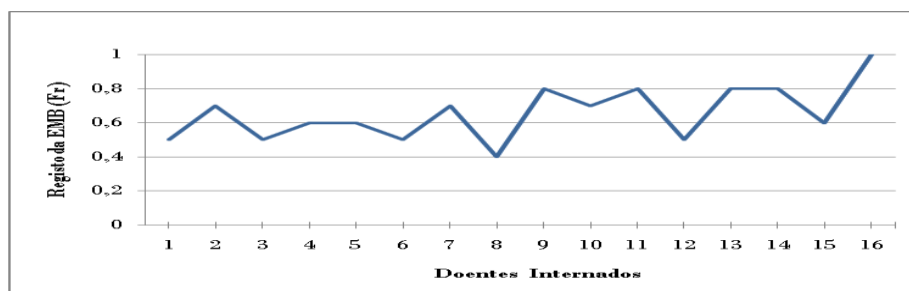


Gráfico 3 – Distribuição do registo da EMB por idoso internado

A análise dos processos também permitiu verificar que a classificação dos doentes (segundo o Sistema de Classificação de Doentes) surgia com níveis de dependência mais elevados, sempre que o score EMB era também elevado.

A redução no score da EMB nem sempre foi acompanhada por uma viragem no nível de dependência do idoso em AVDs como higiene, mobilização e eliminação (Anexo 17). Tal facto é consistente com a evidência que revela que as transformações que decorrem do normal processo de transição vital (envelhecimento) determinam uma diminuição da reserva fisiológica que condicionam situações de incapacidade e dependência independentemente da existência de morbilidade associada, mas que se podem agravar na presença desta (Berger et al., 1995; Fried et al., 2001; Bergman et al., 2004; Espinoza et al., 2005; Ahmed et al., 2007). Assim, a contracção na curva dos scores da EMB constituiu-se num indicador importante que ajudou a caracterizar o processo de transição que o idoso estava a viver e a fundamentar, com mais objectividade, os cuidados de enfermagem, no entanto, não podia ser utilizado de forma isolada, sendo necessário recorrer a outros indicadores para melhor compreender o idoso.

Continuando a análise dos processos dos doentes que acompanhámos foi possível verificar o registo de actividades de enfermagem (plano de cuidados e notas de evolução) relacionadas com a educação do idoso no sentido da gestão do seu regime terapêutico em 75% dos processos dos 16 idosos acompanhados (o que mostra um aumento significativo em relação ao início do nosso estágio). Nestes, foram levantados os diagnósticos de enfermagem de compromisso do conhecimento/ conhecimento não demonstrado sobre a gestão do regime terapêutico (fisiopatologia da doença, exercícios respiratórios, tosse, gestão de esforço nas AVDs, sinais de alerta, mobilização e exercício, inaloterapia, ventiloterapia, oxigenoterapia de longa duração) e desenvolvidas intervenções consentâneas com os diagnósticos identificados. Na maior parte dos casos verificou-se uma validação do ensino realizado (com respectivo registo) em vários momentos do internamento. Desenvolvemos um folheto de suporte que foi facultado a alguns idosos/cuidadores e ficou disponível para ser utilizado pelos enfermeiros do serviço (Anexo 18) e começámos a testar um instrumento que pretendia complementar o plano de cuidados de enfermagem existente no serviço, centrado na educação para a saúde, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem mais levantados junto dos nossos idosos (Anexo 19).

A fim de sistematizar a percepção dos enfermeiros sobre a utilização da EMB, entrevistámos 10 enfermeiros do serviço (escolhidos intencionalmente) que haviam participado nas discussões, identificados como E1, E2...E10. O corpo de cada entrevista (Anexo 15) foi analisado de acordo com a categorização estabelecida à priori vantagens/desvantagens (Bell, 2002) (Anexo 16). Foram identificadas como vantagens da utilização da EMB: Permite complementar a avaliação física (Es 2, 6); Permite compreender a percepção do doente (Es 4, 5, 9); Permite ter uma ideia da evolução do doente (E 4); Permite adequar a gestão de esforço (Es 1, 2, 3, 5, 8, 10); Tem em conta a capacidade de esforço da pessoa (Es 1); Suporta a tomada de decisão (Es 1, 3, 5, 7, 10); Alerta para a reavaliação (Es 5, 6); Estimula a auto-percepção do doente (Es 3, 5, 9); Promove a aprendizagem do doente (E 4); Promove a independência do doente (Es 1).

Os enfermeiros entrevistados descrevem a implementação de intervenções de educação, ligadas à gestão de esforço, tendo por base o score da EMB. Estas intervenções, dirigidas a actividades de manutenção da vida, como a mobilização, os cuidados de higiene e a eliminação, parecem contribuir para que o idoso se aperceba da sua capacidade na adopção de novos comportamentos de gestão de esforço, utilizando a sua percepção de dispneia para decidir acerca de como desenvolver algumas actividades no seu quotidiano: 'A doente aprendeu (...) a andar, aprendeu a respirar na higiene e a pedir ou aceitar a nossa colaboração (...) também conseguimos que percebesse a importância de usar a cadeira sanitária quando a Borg era mais elevada' E4; '[a EMB serviu] para o doente perceber as suas limitações' E5. Bourbeau (2004) também entende que os programas de AGRT devem partir da percepção que o doente tem dos seus problemas de saúde.

As entrevistas realizadas aos enfermeiros também evidenciaram algumas desvantagens da utilização da EMB junto da população idosa: Baralha o doente (E 7); Exige doentes muito colaborantes (E 8); Difícil de compreender por idosos (E 8); Não reconhecida como necessária (E 6). Estes aspectos constituem limitações da EMB e do próprio projecto de estágio que carecem de ser trabalhados, nomeadamente na procura duma escala alternativa aplicável junto de idosos com outras características.

4.5 Implementação do Passo 3: implicações do projecto

As implicações do projecto naquele serviço foram discutidas com alguns enfermeiros do serviço e com a enfermeira chefe, numa reunião de serviço, num dos últimos dias do nosso estágio.

Implicações para a prática de cuidados. Considerou-se que este projecto vem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Este foi um projecto considerado com interesse para ter continuação no serviço, principalmente numa fase em que a criação do Hospital de Dia, que os enfermeiros do serviço vão integrar, está prestes a acontecer. Ficaram nomeadas no serviço duas pessoas para fazer a monitorização da implementação da norma de avaliação da dispneia e também foi considerado pertinente a integração de acções deste projecto no projecto “Cuidar em Proximidade” (já referido no Capítulo III, ponto 3.1), nomeadamente como forma de monitorizar presencial ou telefonicamente a implicação da pessoa idosa no processo de AGRT.

Para nós, este projecto trouxe-nos um conjunto de competências a mobilizar futuramente com os estudantes de enfermagem em contexto clínico.

Implicações para a gestão dos cuidados. Alguns problemas de adesão da equipa podem ser ultrapassados com a criação de estruturas de suporte e métodos de distribuição de trabalho que abandonem o modelo biomédico. Esta é uma questão que carece de que maior discussão naquele serviço, contudo ficou criado um grupo de trabalho para desenvolver estas questões, onde ainda participámos nas reuniões de trabalho iniciais. Este grupo de trabalho privilegia, nos seus objectivos, a implementação de alguns princípios do método de distribuição de trabalho por responsável e uma estreita articulação com a enfermagem de comunidade.

Para nós, este projecto constituiu uma experiência muito significativa na dinamização da equipa de enfermagem na procura da qualidade dos cuidados, quer numa dimensão macro, no seio do serviço, quer numa dimensão micro, junto de cada idoso, no dia-a-dia.

Implicações para a formação. Também se considerou importante manter uma actualização do conhecimento, através do acesso à evidência científica mais recente. Alguns problemas de adesão poderiam, na perspectiva da equipa, ser solucionados com o reforço da formação, no que concerne à aplicação da escala. A participação do serviço na formação dos estudantes em ensino clínico constitui também um estímulo à

procura duma prática de qualidade, sustentada no conhecimento e no rigor. Neste sentido, considerou-se pertinente manter a articulação deste serviço com a ESEL.

A concretização deste projecto deixou-nos ainda mais alerta para a inclusão destas temáticas no Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Desta forma, no âmbito do Seminário da Unidade Curricular Fundamentos de Enfermagem I, consideramos pertinente manter o tema “A educação para a saúde constitui uma ferramenta singular de promoção da gestão do regime terapêutico no cuidado às pessoas com diferentes compromissos nas necessidades humanas fundamentais”. Já ao nível do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Enfermagem ao Idoso, faz todo o sentido manter a aula “Comorbilidade e Polimedicação na Pessoa Idosa: Que problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem?”, que leccionámos no âmbito do nosso projecto de estágio (Anexo 20). Ainda terá pertinência manter o tema da “Adaptação do Idoso com Doença Respiratória Crónica” na bolsa de temas de monografia de oferta aos estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no âmbito das Unidades Curriculares Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica II e Ensino Clínico Projecto pessoal em Enfermagem Clínica.

Implicações para a investigação e divulgação científica. Foi negociada a possibilidade de divulgarmos algum do trabalho desenvolvido em eventos científicos ou revistas, ficando contactos estabelecidos com o Serviço Pneumologia C para o efeito. Foi neste sentido que se verificou a nossa participação no evento 19th Florence Network Annual Meeting, com um poster (Anexo 21).

Os resultados do nosso estágio vêm ainda evidenciar uma clara necessidade de produzir conhecimento científico que venha reforçar, refutar ou abrir caminho a novas intervenções de enfermagem facilitadoras da AGRT no idoso com DPOC. Qual o impacto desta intervenção no processo de regresso a casa do idoso? Qual o nível de satisfação do idoso com os cuidados de enfermagem após a implementação desta intervenção? Existirá repercussão na visibilidade dos cuidados de enfermagem? Como experiencia o idoso com DPOC (a dispneia n) o seu corpo?... Este estágio levou-nos a um conjunto de questões que se poderiam facilmente converter em questões de partida para estudos de investigação, que merecem a nossa melhor atenção.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

A gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC foi o tema escolhido para a concretização do nosso projecto de estágio no âmbito deste *Curso de Mestrado em Enfermagem*. Enfatizando o reconhecimento da dispneia como um aspecto determinante no decurso do processo de AGRT no idoso com DPOC, desenvolvemos um conjunto de actividades com vista ao cumprimento dos objectivos a que nos propusemos que, relembramos, visa o nosso desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e, simultaneamente, o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na implementação de intervenções de enfermagem promotoras da AGRT no idoso com DPOC.

O nosso estágio constituiu-se num espaço onde foi possível o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem ao idoso, nos quatro domínios que definem as competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2009).

Especificamente ao nível da gestão da qualidade, salientamos o nosso papel como dinamizadores na implementação da utilização da EMB com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Seguindo uma metodologia de projecto, numa lógica de investigação-acção, onde a formatividade dos enfermeiros esteve presente, consideramos ter contribuído para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na implementação de intervenções promotoras da AGRT no idoso com DPOC, nomeadamente de intervenções que facilitam a gestão da dispneia.

Na perspectiva dos enfermeiros do serviço, a utilização da EMB veio possibilitar uma maior valorização da percepção do idoso, permitindo que um sintoma subjectivo seja considerado e documentado de forma mais objectiva, facto que contribuiu fortemente para a construção de decisões sustentadas numa avaliação rigorosa. Por outro lado, a EMB constitui-se numa forma de educar o idoso a interpretar o seu corpo, logo, permite facilitar o processo de AGRT do idoso, mobilizando os seus recursos pessoais na construção de soluções de adaptação no sentido duma maior independência e autonomia.

O percurso de implementação da EMB possibilitou também o desenvolvimento de competências ao nível da gestão dos cuidados. Foi essencialmente ao nível da discussão de casos, e das práticas de cuidados que lhes eram inerentes, que as

intervenções de enfermagem foram reflectidas, reformuladas, ajustadas aos recursos e optimizadas em prol da AGRT do idoso com DPOC.

Os contextos escolhidos para a concretização do nosso estágio também possibilitaram o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde do idoso²⁰. Com o processo de envelhecimento, o declínio na capacidade para reconhecer sintomas físicos, como a dispneia, pode constituir-se na causa da fraca AGRT (Riegel et al., 2010). Para o reconhecimento deste declínio na capacidade perceptiva contribuem fortemente a forma como se verificam a mudança (*change*) e a diferença (*difference*) no quotidiano da pessoa idosa, bem como a forma como o idoso toma consciência destas alterações (*awareness*) e se envolve (*engagement*) na tomada de decisão para o desenvolvimento de comportamentos de auto-cuidado (Schumacher et al., 1999). Ao longo do nosso estágio verificámos que compreensão deste processo só é possível com a implementação duma avaliação abrangente e sistemática, dirigida às problemáticas das pessoas idosas. Esta parece-nos ser uma competência essencial que desenvolvemos de forma muito significativa, o que nos ajudou a dirigir o nosso “olhar” à especificidade do idoso.

O enfermeiro, mas particularmente o enfermeiro especialista no cuidado a idosos, assume um papel fundamental de ajuda à pessoa idosa na compreensão da experiência que está a viver. O nosso estágio permitiu-nos perceber que, por vezes, os sintomas duma doença crónica podem confundir-se com sintomas do processo de envelhecimento e, por isso mesmo, serem negligenciados. Reconhecer a dispneia, atribuir-lhe um grau de gravidade e tolerância pessoal, através da EMB, constitui um passo determinante para desenvolver acções de AGRT, adequando o quotidiano às reais capacidades e adoptando medidas que promovam uma melhor saúde e previnam o agravamento da doença.

Devolver ao idoso a possibilidade de participar na construção do seu diagnóstico de saúde, tal como acontece com a utilização da EMB, constitui uma forma de empoderá-lo e simultaneamente cria a possibilidade de reforçar a relação do enfermeiro com a pessoa. O fortalecimento desta relação assume extrema importância no cuidado ao idoso que, para se envolver no processo de AGRT, necessita de concretizar (o que pode passar por partilhar com o enfermeiro) os seus projectos de

²⁰ As competências específicas do enfermeiro especialista em saúde do idoso ainda não se encontram definidas pela Ordem dos Enfermeiros. A reflexão que aqui fazemos emerge essencialmente da nossa perspectiva.

vida e de adquirir (auto)confiança. Neste aspecto, o enfermeiro especialista que se encontra num serviço de internamento, frequentemente colocado em contacto com o idoso com DPOC que tem dificuldade em gerir o seu regime terapêutico (uma vez que este acabará por ser sujeito, mais tarde ou mais cedo, a diversos e repetidos internamentos) pode ter um papel de charneira junto do idoso e da equipa de saúde.

Esta abordagem centrada na pessoa dá, na nossa perspectiva, um importante contributo para a implementação dum processo de cuidados individualizado, no respeito pela diferença, liberdade e individualidade de cada pessoa e permite a ampliação de competências, próprias do enfermeiro especialista, assentes no desenvolvimento duma prática profissional, ética e humanista.

Ao longo deste período de formação, tivemos oportunidade de prestar cuidados específicos ao idoso com doença crónica, um cliente de particular complexidade, com necessidades associadas ao ciclo vital, mas também com necessidades decorrentes do processo de transição saúde-doença que atravessa. No processo de cuidados implementado em cada idoso que acompanhámos, houve espaço para a construção de diagnósticos de enfermagem e para a intervenção na procura de resolução de problemas reais ou potenciais que afectavam as diferentes actividades de vida ou a qualidade de vida, tendo como objectivos a maximização dum potencial de saúde e a concretização do projecto de vida de cada um. Salienta-se, neste campo, o nosso investimento, em alguns casos que acompanhámos, na capacitação do cuidador informal para a AGRT na transição do hospital para casa, mobilizando os recursos disponíveis e adequados a cada situação.

Foi no contexto de análise das práticas, que a procura de melhores respostas nos levou também a um trabalho individual de auto-conhecimento, de pesquisa e actualização do conhecimento e da praxis e de aperfeiçoamento da nossa prática de cuidados no sentido duma maior perícia. Este é um trabalho que nos parece inacabado: tornámo-nos mais competentes, proficientes, pois somos mais hábeis a perceber as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e a dar respostas satisfatórias (Benner, 2001). Caminhamos no sentido duma actuação mais intuitiva tal como Benner (2001) considera ao caracterizar o enfermeiro perito.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. (2003) - Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. IN: CANÁRIO, R. (org.) - *Formação e Situações de Trabalho*, 2ª Edição, Porto Editora. Porto.
- AHMED, N.; MANDEL, R.; MINDY, et al. (2007) – Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. *The American Journal of Medicine*, 120, p. 748-753.
- ALARCÃO, I. (2001) - Formação reflexiva. *Referência*, 6, pp. 53-59.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY (1999) - Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *American Journal Respiratory Critical Care Med*, Vol. 159, p. 321-340,
- AMERICAN THORACIC SOCIETY (2002) - Guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Vol.166 p.111-117.
- ANZUETO, A. (2010) – Impact of exacerbations on COPD. *Eur Respir Rev*. 19: 116, p. 113–118.
- BELL, J. (2002) - *Como Realizar um projecto de Investigação*. 3ª Edição. Lisboa, Gradiva.
- BENNER, P. (2001) – *De iniciado a perito*. Coimbra: Edições Quarteto.
- BENNETT, P.; MURPHY, S. (1999) - *Psicologia e Promoção da Saúde*. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.
- BERGMAN, H.; FERRUCCI, L. et al (2004) – Frailty: Ana Emerging Research and Clinical Paradigm – Issues and Controversies. *Gerontologie et Société*, volume 109 p.15-29.
- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. (Ed.). (1995) – *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidata.
- BERNARD, S.; LEBLANC, P.; WHITTOM, F.; et al. (1998) – Peripheral muscle weakness in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respirator Critic Care*, 158(2):629-34.
- BORG, G. A. - Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. Vol.14 (1981) 377-81.
- BORG, G. (2000) – *Escalas de Borg para a Dor e o Esforço Percebido*. Editora Manole. São Paulo.
- BOTELHO, M. (2000) - *Autonomia funcional em idosos*. Porto : Bial
- BOURBEAU, J. (2003) – Disease-specific self-management programs in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Disease Manage Heath Care Outcomes*, 11 (5), p. 311-319.
- BOURBEAU, J. (2004) – Self-management interventions to improve outcomes in patients suffering from COPD. *Expert Review. Pharmacoeconomics Outcomes*, 4 (1), p. 71-77.
- CARLSON, M.; IVNIK, M.; DIERKHISING, R. et al. (2006) – A learning needs assessment of pations with COPD. *MEDSURG Nursing*, August, Vol. 15, N.º 4, p.204-212.
- CARPENITO-MOYET, L. (2006) - *Diagnósticos de Enfermagem, Aplicação À Prática Clínica*, 11ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- CARPER, B (1978) – Fundamental Patterns Of Knowing In Nursing. *Advancing Nursing Science*, p. 1:13.
- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2006) – *Educação para a Saúde: Conceitos, praticas e necessidades de formação*. Lusociência. Loures.
- CAVALLAZZI, T.; CAVALLAZZI, R.; CAVALCANTE, T.; BETTENCOURT, A.; DICCINI, S. (2005) - Avaliação do uso da Escala Modificada de Borg na crise asmática. *Acta Paulistana de Enfermagem*. 18(1), p. 39-45.
- CHICK, N.; MELEIS, A. L. (1986). Transitions: A nursing Concern. In P.L. Chinn (Ed.) *Nursing research methodology*, Aspen Publication. p. 237-257.
- COLLIÈRE, M. Françoise (1989) - *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – ICN (2010a) – *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - ICN (2010b) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) 1.0*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- COSTA, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Edições Fim de Século. Lisboa.
- COUTINHO, C. (coord.) (2008) - *Investigação-Acção: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Grupo de trabalho BESSA, F.; SOUSA, A.; VIEIRA, S.; FERREIRA, M.; DIAS, A. - Grupo FAADSAZE, Universidade do Minho, disponível em <http://sites.google.com/site/faadsaze/home>.
- COUTINHO, C.; SOUSA, A.; DIAS, A.; BESSA, F.; FERREIRA, M.; VIEIRA, S. (2009) - *Investigação-Acção: Metodologia preferencial nas práticas educativas*. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII, 2, p. 355-380.
- DIAS, A. - Grupo FAADSAZE, Universidade do Minho, disponível em <http://sites.google.com/site/faadsaze/home>
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - DGS (2006) – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Lisboa.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - DGS (2005) – *Circular Normativa N.º4/DGCG: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*, Lisboa.
- DOCHTERMAN, J.; BULECHEK, G. (2008) - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, 4ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- DOLBEC, A. (2003) – *A Investigação Acção*. IN: GAUTHIER, B. *Investigação Social*, 3ª Edição, Loures. Lusociência.
- EBERSOLE, P.; HESS, P., TOUHY, T.; JETT, K. (2005) – *Gerontical Nursing and Healthy Aging*, 2nd Edition, Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri.
- EFFING, T.; MONNINKHOF; VALK, P. P. et al. (2009) – *Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease (review)*. *The Cochrane Collaboration*.
- EFRAIMSSON, E.; HILLERVIK, C.; EHRENBORG, A. (2008) – *Effects of COPD self-care management education at nurse-led primary health care clinic*. *Nordic College of Caring Science*, p. 178-185.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – ESEL (2010) – *Cursos De Enfermagem Avançada: Curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPGEMC)*. ESEL. Documento policopiado.
- ESPINOZA, S.; WALSTON, J. (2005) – *Frailty in older adults: Insights and interventions*. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, Volume 72 • Number 12 December, p. 1105-1112.
- FABBRI L.; LUPPI, F.; BEGHE, B. et al. (2008). *Complex chronic comorbidities of COPD*. *European Respiratory Journal*,; 31, p.204–212.
- FERRUCCI, L.; GURALNIK, J. et al. (2003) – *Frailty Syndrome: a Critical Issue in Geriatric Oncology*. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, N.46; p.127-137.
- FONTAINE, R. (2000) – *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi Editores.
- FORMIGA, F.; LOPEZ-SOTOB, A.; et al. (2005) – *Influence of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease or congestive heart failure on functional decline after hospitalization in nonagenarian patients*. *European Journal of Internal Medicine*, n.16, p24– 28.
- FONSECA, M. A. (2004) – *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Climepsi Editores. Lisboa.
- FORTIN, M. (1996) - *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FRIED, L.; TANGEN, C. (2001) – *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype*. *Journal of Gerontology*, Vol. 56A; n.3; p146-156.
- GIBBS, G. (1988) - *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit, Oxford Brookes University, Oxford.

- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD (2002) - *GOLD Patient Guide: What You Can Do About a Lung Disease Called COPD*, acedido em: <http://www.goldcopd.org/>.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD (2009) – *Global Strategy for the Diagnosis, management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2009)*, acedido em: <http://www.goldcopd.org/>.
- GUERRA, I. (1994) - *Introdução à metodologia de projecto*. Centro de Estudos Territoriais, ISCTE, Lisboa.
- HUIART, L.; ERNST, P.; SUISSA, S. (2005) – Cardiovascular Morbidity and Mortality in COPD *Chest*, 128, p.2640-2646.
- IGEA, D.; AGUSTÍN, J.; BELTRÁN, A.; MARTÍN, A. (1995) - *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, Dykinson.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE (2001) – *Censos. Resultados Definitivos. XIV Recenseamento Geral da População*, Lisboa.
- JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J.; MAAS, M.; MOORHEAD, S.; SWANSON, E. (2006) - *Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem*. 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre.
- KASIKCI, K.; ALBERTO, J. (2007) – Family suport, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, p. 1468-1478.
- KENDRICK, K.; SMITH, R. (2000) - Usefulness of modif 0-10 Borg Scale in assessing degree of dyspnea in patients with COPD and Asthma. *Journal of Emergency Nursing*; 26(3), p. 216-22.
- KNOLL, M. (1997). The project method: Its vocational education origin and international development. *Journal of Industrial Teacher Education*, 34(3), 59-80.
- KOHLMAN, V.; DONESKY-CUENCO, D.; PARK, S.; MACKIN, L.; NGUYEN, H.; PAUL, S. (2010) - Additional evidence for the affective dimension of dyspnea in patients with COPD. *Res Nurs Health*. Feb., 33(1), p.4-19.
- LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. (1991) - *Trabalho de Projecto. 1. Aprender por projectos centrados em problemas*, 2ª Edição, Coleção Ser Professor, Edições Afrontamento, Porto.
- LIOR, C.; MOLINA, J.; et al. (2008) – Exacerbations worsen the quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients in primary healthcare. *Study Group Journal*; N.62 (4); p 585-592.
- LOPES, M. (2006): - *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- MARGERESON, C. (2005) – Viver com doença respiratória crónica e dispneia, In: Esmond, G. (Ed). *Enfermagem das doenças respiratórias*, Lusociência, Loures, p. 105-125.
- MELEIS, A. I. (2007) – *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª Edição. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- MELEIS, A. I.; SAWYER, L. M.; IM, E.; MESSIAS, D. K. H.; SCHUMACHER, K. (2000) – Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, Setembro, p. 12-28.
- MELEIS, A. I. & TANGENSTEIN, P.A. (1994) – Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, p. 255-259.
- MENDES, Z.; GUEDES, S. et al. (2009) – A Terapêutica e Custos no Idoso Polimedicado. Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; *Farmácia Observatório*; N. 23.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - MS, ACS. PNS em Foco. Boletim Informativo, N.º 2, Setembro de 2008.
- MONNINKHOF E, VAN DER VALK P, VAN DER PALEN J, VAN HERWAARDEN C, PARTRIDGE MR, ZIELHUIS G. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*; 58, p.394–398.

- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. (2004) - *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, 3ª Edição, Artmed, Porto Alegre.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – ONDR (2009). *Relatório Do Observatório Nacional Das Doenças Respiratórias 2009: Saúde Respiratória uma Responsabilidade Global*, acedido em http://www.ondr.org/relatorios_ondr.html.
- O'DONNELL, D.; BANZETT, R.; CARRIERI-KOHLMAN, V.; CASABURI, R.; DAVENPORT, P.; GANDEVIA, S.; GELB, A.; MAHLER, D.; WEBB, K. (2007). Pathophysiology of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: a roundtable. *Proc Am Thorac Soc* 4, p.145–168.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (Caderno Temático).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- OREM, D.E. (1987) – *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*. Montréal: Décarie.
- O'REILLY, J. F.; WILLIAMS, A. E.; RICE, L. (2007) - Health status impairment and costs associated with COPD exacerbation managed in hospital. *Int J Clin Pract*, July, 61, 7, p. 1112–1120.
- OROZCO-LEVI M. (2003) – Structure and function of the respiratory muscles in patients with chronic obstructive pulmonary disease: impairment or adaptation? *European Respiratory Journal* 22, Suppl. 46, p.41–51.
- PEREIRA, A: (2009) – Benefícios do Treino de Exercício Físico na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Treino Combinado versus Treino Aeróbio. *Tese de Mestrado*. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.
- PINTO, r. (2007) - Quality of life of COPD patients and assessment of the burden to its caregivers. *Revista Electrónica de Pesquisa Médica*. Vol. 1, N.º 3, Setembro.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. - *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. Loures : Lusociência, 2006. XXVIII, 1106 p.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (2003) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2005) - Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Nursing Best Practice Guideline*. Registered Nurses' Association of Ontario, March.
- RIEGEL, B.; DICKSON, V. (2010) – Self-care of Heart Failure: A situation-specific theory of Health Transition: IN: MELEIS (ed.) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Springer Publishing Company, p. 320 – 326.
- ROTHMAN, M.; LEO-SUMMERS, L. et al. (2008) – Prognostic Significance of Potential Frailty Criteria. *Journal of Geriatrics Society*; VOL. 56; N. 12, p.2211- 2216.
- ROY, C.; ANDREWS, H. (1981) – *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. Instituto Piaget, Lisboa.
- SCHUMACHER, K.L.; JONES, P. S.; MELEIS, A. I. (1999) – Helping Elderly Persons in Transition: A framework for Research and Practice, In Elizabeth Swanson & Toni Tripp-Reimer (Ed). *Life Transitions in Older Adult: Issues for Nurses and Other Health Professionals*. Springer Publishing Company, New York, p. 1-26.
- SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. (1994) - Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, Indianápolis, v. 26, n. 2, p. 119-127.
- SRIDHAR, M.; TAYLOR, R.; DAWSON, S. et al., (2007) – Un programa de asistencia intermedia dirigido por enfermeras para pacientes que se han hospitalizado com una reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Thorax*, 2 (3), p. 167-173.
- SUTHERLAND, D.; HAYTER, M. (2009) - Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 18, p. 2978–2992.

- TAYLOR SJ, CANDY B, BRYAR RM, RAMSAY J, VRIJHOEF HJ, ESMOND G, et al. (2005) – Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ* 2005;331:485.
- TERZANO, C.; CONTI, V.; et al. (2010) – Comorbidity, Hospitalization, and Mortality in COPD: Results from a Longitudinal Study. *Lung*; N. 188; p 321-329.
- VOOGD, J.; WEMPE, J.; KOETER, G. et al. (2009) – Depressive Symptoms as Predictors of Mortality in Patients With COPD. *Chest, American College of Chest Physicians*, 135, p.619–625.
- WALTERS, J. A.; TURNOCK, A. C.; WALTERS, E.H. et al., (2010) – Action plans with limited patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (review). *The Cochrane Collaboration*, p. 1-19.
- WARWICK, M.; GALLAGHER, R.; CHENOWETH, L.; STEIN-PARBURY, J. (2010) – Self-management and symptom monitoring among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), p. 784–793.
- WATSON J. (1985) – *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- WONG, K.W.; WONG, F.K.Y.; CHANM, F. (2005) - Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), p. 210–222.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2002) – *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of OMS to the Second Nações Unidas World Assembly on Ageing: Madrid.PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. *PNS em Foco*. Boletim Informativo, N.º 2, Setembro de 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2003) – *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, Geneva, acedido em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2004a) – *A Glossary Health Care and Services for Older Persons*. Japan, acedido em <http://www.who.int>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO (2004b) – *Priority Medicines for Europe and the World*. *World Health Organization* – Department of Essential Drugs and Medicines Policy. acedido em <http://www.who.int>
- ZAGONEL, I. P. (1999) – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.7, n.3, pp. 25-32.

ANEXO 1 - Um contributo para a delimitação da problemática

Hospital Pulido Valente

Relato duma experiência

Dedicámos 4 dias à Sala de Ventilação e 3 dias ao Serviço de Internamento Pneumologia 1. As incursões ao Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios decorreram durante o estágio de Opção II, no entanto, são aqui referidas pela importância que lhe atribuímos neste processo de análise do interesse da problemática.

Apesar das evidentes diferenças que possam existir nos serviços que visitámos no HPV, era comum o doente-cliente que procurávamos dirigir o nosso olhar: a pessoa idosa com DPOC. Quer se tratasse das situações de internamento ou das situações em que o idoso se encontrava em ambulatório, estávamos interessados em *compreender a problemática da pessoa numa perspectiva de AGRT*. Também nos era pretendido *perceber até que ponto o enfermeiro intervinha no sentido de promover comportamentos de auto-gestão no idoso*.

No serviço de Pneumologia 1, encontrámos um espaço completamente remodelado, recém-aberto, a acolher os doentes que estavam, por aquela altura, a ser transferidos de outros serviços. As condições não foram muito próximas dos dias de “normal” funcionamento, contudo foi possível acompanhar os enfermeiros na prestação de cuidados, participar nalguns cuidados e conhecer a problemática de alguns doentes.

Num idoso com DPOC internado por agudização da sua doença, o único com este diagnóstico, em regime de OLD no domicílio, inquietou-nos o facto de o doente não cumprir a oxigenoterapia prescrita durante alguns momentos do internamento. Nas passagens de turno a informação era transmitida da seguinte forma “deambula pelo serviço e cumpre oxigenioterapia apenas por períodos (...) dessatura sem oxigénio”. Apesar de existir a informação no processo de que o idoso fazia OLD no domicílio, o doente negava esta situação. Na procura de esclarecimento, o enfermeiro abordou o doente, tendo percebido, pela documentação sobre o seu estado de saúde que o doente orgulhosamente lhe mostrara, que o doente já tinha OLD prescrito dum internamento anterior (1.5 l/m, durante 18h) e que não tinha cumprido aquela prescrição porque não tinha percebido que aquela bilha que tinha lá em casa era para usar todos os dias, achava que servia só para os dias em que se sentia mais aflito... acrescentando que pensava que não se podia abusar daquele tratamento.

Aquela situação incomodou-nos... quantas situações semelhantes a esta passaram por nós e pelos nossos colegas? Quantas situações não terão sido detectadas na nossa prática profissional? Às vezes é mais fácil rotular como “não aderente” do que trabalhar no sentido de procurar soluções, alternativas que conduzam à adesão. O que terá condicionado esta situação? Existiriam também razões sociais que justificassem este comportamento? O que significa ou o que estará por detrás dum incumprimento duma indicação terapêutica? Sabemos que a não adesão ao regime terapêutico em pessoas com DPOC é frequente (Margereson, 2005.). É um facto! Contudo parece-nos importante aceder aos *porquês*, ao contexto em que essa má gestão do regime terapêutico acontece.

A enfermeira que acompanhámos naquele dia teve a preocupação de perceber o que o idoso conhecia da sua doença e explicar-lhe duma forma simplista alguns mecanismos fisiopatológicos que permitissem ao doente entender a necessidade do OLD. O Doente também foi educado a manipular correctamente e manter o sistema de administração de oxigénio. Foi também reforçada, com demonstração, a importância da utilização duma técnica adequada na auto-administração de inaloterapia. Ficou planeado repetir essa informação no turno da tarde para a esposa que o vinha visitar habitualmente e encaminhar o doente para o hospital de dia.

Desconhecemos o desfecho desta situação porque não acompanhámos o doente após a alta, contudo não deixamos de reflectir na importância que intervenções desta natureza podem ter na redução de incidentes quando o doente se prepara para regressar a casa. Não deixamos de encarar o momento de internamento como uma janela de oportunidade, onde o enfermeiro pode ter um papel crucial na promoção da AGRT. Quando falamos em “enfermeiro”, referimo-nos não à pessoa singular, mas à

pessoa colectiva que se articula dentro da equipa e cria condições para que os cuidados tenham continuidade. Também não deixamos de nos centrar na utilidade duma avaliação inicial completa e sistematizada: quanto mais precoce for a identificação dos factores que facilitam ou inibem o processo de gestão do regime terapêutico, maior a possibilidade de serem desenvolvidas intervenções de enfermagem terapêuticas. A aprendizagem no idoso pode estar afectada (Fontaine, 1999), pelo que a educação de habilidades e comportamentos pode requerer mais tempo, requer repetição e validação em diferentes momentos. Trabalhar os aspectos lacunares de conhecimento e habilidades a partir do momento da admissão, ainda que duma forma muito subtil, torna-se fundamental para que o momento do internamento para além da estabilização, proporcione a aprendizagem necessária à gestão do regime terapêutico.

Na Sala de Ventilação, tivemos oportunidade de acompanhar a enfermeira no atendimento a doentes sob VNI no domicílio que vinham a este serviço para consulta médica e de enfermagem, monitorizar a sua situação de saúde. Ao contrário do serviço anterior, este serviço funciona num espaço provisório, reduzido, onde a consulta de enfermagem e médica acontecem na mesma sala, em simultâneo.

Preocupámo-nos em dirigir o nosso olhar para o idoso com DPOC, embora os dias que passámos neste serviço nos permitissem ampliar os nossos conhecimentos também noutras áreas da saúde do idoso. Neste sentido, foi de extrema importância apercebermo-nos de que as dificuldades dos idosos que estavam no domicílio em regime de OLD tinham origens diversas que iam desde o simples desconhecimento da sua doença e da importância de utilização daquele equipamento, à dificuldade em reconhecer no seu corpo os sintomas da doença, a dúvidas na manipulação do ventilador, passando por limitações sensoriais ou funcionais associadas ao processo de envelhecimento que impedem/dificultam o idoso de utilizar aquele equipamento (redução da visão e da audição, perda de peças dentárias, alterações cognitivas, perdas de memória, limitações articulares, perda de força que impede a satisfação independente das necessidades humanas básicas, recursos económicos...). Nalgumas situações verificámos que situações desta natureza eram compensadas com a presença dum cuidador informal, noutras o apoio social e/ou de saúde tinha sido ou era activado no momento da consulta de forma a dar resposta às necessidades sentidas pela pessoa.

A enfermeira assumia, neste serviço, um papel de *pivot* dentro da equipa de saúde, pois era quem articulava a informação sobre o doente e detinha uma maior preocupação em identificar e procurar resposta para os factores que podiam interferir numa adequada gestão do regime terapêutico. A importância da enfermeira neste processo de continuidade de cuidados tinha, aliás, sido um aspecto que nos despertou a atenção durante a experiência de Opção II que decorreu no Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios (HDIR) no mesmo hospital.

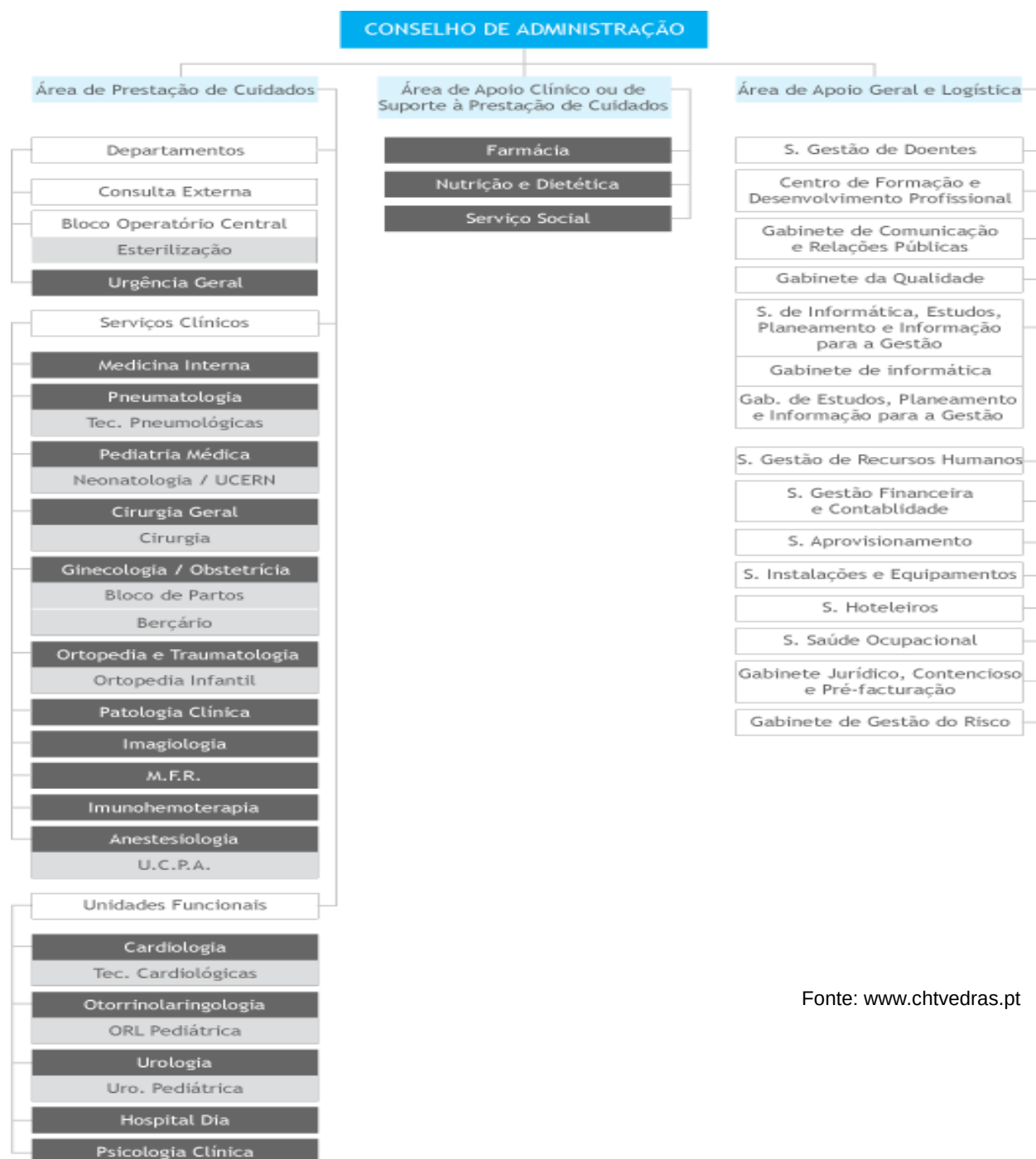
Na Sala de Ventilação preocupámo-nos em observar, participar nalguns cuidados, tendo sido extremamente relevante para a nossa aprendizagem as respostas às questões informais que ocasionalmente íamos colocando à enfermeira responsável por aquele espaço. No que concerne às intervenções de enfermagem desenvolvidas diariamente com a finalidade terapêutica, salienta-se a importância que era atribuída pela enfermeira à intervenção *avaliação* com recurso a instrumentos de medida validados para a população portuguesa, que permitiam um mais amplo conhecimento do doente e também uma tomada de decisão sustentada em dados objectivos por parte de toda a equipa (Índice de Dispneia Basal Modificado, Escala de Epworth, Escala Modificada de Borg, St. George's Respiratory Questionnaire, SF-36, EQ – 5D, Escala de Fletcher). De acordo com a enfermeira da sala, o recurso a estes instrumentos deveria ser criterioso e complementado com questões sobre dificuldades, dúvidas, necessidades e défices que possam interferir no processo de gestão e adesão ao regime terapêutico, nomeadamente OLD, VNI e inaloterapia. Também a educação do idoso/cuidador no sentido da sua capacitação e o encaminhamento social constituíam intervenções de grande peso naquele local, tendo sido considerado pela enfermeira o ensino de grupo uma estratégia importante para promoção duma melhor gestão do regime terapêutico.

Verificámos que os constrangimentos, relacionados com o espaço onde decorria a consulta, por vezes obrigavam à presença de dois doentes na mesma sala durante breves minutos. Durante este período foi possível observar o desenrolar de conversas espontâneas entre os utentes (muitas vezes no seguimento de assuntos iniciados na sala de espera) que se constituíam em autênticas partilhas de

experiências, dificuldades e saberes. Estes episódios serviram algumas vezes de mote para a enfermeira da sala me alertar para a importância da educação em grupo na obtenção de resultados terapêuticos. No passado, aquele serviço, junto com o HDIR, tinham desenvolvido estas acções e verificado que os doentes com DPOC tinham melhorado a gestão do seu regime terapêutico e manifestado comportamentos de maior adesão às indicações dos profissionais de saúde.

A passagem pela Sala de Ventilação também nos permitiu verificar que uma melhor gestão do regime terapêutico resultava numa adequada utilização do ventilador (p.e. nº de horas prescrito, sem fugas), numa redução do nº de exacerbações da doença, numa redução das queixas do doente, numa menor utilização dos serviços de saúde (serviço de urgência, consulta externa) e numa melhor qualidade de vida.

ANEXO 2 - Organigrama do CHTV



Fonte: www.chtvedras.pt

ANEXO 3 - Características dos Idosos Acompanhados

Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Cuidador	Onde vive	Apoio social	Isolamento social	Habilitações literárias	Estado cognitivo
1	76	M	c	Esposa	domicilio	0	3 - não isolado	0 - baixa	0,6 mau
2	83	f	v	Funcionário	lar	lar	1,4 - isolado	0 - baixa	2,1 - satisfatório
3	79	m	v	pp	domicilio	c dia alimentação	1,5 - isolado	0 - baixa	3 - bom
4	74	m	c	pp	domicilio	0	3 - não isolado	0,5 - baixas	3 - bom
5	65	m	d	pp	domicilio	Apoio domiciliário/habitação	1,5 - isolado	1,5 - insatisfatório	3 - bom
6	82	m	v	Filhos/neta	domicilio	0	1,5 - isolado	0 - baixa	1,5 - insatisfatório
7	82	f	v	Filhos	domicilio	c dia	2,25 pouco isolado	0 - baixa	2,4 - satisfatório
8	92	m	v	Filha	domicilio	0	1,5 - isolado	0,5 - baixas	3 - bom
9	74	m	c	Esposa	domicilio	0	3 - não isolado	0 - baixa	3 - bom
10	70	f	c	Filha	domicilio	0	2,25 pouco isolado	0,5 - baixa	3 bom
11	84	m	v	pp	domicilio	centro de dia	0 - muito isolado	0,5 - baixas	3 - bom
12	80	f	v	Filha	domicilio	c dia	1,2 - isolado	0,5 - baixas	3 - bom
13	77	m	c	Funcionário	Lar	Lar	3 - Não isolado	0 - baixa	3 - bom
14	68	m	c	pp	domicilio	0	3 - não isolado	0,5 - baixas	3 - bom
15	74	M	V	Filhos	domicilio	APOIO DOMIC	0 - Muito isolado	0 - baixas	3 - bom
16	72?	m	c	pp	domicilio	0	3 - não isolado	2 - satisfatório	3 - bom

m - masculino; f - feminino; c - casado; v - viúvo; d - divorciado; pp - próprio; 0 - não se aplica

(Continuação)

Participante	Internamentos anteriores	Antecedentes pessoais	Medicação	visão	audição	pele	Sono h/d	Queixas emocionais
1	sim	Exposição pó de pedra	3 medicamentos po	diminuída	0	0	6h	2 - satisfatório
2	sim	HTA, IC, derrame pericárdio, fractura cubital há 1 mês	Polimédica do (≥5)	diminuída	diminuída	0	8h	1,6 - insatisfatório
3	sim	IC, TC	Polimédica do (≥5)	diminuída	diminuída	0	8h	2,3 - satisfatório
4	sim	Cirurgia cardíaca 5x bypass, D. Parkinson, S. depressivo, Neo prostata, Glaucoma	Polimédica do (≥5), old 18h/d, a 1,5l/m	diminuída	0	0	4h	0,6 - mau
5	sim	Fumador 75 UMA	0	diminuída	0	0	4h	1 - insatisfatório
6	sim	Fumador activo 18UMA, HTA, AIT, Dça Parkinson, Dça cardíaca	Polimédica do (≥5), old 20h/d a 1,5l/m	diminuída	diminuída	0	8h	1,6 - insatisfatório
7	sim	Cardiopatía isq hipertensão pulmonar HTA, DMNID	Polimédica do (≥5), old 18h/d 1,5l/m não cumpre	diminuída	0	Baixo risco	6H	1,3 - insatisfatório
8	sim	Cimento pedreiro, fumador 10 UMA, ICC,DMNID	Polimédica do (≥5)	diminuída	diminuída	0	6	1 - insatisfatório
9	sim	exposição a pó de pedra ex-fumador 160UMA, IC, HTA, HBP,	Polimédica do (≥5), old 18h/d 2l/m não cumpre	diminuída	diminuída	0	9	1 - insatisfatório
10	sim	exposição a química agrícola, HTA, DMNID	Polimédica do (≥5)	diminuída	0	0	4H	0 - mau
11	sim	ex-fumador 9UMA, FA, HTA, HBP, ALERGIA A ANTIBIÓTICOS, CATARATAS	Polimédica do (≥5)	diminuída	0	0	2	1,3 - insatisfatório
12	sim	DMNID, DÇA OSTEOARTICULAR, HIPOTIROIDISMO, FAMÍLIA COM PROBL RESPIRAT	Polimédica do (≥5)	diminuída	diminuída	Úlcer a perna	8H	1 - insatisfatório
13	sim	EX-FUMADOR 34 UMA estenose AO grave, FA, recusa cirurgia cardíaca, dislipidemia	Polimédica do (≥5) OLD	diminuída	diminuída	r. sagra da	6h	0,3 - mau
14	sim	fumador activo 100UMA, HTA, INF resp de repetição	não faz	0	0	0	8	3 - bom
15	sim	exposição a química agrícola, HTA, DMNID	Polimédica do (≥5), old 18h/d a 1,5l/m	diminuída	0	0	3h	0,6 - mau
16	sim	HTA, Ex-fumador	Polimédica do (≥5)	diminuída	0	0	8	2 - satisfatório

0 - não se aplica

(Continuação)

Participante	Quedas	Locomoção	Actividade física h/d	Autonomia física	Autonomia instrumental
1	3 - bom	3 - independente	mais de 4h	1 - dependente de 3ºs	0 - incapaz
2	0,75 - mau	0 - incapaz	0	1 - dependente de 3ºs	0- incapaz
3	1,25 - insatisfatório	3 - independente	0	1 - dependente de 3ºs	1 - dependente
4	3 - bom	3 - independente	2-4h/sem	3 - independente	3 - independente
5	3 - bom	3 - independente	0h	3 - independente	1 - dependente
6	3 - bom	1 - dependente	0h	0 - incapaz	1 - dependente
7	1,5 - insatisfatório	1 dependente	0h	1 - dependente de 3ºs	1 - dependente
8	3 -bom	2 - autónomo	menos de 2h	3 - independente	0 - incapaz
9	3 bom	3 - independente	0h	3 - independente	3 - independente
10	3 - bom	1- dependente	0h	0 - incapaz	1 - dependente
11	3 - bom	2 - autónomo	0h	1- dependente de 3ºs	1- dependente de 3ºs
12	1,5 - insatisfatório	1 - dependente	menos de 2h	0 - incapaz	0 - incapaz
13	1 - insatisfatório	3 - independente	0h	1 - dependente de 3ºs	1 - dependente
14	3-bom	3 - independente	0h	1 -dependente de 3ºs	3 - independente
15	3 - bom	3 - independente	0h	1- dependente de 3ºs	1- dependente de 3ºs
16	3 - bom	3 - independente	0h	3 - independente	3 - independente

(Continuação)

Participante	Conhecimento na gestão do regime terapêutico						
	reconhecimento da dispneia	técnicas de relaxamento	técnicas de conservação da energia nas AVDs	Técnica de administração de terapia inalatória	Gestão da OLD	Gestão da VNI	Reconhecimento dos sinais de alerta
1	ND	ND	ND	ND	0	0	ND
2	ND	ND	ND	ND	0	0	ND
3	ND	ND	ND	ND	0	0	ND
4	D	D	D	D	D	0	ND
5	ND	ND	ND	ND	0	0	ND
6	ND	ND	ND	D	D	0	ND
7	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
8	D	D	D	D	D	0	D
9	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
10	ND	ND	ND	D	D	ND	ND
11	D	D	D	D	ND	ND	ND
12	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
13	ND	ND	ND	D	ND	0	ND
14	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
15	ND	ND	D	D	0	0	ND
16	ND	ND	ND	D	ND	0	ND

ND - Conhecimento não demonstrado

D - Conhecimento demonstrado

0 - Não se aplica

(Continuação)

Participante	Projecto de vida
1	tratar da horta
2	Ser independente
3	Ir ao café
4	Passear
5	Caminhar
6	Conversar com os vizinhos na barbearia
7	Frequentar cd e participar festa das flores
8	Continuar a viver
9	Continuar a ir ao café diariamente, Fumar menos, Cuidar da neta de 28 meses,
10	Continuar a viver ???
11	Continuar a frequentar o centro de dia e associação recreativa local
12	Andar para poder ser independente
13	Voltar a conviver no jardim
14	Continuar a ir ao café diariamente, Fumar menos, Cuidar da neta de 28 meses,
15	Ir à horta
16	Caminhar

ANEXO 4 - Questionário

Este questionário surge no âmbito do estágio do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente idoso) e destina-se a identificar as práticas do serviço de pneumologia na promoção da adesão ao regime terapêutico do idoso com DPOC. A adesão ao regime terapêutico é a medida em que o comportamento de uma pessoa (tomar medicação, seguir a dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida) corresponde às recomendações acordadas com o prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003).

O preenchimento deste questionário demora 5 minutos.

É anónimo. Os resultados serão divulgados no serviço.

1. Considera que a adesão ao regime terapêutico é um problema dos idosos com DPOC internados no seu serviço? SIM ☐ NÃO ☐

2. Relativamente à promoção da adesão ao regime terapêutico no idoso com DPOC, o que faz bem?

3. Tendo em conta as situações em que o doente/família pode receber informação, com que frequência realiza/valida sessões de educação aos idosos/família de quem cuida?

Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre

4. O que pensa que pode ser melhorado no seu serviço para que a adesão ao regime terapêutico também melhore?

5. O que está disposto a fazer para melhorar?

6. Que dificuldades sente?

7. Sente necessidade de formação nesta área? SIM ☐ NÃO ☐

8. Comentários / Sugestões

Obrigada
Helga Rafael
Setembro/2010

ANEXO 5 - Instrumento de avaliação Inicial de Enfermagem



Projecto Auto-gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC

ÁREA DE RESIDÊNCIA: _____

ORIGEM: Serv. Urgência ☐ Consulta externa ☐ Outro Hospital ☐

DESTINO APÓS ALTA: _____

CONTACTOS: _____

Diagnóstico: _____		ADMISSÃO: ____/____/____	
Motivo de internamento: _____			
Sexo: ☐ Feminino (0) ☐ Masculino (1) Idade: ☐ ≥80 anos (0) ☐ 65 a 79 anos (1) ☐ 50 a 64 anos (2) ☐ 18 a 49 anos (3)		BIO	Score Idade ____ Score Sexo ____
ESTADO DE CONSCIÊNCIA ☐ Consciente ☐ Obnubilado ☐ Estupor ☐ Coma Em que ano estamos? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Em que mês estamos? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Quantos são hoje (dia do mês)? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Em que estação do ano estamos? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Que dia da semana é hoje? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3)		Orientação no Tempo	Média dos itens ☐ 0 – 0 a 0,9 má ☐ 1 – 1 a 1,9 insatisfatória ☐ 2 – 2 a 2,9 satisfatória ☐ 3 – 3 Orientado no tempo
Como se chama o nosso país? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Em que distrito vive? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Em que terra vive? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Como se chama esta casa? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3) Em que andar/serviço estamos? ☐ não responde / não sabe / errado (0) ☐ certo (3)		Orientação no Espaço	Média dos itens ☐ 0 – 0 a 0,9 má ☐ 1 – 1 a 1,9 insatisfatória ☐ 2 – 2 a 2,9 satisfatória ☐ 3 – 3 Orientado no espaço
Estado Civil: ☐ viúvo/separado/solteiro (0) ☐ casado / união de facto (3) Onde vive: ☐ Domicílio ☐ Lar ☐ Outro _____ N.º de coabitantes: ☐ vive só (0) ☐ vive com outros(3) Cuidador(es): _____ Tempo em que está só nas 24h: ☐ 8 ou mais horas (0) ☐ menos de 8 horas (3) Ter com quem desabafar/ter confidente: ☐ não tem confidente (0) ☐ tem confidente (3)		Isolamento Social	Média dos itens ☐ 0 – 0 a 0,9 mto isolado ☐ 1 – 1 a 1,9 isolado ☐ 2 – 2 a 2,9 pouco isolado ☐ 3 – 3 não isolado
Escolaridade: ☐ 0 anos/analfabeto (0) ☐ 1 a 6 anos (1) ☐ 7 a 12 anos (2) ☐ 13 ou + anos (3) Profissão: _____ ☐ não qualificado (0) ☐ qualificado(1) ☐ intermédio(2) ☐ especialista (3)		Habilidades Literárias	Média dos itens ☐ 0 – 0 a 0,9 baixas ☐ 1 – 1 a 1,9 satisfatório ☐ 2 – 2 a 2,9 satisfatório ☐ 3 – 3 bom
Médico de família: _____ Última consulta: _____ Pneumologista: _____ Última consulta: _____ Internamentos / Recurso ao S.Urg.: _____			
ANTECEDENTES Fumador: ☐ Não ☐ passivo ☐ activo ☐ ex-fumador _____ UMA (nº cigarros/dia/20Xn.º anos) Exposição ocupacional: ☐ Não ☐ Sim _____			
Patologia Cardíaca: _____ HTA: Sim ☐ Não ☐ Diabetes: ☐ NID ☐ ID Patologia Neurológica: _____ Outras patologias: _____ Alergias: _____			
IMUNIZAÇÕES ☐ influenza ☐ pneumococos ☐ Sensibilização a alérgenos ☐ Quais? _____			
HISTÓRIA FAMILIAR _____			
MEDICAÇÃO HABITUAL _____			
OLD: ☐ Não ☐ Sim _____ h/dia Débito: _____ l/m VNI: ☐ Não ☐ Sim _____ h/dia Débito O2: _____ l/m EPAP: _____ IPAP: _____ Desconforto associado à máscara de VNI: _____			
QUEIXAS DE SAÚDE Visão ☐ Diminuída _____ Audição ☐ Diminuída _____ Gastro-intestinais ☐ Obstipação ☐ Outras _____ Músculo-esquel. _____ Pele ☐ Integra ☐ Com lesões _____ Risco UPP (escala Braden) _____ Outras queixas _____		BIO	Score Queixas de saúde (a menor pontuação) ☐ 0 – com queixas ☐ 3 – sem queixas

Helga Rafael / 2010

1

Exame Físico (outros dados: Edemas, sinais de desidratação)		Força (escala de Lower) Espasticidade (escala de Ashworth)		MS MI
		Equilíbrio Coordenação Sensibilidade térmica Sensibilidade táctil		Boa Razoável Não tem

SINAIS VITAIS				
Respiração: ____ c/m ☐ Torácica ☐ Abdominal ☐ Toraco-abb. / ☐ Regular ☐ Irregular / ☐ Simétrica ☐ Assimétrica		Tensão Arterial (mmHg)		
Dispneia (Escala de Borg)		Pulso (b/m)		
Sat. O₂ (com ou sem O₂/sist. admin.)		Temperatura Timpânica (°C)		
Gasimetria		Dor (VAS/Escala numérica)		
PH HCO₃ PaO₂ PaCO₂ SatO₂		Expectoração ☐ Mucosa ☐ Purulenta ☐ MP ☐ Hemoptoica		
		Pele: ☐ Corada ☐ Cianótica ☐ Ictérica ☐		
		Sons respiratórios: ☐ Sibilos ☐ Estertor ☐		

QUEIXAS EMOCIONAIS Triste / deprimido: ☐ mto tempo / sem resp (0) ☐ metade do tempo (1) ☐ pouco tempo (2) ☐ nunca(3) Nervoso / ansioso: ☐ mto tempo / sem resp (0) ☐ metade do tempo (1) ☐ pouco tempo (2) ☐ nunca(3) Outras queixas emocionais: ☐ com queixas (0) ☐ sem queixas (3) Padrão de sono: ____		PSICO	Score Queixas Emocionais (a média dos itens) ☐ 0 - 0 a 0,9 mau ☐ 1 - 1 a 1,9 insatisfatório ☐ 2 - 2 a 2,9 satisfatório ☐ 3 - 3 bom
			BIO

LOCOMOÇÃO Andar em casa, dentro de edifícios: ☐ incapaz (0) ☐ depende de 3ºs (1) ☐ meios (2) ☐ independente (3) Andar na rua: ☐ incapaz (0) ☐ depende de 3ºs (1) ☐ meios (2) ☐ independente (3) Andar em escadas: ☐ incapaz (0) ☐ depende de 3ºs (1) ☐ meios (2) ☐ independente (3)		BIO	Score Locomoção (a menor pontuação) ☐ 0 - incapaz ☐ 1 - dependente ☐ 2 - autónomo ☐ 3 - independente
			SOCIAL

HÁBITOS Actividade Física/semana (andar a pé na rua/ ginástica ou desporto/ outra actividade física): ☐ 0 horas (0) ☐ < 2 horas (1) ☐ 2 a 4 horas (2) ☐ > 4 horas (3) Nº de Refeições/dia: ____ ☐ 0 - 2 (0) ☐ > 6 (1) ☐ 3 (2) ☐ 4 - 6 (3)		BIO	Score Estado de nutrição (a média dos itens) ☐ 0 - 0 a 0,9 magro / obeso ☐ 1 - 1 a 1,9 magro / obeso ☐ 2 - 2 a 2,9 adequado
			ESTADO DE NUTRIÇÃO IMC (peso/alt²) = (____ / ____²) = ____ Kg/m² ☐ <16 (magreza) ou >30 (obesidade) (0) ☐ 16 a 18,4 (baixo peso) ou 25,1 a 30 (excesso peso) (1) ☐ 18,5 a 25 (adequado) (3) CINTURA = ____ cm ☐ F < 80 (adequado); M < 94 (adequado) (3) ☐ F > 88 (obesidade II); M > 102 (obesidade II) (0) ☐ F - 80 a 88 (obesidade I); M - 94 a 102 (obesidade I) (1)

Apoio Social: ☐ Cuidador informal ☐ Centro de dia ☐ Apoio Domiciliário ☐ Outro ____ Condições habitacionais: ☐ escadas ☐ elevador ☐ Wc ☐ água canalizada ☐ luz eléctrica ☐ sist. aquecimento ____	
--	--

AUTONOMIA FÍSICA		ADMISSÃO	ALTA
Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se)		incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)	
Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir)			
Usar a sanita e/ou bacio/urinal (usar, limpar-se, roupa, despejar)			
Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar)			
Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar) Usa: ☐ Canadiana/bengala ☐ andarilho ☐ prótese			
Controlar a urina ☐ Urinol/Arrastadeira ☐ Fralda ☐ Dispositivo urinário: N.º ____ Tipo: ____ Data Col.: ____/____/____			
Controlar as fezes ☐ Arrastadeira ☐ Fralda			
Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer) ☐ SNG N.º ____ Data Col.: ____/____/____ Dieta: ____			
Autonomia Física e meios para visão e audição		meios (2) indep. (3)	
Score Autonomia Física (a menor pontuação) 0 - incapaz; 1 - dependente; 2 - autónomo; 3 - independente			
TOLERÂNCIA AO ESFORÇO (METS)			

PROJECTO DE VIDA (o que o dente deseja continuar a fazer com as suas limitações)
--

OUTROS REGISTOS

GESTÃO do REGIME TERAPÊUTICO NO IDOSO COM SOB VNI / OLD						
ADESÃO AOS TRATAMENTOS Score (Σ+7): _____		☐ Inaloterapia e outros medicamentos (marque na escala com um círculo) ☐ OLD (marque na escala com uma cruz) ☐ VNI (marque na escala com quadrado)		Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Por vezes (4) Raramente (5) Nunca (6)		
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?						
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?						
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?						
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?						
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? Porquê?						
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? Porquê?						
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? Qual a razão?						
CAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO						
D- Demonstra capacidade desempenho (executa bem) / ND – Não tem capacidade desempenho (executa mal) / PD – Potencial para o desenvolvimento capacidade desempenho						
Regime terapêutico	ADM	ALTA	Regime terapêutico	ADM	ALTA	
Técnicas de relaxamento			Oxigenoterapia			
Técnicas de conservação de energia nas AVDs			Ventiloterapia			
Exercício regular (Que exercício realiza semanalmente?)			Viagens/saída de casa			
Dieta adequada (Que cuidados tem com a sua alimentação?)			Sinais de alerta (sinais e sintomas) / Intervenção nas agudizações			
Técnica de administração de terapia inalatória (Como faz?)						
AUTONOMIA INSTRUMENTAL					ADMISSÃO (antes da crise)	
Usar o telefone (marcar n.ºs, atender)			incapaz (0) depende de 3ºs (1) meios (2) independente (3)			
Fazer compras (todas as compras necessárias)						
Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se)						
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza)						
Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)						
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos/taxi/carro, conduzir)						
Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos)						
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco)						
Autonomia instrumental e meios para visão e audição			meios (2) independente (3)			
Score Autonomia Instrumental (a menor pontuação) 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3 -3 independente						
QUALIDADE DE VIDA					ADMISSÃO	
Parte 1: Impacto nos Sintomas = (ScoreX100) ÷ 27						
Parte 2: Impacto psico-social = (ScoreX100) ÷ 47 (adicionar 1 por cada resposta aberta que o doente acrescentar)						
TOTAL						
ESTRUTURA FAMILIAR (estrutura interna/externa/relações/papeis/forma de organização/dinâmica)						
PROJECTO DE VIDA (o que o dente deseja continuar a fazer com as suas limitações)						
OUTROS REGISTOS						

ANEXO 6 - Pedido de utilização do MAB

Re: FW: Pedido de utilização do Método de Avaliação Biopsicossocial

Maria Amália Botelho [amalia.botelho@fcm.unl.pt]

Enviado: segunda-feira, 17 de Janeiro de 2011 16:37

Para: Helga Henriques

Anexos: 1 MAB apresentação

)

Sr^a Enf^a Helga Rafael

Agradeço o envio do seu email.

Da minha actividade sobre este tema, considero a sua opção como conveniente e, de acordo com o seu pedido, tem a minha autorização formal para a aplicação do Instrumento "Método de Avaliação Biopsicossocial - MAB", de que sou autora. O seu desenvolvimento surgiu na sequência dos meus trabalhos de doutoramento sobre "Autonomia Funcional em Idosos" e da minha participação no estudo "Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa - EPEPP", estando o MAB informatizado com aplicação nacional na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI. No entanto, o MAB, também aplicado com autorização formal em algumas teses de mestrado e de doutoramento, não teve validação formal como instrumento de compilação de escalas cuja aplicação foi validada na minha tese.

Para a melhor forma de aprender a sua aplicação, poderei dar-lhe alguma apoio inicial, a ser combinado.

Mantenho comunicabilidade por esta via.

Melhores cumprimentos

Amália Botelho, MD, PhD
Professor of Physiology
Vice-Director

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa
Portugal
Phone: + 351 218 803 000; Ext: 20427

-----Original Message-----

From: Helga Henriques <hrafael@esel.pt>
To: "amalia.botelho@fcm.unl.pt" <amalia.botelho@fcm.unl.pt>
Date: Thu, 13 Jan 2011 17:06:29 +0000
Subject: FW: Pedido de utilização do Método de Avaliação Biopsicossocial

Exma Sra. Prof^a Maria Amália Botelho
Desde já agradeço a leitura deste e-mail.

Chamo-me Helga Rafael, sou enfermeira e também assistente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a realizar o curso de mestrado/especialização em enfermagem médico-cirúrgica (Enfermagem ao Idoso) na ESEL, onde assisti a aulas suas. Encontro-me, neste momento, a desenvolver o meu projecto de estágio no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Torres Vedras, na área da gestão do regime terapêutico do idoso com DPOC, cuja finalidade é Contribuir para a promoção da adesão ao regime terapêutico do doente idoso com DPOC e para melhoria da sua qualidade de vida.

Um dos objectivos a que me proponho é Analisar a problemática do internamento do idoso com DPOC, numa perspectiva sistémica. Para a consecução deste objectivo entendo que o instrumento por vós validado para Portugal, designado Método de Avaliação Biopsicossocial, pode constituir-se numa mais valia. Prevejo que este instrumento sirva para fazer uma avaliação inicial do doente internado (vertente internamento) e para ser utilizado na consulta de enfermagem em follow-up (vertente domicilio), após realizadas sessões de ensino individualizadas. Este instrumento permite-me perceber se a educação para a saúde que o doente/família receberam produziram alguma mudança nos diferentes domínios do instrumento. Assim, gostaria de lhe solicitar a utilização deste instrumento durante a concretização do meu projecto, (eventualmente para ficar implementado no serviço), comprometendo-me, desde já, a enviar-lhe o relatório final do estágio, caso seja do seu interesse. Gostaria também de perceber qual a melhor fonte para referenciar este(s) instrumento(s), bem como qual as instruções dum correcto preenchimento.

Agradeço a atenção disponibilizada.
Sem outro assunto,
Cumprimentos

Helga Rafael

GUIÃO DA ENTREVISTA

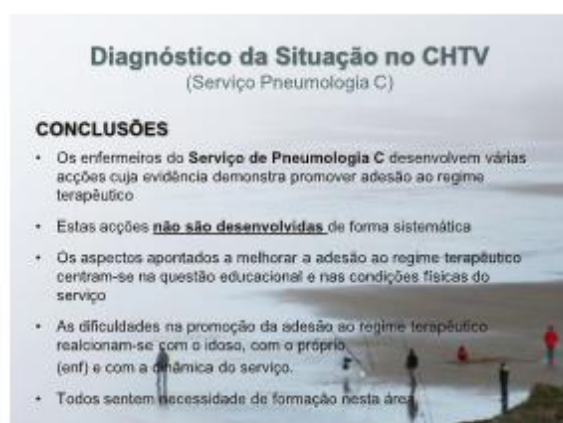
Recorde uma situação de cuidados a um idoso com DPOC em que tenha utilizado a EMB. Refira as principais vantagens e as principais desvantagens da utilização desta escala nessa situação de cuidados.

Questões-guia: Qual o score da EMB?

Esse score interferiu nas decisões que tomou?

Se sim, de que forma? Pode descrever?

ANEXO 8 - Formação em serviço



ANEXO 9 - Roteiro da Revisão Sistemática da Literatura

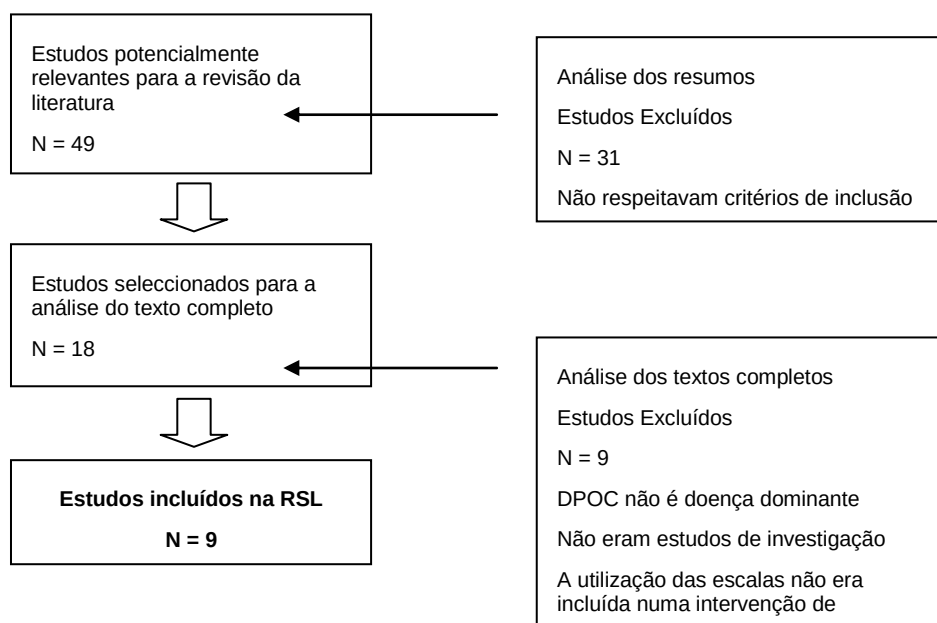
Questão PICO: *Quais os instrumentos que devem ser usados pelos enfermeiros para medir a percepção de dispneia no idoso com DPOC?*

Bases de Dados: A pesquisa foi realizada a 14/11/2010 na EBSCO (CINAHL Plus e MEDLINE) e na SCIENCE Direct, em *full text* e sem restrição à data de publicação

Descritores: (Assunto - breathlessness OR shortness of breath OR dyspnea OR Exertion OR Effort) AND (Em qualquer campo – Assessment OR Measurement OR Tool OR Scale OR Evaluation) AND (Em qualquer campo – respiratory disease OR pulmonary disease) Nursing AND (Em qualquer campo – Aged OR Elderly OR Old people).

CrITÉRIOS de inclusão: estudos cuja população fossem pessoas idosas com diagnóstico de DPOC (ou amostra com pessoas maioritariamente nestas condições); Da intervenção do estudo deveria fazer parte a avaliação da percepção de dispneia por parte do enfermeiro; Os resultados do estudo deveriam incluir o resultado da escala utilizada ou a avaliação da aplicabilidade da mesma.

Roteiro da Pesquisa:



Estudos Seleccionados:

ESTUDO	OBJECTIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO (escala usada para medir a percepção de dispneia)	DESENHO	CONCLUSÕES
Currow et al., 2010	Determinar as diferenças na intensidade de dispneia por diagnóstico quando a morte se aproxima.	5 862 doentes com tumor do pulmão, insuficiência cardíaca, doença pulmonar avançada, com média de idades 69.6 anos (+/- 14.6) inseridos na comunidade.	Escala numérica	Estudo exploratório e Descritivo	A prevalência de falta de ar aumenta rapidamente no final da vida, especialmente nas pessoas com tumores. A intensidade de dispneia percebida pelas pessoas com doenças não malignas é mais elevada do que em pessoas com doença maligna.
Nguyen et al., 2003	Determinar se existem diferenças entre os factores que representam o grau de dispneia durante o exercício em laboratório, avaliação clínica da dispneia e função pulmonar em doentes com DPOC moderada a grave.	92 pessoas com DPOC, media de idades 66 anos, +/- 7. Em regime de ambulatorio.	Escala Modificada de Borg	RCT	A função pulmonar, avaliações clínicas de dispneia e avaliações laboratoriais de dispneia são três factores distintos e independentes e devem ser incluídos na avaliação clínica de rotina dos pacientes com DPOC.
Galbraith et al., 2010	Investigar se um ventilador portátil reduz a sensação de falta de ar em abordagens paliativas.	50 doentes em fim de vida. 50% com DPOC. Média de idades 71.3 anos, com intervalos entre os 33 e 90. Em regime de ambulatorio.	Escala Visual Analógica	RCT	O ventilador portátil dirigido à face reduz a percepção de dispneia. O ventilador portátil dirigido à perna não revelou quaisquer mudanças no score de dispneia.
Nguyen et al., 2008	Descrever as associações entre saúde física e sintomas psicológicos, funcionalidade física e mental, e as percepções de mestria com percepção de saúde global em doentes com DPOC. Determinar se o género modifica essas relações.	115 Doentes com DPOC moderada a severa em regime de ambulatorio. Média de idades de 66.9 anos, com +/-7.9 anos.	Shortness of Breath Questionnaire	Análise transversal dos dados de um estudo longitudinal clínico.	Conclusões: Para pacientes com DPOC, a percepção global de saúde é influenciada por medidas que reflectem o estado físico, como a gravidade da doença e a dispneia. As intervenções terapêuticas de enfermagem pode colocar maior ênfase na gestão de sintomas, se o objectivo é melhorar a percepção dos doentes acerca da sua saúde global.
Kohlman et al., 2010	Determinar em que medida os 103 participantes com DPOC avaliam a dimensão afectiva da dispneia separada da dimensão sensorial durante a realização de exercício.	103 pessoas com DPOC moderada a severa em regime de ambulatorio. Média de idades de 66 anos, com +/- 8 anos	Escala Modificada de Borg	RCT	A dimensão afectiva da dispneia é uma experiência independente da dimensão sensorial da dispneia.
Christenbery, 2005	Identificar a frequência em que	79 pessoas com DPOC moderada	Escala numérica	Exploratório descritivo	Os resultados indicaram que os doentes usam

	os doentes com DPOC usam estratégias de auto-gestão da dispneia. Descrever quantitativamente as percepções dos doentes acerca da auto-eficácia dessas estratégias.	a severa, media de idade 64.5 anos, +/- 9.5 anos. Em regime de ambulatório.			uma variedade de estratégias de auto-gestão da dispneia, focadas no problema. As estratégias mais úteis foram associados com o movimento e / ou ritmo. Estratégias de respiração foram descritas como sendo igualmente eficaz esse o doente teve experiência anterior de reabilitação pulmonar.
Lomborg K. et al., 2005	Explorar a percepção dos doentes com DPOC, com dependência causada pela dispneia, acerca dos cuidados ao corpo num serviço de internamento.	12 Idosos com DPOC internados. Média de idades de 68.5 anos (min 55, Max 72)	Escala Modificada de Borg	Grounded theory Abordagem qualitativa	Os doentes perceberam os cuidados com o corpo como uma importante actividade diária que precisava de ser realizadas a fim de preservar sua integridade. A dependência e a dispneia, no entanto, impediram a realização de actividades de cuidados corporais.
Kendrick et al., 2000	Perceber se os doentes com Asma e DPOC podem comunicar a sua percepção de dispneia numa situação de broncoespasmo agudo. Perceber se a redução da percepção de dispneia medida pela Escala Modificada de Borg se correlaciona com a melhora da função pulmonar (peak flow e SAtO2).	102 doentes, 60% com DPOC Avaliados no serviço de urgência.	Escala Modificada de Borg	Estudo retrospectivo	A Escala Modificada de Borg é um instrumento válido e confiável para avaliar o broncoespasmo. Nas pessoas com DPOC existe uma correlação fortemente negativa entre os valores do peak flow e a Escala Modificada de Borg. Não se verifica correlação entre a SAtO2 e a Escala Modificada de Borg.
Wu et al., 2004	Comparar os resultados da acupunctura usando pontos de acupunctura simulada em diferentes meridianos e pontos ganglionares com o uso de pontos de acupunctura verdadeira, em pacientes com DPOC que estão a viver em casa.	44 doentes com DPOC, 86% com mais de 65 anos Em regime de ambulatório.	Modified Dyspnea Scale	RCT	Os resultados deste estudo mostraram que a função pulmonar, os scores de dispneia, a distância na caminhada de 6 minutos e os scores na escala de ansiedade, melhoram no grupo submetido a acupunctura verdadeira, quando comparado com o grupo de controlo.

ANEXO 10 - Utilização da EMB no Brasil

Re: Solicitação de partilha de experiência _ Escala de Borg Modificada

Cinthy Miura [cinthymiura@gmail.com]

Enviado: quinta-feira, 3 de Fevereiro de 2011 18:09

Para: HELGA MARILIA DA SILVA RAFAEL HENRIQUES

Boa tarde Helga,

Helga a Escala de Borg é um instrumento muito utilizado no Brasil para avaliação da intensidade da dispnéia em pacientes portadores de afecções respiratórias. Para a minha pesquisa realizei um levantamento a procura da adaptação e validação desse instrumento na cultura brasileira, mas identifiquei que o processo não ocorreu. Em discussão com uma pesquisadora do nosso programa de pós graduação, com grande experiência em adaptação e validação de instrumentos, ela nos argumentou que seria possível isso ter ocorrido (seu uso sem processo de adaptação e validação em nossa cultura) por se tratar de uma escala simples, portanto com alta probabilidade de a utilizarem da mesma forma. A aplicação da Escala de Borg é bem simples. Para o meu trabalho, avalei a intensidade da dispnéia pela Escala de Borg de acordo com uma atividade elegida, pelo paciente, como a mais cansativa, de acordo com a última questão do instrumento que adaptei e validei (MDI). Então, perguntava ao paciente, em relação a esta atividade, qual era a intensidade da dispnéia naquela atividade, utilizando a Escala de Borg. Na rotina, os profissionais de saúde aplicam a escala logo após terem submetido o paciente a um determinado esforço e demandam ao mesmo que avalie a intensidade percebida do sintoma com auxílio da visualização da Escala de Borg. Espero ter ajudado. Se ainda tiver dúvidas, não hesite em voltar a escrever.

Atenciosamente,

Cinthy Miura,
Doctoral Student
State University of Campinas

Em 29 de janeiro de 2011 22:45, HELGA MARILIA DA SILVA RAFAEL HENRIQUES <hrafael@esel.pt> escreveu:

Exma. Sra. Cinthy Miura

Desde já agradeço a leitura deste mail.

O meu nome é Helga Rafael, sou enfermeira e também assistente na Escola Sup de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e estou neste momento a desenvolver o meu projecto de estágio de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, vertente ao idoso, na ESEL, cujo tema é a gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC. O desenvolvimento do projecto tem implícita a capacitação do doente para reconhecer a dispneia como sintoma da sua doença. Para tal decidi recorrer à utilização da escala modificada de Borg.

A minha dificuldade, neste momento, está em perceber se esta escala está validada para português e quem a validou. Tendo tomado contacto com o vosso trabalho e percebido que também utilizou esta escala, gostaria de lhe pedir ajuda para perceber como procedeu para a poder utilizar.

Agradeço a atenção dispensada.

Respeitosamente

Helga Rafael

ANEXO 11 - Instrumento provisório de registo da EMB

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS – SERVIÇO PNEUMOLOGIA C
Projecto “AGRT no Idoso com DPOC”

Nome do doente: _____ Admitido a :
____ / ____ / ____

ESCALA MODIFICADA DE BORG – *avaliar diariamente no turno M*

- 0 NENHUMA
- 0.5 MUITO, MUITO, LEVE
- 1 MUITO LEVE
- 2 LEVE
- 3 MODERADA
- 4 UM POUCO FORTE
- 5 FORTE
- 6
- 7 MUITO FORTE
- 8
- 9 MUITO, MUITO, FORTE
- 10 MÁXIMA

Data	Hora	Score Borg

ANEXO 12 - Abordagem formativa aos enfermeiros

Abordagem formativa aos enfermeiros de serviço: Utilização da EMB

RESULTADO ESPERADO	ACÇÕES	CONTEÚDO
Que os enfermeiros do serviço apliquem adequadamente a EMB ao idoso com DPOC	a) Explicação do fenómeno de dispneia;	A dispneia é um sintoma frequente nas pessoas com doença respiratória, havendo autores que a consideram como 6º sinal vital na avaliação dos doentes com DPOC. Dispneia pode definir-se como uma sensação subjectiva de desconforto, dificuldade em respirar, que inclui a percepção de respiração laboriosa por parte do doente e a reacção a essa sensação, avaliada somente pelo doente. Tem associado o aumento do esforço respiratório, sentimento de inabilidade para respirar e uma maior consciência do trabalho inspiratório. A dispneia é um fenómeno complexo que envolve diferentes dimensões, que se combinam entre si: sensorial, central, química e mecânica. A avaliação da dispneia pela EMB centra-se na percepção do doente, por isso, avalia a dimensão sensorial.
	b) Explicação da EMB;	A <i>Escala de Borg Modificada</i> é uma escala vertical, quantificada de 0 a 10, com tradução qualitativa, onde o 0 representa “nenhum” sintoma e 10 representa sintoma “máximo”
	c) Apresentação da finalidade e objectivos da EMB;	FINALIDADE Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e para a uniformização dos critérios de avaliação da dispneia. OBJECTIVO GERAL Adequar a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes internados de acordo com a sua percepção de dispneia. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS <u>Centrados no enfermeiro</u> (que os enfermeiros sejam capazes de...): Caracterizar a dispneia. Reconhecer os diferentes tipos de dispneia. Educar o doente a reconhecer a dispneia. Planear e desenvolver intervenções de enfermagem ajustadas ao grau de dispneia percebido pelo doente. <u>Centrados no doente</u> (que os doentes sejam capazes de...): Reconhecer a dispneia como sintoma da sua doença. Desenvolver acções de auto-gestão do seu regime terapêutico ajustadas à intensidade de dispneia percebida

	d) Descrição da população alvo;	<i>Doentes Alvo:</i> Pessoas internadas no Serviço da Pneumologia C com dispneia funcional Conscientes, resposta verbal orientada e com capacidade de compreensão Identificados na admissão ou em qualquer momento do internamento.
	e) Demonstração da aplicação da EMB;	Recomenda-se a avaliação da dispneia ao doente em repouso (ex: pausa de 10 minutos após a actividade). Recomenda-se a utilização do seguinte texto: <i>“O objectivo desta escala é medir a sua falta de ar, o seu cansaço. Dez corresponde ao prior cansaço que já experimentou e zero a nenhum cansaço. É importante que responda de acordo com o que está a sentir agora. Durante o internamento vamos perguntando o número que melhor corresponde à sua falta de ar, ao seu cansaço.”</i>
	f) Exemplificação do método de registo.	A intensidade da dispneia, medida através da <i>Escala de Borg Modificada</i> , deve ser registada em folha própria.

ANEXO 13 - Instrumento definitivo de registo da EMB

 CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS		Serviço de Pneumologia- Unidade C REGISTO DE PARÂMETROS												Folha N°					
		DIAGNÓSTICO			IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE														
CAMA:					NOME:..... Nº PROCESSO:.....														
REGISTO DE SINAIS VITAIS																			
Data Terço/Hora		N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T			
TEMPERATURA °C	39																		
	38																		
	37																		
	36																		
	35																		
	34																		
DISPNEIA Hora																			
E.M.BORG Aval.																			
TENSÃO Sist.																			
ARTERIAL Dias.																			
F. CARDIACA																			
OXIMETRIA																			
O2/litro																			
Tipo ESCALA																			
HORA																			

ANEXO 14 - Norma de Avaliação da percepção de dispneia

NORMA: Avaliação da dispneia

1. DEFINIÇÃO

A American Thoracic Society caracteriza a dispneia como: “experiência subjectiva de desconforto respiratório que consiste de sensações qualitativamente distintas, variáveis em sua intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais podendo induzir respostas comportamentais e fisiológicas secundárias” (Martinez et al., 2004:199).

Durante o fenómeno da dispneia o acto de respirar torna-se consciente e aparece associado a desconforto e incapacidade. Os mecanismos que cercam este fenómeno ainda não são completamente conhecidos, embora exista evidência de que estejam envolvidos vários processos neurológicos (Martinez et al, 2004). Contudo, ao contrário do que acontece com a dor, cujos estímulos têm a sua génese em terminações nervosas, até ao momento, não foram descritos receptores específicos para a dispneia.

1.1 Caracterização da Dispneia

Início – Época e hora do aparecimento.

Modo de instalação – Súbita (pneumotórax espontâneo ou embolia pulmonar) ou progressiva (DPOC ou fibrose pulmonar).

Duração – Quanto tempo desde o início.

Factores desencadeantes – Stress, alterações climáticas, tipos de esforços, exposição ambiental e/ou ocupacional.

Comparação – Sensação de cansaço, esforço, sufocação, aperto no peito.

Número de crises e periodicidade – Ao longo do dia, semanas ou meses.

Intensidade – Utilização de escalas apropriadas (Escala de Borg).

Fatores que a acompanham – Tosse, pieira, edema, palpitações.

Fatores que a melhoram – Repouso, medicação, posição.

1.2 Denominações Especiais da Dispneia

Dispneia de esforço – É uma queixa comum mas pouco específica, associada a actividades físicas.

Ortopneia – Dispneia em decúbito horizontal; desaparece parcial ou totalmente com a elevação do tórax. Associa-se habitualmente a doentes com congestão pulmonar provocada por insuficiência cardíaca esquerda, a doentes com asma ou DPOC e a doentes com doenças neuromusculares.

Dispneia paroxística noturna – Quando o doente acorda subitamente com a sensação de falta de ar, levando-o a sentar-se e/ou procurar uma área mais ventilada, para aliviar a sensação de sufocação. Pode estar presente sudorese profusa. É frequente nos doentes com insuficiência cardíaca esquerda.

Asma cardíaca – Pieira e sibilos. É associada habitualmente a indivíduos com ortopneia e dispneia paroxística nocturna.

Platipneia – Dispneia que surge ou se agrava na posição ortostática (pericardite). Pode ser acompanhada com ortodeoxia (diminuição acentuada da saturação), frequente em indivíduos com dilatações vasculares intrapulmonares.

Trepopneia – Dispneia que surge ou se agrava em decúbito lateral e melhora ou desaparece no decúbito oposto (derrame pleural unilateral).

2. ESCALA MODIFICADA DE BORG

A *Escala de Borg Modificada* é uma escala vertical, quantificada de 0 a 10, com tradução qualitativa, onde o 0 representa “nenhum” sintoma e 10 representa sintoma “máximo” (Anexo 1). Esta escala derivou da escala de Borg, desenvolvida em 1970, originalmente pontuada entre 6 e 20, utilizada para medir a percepção de esforço, dispneia, fadiga ou dor durante o exercício.

A *Escala de Borg Modificada* ou CR 10 (Category-Ratio 10 scale) é uma versão frequentemente utilizada para quantificar a dispneia e o esforço na pessoa com doença respiratória (Borg, 1981; Ontário, 2005; Cavallazzi et al., 2005; Cavalcante e tal., 2008; Kendrick et al., 2000). A American Thoracic Society (1999, 2002) recomenda a sua reprodutibilidade e vários autores referem-se à sua utilidade na avaliação da intensidade da dispneia (Kendrick et al., 2000).

A utilização da *Escala de Borg Modificada* não exclui a monitorização de outros parâmetros na avaliação da dispneia.

3. FINALIDADE

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e para a uniformização dos critérios de avaliação da dispneia.

4. OBJECTIVO GERAL

Adequar a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes internados de acordo com a sua percepção de dispneia.

5. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Centrados no enfermeiro (que os enfermeiros sejam capazes de...):
 - Caracterizar a dispneia.
 - Reconhecer os diferentes tipos de dispneia.
 - Educar o doente a reconhecer a dispneia.
 - Planear e desenvolver intervenções de enfermagem ajustadas ao grau de dispneia percebido pelo doente.
- Centrados no doente (que os doentes sejam capazes de...):
 - Reconhecer a dispneia como sintoma da sua doença.
 - Desenvolver acções de auto-gestão do seu regime terapêutico ajustadas à intensidade de dispneia percebida.

6. CAMPO DE APLICAÇÃO

- *Doentes Alvo*:
 - Pessoas internadas no Serviço da Pneumologia C com dispneia funcional
 - Conscientes, resposta verbal orientada e com capacidade de compreensão
 - Identificados na admissão ou em qualquer momento do internamento.

REGISTO DE SINAIS VITAIS				
Data				
Turno/Hora		N	M	T
TEMPERATURA °C	40			
	39			
	38			
	37			
	36			
	35			
DISPNEIA	Hora			
E.M.BORG	Aval.			
TENSÃO	Sist.			
ARTERIAL	Dias.			
F. CARDIACA				
OXIMETRIA				

A avaliação da intensidade da dispneia através da *Escala de Borg Modificada* deve ser realizada 1 vez por turno e em SOS.

A avaliação dos outros parâmetros da dispneia deve ser realizada sempre que se justifique, mediante o juízo crítico do enfermeiro.

A avaliação e registo da dispneia são da responsabilidade do enfermeiro prestador de cuidados.

7. DESCRIÇÃO

A pessoa é questionada acerca da sua percepção de dispneia, sendo-lhe pedido que classifique a mesma numa escala de 0 a 10, sendo que 0 representa a ausência de dispneia/cansaço e 10 a dispneia/cansaço máximo, o pior cansaço que já experimentou.

A escala deve ser apresentada ao doente com a expressão verbal e só depois o número correspondente. A explicação da utilização da escala deve ser estandardizada para evitar enviesamentos nas respostas, como por exemplo:

“O objectivo desta escala é medir a sua falta de ar, o seu cansaço. Como é a sua falta de ar neste momento? Leve, forte, extrema? Dez corresponde a um cansaço extremo, pior cansaço que já experimentou, e zero a nenhum cansaço. É importante que responda de acordo com o que está a sentir agora. Durante o internamento vamos perguntando o número que melhor corresponde à sua falta de ar, ao seu cansaço.”

O Score 10 é o ponto de ancoragem, a percepção mais intensa que o doente já experimentou. Contudo, o doente pode imaginar ou vir a experimentar algo mais forte, que se representa por um ponto “.” ou por um número mais elevado.

Recomenda-se a avaliação da dispneia ao doente em repouso (ex: pausa de 10 minutos após a actividade), numa fase de exacerbação e, depois, durante a introdução das diferentes AVDs.

A Escala de Borg Modificada pode ser introduzida para educar o doente na gestão do esforço.

É importante que o doente sinta liberdade de expressão e de questionamento durante a avaliação.

A Escala de Borg Modificada deve ser reproduzida em formato de bolso para que possa ser apresentada e explicada ao doente.

Frente

A escala deve ser apresentada ao doente com a expressão verbal e só depois o número correspondente.

O Score 10 é o ponto de ancoragem, a percepção mais intensa que o doente já experimentou. Contudo, o doente pode imaginar ou vir a experimentar algo mais forte, que se representa por um ponto "x" ou por um número mais elevado.

Recomenda-se a avaliação da dispnéia ao doente em repouso (ex: pausa de 10 minutos após a actividade), numa fase de exacerbação e, depois, durante a introdução das diferentes AVDs.

Verso

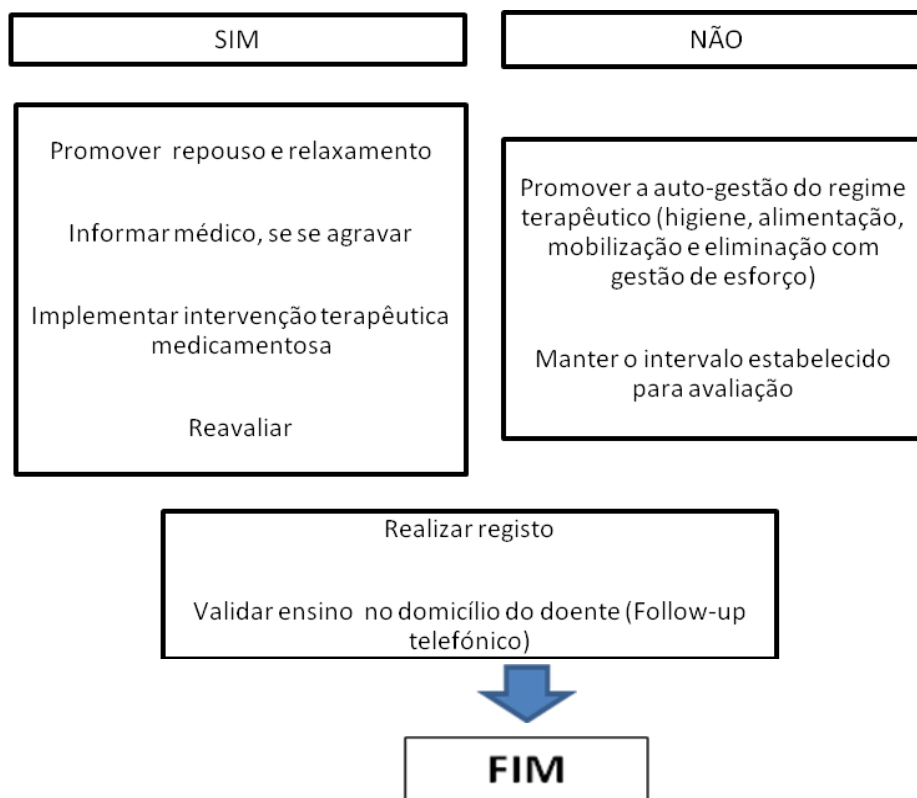
A intensidade da dispneia, medida através da *Escala de Borg Modificada*, deve ser registada na Folha de Sinais Vitais em campo próprio.

Sempre que num doente em que se vinha aplicando a EMB, não for possível aplicá-la, deve registar-se NA (Não se aplica).

As características qualitativas da dispneia são registadas na Folha de Notas de Evolução Diária de Enfermagem.

```
graph TD; A[Inicio] --> B[Gerir ambiente]; B --> C[Explicar procedimento]; C --> D[Aplicar Escala Modificada de Borg]; D --> E[dispneia > 5]; E --> F[ ];
```

The flowchart illustrates the process of applying the modified Borg scale. It begins with 'Inicio' (Start), followed by 'Gerir ambiente' (Manage environment), 'Explicar procedimento' (Explain procedure), and 'Aplicar Escala Modificada de Borg' (Apply Modified Borg Scale). The final step is a decision point: 'dispneia > 5' (dyspnea > 5). If this condition is met, the process continues to the next step (indicated by a downward arrow), which is not explicitly labeled in the provided image.



10. DOCUMENTOS DE APOIO

- AMERICAN THORACIC SOCIETY (1999) - Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *American Journal Respiratory Critical Care Med*, Vol. 159, p. 321-340,
- AMERICAN THORACIC SOCIETY (2002) - Guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Vol.166 p.111-117.
- BORG, G. A. - Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. Vol.14 (1982) 377-81.
- KENDRICK, K. R., BAXI, S. C., SMITH, R. M. (2000) - Usefulness of the modified 0-10 Borg Scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma. *Journal of Emergency Nursing*. Vol.26, N°3, p.216-222.
- MARTINEZ, J. A.; PADUA, A. I.; FILHO, J.T. (2004) – *Dispneia*. *Medicina, Ribeirão Preto*, Vol. 37, p. 199-207, jul./dez.
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2005) - Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Nursing Best Practice Guideline*. Registered Nurses' Association of Ontario, March.

FICHA TÉCNICA

Elaborado por: Celina Oliveira (enf), Goreti Rainho (enf especialista), Helga Rafael (enf estagiária do curso de especialidade), Nascimento Salgueiro (enf).

Revisão técnica e formal: Idalina Gomes (Pof. Doutora Da ESEL); Isabel Filipe (enf chefe)

ANEXO 15 - Corpo das entrevistas realizadas aos enfermeiros

Entrevistado 1

De facto tem alguma influência no nosso planeamento de actividades, uma vez que se o valor for elevado temos que adequar a gestão de esforço e portanto a partir de um certo valor na escala de Borg o nosso planeamento será diferente... quando temos valores entre 2 e 3 conseguimos uma certa independência do doente e planeamos de uma certa forma. Se for de 5 ou 6 já sabemos que o esforço vai ser maior e assim planeamos de forma a não...temos que ter em conta a capacidade de esforço da pessoa e a partir daí planear desde a higiene, ao vestir e despir, à alimentação...,ou seja, tive que planear actividades de forma a exigir menos esforço do utente que em nalguns momentos... implicava que o substituisse no autocuidado, como a lavagem das costas, das pernas e noutros momentos faziam-se pausas para uma melhor recuperação em termos de cansaço e assim permitir que a utente continuasse no autocuidado... lavou a parte de cima e o auxiliar é que lavou a parte de baixo, depois de lavar fez a respiração e vestiu a roupa e na eliminação foi-lhe facultada uma cadeira sanitária junto ao leito para evitar o esforço que seria a ida ao WC.

Entrevistado 2

Apliquei a escala de Borg a um senhor que era do independente, consciente e orientado... este apresentava um valor de 3 nesta mesma escala, era um doente que correspondia á avaliação feita do seu estado físico, não feito nenhum plano especial uma vez que o utente era independente mas notei a gestão de esforço durante a mobilização e nas diferentes AVD nomeadamente mobilização e higiene.

Entrevistado 3

Sim uso a escala sempre. Sempre que é possível integrar um doente no programa de reabilitação onde trabalho a capacidade dele a gerir o regime terapêutico, faço a apresentação da doença e de seguida apresento a escala da dispneia no sentido do doente reconhecer o cansaço ou a falta de ar e de acordo com esse cansaço e faltar de ar, planear todas as actividades propostas e de vida diária e instrumentais de acordo com a possibilidade do doente para as realizar e dessa forma implementar pausas quando é atingido um valor de 5 na escala.

Entrevistado 4

Usei a escala na Sra. M. A escala foi muito importante uma vez que permitiu compreender a percepção do doente. A doente aprendeu bastante durante o internamento... aprendeu a andar, aprendeu a respirar na higiene e a pedir ou aceitar a nossa colaboração... também conseguimos que percebesse a importância de usar a cadeira sanitária quando a Borg era mais elevada, quando estava mais cansada... Por outro lado também nos permitiu ter uma ideia da evolução desta doente para além da nossa própria avaliação.

Entrevistado 5

Lembro-me do Sr. A. que estava na cama 6 e que apresentava um valor de 5 na escala e eu queria levá-lo à casa de banho para tomar banho porque me pareceu melhorado, mas o Sr. disse-me que tinha um valor de 5... e referiu que não queria ir à casa de banho. Eu entendi aquilo como o Sr. sendo um bocadinho preguiçoso... que pode ter sido também devido ao cansaço dele.

Decidi considerar o score dele, porque observando melhor, o doente tinha alguma dispneia e apesar de nós, enquanto enfermeiros, o achamos muito melhorado, o doente referia em todos os turnos que estava no 5, nunca referia um valor mais baixo...

Decidi, então, que tomaria o seu banho junto ao leito com a minha ajuda... o que fiz foi: na altura em que lavei a cara, retirei o oxigénio para a face ficar mais ou menos bem lavada, mas depois quando o doente lavou o resto do corpo, voltei a pôr o oxigénio, e fui pedindo para fazer com calma (porque o Sr. era um bocadinho acelerado) e ensinei-o a fazer gestão de esforço durante a lavagem dalgumas zonas do corpo... pedi para fazer pausas, pedi para ele respirar [respiração abdominal] com calma enquanto se auto-cuidava, porque apesar daquele score eu achei que o doente tinha capacidade para o auto-cuidado se fizesse gestão de esforço. Depois do banho preocupei-me que o doente ficasse na cama para depois ir para o cadeirão. O que o doente não conseguiu ou gastava mais energia, fui eu que lavei...

Ao longo do internamento [mais tarde] este doente referiu-me um nível 3... isto parece-me importante porque ele próprio percebeu que num nível 5 estava mais cansado e com um nível 3 estava menos cansado... Ele até podia estar melhor, mas sem a escala de Borg não conseguiria transmitir duma maneira que nós percebêssemos...

Acho que esta escala é muito importante para o próprio doente perceber as suas limitações porque quando aplicamos a escla ao doente dizemos-lhe que ele nunca deve ir para além do 5, que é um nível forte, e quando ele sentir isso, deve fazer pausas, gestão de esforço, etc... e acho que neste sentido é muito importante... porque se o doente tiver a noção do seu nível 5, o doente sabe que não convém ultrapassá-lo... porque sabemos muito bem que estes doentes vão até não poder mais... por isso é que eles exacerbam...

Entrevistado 6

O que eu acho é que o nosso trabalho é mais baseado na observação que nós fazemos na altura, independentemente de valores da escala... mas se houver valores francamente alterados e que persistam... nós começamos a olhar com outro cuidado para as situações...

Eu acho que esta escala complementa, principalmente quando o doente está mais descompensado... Nunca me aconteceu, mas se tiver um score mais elevado, vou dar mais atenção... como por exemplo ir ao duche com oxigénio, para não virem com muita dispneia, fazer exercícios respiratórios com eles, para respirarem como deve ser... pedir aos doentes para fazer o mínimo de esforços nas actividades que eles precisarem...

Eu não consigo ter a noção se o doente aprendeu ou não com a aplicação da escala...Acho que a escala é mais útil para os enfermeiros.

Entrevistado 7

Eu confesso que não usei a escala muitas vezes porque tenho feito mais tardes e a escala é mais aplicada de manhã. Eu apliquei a escala ao Sr. D há pouco tempo porque os colegas se esqueceram de aplicar de manhã... o que eu acho é que o doente ficou um bocado baralhado porque existem valores muito próximos... nunca percebem se é 3 ou 4, 2 ou 3... Naquele dia avaliou-se em 3... e isto não alterou nada os meus planos porque ia jantar e era já para jantar junto ao leito e ali ficou, fez transferências do cadeirão para a cama e da cama para o cadeirão sozinho...

Mas nas manhãs que fiz, o score da escala ajudou-me a decidir se o doente ia comer ao não refeitório, se fazia ou não levante, ir ou não ao chuveiro tomar banho... o facto de perceber que o doente está cansado ou não, avaliar o padrão respiratório e depois ter acesso à percepção do doente... ajudou-me a planear melhor os meus cuidados.

Entrevistado 8

Sim, já apliquei a EMB a vários doentes. Lembro-me duma situação em que o score era de 3. Este valor foi importante para complementar os meus cuidados... basicamente na gestão de esforço na satisfação das actividades de vida diárias... higiene... tive que acompanhar o doente junto ao leito... tive que lavar as costas, evitar que o doente se agachasse, por exemplo... também na movimentação, nas transferências da cama para a cadeira, da cadeira para a cama... supervisionei, dei apoio, pedi para descansar... forneci a cadeira sanitária junto ao leito, em vez de levá-lo à casa de banho... porque as condições aqui, em termos físicas, não são muito boas, não temos oxigénio na casa de banho... e era importante que o doente tivesse com oxigénio durante estas actividades...

Eu acho que o principal benefício desta escala para o doente é ao nível da gestão de esforço nas actividades de vida... mas o doente só consegue aprender isto quando é bastante colaborante, com capacidade de apreensão de conhecimentos e de aplicação de conhecimentos, que numa faixa etária elevada... tenho notado dificuldades na compreensão da escala por parte do doente...

Entrevistado 9

Lembro-me dum Sr. que esteve cá internado connosco que tinha um score de 2. A minha actuação perante isso... não tive propriamente uma grande actuação porque o 0 e o 2... eu não valorizo muito. Porque para mim, o doente ter uma dispneia muito, muito leve ou leve... eu não consigo estabelecer uma diferença importante nos cuidados...

Eu acho que esta escala, acima de tudo é importante para que os doentes tenham alguma percepção daquilo que está a ser a evolução deles quanto à dispneia... porque se nós aplicarmos isto duma forma constante... eles obviamente quando entram dizem logo que é muito forte... e o facto de dizerem que ao fim de 4 ou 5 dias passou de forte a muito leve é importante... isto é como a escala da dor... o que para mim é muito forte, para ti é moderado... cada um tem a sua percepção e a escala permite-nos chegar ao que o doente sente... por isso acho que é importante para o doente.

Entrevistado 10

Utilizei num senhor que entrou no turno da tarde que quando chegou vinha bastante dispneico... fizemos-lhe logo a pergunta da escala e ele disse-nos que vinha com uma dispneia um pouco forte (score 4). No dia a seguir voltámos a avaliar no turno da manhã e o senhor estava muito melhor... considerando que tinha o 2 (leve). Entretanto, tive oportunidade de perceber se esse cansaço interferia nas actividades de vida diária... e ele estava bastante eupneico... não interferia.

No primeiro dia, prestei-lhe os cuidados necessários junto ao leito, pus lá o urinol, para que não fizesse tanto esforço a ir à casa de banho... No dia seguinte o Sr. já estava independente em todas as actividades... Esta avaliação tem importância para o doente e para nós, principalmente... para poder gerir melhor os cuidados.

ANEXO 16 - Grelha de Análise das Entrevistas Realizadas aos Enfermeiros

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de Registo
VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA EMB	Permite adequar a gestão de esforço	'se o valor for elevado temos que adequar a gestão de esforço e, portanto, a partir de um certo valor na escala de Borg o nosso planeamento será diferente' E1 'lavou a parte de cima e o auxiliar é que lavou a parte de baixo, depois de lavar fez a respiração e vestiu a roupa e na eliminação foi-lhe facultada uma cadeira sanitária junto ao leito para evitar o esforço que seria a ida ao WC' E1 'apresentava um valor de 3 (...) notei a gestão de esforço durante a mobilização e nas diferentes AVD nomeadamente mobilização e higiene' E2 'implementar pausas quando é atingido um valor de 5 na escala' E3 'na altura em que lavei a cara, retirei o oxigénio para a face ficar mais ou menos bem lavada, mas depois quando o doente lavou o resto do corpo, voltei a pôr o oxigénio, e fui pedindo para fazer com calma (porque o Sr. era um bocadinho acelerado) e ensinei-o a fazer gestão de esforço durante a lavagem dalgumas zonas do corpo... pedi para fazer pausas, pedi para ele respirar [respiração abdominal] com calma enquanto se auto-cuidava, porque apesar daquele score eu achei que o doente tinha capacidade para o auto-cuidado se fizesse gestão de esforço' E5 'O que o doente não conseguiu ou gastava mais energia, fui eu que lavei' E5 'Este valor [score EMB] foi importante para complementar os meus cuidados basicamente na gestão de esforço na satisfação das actividades de vida diárias... higiene... tive que acompanhar o doente junto ao leito... tive que lavar as costas, evitar que o doente se agachasse, por exemplo... também na movimentação, nas transferências da cama para a cadeira, da cadeira para a cama... supervisionei, dei apoio, pedi para descansar... forneci a cadeira sanitária junto ao leito, em vez de levá-lo à casa de banho' E8 'o principal benefício desta escala para o doente é ao nível da gestão de esforço nas actividades de vida' E8 'No primeiro dia [score EMB 4], prestei-lhe os cuidados necessários junto ao leito, pus lá o urinol, para que não fizesse tanto esforço a ir à casa de banho... No dia seguinte [score EMB 2] o Sr. já estava independente em todas as actividades' E10
	Promove a independência do doente	'[quando temos valores entre 2 e 3] conseguimos uma certa independência do doente' E1 Tem em conta a capacidade de esforço da pessoa Se for de 5 ou 6 (...) temos que ter em conta a capacidade de esforço da pessoa ' E1
	Suporta a tomada de decisão	'planeamos de uma certa forma' E1 '[permite] planejar actividades de forma a exigir menos esforço do utente' E1 '[o score elevado] implicava que o substituísse no autocuidado, como a lavagem das costas, das pernas' E1 '[o score elevado implicava que se fizessem] pausas para uma melhor recuperação em termos de cansaço' E1 'planejar todas as actividades propostas e de vida diária e instrumentais de acordo com a possibilidade do doente para as realizar' E3 'Decidi, então, que tomaria o seu banho junto ao leito com a minha ajuda' E5 'Depois do banho preocupei-me que o doente ficasse na cama para depois ir para o cadeirão' E5 'o score da escala ajudou-me a decidir' E7 'ajudou-me a planejar melhor os meus cuidados' E7 'para poder gerir melhor os cuidados' E10
	Alerta para a necessidade de reavaliação	'Decidi considerar o score dele, porque observando melhor, o doente tinha alguma dispneia e apesar de nós, enquanto enfermeiros, o acharmos muito melhorado, o doente referia em todos os turnos que estava no 5, nunca referia um valor mais baixo' E5 'se houver valores francamente alterados e que persistam... nós começamos a olhar com outro cuidado para as situações' E6 'se tiver um score mais elevado, vou dar mais atenção' E6
	Permite compreender a percepção do doente	'permitiu compreender a percepção do doente' E4 'sem a escala de borg não conseguiria transmitir duma maneira que nós percebêssemos' E5 'é como a escala da dor... o que para mim é muito forte, para ti é moderado... cada um tem a sua percepção e a escala permite-nos chegar ao que o doente sente' E9

VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA EMB	Permite ter uma ideia da evolução do doente	'permitiu ter uma ideia da evolução desta doente para além da nossa própria avaliação'E4 Estimula a auto-percepção do doente 'apresento a escala da dispneia no sentido do doente reconhecer o cansaço ou a falta de ar'E3 'Ao longo do internamento [mais tarde] este doente referiu-me um nível 3... isto parece-me importante porque ele próprio percebeu que num nível 5 estava mais cansado e com um nível 3 estava menos cansado' E5 'para o doente perceber as suas limitações' E5 '[a EMB] é importante para que os doentes tenham alguma percepção daquilo que está a ser a evolução deles quanto à dispneia' E9
	Promove a aprendizagem do doente	'A doente aprendeu (...) a andar, aprendeu a respirar na higiene e a pedir ou aceitar a nossa colaboração'E4 'também conseguimos que percebesse a importância de usar a cadeira sanitária quando a Borg era mais elevada'E4
	Permite complementar a avaliação do doente	'era um doente que correspondia á avaliação feita do seu estado físico'E2 'esta escala complementa [a avaliação dos outros parâmetros físicos]' E6
Categorias	Sub-Categorias	Unidades de Registo
DESADVANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA EMB	Baralha o doente	'o doente ficou um bocado baralhado porque existem valores muito próximos' E7
	Exige doentes muito colaborantes	'o doente só consegue aprender isto quando é bastante colaborante, com capacidade de apreensão de conhecimentos e de aplicação de conhecimentos' E8
	Não reconhecida como necessária	'o nosso trabalho é mais baseado na observação que nós fazemos na altura, independentemente de valores da escala' E6
	Difícil de compreender em idosos	' numa faixa etária elevada... tenho notado dificuldades na compreensão da escala por parte do doente' E8

ANEXO17 - Relação entre níveis de dependência dos cuidados de enfermagem e Score EMB durante o internamento

2º dia internamento					Alta			
Participante	Score EMB	Nível de dependência nas AVDs*			Score EMB**	Nível de dependência nas AVDs*		
		Higiene	Mobilização	Eliminação		Higiene	Mobilização	Eliminação
1	6	Dep total	Ind	Dep parcial	1*	ind com supervisão		
2	5	Dep total	Dep total	Dep total	0*		Dep parcial	
3	?	Dep parcial	ind	Dep parcial	0*			
4	5	Ind	Ind	Dep parcial	0*			
5	4	Ind	Ind	Dep parcial	0,5*			
6	7	Dep total	Dep total	Dep total	2*			
7	9	Dep total	Dep total	Dep total	3*		Dep parcial	
8	4	Ind	Ind	Ind	0,5*			
9	5	Ind	Ind	Dep parcial	1*			
10	8	Dep total	Dep parcial	Dep total	2		Ind c supervisão	Dep parcial
11	4	Dep parcial	Dep parcial	Dep parcial	1*		Ind c supervisão	
12	6	Dep total	Dep total	Dep total	0,5	Dep parcial	Dep parcial	Dep parcial
13	2	Dep parcial	Ind c supervisao	Dep parcial	0*	Ind	Ind	
14	2	Ind	Ind	Dep parcial	0			
15	2	Ind	Ind	Dep parcial	0,5*			
16	4	Ind	Ind	Ind	0			

Ind - Independente; Dep - Dependente

* De acordo com o Sistema de Classificação de Doentes em vigor no Serviço

** Último score EMB registado, nem sempre coincidente com o dia da alta

NOTA: As células não preenchidas no campo da **Alta** significam que o idoso manteve plano de cuidados de enfermagem

Folheto - Frente

2. Reserve diariamente pelo menos 30 min para o exercício.

3. Relaxe os ombros e comece pelo exercício da respiração.

4. Repita os seguintes movimentos _____ vezes.

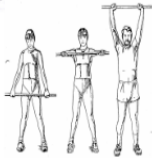
1. Flicta o pescoço expirando. Inspire voltando a posição direita.



2. Gire os ombros em círculos com suavidade, respirando ritmicamente.



3. Incline o tronco ao lado inspirando. Expire voltando à posição de tronco direito.



4. Com bastão, eleve os braços levantando o bastão e inspirando. Expire voltando a posição de partida. Se for difícil levantar o bastão acima da cabeça leve-o apenas à altura dos ombros.



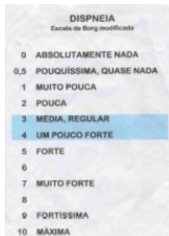
5. Marche no lugar sem pressas, mantendo a respiração rítmica.



5. Caminhe _____ minutos por dia.

6. Em dias alternados faça pedaleira. Comece com _____ min e aumente progressivamente.

7. Deve sentir o esforço como **leve a moderado** (não forte), até 4 na escala de Borg.



SINAIS DE ALERTA

Se tiver alterações na expectoração: cor amarela, verde ou castanha, ou mais espessa

Se tiver falta de ar e as medidas de controle da respiração e posições de alívio não resultam.

Se sentir alguma alteração do estado habitual, contacte o seu médico.

O Serviço de Pneumologia C está disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

CONTACTOS: CHTV: 261 319 300 / Pneumologia C: 261 310 830

Fonte: Almeida et al. (coord.) - Aprenda a viver com a DPOC, Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Matosinhos, sem data.

Elaborado por:

Helga Rafael (enfermeira em estágio de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica) Nov./2010

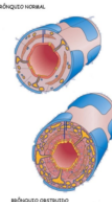
CHTV CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS
CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS
Serviço de Pneumologia C

Viva Bem com a DPOC

(Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)



A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica causa obstrução ou aperto nas vias aéreas (brônquios), provocando a sensação de falta de ar.



Folheto - Verso

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES NO SEU DIA-A-DIA

EVITE

- ✓ TABACO, detergentes de limpeza, perfumes muito intensos.
- ✓ Fumos de exaustão, gases.
- ✓ Emoções: ansiedade, stress.
- ✓ Alterações de temperatura: Calor ou frio extremo, vento, humidade.
- ✓ Infecções respiratórias: Gripe, constipação, bronquite, pneumonia.

ADOPTAR POSIÇÕES QUE REDUZEM A FALTA DE AR



APRENDA A CONTROLAR A RESPIRAÇÃO

1. Coloque uma mão no abdómen.

2. Ao inspirar, o ar deve fazer subir o abdómen.



3. Ao expirar, a mão sobre o abdómen deve descer.

4. Inspire pelo nariz (como se cheirasse uma flor) e expire lentamente pela boca com lábios semi-cerrados (como se soprasse uma vela sem a apagar).



Deve efectuar este exercício

_____ vezes, uma vez por dia.

LEMBRE-SE, BEBA _____ L DE ÁGUA POR DIA

PRATIQUE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

CUMPRE A MEDICAÇÃO ÀS HORAS RECOMENDADAS

CONSERVE A SUA ENERGIA

1. Repouse 30 minutos após as refeições
2. Planeie o dia dentro dos seus limites. Efectue as tarefas nas alturas do dia que sente mais energia.
3. Alterne trabalhos pesados com mais leves.
4. Faça algumas tarefas, se possível, sentado e com cotovelos apoiados. Ex: sente-se para fazer a barba, secar o cabelo, lavar os dentes, ...
4. Use a técnica de "expiração com lábios semi-cerrados" nas actividades de maior esforço. **Expire no esforço**
5. Nas escadas, use o corrimão. Suba lentamente e planeie pausas. Dê o passo a subir expirando com lábios semi-cerrados, e inspire parado.

EXERCITE-SE REGULARMENTE

1. Avalie o pulso antes e depois do exercício. Suspenda a actividade sempre que o seu pulso ficar superior a 100 batimentos/min. No dia seguinte, faça exercício durante menos tempo e vá aumentando progressivamente. Não Desista!

ANEXO 19 - Adenda ao Plano de Cuidados (AGRT)



Projecto Auto-gestão do regime terapêutico no idoso com DPOC

(Adenda ao) PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: *Capacidade para gerir o regime terapêutico comprometida*

Data I início	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA		Data T terminus	OBS.
		M	T		
	CONHECIMENTO DA DOENÇA Ensinar fisiopatologia da doença Ensinar a identificar as manifestações da doença nos sintomas do doente Ensinar o doente a evitar factores de risco da doença/agudizações				
	GESTÃO TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA Ensinar a auto-administração de inaloterapia Ensinar a auto-administração de antibioterapia Ensinar a auto-administração de corticoterapia Ensinar a auto-administração de OLD Ensinar a auto-administração de VNI Estimular auto-administração Supervisionar auto-administração				
	CONTROLE DA RESPIRAÇÃO Implementar plano de exercícios respiratórios, ____ ciclos em cada momento: • Posição de relaxamento • dissociação dos tempos respiratórios, • Posição terapêutica _____				
	GESTÃO DE ESFORÇO Implementar a gestão de esforço nos auto-cuidados, mantendo o seu nível de dispneia entre 3-5 na escala de Borg: • Realizar a higiene pessoal / tomar banho • Usar o sanitário • Vestir-se ou despir-se sentado • Levantar-se / transferir-se • Andar ____ metros com/sem auxiliar de marcha				
	ALIMENTAÇÃO Ensinar regime alimentar adequado (Dieta polifraccionada, variada e em pequenas quantidades, especialmente antes de dormir) Ensinar a realizar reforço hídrico de ____ l/dia Estimular a ingestão hídrica Supervisionar ingestão hídrica				
	EXERCÍCIO FÍSICO Implementar plano de exercícios físicos ____X/semana, com gestão de esforço, ____ ciclos em cada momento (folheto) Ensinar a suspender a actividade se dispneia >5 na escala de Borg: Estimular a realização de exercícios Supervisionar a realização de exercícios				
	GESTÃO DAS AGUDIZAÇÕES Ensinar sinais de alerta • Dispneia • Tosse • Expectoração Ensinar intervenção nas agudizações • Utilização da medicação • Utilização dos serviços de saúde				
	CUIDADOR INFORMAL Ensinar ao membro familiar prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico do familiar nas áreas: _____ _____ _____				

Helga Rafael / 2010

4

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
Curso de Licenciatura em Enfermagem 2009/2013 - Ano Lectivo 2010/2011

UC Enfermagem ao Idoso

Plano de Aula

TEMA:

Comorbilidade e Polimedicação na Pessoa Idosa. Que problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem?

DURAÇÃO: 100 minutos

CONTEXTUALIZAÇÃO:

A transição demográfica a que se assiste actualmente assinala um envelhecimento populacional que atinge todo o mundo. Em Portugal, o crescimento do grupo etário com mais de 65 anos foi de cerca de 35% entre 2001 e 2007, o que representava em 2007 cerca de 18% da população total, prevendo-se que em 2040 as pessoas com mais de 65 anos passem a representar cerca de 29% da população portuguesa (MS, ACS, 2008).

Existe uma incidência crescente de doenças crónicas e incapacitantes, representando em 2005 mais de 60% da causa de morte em todo o mundo (WHO, 2008).

A coexistência de várias doenças crónicas é comum, especialmente na população idosa.

Como resultado da comorbilidade verificam-se limitações físicas, psíquicas e sociais e a polifarmácia.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM:

- Contextualizar epidemiologicamente a problemática da comorbilidade e polimendicação em Portugal.
- Descrever os principais problemas relacionados com os medicamentos nos idosos.
- Analisar os factores que estão na origem da problemática da polimedicação.
- Perceber a atipicidade das doenças crónicas como um factor de relevância na administração duma terapêutica segura.
- Reconhecer a educação para a saúde como uma ferramenta na promoção da adesão ao regime terapêutico.

CONTEÚDOS:

- A problemática da comorbilidade e polimendicação em Portugal.
- Principais problemas relacionados com os medicamentos nos idosos. Critérios de Beers.
- Problemas relacionados com os medicamentos nos idosos.
- Aspectos biofisiológicos do consumo de medicamentos na pessoa idosa.
- A atipicidade das doenças crónicas como um factor de relevância na administração duma terapêutica segura. As doenças cardiovasculares.
- A educação para a saúde como uma ferramenta na promoção da adesão ao regime terapêutico.

METODOLOGIA:

Expositiva

Interactiva (pergunta / resposta)

RECURSOS AUDIOVISUAIS

Apresentações em Powerpoint

Datashow e PC

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FARMÁCIAS – ANF - Analisando o saco de medicamentos dos idosos. Farmácia Observatório; N. 23 (2009).

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. – Pessoas Idosas: Uma abordagem global. Lisboa: LUSODIDACTA, 1995.

BROEIRO, P.; RAMOS, V.; BARROSO, R. - O equilíbrio de um sistema dinâmico complexo : Aplicação do mapa de problemas num caso de morbilidade múltipla. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23 (2007) 217-222.

GALLO, J. et al – Reichel: Assistência ao Idoso – Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2001.

MENDES, Z.; GUEDES, S. et al.– A Terapêutica e Custos no Idoso Polimedicado. Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; Farmácia Observatório; N. 23. (2009)

OLIVEIRA, A. – Polimedicação nos idosos. Jornal Médico de Família, Outubro de 2009 [www.jmfamilia.com]

ROACH, S. – Introdução à Enfermagem Gerontológica.. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.

SANTOS, I. - O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22 (2006) 191-194.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO - 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. (2008).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO – Adherence to long-term therapies: evidence for action, Geneva (2003), acedido em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO– Priority Medicines for Europe and the World. World Health Organization – Department of Essential Drugs and Medicines Policy (2004b) . acedido em <http://www.who.int/>

ORIENTAÇÃO:

Prof. Augusta Grou Moita

Prof. Doutora Idalina Gomes

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
UC Enfermagem ao Idoso

Comorbilidade e Polimedicção na Pessoa Idosa

Que problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem?

Maria Augusta Grou Moita
Helga Rafael

Outubro 2010

Orientação: Prof. Doutora Isolina Gomes

OBJETIVOS

- Contextualizar epidemiologicamente a problemática da comorbilidade e polimedicção em Portugal.
- Descrever os principais problemas relacionados com os medicamentos nos idosos.
- Analisar os factores que estão na origem da problemática da polimedicção.
- Perceber a atipicidade das doenças crónicas como um factor de relevância na administração duma terapêutica segura.
- Reconhecer a educação para a saúde como uma ferramenta na promoção da adesão ao regime terapêutico.

INTRODUÇÃO

- ✓ Mercado envelhecimento Populacional
- ✓ Em Portugal, prevê-se que em 2040 as pessoas com mais de 65 anos passem a representar cerca de 29% da população portuguesa (IS. ACS, 2008).
- ✓ Existe uma incidência crescente de doenças crónicas e incapacitantes, representando em 2005 mais de 60% da causa de morte em todo o mundo (WHO, 2006).
- ✓ A coexistência de várias doenças crónicas é comum, especialmente na população idosa.
- ✓ Como resultado da comorbilidade verificam-se limitações físicas, psíquicas e sociais e a **polifarmácia**.

DOENÇA CRÓNICA NO IDOSO

Figura 4. Distribuição percentual da população residente (65+anos) por tipo de doença crónica seleccionada, por Região (2005/2006)

Fonte: INE/ANSA, 47 INE (2005/2006)

DOENÇA CRÓNICA NO IDOSO

Principais causas de morte, Portugal, 2008
Main death causes, Portugal, 2008

	%	
1ª Doenças do aparelho circulatório	32,3	Diseases of the circulatory system
2ª Tumores malignos	22,9	Malignant neoplasms
3ª Outras causas por doenças	14,2	Other causes resulting from diseases
4ª Doenças do aparelho respiratório	11,1	Diseases of the respiratory system
5ª Sintomas, sinais, exames anormais, de causas mal-definidas	10,6	Symptoms, signs, abnormal findings, ill-defined causes
	%	

INE, Estatísticas da Saúde
INL, Health Statistics

COMORBILIDADE NO IDOSO

Comorbilidade ou morbilidade múltipla

Duas ou mais condições médicas ou processos de doença que coexistem com um diagnóstico inicial.

Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, © 2009, Elsevier

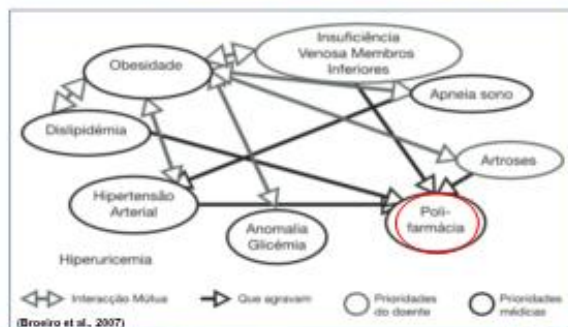
Ocorrência simultânea de várias condições médicas na mesma pessoa.

Fonte: et al., 2005

Um processo de doença concomitante sem relação de causalidade com a(s) já existente(s).

The American Heritage® Medical Dictionary Copyright © 2007, 2004 by Houghton Mifflin Company

COMORBILIDADE NO IDOSO



COMORBILIDADE NO IDOSO



O que é a
polifarmácia
ou a
polimedicação?



POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Polimedicação

- Utilização de medicação para o efeito adverso de outra ou
- Mais de 5 medicamentos associados
- Utilização mínima de 60 dias (critério não validado)
- Medicação à base de ervas ou de aplicação tópica são excluídos desta definição
- Vitaminas e minerais tomados como necessidade básica são também excluídos

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

- Vários estudos, em diferentes contextos, têm demonstrado que o idoso usa uma média de 2-6 medicamentos prescritos e 1-3 medicamentos não prescritos (WHO, 2004b).

A polifarmácia conduz, em muitos casos, a situações evitáveis de eventos adversos, interações medicamentosas, prescrições inapropriadas (WHO, 2004b).

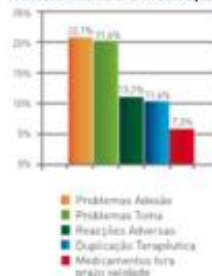
Morbilidade
Perda de Funcionalidade
Perda de Qualidade de vida
Mortalidade
Custos económicos elevados

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Em Portugal:

- Estudo com 5008 idosos
- cada idoso toma em média 7,3 medicamentos, 25 % dos quais tomam 10 ou mais fármacos.
- 46,8% dos doentes tinham algum tipo de problema com a sua medicação.

Problemas com a medicação



(ANF, 2009).

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

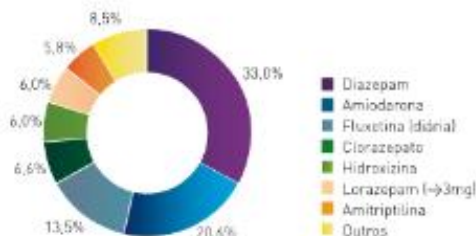
Em Portugal:

- Estudo com 1 597 idosos
- cada idoso toma em média 7,6 medicamentos, 87,5 % dos quais são tomados diariamente.
- custo médio diário de 3.20 euros.
- De acordo com os Critérios de Beers, 20,7% dos idosos tomam pelo menos um medicamento potencialmente inadequado. (Mendes et al., 2009)



POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Medicação potencialmente inadequada segundo os critérios de Beers



(Mendes et al., 2009)

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

OPERACIONALIZAÇÃO PARA PORTUGAL Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados aos Idosos



Identifica os
medicamentos
inapropriados
para idosos

Segundo a
patologia

Independente
da patologia

Quadro 1 - Medicamentos Potencialmente Inapropriados Independentemente da Patologia

FARMACOS E GRUPOS	PREOCUPAÇÕES	GRAU
Benzodiazepinas de curta duração de ação em doses superiores: Alprazolam > 3mg, Bromazepam > 1,5-3mg(37), Brotezolan* > 0,125mg ao deitar (37), Clonazepam* > 0,5mg ao meio-dia(37), Estazolam* > 0,5mg, Flurazepam* > 0,5mg(37), Lorazepam > 3mg, Lorazepam* 1%, Midazolam* 1%, Oxazepam > 60mg, Temazepam > 15mg, Triazolam > 0,25mg	Possui uma meia-vida muito longa no idoso (pode ser de dias) induzindo aumento de sedação e de aumento de incidência de quedas e fraturas. É preferível o uso de BDZ de curta ou média meia-vida.	Elevado
Benzodiazepinas de longa duração de ação: Clonazepam*, Clonazepam*, Clonazepam duplo	Possuem uma longa meia-vida, particularmente no idoso (frequentemente de vários dias), induzindo sedação prolongada e risco aumentado de quedas e fraturas. Quando for necessário	Elevado
Amiodarona	Associada a problemas com o intervalo QT e risco de indução de Torções Pontues. Falta de eficácia no idoso.	Elevado
Digoxina (dose > 0,125 mg/d exceto no tratamento de arritmias)	A redução da depuração renal pode conduzir à acumulação da digoxina e aqumecimento de toxicidade.	Ligeiro

Quadro 2 - Medicamentos Potencialmente Inapropriados Considerando a Patologia

PAATOLOGIA	FARMACOS E GRUPOS	PREOCUPAÇÕES	GRAU
IC	Diuréticos, Fármacos com teor elevado em Na ⁺ , Sais de Na ⁺ (alginate, bicarbonato hidrógeno, citrato, fosfato)	Efeito diurético negativo. Podem potenciar a retenção hídrica e enascerbar a IC.	Elevado
H.T.A.	Frusemida/Sem ADM, Pseudoefedrina, Produtos diet, Anfitrminas	Pode aumentar a PA por actividade simpaticomimética.	Elevado
Úlcer gástrica/duodenal	AAS > 325mg e AINEs (exceto Celebra)	Pode exacerbar úlceras existentes ou induzir novas úlceras.	Elevado
Convulsões/epilepsia	Clozapina, Clonazepam, Tioridazina, Tioridazina (Sem ADM)	Pode baixar o limiar convulsivo.	Elevado

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Problemas relacionados com os medicamentos (PRM) nos idosos



efeitos adversos

Reacção prejudicial não intencional decorrente do uso do medicamento prescrito com finalidade terapêutica



POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Problemas relacionados com os medicamentos (PRM) nos idosos

efeitos secundários

-Ocorrem da acção farmacológica

Interacções

medicamentosas

-Ocorrem quando as propriedades de um medicamento são modificadas pela administração de um outro fármaco

•Diuréticos - hipotensão ortostática, desequilíbrio electrolítico, diarreia, tonturas
•Psicotrópicos - confusão, problemas de equilíbrio
•Laxantes - desidratação, obstipação
•Anti-ácidos - desidratação

A interacção de medicamentos com efeitos farmacológicos opostos origina a supressão do efeito terapêutico
A interacção de medicamentos com efeitos farmacológicos semelhantes origina a potencialização do efeito terapêutico

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

Problemas relacionados com os medicamentos (PRM) nos idosos

Idosos com risco mais elevado de ter PRM

- 85 ou mais anos
- Mais do que 6 problemas de saúde crónicos activos
- Diminuição da função renal
- Baixo peso ou baixo IMC
- 9 ou + medicamentos
- Mais do que 12 tomas de medicamentos por dia
- Reacções adversas prévias

(Adaptado de Bushardt and Jones, 2005; RZ Plamton et al., 2009)

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

O consumo de medicamentos na pessoa idosa

Aspectos biofisiológicos

- Doenças crónicas
- Farmacodinâmica
- Farmacocinética
- Outros factores



Aspectos psico-sócio-culturais

- Factores relacionados com a sociedade
- Factores relacionados com a pessoa idosa

•ABSORÇÃO
•DISTRIBUIÇÃO
•METABOLISMO
•ELIMINAÇÃO

(Borger et al., 1995)

ESEL

UC ENFERMAGEM AO IDOSO

Aspectos biofisiológicos do consumo de medicamentos na pessoa idosa

Farmacocinética

Interferências na ABSORÇÃO

Úlcera gástrica
Vagotomia
Síndrome de má absorção

- Aumento do pH gástrico
- Diminuição da motilidade gastrointestinal
- Diminuição da circulação capilar intestinal
- Diminuição da secreção de enzimas digestivas
- Diminuição do número de células que revestem a mucosa intestinal

(Borger et al., 1995)

ESEL

UC ENFERMAGEM AO IDOSO

Aspectos biofisiológicos do consumo de medicamentos na pessoa idosa

Farmacocinética

Interferências na DISTRIBUIÇÃO

IC
Hipocircunfusão

- Diminuição da massa muscular
- Aumento do tecido adiposo
- Diminuição da água corporal
- Diminuição da albumina sérica
- Diminuição do débito cardíaco

(Borger et al., 1995)

ESEL

UC ENFERMAGEM AO IDOSO

Aspectos biofisiológicos do consumo de medicamentos na pessoa idosa

Farmacocinética

Interferências no METABOLISMO

Hepatite
IC
DHC

- Diminuição da capacidade hepática para inactivar substâncias
- Perda funcional de 30 a 40% da metabolização de drogas
- Prolongamento do tempo de acção dos medicamentos

(Borger et al., 1995)

Aspectos biofisiológicos do consumo de medicamentos na pessoa idosa



(Burger et al., 1995)

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

O consumo de medicamentos na pessoa idosa

- A adaptação psicológica à velhice
- Perda do domínio do ambiente
- As condições de vida – o “comprimido” ajuda a esquecer as situações difíceis
- A atitude de submissão aos médicos
- O alívio da dor – física e psicológica
- A gratuidade de alguns medicamentos
- O acesso aos medicamentos – por receita ou de venda livre

Aspectos psico-sócio-culturais

- Factores relacionados com a sociedade
- Factores relacionados com a pessoa idosa

(Burger et al., 1995)

POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

O consumo de medicamentos na pessoa idosa

Aspectos psico-sócio-culturais

- NÃO ADESAO AO TRATAMENTO
- FALTA DE INFORMAÇÃO
- ERROS
- SOBRECONSUMO DE MEDICAMENTOS
- ACONDICIONAMENTO MEDICAMENTOS
- AUTOMEDICAÇÃO

- Factores relacionados com a sociedade
- Factores relacionados com a pessoa idosa

(Burger et al., 1995)

FACTORES QUE INTERFEREM COM UMA TERAPEUTICA SEGURA E BEM SUCEDIDA

- Dificuldade em reconhecer a necessidade de tratamento (cultural, económica, física, psicológica)
- Apresentação atípica das doenças
- Múltiplas doenças
- Denúncia
- Adesão deficiente (cultural, económica, física, psicológica)
- Polifarmácia
- Suscetibilidade aumentada a reações adversas a medicamentos
- Alterações farmacocinéticas relacionadas com a idade (absorção, distribuição, metabolismo e excreção)

Adapt. de Williams CK. Using medications appropriately in older adults. Am Fam Physician 2002 Nov 15; 66 (10): 1937-24.

COMORBILIDADE no IDOSO

Manifestações Atípicas das doenças no idoso



COMORBILIDADE no IDOSO

Doenças no idoso:

Manifestações...

- Atípicas
- Sintomas inespecíficos
- Início insidioso
- Sub-clínico
- Sintomas não relatados



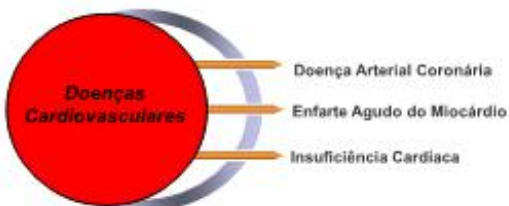
É fácil “perder” um diagnóstico

COMORBILIDADE no IDOSO

Envelhecimento do Sistema Cardiovascular



COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares



COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Doença Arterial Coronária no idoso – manifestações atípicas

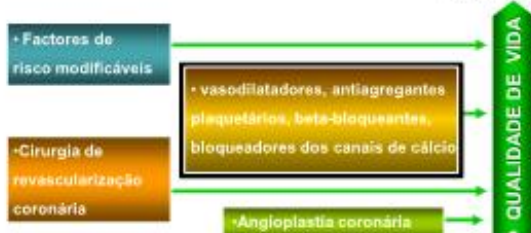


(Oliveira et al., 2019)

COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Doença Arterial Coronária no idoso

Que problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem?



COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Enfarte Agudo do Miocárdio no idoso – manif. atípicas



(Ferreira et al., 2009)

COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Enfarte Agudo do Miocárdio



COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Enfarte Agudo do Miocárdio no idoso



COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Enfarte Agudo do Miocárdio no idoso

Que problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem?



COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Insuficiência Cardíaca no idoso – manif. atípicas

Os pacientes idosos demoram a apresentar sintomas por causa do habitual sedentarismo.

Dispneia (to pernoctas nocturnas), fadiga e intolerância ao exercício, edema periférico compressível são as manifestações mais comuns.

Muito comum: tosse seca, alteração do estado mental, incapacidade para dormir.

Diagnóstico + comum em doentes com + de 80 anos admissíveis no hospital
- Causa frequente de re-hospitalização, baixa qualidade de vida e incapacidade
- Causas mais comuns de ICC no idoso: HTA, doença coronária, EAM, miocardiopatias

Insuficiência Cardíaca na PESSOA IDOSA

(Oliveira et al., 2010)

COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Insuficiência Cardíaca no idoso

• Controlo sintomático

- Avaliar a frequência a ritmo cardíaco
- Avaliar o padrão respiratório (extremidade de pulso, O2)
- Monitor a cabeceira elevada (Fowler ou semi-Fowler)
- Peser diariamente à mesma hora e com o mesmo vestuário
- Incentivar o idoso a evitar a manobra de Valsalva
- Vigiar os efeitos da medicação
- Observar a diminuição da actividade mental ou processo de pensamento
- Restrição do sódio da dieta
- Redução da actividade – o repouso no leito origina complicações relacionadas com a inatividade

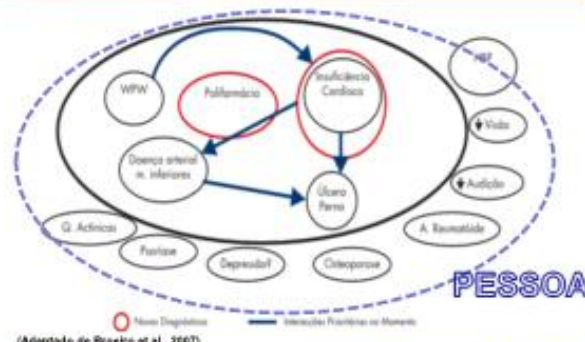
COMORBILIDADE – Doenças Cardiovasculares

Insuficiência Cardíaca no idoso

Que problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem?



COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...



COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...

Intervenção de Enfermagem

Educação para a Saúde



Adesão ao Regime Terapêutico

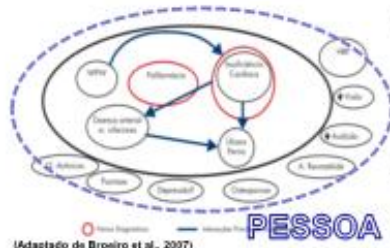
A educação para a saúde pode constituir-se como um processo sistematizado, orientado para utilização de estratégias que permitam o melhor nível de saúde do idoso, respeitando os princípios do envelhecimento activo (WHO, 2003).

COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...



Modelo de Aprendizagem de Comportamento, in ROCHON (1995:38-47)

COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...



CASO PRÁTICO

Idoso 75 anos, independente nas AVDs, viúvo. Frequenta o centro de dia e vive na casa da sua filha, genro e netos com quem mantém uma boa relação.

COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...

Intervenção de Enfermagem

- ❖ Avaliar o grau de adesão com questões não-ameaçadoras;
- ❖ Perguntar sobre os efeitos colaterais da medicação e seus efeitos sobre a qualidade de vida do paciente;
- ❖ Educar os pacientes sobre a sua doença, a importância da adesão, como o tratamento vai ajudar, possíveis efeitos colaterais e como lidar com eles;

COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...

Intervenção de Enfermagem

- ❖ Sugerir pistas e lembretes como cronogramas detalhados, integrando frequência da toma da medicação com hábitos quotidianos, usando caixas de medicamentos e contadores, alarmes, etc;
- ❖ Premiar e reforçar o comportamento de adesão;
- ❖ Incentivar o doente a cultivar relações terapêuticas com os profissionais de saúde

(WHO, 2003).

COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO – um olhar...

Intervenção de Enfermagem

- ❖ Ter em linha de conta possíveis défices visuais e auditivos.
- ❖ Sugerir sistemas de monitorização da auto-administração – em papel ou em caixas diárias ou semanais.
- ❖ Privilegiar métodos não farmacológicos.
- ❖ Envolver a família/pessoas significativas.

COMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

PONTOS A RETER

- ❖ A prevalência e concomitância de doenças crónicas no idoso é uma realidade da qual deriva a polimedicação.
- ❖ A polimedicação acarreta vários riscos para o idoso.
- ❖ Os critérios de Beers são uma ferramenta útil na avaliação da medicação do idoso (intervenção interdependente).
- ❖ A apresentação atípica das doenças é um dos factores que interfere com uma terapêutica segura.
- ❖ Cuidar do idoso polimedicado implica um olhar global.
- ❖ A educação para a saúde é uma intervenção de enfermagem que promove a adesão ao regime terapêutico e minimiza os riscos da polimedicação.

BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FARMÁCIAS – ANF – Análise da taxa de medicamentos dos idosos. *Farmácia Observatório*, N. 25 (2006).
- BERGER, L.; BAILLOUX-PORRUC, D. – *Personas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: LUSODIACTA, 1995.
- BRIZIDO, P.; KANDEL, Y.; BARROSO, R. – O equilíbrio de um sistema dinâmico complexo: Aplicação da rede de problemas num caso de morbilidade múltipla. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 23 (2017) 217-232.
- GALLÓ, J. et al – *Recheio: Análise do Idoso – Aspectos Clínicos do Envelhecimento*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2001.
- MINISTÉRIO – J.; GURCIEL, S. et al – A. *Terapias e Cuidados no Idoso Polimedicação*. Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. *Farmácia Observatório*, N. 23 (2006).
- OLIVEIRA, A. – Polimedicação nos idosos. *Jornal Médico de Família*, Outubro de 2009 (www.jmefamilia.com).
- ROACH, S. – *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.
- SANTOS, I. – O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22 (2008) 191-194.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO – 2005-2015 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2005).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO – *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva (2003). <http://www.who.int/publications/p/96044en>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO – *Priority Medicines for Europe and the World*. World Health Organization – Department of Essential Drugs and Medicines Policy (2004). [acessado em 10/06/2016](http://www.who.int/medicines/p/96044en).
- Fotografias retiradas do GOOGLE Images.



Obrigada pela atenção!

Dyspnea Assessment as a Nursing Intervention Facilitating Therapeutic Regime Management in Elderly Patients With COPD

Helga Rafael Henriques¹; Goreti Rainho²; Idalina Gomes³

¹ Student of Master Degree in medical-surgical nursing (Nursing the Elderly), ESEL; ² Specialist Nurse, Centro Hospitalar de Torres Vedras, Stage Co-Advisor; ³ Ph.D., ESEL, member of the UI & DE, Stage Advisor
E-mail contact: helga.henriques@esl.pt

INTRODUCTION

Aging is associated with multiple perceptual losses, including the ability to detect and interpret physical symptoms. In elderly patients with COPD, dyspnea is one of the most common symptoms. Its recognition is essential to initiate the process of self-management regimen. Transitional care improves the ability of COPD elderly patients to engage in self-care.

PROBLEMATIC

In pulmonology department where we developed our stage, *Therapeutic Regime Management in Elderly Patients with COPD* is a complex problem for which contributing factors associated with the elderly, his life context and the dynamics of the service.

The ability of elderly patients with COPD recognizes changes in your body, specifically for symptoms such as breathlessness, was not assessed.

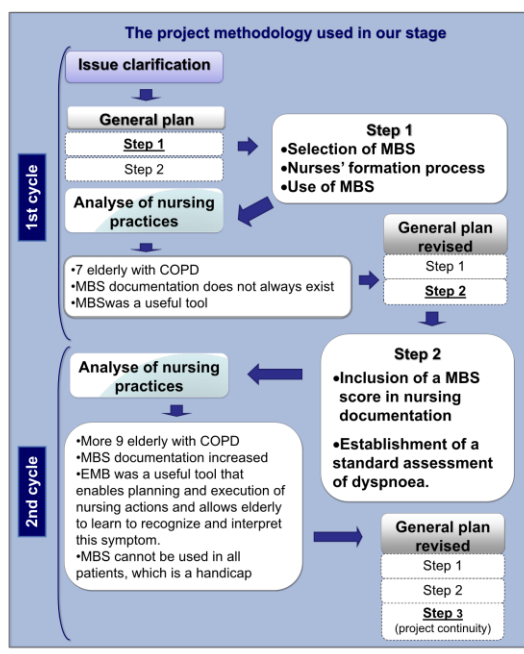
Health education was not used in a structured or systematic way and health education were not documented over the nursing process.

AIM

To implement a systematic evaluation of dyspnea, by the Modified Borg Scale (MBS), in elderly patients with COPD hospitalized in a pulmonology service, aiming a better therapeutic regimen management.

METHOD

The process of implementing followed the project methodology, on a course of action-research logic. Involved all 16 members of nursing team and 16 elderly with COPD, hospitalized from November 2010 to February 2011.

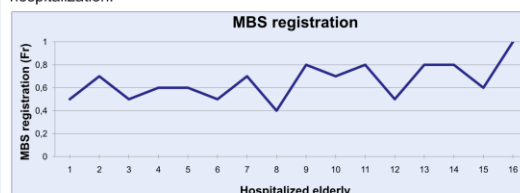


RESULTS

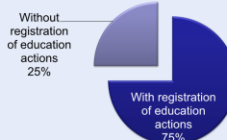
There is a regular use of MBS in assessing breathlessness perception.

MBS interference in various dimensions of person is valued on planning and execution of nursing activities.

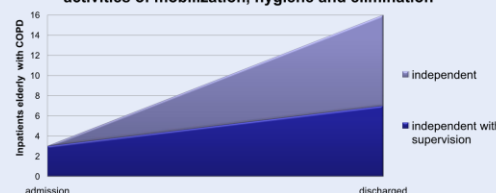
On admission, most of the elderly showed do not know effort management techniques. Elderly increases this behavior during hospitalization.



Registration of nursing activities related to elderly education in order to manage their therapeutic regimen



Observable behavior of effort management in daily life activities of mobilization, hygiene and elimination



CONCLUSION

Assessing dyspnea perception in elderly patients with COPD, through the EMB, promotes a better management of therapeutic regimen. Enables the planning of nursing actions, focusing on person, and allows elderly to learn to recognize and interpret this symptom and manage the effort spend in their life activities.

FUTURE DIRECTIONS

- Further dyspnea assessment in that department, with reevaluation in about 6 months;
- Redesigning delivery method of nursing labor and nursing records
- Collaborate with ESEL in supervising nursing students

MAIN REFERENCES: BERGER, L., MAILLOUX-POIRIER, D. (Ed.) (1995) – *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta. BORG, G. (2000) – *Escala de Borg para a Dor e o Esforço Percorrido*. Editora Manole, São Paulo. SCHUMACHER, K.L., JONES, P. S., MELEIS, A. I. (1999) – *Helping Elderly Persons in Transition: A framework for Research and Practice*, In Elizabeth Swanson & Toni Tripp-Reimer (Ed.) *Life Transitions in Older Adults: Issues for Nurses and Other Health Professionals*. Springer Publishing Company, New York, p. 1-26. RIEGEL, B., DICKSON, V., CAMERON, J., JOHNSON, J. (2010) – *Symptom Recognition in Elders With Heart Failure*. *Nursing Scholarship*, 42(1), p. 92-100. RIEGEL, B., DICKSON, V. (2010) – *Self-care of Heart Failure: A situation-specific theory of Health Transition*. In: MELEIS (ed.) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Springer Publishing Company, p. 320 – 340.