

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa
submetida a cirurgia oftálmica e sua família – A parceria
como intervenção de enfermagem**

Ana Patrícia Valente Torrado

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio


**A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa
submetida a cirurgia oftálmica e sua família – A parceria
como intervenção de enfermagem**

Ana Patrícia Valente Torrado

Orientador: Professora Doutora Idalina Gomes

**Lisboa
2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela sua orientação, disponibilidade e estímulo ao longo deste percurso de aprendizagem.

À Enfermeira Isabel Mesquita e Maria José Leão, pelo seu saber e disponibilidade em colaborarem na orientação deste projeto.

A todos os profissionais da equipa multidisciplinar dos locais em que tive o prazer de estagiar, pelo seu apoio, incentivo e colaboração. Com um especial obrigado aos enfermeiros do serviço de oftalmologia e à Sr.^a Enfermeira Chefe Ana Silva.

Às pessoas idosas e suas famílias, pela forma como aceitaram colaborar no desenvolvimento deste projeto, pela sua amabilidade na partilha da sua vida e pela relação de parceria estabelecida na promoção de um cuidado de enfermagem de qualidade.

À Madalena e à Dulce, companheiras incansáveis deste percurso académico, pela sua força, amizade e apoio, que não permitiram o desvio dos objetivos a que nos propusemos.

À Ana pela sua amizade e em particular à minha família, pelo incentivo e coragem que me deram, assim como, pela compreensão nos momentos mais difíceis.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

Lista de Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

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

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RCCS- Rede de Cuidados Continuados de Saúde

SAM - Sistema de Apoio Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNEC - Singapore National Eye Centre

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization

RESUMO

A pessoa idosa com perturbações da visão, enfrenta diariamente dificuldades na sua vida quotidiana. Quando submetida a cirurgia oftálmica as suas principais preocupações, prendem-se com as necessidades que poderá ter após o seu regresso a casa (Lien, Lin, Kuo & Chen, 2009). A preparação do seu regresso a casa, visa a sua capacitação para assumir o cuidado de Si e a continuidade dos cuidados pós operatórios, tendo em conta os seus contexto, recursos e projetos de vida. Considerou-se pertinente que o projeto contribuísse para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, promovendo uma prática baseada na evidência e na satisfação das suas necessidades. Nesse sentido implementou-se o projeto, que se regeu e norteou pelos princípios implícitos no Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009, 2013) e na Teoria das Transições de Meleis (2010). A metodologia utilizada foi de projeto, o que nos permitiu intervir no problema numa dinâmica de articulação entre a teoria e a prática.

Na recolha de dados, nas fases de diagnóstico e de avaliação, recorreu-se à análise documental de registos, a narrativas e entrevistas, realizando-se a sua interpretação através da análise estatística descritiva e análise de conteúdo.

O desenvolvimento do projeto permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da intervenção à pessoa idosa, e contribuiu para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para um cuidado em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família na preparação do regresso a casa. Foi evidente nos resultados obtidos, uma melhoria significativa na qualidade dos registos de enfermagem, das intervenções educativas realizadas e da validação das competências adquiridas pela pessoa idosa/família. Ficou demonstrado que o cuidado em parceria, enquanto intervenção de enfermagem tem benefícios, ao nível da qualidade dos cuidados de enfermagem e na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica.

Das aprendizagens realizadas, destacam-se: a construção de uma relação em parceria com a pessoa idosa e sua família, o conhecimento da sua singularidade e a avaliação multidimensional, assim como, o desenvolvimento de uma prática reflexiva, a formação e envolvimento da equipa de enfermagem.

Palavras-chave: pessoa idosa, família, parceria, intervenção de enfermagem, cirurgia e regresso a casa.

ABSTRACT

The elderly person with impaired vision faces difficulties every day in its daily lives. When subjected to ophthalmic surgery, its main concerns relate to the needs that it may have after returning home (Lien, Lin Kuo & Chen, 2009). The preparation of returning home, aims at its capacity to take care of itself and continuity of postoperative care, taking into account their context, resources and life goals. It was considered appropriate that the project would contribute to improving the quality of nursing care for the elderly, promoting evidence-based practice and in meeting of the elderly person needs. In this path, the project was implemented, conducted and guided by the principles implicit in the intervention model in Gomes Partnership (2009, 2013) and the Theory of Meleis Transitions (2010). The methodology used was project-based, which allowed us to intervene in the issue in a dynamic link between theory and practice.

In data collection, in the stages of diagnosis and evaluation, we used a documentary analysis of records, narratives and interviews, with an interpretation based on statistical and content analysis.

The project development enabled the development of skills as a specialist nurse in the area of intervention for the elderly, and contributed to the progress of skills in the nursing team to a care based in partnership with the elder subjected to ophthalmic surgery and his family in preparation for returning home.

It was evident in the results a significant improvement in the quality of nursing records, in educational interventions and in the validation of skills acquired by elderly/family person. It has been shown that care based in partnership while nursing intervention has benefits in the quality of nursing care, and the preparation of the elderly submitted to ophthalmic surgery return home.

Of all learnings achieved, the highlights are: building a relationship in partnership with the elder and his family, knowledge of its uniqueness and multidimensional evaluation, as well as the development of reflective practice, training and involvement of the nursing team.

Keywords: elderly, family, partnership, nursing intervention, surgery and return home.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. REVISÃO DA LITERATURA	21
1.1. Implicações da patologia ocular na pessoa idosa e no seu contexto de vida.....	21
1.2. Preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família	23
1.3. A parceria na promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e sua Família	28
2. METODOLOGIA/DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	32
2.1. Metodologia de Projeto.....	32
2.2. Caraterização dos Contextos de Estágio	33
2.3. Considerações Éticas	34
3. ATIVIDADES REALIZADAS, RESULTADOS OBTIDOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	35
3.1. Fase de Diagnóstico.....	36
3.2. Fase de Implementação	49
3.3. Fase de Avaliação	53
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO	59
4.1. Limitações do Projeto	61
4.2. Implicações para a Prática	62
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Instrumentos mobilizados na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	

APÊNDICE II – Estudo de Caso I

APÊNDICE III - Reflexão sobre a experiência de Estágio em Cuidados de Saúde Primários

APÊNDICE IV – Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICE V - Enunciado da Reflexão realizada pelos Enfermeiros, Conteúdo das Narrativas e sua Análise

APÊNDICE VI – Indicadores de Avaliação de Registos de Enfermagem

APÊNDICE VII – Grelha de Observação de Registos de Enfermagem, Análise e Resultados Estatísticos da Avaliação Inicial

APÊNDICE VIII – Guião, Corpo e Análise da Entrevista à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família

APÊNDICE IX – Plano da Sessão de Formação I

APÊNDICE X – Relatório da Sessão de Formação I

APÊNDICE XI – Avaliação da Sessão de Formação I

APÊNDICE XII – Documento Orientador para Sistematização da Avaliação Inicial e conhecimento da Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica

APÊNDICE XIII - Documento Orientador de Registo das Intervenções Educativas desenvolvidas em Parceria com Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e sua Família

APÊNDICE XIV – Estudo de Caso II

APÊNDICE XV – Grelha de Observação de Registos de Enfermagem – Avaliação Final

APÊNDICE XVI – Análise dos Resultados Estatísticos da Avaliação Final dos Registos de Enfermagem comparativamente à Avaliação Inicial

APÊNDICE XVII – Guião, Corpo e Análise da Entrevista à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família após a implementação das Intervenções Educativas

APÊNDICE XVIII – Plano da Sessão de Formação II

APÊNDICE XIX – Relatório da Sessão de Formação II

INDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico - Cuidados de Saúde Primários	36
Quadro 2. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico - Hospital da ARSLVT	39
Quadro 3. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de implementação	49
Quadro 4. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de avaliação	53

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Pós-Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem Lisboa, foi realizado um estágio norteado por um projeto de intervenção clínica, que teve como finalidade o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista¹ e mestre², no cuidado à pessoa idosa.

O relatório de estágio agora apresentado refere-se ao projeto de estágio intitulado: “ A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família – A parceria como intervenção de enfermagem”, realizado no período compreendido entre 28 de setembro de 2015 e 12 de fevereiro de 2016. Contemplou um período inicial de 4 semanas ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo o restante período de estágio desenvolvido num serviço de oftalmologia de um hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Com este projeto pretendemos promover o envolvimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, como parceiros na preparação do regresso a casa, através do desenvolvimento de estratégias que visam a promoção do cuidado de Si.

A nível mundial tem-se verificado um aumento crescente do número de pessoas idosas, resultante do efeito conjugado entre a redução da população jovem em idade ativa e o aumento da esperança média de vida, que conduzem a um envelhecimento global das populações. Segundo a World Health Organization (2014a), perspetiva-se que entre 2000 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos duplique de 11% para 22 %, sendo esperado um número absoluto de pessoas com 60 anos e mais, de 605 milhões para 2 bilhões no mesmo período, tal crescimento corresponderá a 395 milhões de pessoas com 80 anos ou mais (WHO, 2014a). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), Portugal acompanha naturalmente esta tendência de envelhecimento.

¹ Competências comuns de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, que permitam cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra hospitalar (ESEL, 2015). Ao nível dos domínios das aprendizagens profissionais, na gestão de cuidados, da responsabilidade profissional, ético, legal e da melhoria da qualidade (O.E., 2010).

² Competências enfermeiro mestre, na capacidade de análise sobre o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, no desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

Entre os anos de 2008 e 2013 verificou-se que a população idosa aumentou para 19,9%, mais 1,9% em comparação a 2008, a população jovem diminuiu de 15,4% para 14,6%, e as pessoas em idade ativa de 66,6% para 65,6%.

Embora seja um ciclo natural e comum na vida das pessoas, o envelhecimento é um processo ao longo do qual se verificam alterações: neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Estas ocorrem a ritmos diferentes de pessoa para pessoa, e fazem-se sentir aos vários níveis, nomeadamente: do sistema nervoso central e cardiovascular, do sistema musco-esquelético e ósseo, do sistema visual e vestibular (Fechine & Trompieri, 2012; Esquenazi, Boiça da Silva & Guimarães, 2014). Ao nível da visão, os seus efeitos surgem por volta dos 40 anos e acentuam-se de forma mais generalizada a partir dos 60 anos, podendo a diminuição da acuidade visual tornar-se limitadora pela redução dos estímulos ambientais indispensáveis à atividade cognitiva da pessoa idosa (Correia, 2003, Esquenazi, Boiça da Silva & Guimarães, 2014).

As alterações estruturais de maior relevo ocorrem ao nível da córnea, do cristalino e da retina, manifestando-se por: aumento do astigmatismo e visão desfocada; diminuição da capacidade de acomodação do olho, amarelecimento, opacificação e alteração da luz projetada; redução da visão periférica, aumento da sensibilidade à luz e um maior risco de descolamento de retina (Correia, 2003; Moraes, 2008; Ribeiro, Alves, Meira, 2009; Esquenazi, Boiça da Silva & Guimarães, 2014). Podem conduzir ao compromisso da funcionalidade³ da pessoa idosa, ao nível da percepção, da postura e da sua relação com os outros, resultando no aparecimento dos grandes síndromes geriátricos, que se relacionam diretamente com: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfinteriana, imobilidade e incapacidade comunicativa (Moraes, 2008; Moraes, Marino & Santos, 2010).

Segundo Fukuoka, Sutu & Afshari (2016), a presença de catarata e a incapacidade visual provocada por esta, podem estar diretamente relacionadas com a existência de deficit cognitivo na pessoa idosa.

³ A funcionalidade expressa a capacidade de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações) e independência (capacidade de realizar as ações pelos seus próprios meios), que permitem ao individuo cuidar de si, ao nível das atividades de vida diárias básicas e instrumentais (Moraes, 2008).

O tratamento cirúrgico surge como uma resposta a algumas das patologias oculares, das quais se destacam: a cirurgia de catarata, glaucoma e descolamento de retina (WHO, 2004b; Shaw & Lee, 2010; Moorfields Eye-Hospital, 2012, 2014, 2015). Segundo a literatura, antes da cirurgia a pessoa idosa revela preocupações, que se prendem com a eficácia da cirurgia, o prognóstico, o medo da dor e do desconforto que possam vir a sentir, demonstra sentimentos de ansiedade e depressão (Lien et al., 2009). Quando submetida a cirurgia oftálmica, estas preocupações estão diretamente relacionadas com o momento da cirurgia: se vai conseguir estar quieta, não mexer o olho, se vai sentir dor e de como esta decorrerá (se o olho é retirado e recolocado) (Olatunji, Ayanniyi, 2007; Marback, Espíndola, Santhiago, Temporini, & Kara-Junior, 2012; Vieira & Guedes, 2015). Após a realização da cirurgia, as preocupações centram-se nas necessidades que terá no domicílio (Lien et al., 2009).

Na transição do hospital para casa, a pessoa idosa refere, dificuldades na execução de atividades que envolvam mobilidade ou atividades instrumentais de vida diária (compras, cozinhar e limpeza); perda inesperada da capacidade funcional após a alta; e questões físicas do seu domicílio que considera como obstáculos (que não favorecem a sua recuperação) e que induzem a certos níveis de incapacidade (Greysen, Hoi-Cheung, Garcia, Kessell, Sarkar, Goldman, &... Kushel, 2014).

Estudos revelam, que a informação prestada no regresso a casa da pessoa idosa é escassa, no que diz respeito à sua medicação, condição de saúde, assim como, à pouca consideração pelo seu contexto familiar ou como irá lidar com a sua condição de saúde no domicílio (Bobay, Jerofke, Weiss, Yakusheva, 2010).

A prevenção das complicações associadas à cirurgia, a prevenção de infeções, a restrição necessária da atividade física, a adesão e gestão adequada do regime medicamentoso, são competências necessárias à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e à sua família, no sentido de as capacitar para assumir ou assegurar o cuidado no regresso a casa (Shaw & Lee, 2010; Shoss & Tsai, 2013; Moorfields Eye-Hospital, 2014, 2015). Assim, no processo de adaptação à sua nova condição, a pessoa idosa necessita de desenvolver capacidades e conhecimentos que lhe permitam gerir a sua situação de doença, pelo que, o enfermeiro deve desenvolver intervenções que permitam à pessoa idosa alcançar a saúde e bem-estar para realizar a sua transição com sucesso (Meleis, 2010). A pessoa idosa

identifica nos enfermeiros, os profissionais que lhe garantem apoio a nível de informação e ensinamentos, tendo em conta as suas preocupações e dificuldades (Lien et al., 2009). Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos enfermeiros assumirem um papel interventivo, na identificação das necessidades da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica no seu regresso a casa. Devem identificar as suas necessidades durante o período de hospitalização para promover o planeamento de cuidados e a articulação necessária para que a transição hospital - regresso a casa, se realize de uma forma saudável (Greysen et al., 2014).

O envolvimento da família é fundamental neste processo. Devem ser considerados parceiros de cuidados, pois o conhecimento que integram do seu familiar idoso é valioso, quando incluído no processo de cuidados e determinante para garantir uma melhoria a nível do planeamento do regresso a casa, bem como, da tomada de decisão (Lindhardt, Hallberg, & Poulsen, 2008). Um conhecimento multidimensional da pessoa idosa é imprescindível na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, permitirá aos enfermeiros desenvolver uma visão holística da pessoa idosa/família, permitindo a compreensão das necessidades relacionadas com a sua recuperação, favorecendo a orientação das intervenções a desenvolver (Shyu, Chen, Wu & Cheng, 2010).

Os modelos de cuidados garantem benefícios considerados importantes durante as transições vividas pela pessoa idosa. Procuram identificar precocemente os problemas, promovendo a sua resolução ao longo dos diferentes status de saúde, evitando complicações. Têm o potencial para capacitar a pessoa idosa e a sua família para os cuidados necessários, para a segurança e para a resolução de problemas ao longo das várias situações de transição (Enderlin, McLeskey, Rooker, Steinhauser, D'Avolio, Gusewelle, & Ennen, 2013).

Segundo Enderlin et al. (2013), o cuidado em parceria deve estar implícito nos modelos de cuidados e visa promover o envolvimento e responsabilização da pessoa idosa, família e profissionais de saúde no processo de cuidados. Os enfermeiros devem ver na pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica um ser único, responsável pelo seu projeto de vida e saúde. A sua intervenção deve ser desenvolvida em parceria de modo a favorecer a promoção da autonomia e a resolução de problemas das pessoas idosas inseridas no seu ambiente, tal como se ilustra com a seguinte frase (Gomes, 2013).

“ quando o idoso com dependência e vulnerabilidade tem capacidade de autonomia, a estratégia para a construção do processo de parceria no cuidado de enfermagem resulta na construção de uma ação conjunta, que visa capacitar a pessoa para assumir o controle do cuidado de si.” (Gomes, 2007,p.110)

Segundo Gomes (2013), no processo de parceria a partilha de conhecimento é essencial, a pessoa idosa/família devem ser investidas de saber, que lhe permita definir prioridades, fazer escolhas e tomar decisões acerca do seu plano de cuidados, decidindo qual a sua trajetória de vida. O enfermeiro promove um ambiente facilitador de uma relação de confiança, onde desenvolve uma escuta ativa, esclarece dúvidas, mostra disponibilidade para informar sobre os tratamentos e potenciais complicações e promove a aquisição de competências na pessoa idosa/família. Baseia a sua intervenção num processo dinâmico e negociado com a pessoa idosa/família, constrói uma relação de parceria, na qual identifica as suas singularidades, particularidades e capacidades potenciais (muitas vezes ignoradas pela pessoa), e numa ação conjunta desenvolve esforços que promovam na pessoa idosa o desenvolvimento das suas capacidades reais, para assumir o cuidado de Si ou na sua família as competências para assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013). A preparação do regresso a casa, surge então como uma importante estratégia de cuidados, que quando realizada com qualidade, tem um forte impacto na redução do número de visitas ao serviço de urgência e nas taxas de reinternamento (Coleman et al., 2004; Naylor & Keating, 2008; Bobay et al. 2010; Shyu, Kuo, Chen, & Chen, 2010; Naylor, 2012; Rebelo, 2012).

Perante este conhecimento, procurámos conhecer a realidade do serviço de oftalmologia, onde iríamos realizar o estágio e a implementação do projeto. No serviço em questão, asseguram-se em contexto de internamento, cuidados ao adulto e pessoa idosa, com necessidade de cirurgia oftálmica. Percebemos, que existia uma preocupação na avaliação das dependências, capacidades e competências da pessoa idosa para a aquisição de novos conhecimentos, no entanto, a forma como estas eram identificadas e os instrumentos de avaliação multidimensional utilizados, não se encontravam explicitados. O conhecimento que os enfermeiros evidenciaram da pessoa idosa não era sugestivo de uma prática de cuidados de enfermagem em parceria. Embora fosse uma preocupação, não era evidente a validação de conhecimentos e competências, por parte da equipa de enfermagem à pessoa idosa ou à sua família.

Ao analisarmos as nossas atuais competências e experiência profissional (de 18 anos), sempre orientada para a prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa em situação cirúrgica, consideramos ter desenvolvido um conhecimento aprofundado desta população, e competências que nos colocam no nível de Perita de acordo com o Modelo de Dreyfus. Este nível é atingido, quando o enfermeiro apreende as situações de uma perspectiva global sem, excluir na sua intervenção uma série de alternativas possíveis e agindo de modo intuitivo (Benner, 2001). No entanto, ao nível dos cuidados especializados à pessoa idosa encontrávamo-nos em níveis iniciais de desenvolvimento, acordo com Benner (2001). Assim, considerámos pertinente desenvolvermos um projeto que contribuísse para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, promovendo uma prática baseada na evidência e na satisfação das suas necessidades, ao mesmo tempo, que procurámos ir ao encontro do sentir da equipa de enfermagem, colmatando assim, uma necessidade do serviço.

Para atingir esse fim, considerámos pertinente definir dois objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeira especialista na área da intervenção à pessoa idosa, na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família na preparação do regresso a casa; e contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para um cuidado em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família na preparação do regresso a casa.

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: na introdução, apresentamos o tema e justificamos a sua pertinência no contexto onde foi desenvolvido e os seus objetivos gerais; seguindo-se, no primeiro capítulo a revisão da literatura que orientou a prática de cuidados ao longo do estágio; no segundo capítulo a descrição da metodologia utilizada na implementação do projeto e descrição das atividades, assim como, os resultados e competências desenvolvidas; no quarto capítulo são apresentadas em forma de reflexão as competências adquiridas, implicações que a implementação do projeto/estágio teve para na prática de cuidados de enfermagem e as limitações do mesmo. Por último a conclusão, seguida da apresentação da bibliografia consultada, que obedeceu à norma da American Psychological Association (APA).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresentamos a revisão da literatura que fundamentou o projeto de estágio e deu suporte às intervenções implementadas. As evidências científicas, são um recurso disponível que sustenta as práticas, desde as decisões clínicas de diagnóstico, às intervenções e resultados (Cruz & Pimenta, 2005). Assim, começamos por analisar as implicações da patologia ocular na pessoa idosa e seu contexto de vida, as suas necessidades na preparação do seu regresso a casa após cirurgia oftálmica e a importância da parceria na promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, tendo o Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013), como norteador da intervenção de enfermagem.

1.1. Implicações da patologia ocular na pessoa idosa e no seu contexto de vida

Na população mundial, 65% das pessoas com mais de 50 anos, apresentam patologia ocular, assim, com o aumento da longevidade maior número de pessoas estarão em risco de desenvolver doenças oculares crónicas ou associadas ao processo de envelhecimento. A miopia, hipermetropia ou astigmatismo são responsáveis por 43% das principais causas de diminuição da acuidade visual, 33% estão associadas ao aparecimento de catarata e 2% ao glaucoma (WHO, 2014b).

Em Portugal para além das patologias acima referidas, uma em cada 10 pessoas com mais de 65 anos tem ainda diagnósticos associados à retina, nomeadamente, a degenerescência macular relacionada com a idade (DGS, 2005) .

A degeneração macular e a catarata (esclerose do cristalino), surgem como as principais causas de cegueira nos idosos (Moraes, 2008). Como forma de garantir o decréscimo da incapacidade visual nas populações têm sido deliniados programas a nível internacional e nacional. A WHO recomenda, através do “Universal eye health: a global action plan 2014 – 2019” a melhoria da saúde dos olhos, a redução da deficiência visual evitável e o acesso seguro a serviços de reabilitação, tendo como objetivo global, reduzir a prevalência da deficiência visual evitável em 25% até 2019. A nível nacional a Direção Geral de Saúde (2005), através do seu “Programa

Nacional para a Saúde da Visão” procura de igual forma, de prevenir a cegueira (evitável), preservar e restaurar a melhor visão possível da população, promovendo a acessibilidade a cuidados oftalmológicos atempados e adequados, garantindo o acesso a consultas e cirurgias, tendo num dos seus objetivos a redução da propoção de problemas de saúde determinantes na perda de funcionalidade e independência das pessoas com 55 e mais anos.

Para Meireles et al. (2010), as alterações da acuidade visual condicionam a percepção que a pessoa idosa tem do seu corpo, do ambiente que a rodeia e de que forma ela própria se posiciona nesse mesmo ambiente.

Ao contribuírem para a instabilidade estática e dinâmica do corpo, as alterações da visão aumentam a probabilidade de desequilíbrio e o risco de quedas (Moraes, 2008; Meireles et al, 2010; Esquenazi, Boiça da Silva & Guimarães, 2014).

Segundo Moraes (2008), a funcionalidade e bem-estar da pessoa idosa,

(...) representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (refere-se a capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o individuo cuide de si (AVD básicas) e de sua vida (AVD instrumentais). (Moraes, 2008, p.156)

A pessoa idosa com perturbações da visão, enfrenta diariamente dificuldades ao nível dos vários domínios da sua vida quotidiana. A diminuição da acuidade visual, interfere diretamente na autonomia da pessoa idosa, limita a realização das atividades instrumentais de vida, e das suas necessidades básicas de acordo com a incapacidade existente (Moraes, 2008; Meireles et al., 2010; Esquenazi, Boiça da Silva & Guimarães, 2014). A perturbação da funcionalidade da pessoa idosa ao nível da autonomia (capacidade de decisão) e da independência (capacidade de execução), interferem no domínio: da cognição (reconhecimento de estímulos visuais, percepção do espaço e dos objetos), do humor (aceitação, depressão), da mobilidade (percepção do meio em redor, instabilidade corporal) e da comunicação (relação com os outros, capacidade de comunicar) e resulta no aparecimento das grandes síndromes geriátricas (Moraes, 2008; Moraes, Marino & Santos, 2010). Para os autores o idoso é considerado uma pessoa saudável quando apesar das suas doenças é capaz de funcionar sozinho, de uma forma independente e autónoma no seu dia-a-dia.

Quando em situação de maior vulnerabilidade, o idoso necessita de cuidados na realização das tarefas do seu quotidiano, tais limitações devem ser percebidas

pelo idoso, familiares e equipe de saúde, (Moraes, 2008). A família é um elemento fundamental a nível do bem estar biopsicossocial da pessoa idosa, sendo considerada como a principal instituição cuidadora da pessoa idosa (Petronilho, 2007; Moraes, Marino & Santos, 2010; Rebelo, 2012). O seu envolvimento deve ser promovido no processo de cuidados, e o seu conhecimento valorizado (Lindhardt, Hallberg, & Poulsen, 2008).

A necessidade de hospitalização da pessoa idosa com patologia ocular pode surgir, quando a resposta à doença passa por um tratamento cirúrgico (WHO, 2004b; Moorfields Eye-Hospital, 2012, 2014, 2015). Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, deve ter um conhecimento multidimensional da pessoa idosa, identificar o mais precoce possível as suas necessidades e da família, para que as suas intervenções assegurem que a pessoa idosa/família, possam ser capacitadas para lidar com a sua situação de saúde, promovendo o seu regresso a casa, prevenindo complicações e reinternamentos (Coleman et al., 2004; Naylor & Keating, 2008; Bobay et al., 2010; Shyu, Kuo, Chen, & Chen, 2010; Naylor, 2012; Rebelo, 2012; Enderlin et al., 2013).

1.2. Preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família

Na preparação do regresso a casa da pessoa idosa/família, os profissionais de saúde, tendem a centrar a sua prática de cuidados e modelos de transição em aspetos muito tradicionais (Greysen et al., 2014). O planeamento do regresso a casa não é frequentemente desenvolvido durante o internamento, as orientações dadas à pessoa idosa e sua família no momento da alta fazem-se de forma mecânica, associada à entrega de uma receita médica, sem ter em conta as necessidades da pessoa (Pompeo, Pinto, Araújo & Poletti, 2007). Quando submetida a cirurgia, a pessoa idosa vivência experiências que tendem a aumentar: a ansiedade, a incerteza, a insegurança; compreendem sentimentos de abandono (quando deixam a segurança do lar), o medo (da anestesia, da cirurgia, da dor, da morte, de não reter a informação necessária para a continuidade de cuidados, de não voltar a fazer o que fazia antes) e a angústia relacionada com recuperação e melhoria da sua

qualidade de vida (Fighera & Viero, 2005; Lien et al, 2009; Marques, 2011; Daian, Petroianu, Alberti, & Jeunon, 2012).

Concretamente na pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica as principais preocupações relacionam-se com o medo: da possibilidade de perda ou agravamento da visão, das complicações cirúrgicas, de não conseguirem controlar os movimentos do olho durante a cirurgia, da dor durante o procedimento, da anestesia, da morte e do medo que o olho seja retirado, operado e depois recolocado (Olatunji, Ayanniyi, 2007; Marback et al., 2012; Vieira & Guedes, 2015).

Durante o processo de hospitalização, cirurgia e regresso a casa a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, passa por vários processos de transição geradores de vulnerabilidade e fragilidade (Meleis, 2010).

Em relação à pessoa idosa deve ser considerada uma avaliação multidimensional, que relacione dimensões como: múltiplas comorbilidades, mobilidade (reduzida), deficit cognitivo, audição, ansiedade, literacia e suporte familiar, que podem condicionar ou dificultar a sua recuperação (Naylor, Fann, Bowles, Bixby, 2005; Naylor, Keating, 2008; Bobay et al. 2010, Shyu, Chen, Wu & Cheng, 2010; Naylor, 2012). A gestão do regime medicamento em especial, exige por parte da pessoa idosa uma gestão de competências: na aquisição da medicação, no seguir a prescrição (tomar a horas certas, a dose certa) e na habilidade mecânica para proceder à sua administração (aplicação de colírios). No entanto, estas capacidades podem estar comprometidas em função do declínio físico ou cognitivo da pessoa (Henriques, 2013). Para além destes fatores, é importante não esquecer que a visão da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica também não se encontra completamente restabelecida no momento da alta, a sua visão, mobilidade e perceção encontram-se ainda limitadas (Bobay et al. 2010; Moorfields Eye-Hospital, 2014, 2015). Devem respeitar as restrições físicas e posicionamentos, mas a sua capacidade de reter informação compromete muitas vezes estas indicações, conduzindo ao aumento da pressão intraocular e outras complicações cirúrgicas (Bobay et al. 2010; Shaw & Lee, 2010; Moorfields Eye-Hospital, 2014, 2015).

Após a cirurgia a pessoa idosa demonstra preocupações com as necessidades que terá após o regresso a casa, pois apresenta uma perda inesperada da sua capacidade funcional que dificulta a interação com os outros e

com o meio envolvente, podendo conduzir ao seu isolamento (Lien et al., 2009; Greysen et al., 2014). Segundo Enderlin et al. (2013), a pessoa idosa tem uma maior probabilidade de realizar transições de uma forma negativa. Esta tendência está diretamente relacionada com questões de: comunicação, partilha de informação, processo de educação da pessoa idosa/família, reconciliação terapêutica e continuidade dos cuidados.

Quando as transições vividas pela pessoa estão relacionadas com o contexto saúde ou doença, ou quando as respostas mobilizadas se manifestam por comportamentos associados com a saúde, então estas recaem no domínio de enfermagem, legitimando a sua intervenção (Meleis, 2010). Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, desenvolver uma escuta ativa e esclarecer dúvidas, disponibilizando tempo para informar sobre os tratamentos e potenciais complicações (Lien et al., 2009).

A pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica reconhece a família e os profissionais de saúde como grupos de quem recebe apoio. A família por garantir e proporcionar apoio a nível emocional, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros por proporcionarem o apoio e suporte necessários a nível da informação e ensinamentos (Lien et al., 2009). Se neste processo, os enfermeiros tiverem a capacidade de partilhar o seu poder com a pessoa idosa/família a quem prestam cuidados, e as escutarem, então estarão a desenvolver as condições adequadas para a promoção da aprendizagem e adaptação aos desafios da saúde, permitindo que em conjunto se vençam dificuldades (Petronilho, 2007; Rebelo, 2014).

O conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e o envolvimento da sua família são fundamentais, para um cuidado de qualidade. A realização da avaliação multidimensional permite desenvolver uma visão holística da pessoa idosa e dos seus contextos (vida, saúde e doença), favorecendo o planeamento do regresso a casa de uma forma orientada e individualizada, através da implementação de intervenções educativas variadas (Lindhardt, Hallberg, & Poulsen, 2008; Lien et al., 2009; Shyu, Chen, Wu & Cheng, 2010; Gomes 2013). Na promoção de uma transição bem-sucedida, a comunicação é determinante. Os enfermeiros devem estar despertos para as necessidades existentes de alfabetização em saúde, quando desenvolvem um cuidado em parceria com a pessoa idosa e sua família (Enderlin et al., 2013). Este autor, define literacia em

saúde como: a capacidade de obter e compreender informações básicas de saúde, conhecimentos dos serviços e capacidade de tomar decisões apropriadas; a este nível, as pessoas idosas são um grupo especialmente vulnerável, não devendo ser desvalorizadas as suas alterações visuais, auditivas e cognitivas.

Quando submetida a cirurgia oftálmica a pessoa idosa experiência uma transição, uma mudança na sua condição de saúde, nas suas expectativas e habilidades, é primordial que adquira novos conhecimentos, e modifique comportamentos que facilitem a sua transição (Meleis, 2012). Deve compreender a importância dos cuidados a manter: cuidados com o banho, com os movimentos bruscos, prevenir quedas, higiene das mãos, cumprir posicionamentos, restrições das atividades e a aplicação de colírios (Shaw & Lee, 2010; Shoss & Tsai, 2013; Portes, Silva, Vieira, Santos, Moraes, 2014; Moorfields Eye-Hospital, 2012, 2014, 2015)

Segundo Pompeo et al. (2007), as orientações realizadas à pessoa idosa tendem a ser feitas de forma mecânica e apressada. Os autores defendem ainda, que no momento da alta a ansiedade e o desejo de ir para casa, poderão conduzir à falta de concentração da pessoa idosa ou da sua família, levando à ineficácia da orientação para a alta. A intervenção do enfermeiro é estratégica na partilha de informação, a sua ação visa capacitar a pessoa idosa/família de conhecimentos e competências que garantam a continuidade dos cuidados com segurança no momento do regresso a casa (Bobay et al., 2010;Rebelo, 2012).

A alta deixa então de ser um momento, e passa a ser considerada um processo necessário a implementar – preparação do regresso a casa – promovendo a adaptação da pessoa idosa e sua família a novos desafios de saúde, desde a sua admissão no hospital até à sua integração no contexto familiar (Petronilho, 2007; Rebelo, 2012).

Rebelo (2014, p.60), descreve esta experiência como “Regressar a si mesma, isto é, poder cuidar de si, ocupar o seu lugar, poder olhar e permitir ver-se a si mesma na sua diferença, no seu espaço”.

A preparação do regresso a casa, é um processo que se deve iniciar no momento da admissão. Durante o internamento devem ser identificadas as necessidades da pessoa idosa/família, devendo as mesmas ser tidas em consideração no momento do planeamento da alta (Pompeo et al., 2007;Petronilho,

2007; Morais, 2010; Naylor, 2012; Rebelo, 2012). Exige por parte do enfermeiro um conhecimento profundo da pessoa idosa nas suas várias dimensões, pelo que é pertinente uma colheita de dados com identificação das necessidades reais da pessoa, condições socioeconómicas do contexto familiar, recursos materiais e rede de suporte (Petronilho, 2007; Shyu, Chen, Wu & Cheng, 2010; Gomes, 2013).

O enfermeiro deve, como forma de capacitar a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família para o seu regresso a casa, desenvolver uma prática de cuidados, baseada num processo de parceria, com base no consentimento informado, no respeito mútuo e no reconhecer que a pessoa idosa tem direito a participar nos seus cuidados (Gomes, 2013).

Quando os enfermeiros procuram num modelo de cuidados, orientação para o processo de transições da pessoa idosa, dão um passo a nível da melhoria da qualidade dos cuidados, da segurança e dos ganhos em saúde para a pessoa idosa e família (Enderlin et al., 2013). Na sua prática de cuidados o enfermeiro especialista deve aceder à evidência científica, integrar novos conhecimentos, divulgá-los e introduzi-los na área da prestação de cuidados (O.E., 2010).

Os enfermeiros asseguram que a pessoa idosa realiza as suas transições com sucesso, quando na sua intervenção desenvolvem uma abordagem sistemática e individual dos cuidados, em parceria com a pessoa idosa/família, tendo em conta as suas necessidades sensoriais, cognitivas e literacia em saúde (Naylor, Fann, Bowles, Bixby, 2005; Bobay et al. 2010; Naylor, 2012; Enderlin et al., 2013, Gomes, 2013).

1.3. A parceria na promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família

Durante o seu percurso de hospitalização para cirurgia oftálmica até ao seu regresso a casa, a pessoa idosa vivência várias mudanças, sentimentos e transições. Para Meleis (2010, p.25) transição é “ passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para o outro”. Indica mudança, quer seja na condição de saúde, nos relacionamento, nas expetativas criadas ou nas capacidades da pessoa.

Para que a transição ocorra de forma saudável, algumas condições devem estar asseguradas: o nível de conhecimento e habilidades da pessoa idosa, o planeamento e saber o que esperar, são elementos necessários (Schumacher & Meleis, 1994).

Durante a hospitalização a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, vivenciam múltiplas transições: de desenvolvimento (associadas ao seu processo individual de envelhecimento), de saúde-doença (tendo em conta o prognóstico da situação – recuperação da visão), situacional (sentimento de abandono no hospital e a incerteza de voltar a casa) e organizacionais (associadas à reorganização dos papeis familiares). A utilização de modelos de cuidados, garante benefícios durante as transições vividas pela pessoa idosa. Promovem a identificação precoce dos problemas e das necessidades da pessoa idosa/família e têm o potencial para capacitar a pessoa idosa/família para os cuidados necessários, para a segurança e resolução de problemas ao longo das várias situações de transição (Enderlin et al., 2013).

Para que a pessoa idosa/família se tornem parceiros no cuidado, devem ser capacitados de confiança, habilidades e conhecimento (Bond, Blenkinsopp & Raynor, 2012). Para tal, é fundamental o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de confiança entre o profissional de saúde a pessoa idosa/ família, que assente no respeito pelas crenças e valores, na compreensão e partilha de conhecimentos (McCormack, 2003).

Numa abordagem em parceria está implícito, a partilha de informação, o envolvimento e responsabilização da pessoa idosa/família e do enfermeiro no processo de cuidados, procurando desenvolver estratégias ao nível: do

conhecimento da pessoa idosa, da identificação de capacidades, dos recursos existentes e do planeamento da alta (Enderlin et al., 2013). Requer por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a aquisição de novas habilidades e competências, assim como, a compreensão do projeto de vida da pessoa idosa, a sua necessidade de treino e suporte (Bond, Blenkinsopp & Raynor, 2012).

A identificação com a pessoa idosa e a sua família, do que para eles possa representar um problema e quais as suas intenções, permite elaborar em conjunto, um projeto de cuidados que permitirá a manutenção dos mesmos após o regresso a casa (Collière, 2003).

Quando a pessoa idosa com dependência e vulnerabilidade tem capacidade de autonomia, o enfermeiro deve procurar desenvolver um processo de parceria no cuidado de enfermagem, através da construção de uma ação conjunta que tenha por objetivo capacitá-la, para assumir o controlo do cuidado de Si, no regresso a casa após cirurgia oftálmica (Gomes, 2013). Quando a pessoa idosa não possui autonomia para assegurar o controlo do seu cuidado, a família surge como principal agente da continuidade dos cuidados (Petronilho, 2007).

Na sua intervenção os enfermeiros, devem promover a integração da pessoa idosa e sua família no processo de cuidados, para que desempenhem um papel ativo nas tomadas de decisão relacionadas com o seu projeto de vida e saúde (Bond, Blenkinsopp & Raynor, 2012; Gomes, 2013).

Daí a importância “de se desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (Gomes, 2007, p.106).

Naquele que é o conceito central de uma relação de parceria, o Cuidado de Si, tem implícito: tomar conta de si, o desenvolvimento da singularidade da pessoa, definir prioridades e fazer escolhas, tomar decisões no seu plano de cuidados e decidir qual a sua trajetória de vida de acordo com o seu projeto de vida-saúde (Gomes, 2009, 2013).

Na construção do Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria para a promoção do cuidado de Si, Gomes (2009, 2013) contemplou 5 fases de desenvolvimento na relação de parceira entre a pessoa idosa/família e o enfermeiro.

Embora interligadas entre si, a intervenção do enfermeiro não é estanque entre elas o que permite a qualquer altura retroceder no processo de acordo com a sua avaliação e necessidades identificadas:

- Revelar-se: o enfermeiro dar-se a conhecer e procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, com o objetivo de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida, para que cuide de Si em qualquer que seja a circunstância;

- Envolver-se: criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecer de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro da pessoa e criar uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se, nesta fase o enfermeiro identifica o que é de singular na pessoa idosa para mobilizar esse conhecimento na ação e relação;

- Capacitar ou possibilitar: é a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, pressupõe um processo informado, reflexivo e negociado com partilha de responsabilidade e onde o enfermeiro recorre ao conhecimento que já detinha da pessoa e da sua experiência de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia;

- Comprometer-se: são desenvolvidos de esforços no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa, procura-se a transição progressiva entre as capacidades potenciais e reais da pessoa idosa;

- Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou Assegurar o cuidado do Outro: a pessoa idosa assume o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, detém informação e consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar, ou quando a família adquire capacidade para ajudar a cuidar.

Ao refletir sobre a nossa prática, e estendendo a reflexão à equipa de enfermagem, verificamos que não existe um conhecimento aprofundado da pessoa idosa a quem prestamos cuidados, no momento da alta, as informações prestadas, estão mecanizadas e não vão ao encontro às necessidades individuais de cada pessoa. Ao contrário do que se pretende com um cuidado em parceria, em que o

enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, desenvolver competências para que seja capaz de assumir o cuidado Si, mantendo-se como um recurso disponível, o que confere à pessoa idosa e sua família um sentimento de tranquilidade (Gomes, 2013). A intervenção de enfermagem em parceria parece ser determinante na promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

2. METODOLOGIA/DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo, pretende-se desenvolver o tipo de metodologia utilizada na realização do projeto e apresentar os contextos de estágio em que o mesmo se desenvolveu. Verifica-se a descrição e fundamentação das atividades desenvolvidas, os seus resultados e as competências adquiridas com a sua realização.

2.1. Metodologia de Projeto

O desejo de querer contribuir com uma solução para um problema identificado em contexto de trabalho, fez-nos optar por uma metodologia de trabalho de projeto.

Considera-se projeto, um plano de trabalho que procura de forma organizada a resolução/estudo de um determinado problema, que constitui uma preocupação para o interveniente que o realiza (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Não tem por base apenas a investigação do problema, mas também, a tentativa de intervir; baseando-se na evidência científica para atingir a sua resolução, encontrando-se o seu nível de desenvolvimento muito próximo da investigação-ação; (Ruivo et al., 2010).

O seu princípio centra-se na resolução de problemas, sendo que através dele se adquirem capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo et al., 2010, p.3).

Realizou-se num serviço de oftalmologia de um Hospital ARSLVT, contexto em que exercemos. A formação quando realizada em contexto de trabalho permite-nos desenvolver competências que englobam: performances nas tarefas, autoconsciência e auto controlo, desenvolvimento pessoal, trabalho de equipa, performance num papel, conhecimento e perícia académica, tomada de decisão e resolução de problemas, assim como, capacidade de avaliação e julgamento (Eraut, 2008).

Baseia-se não só na investigação de um problema, mas também, na intervenção e estabelece uma relação de dinâmica entre a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010). O projeto contempla 5 fases de desenvolvimento:

- Diagnóstico da situação, é nesta fase que se procura identificar o problema existente, é um processo contínuo onde se verifica uma recolha de dados de forma

objetiva e qualitativa que conduzirá à definição das necessidades sentidas e das atividades a desenvolver;

- Definição dos objetivos, determina-se o objetivo geral e específico, estes devem ter em conta a resolução do problema identificado, ser: precisos, perceptíveis, exequíveis e mensuráveis;

- Planificação das atividades, de acordo com o problema identificado e objetivos definidos, procede-se ao planeamento das atividades, determinam-se as estratégias a desenvolver e os meios necessários para a sua realização ou implementação, assim como, os indicadores que permitiram a avaliação;

- Execução das atividades planeadas, fase em que se realizam as atividades definidas, articulando os recursos humanos envolvidos e materiais necessários (possíveis);

- Avaliação; implica na sua realização uma comparação estreita entre os objetivos inicialmente definidos e os concretizados, caracteriza-se por ser um processo contínuo, e rigoroso;

- Divulgação dos resultados; após a realização de todas as fases anteriores é importante o seu registo, através da reação do relatório final e a divulgação dos resultados junto dos parceiros envolvidos.

2.2. Caraterização dos Contextos de Estágio

Numa primeira fase, o estágio compreendeu um período de 4 semanas (de 28 de setembro de 2015 a 23 de outubro de 2015) a nível dos cuidados de saúde primários, e que se realizou numa UCC inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa e Vale do Tejo. A sua capacidade total, atinge o máximo de 40 utentes “internados”, sendo a sua equipa multidisciplinar formada por: 5 enfermeiros (1 enfermeira especialista de reabilitação), 1 técnica superior do serviço social, 1 fisioterapeuta. Os participantes nesta fase do estágio, foram as pessoas idosas internadas à data na UCC.

Uma segunda fase do estágio foi desenvolvida num serviço de oftalmologia de um Hospital ARSLVT, no período de 26 de outubro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016. Encontra-se dividido em duas áreas: ambulatório (urgência, consulta externa, exames e cirurgia de ambulatório) e internamento (enfermaria de 9 camas - onde se

realizou o estágio). A equipa multidisciplinar é formada por 15 enfermeiros (Enfermeira Chefe, 1 enfermeira especialista em médico-cirúrgica vertente pessoa idoso e 13 enfermeiros), 17 médicos oftalmologistas, 4 internos da especialidade, 5 técnicos ortoptistas, 11 assistentes operacionais e 4 assistentes administrativos. A nível da prestação de cuidados de enfermagem a distribuição dos enfermeiros obedece ao método individual. No desenvolvimento do projeto colaboraram, 11 pessoas idosas (5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino) com uma média de idades de 75,6 anos submetidas a cirurgia oftálmica durante o período de estágio e suas famílias, a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

2.3. Considerações Éticas

Para a realização deste estágio e implementação do projeto em particular, foram asseguradas as autorizações necessárias para a sua realização, pela Direção de Enfermagem, pela Sr^a Enfermeira Chefe, pelo Conselho de Administração, pelo Diretor Clínico e pela Comissão de Ética, respetivamente.

A nível das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista assegura a defesa dos direitos humanos, respeitando o código deontológico da sua área de especialidade (O.E., 2010). No desenvolvimento deste projeto, asseguramos os direitos fundamentais das pessoas idosas (submetidas a cirurgia oftálmica), tendo sido fundamental para a sua implementação o desenvolvimento de uma relação de parceria ao nível dos cuidados de enfermagem.

Foram consagrados, o direito: à confidencialidade (garantido o anonimato dos participantes), à privacidade (intervindo apenas com consentimento), à autodeterminação (capacidade de decisão), ao tratamento justo e equitativo (direito de obter informação) (Fortin, 1999; O.E., 2010). Aos participantes do projeto foram assegurados os direitos descritos, a liberdade de escolha e participação, assim como, o direito de revogação. Foram solicitados quer às pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica, quer aos seus familiares, o seu consentimento informado⁴ e esclarecido.

⁴ O formulário do consentimento informado, não é apresentado com apêndice deste relatório pois o seu conteúdo permitiria a identificação da instituição que se realizou este projeto de intervenção.

3. ATIVIDADES REALIZADAS, RESULTADOS OBTIDOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Para atingir a finalidade a que nos propusemos, e de acordo com o percurso definido na metodologia de projeto, foram estabelecidos objetivos específicos e planeadas atividades. A sua descrição encontra-se organizada em três fases: fase de diagnóstico, fase de implementação e fase de avaliação.

A primeira fase compreende o diagnóstico de situação e sua contextualização, procurámos identificar as práticas de cuidados a nível da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, e promover o envolvimento da equipa de enfermagem na implementação do projeto, desenvolvendo as suas capacidades para a parceria nos cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, como forma, de os capacitar para o seu regresso a casa. Nesta fase construímos um guião com base das necessidades da pessoa idosa e na relação de parceria, para o qual contribuíram a leitura de trabalhos relacionados com o Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013), assim como, de trabalhos académicos baseados no Modelo de Parceria da mesma autora (Almeida, 2012; Jerónimo, 2013; Tomás, 2014).

Na segunda fase, foram planeadas intervenções educativas, desenvolveram-se documentos de orientação/registo e implementou-se uma prática de enfermagem baseada na evidência científica e nas várias fases do modelo de parceria (Gomes, 2013). Na terceira e última fase, procedeu-se à avaliação do projeto de intervenção, quais os seus contributos na prática de cuidados de enfermagem, assim como, os contributos do modelo de parceria na promoção do cuidado de Si, à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família na preparação do seu regresso a casa.

Pretendemos assim, apresentar de acordo com os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas, resultados obtidos e competências desenvolvidas como enfermeira especialista, tendo como referência o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (O.E., 2010)

3.1. Fase de Diagnóstico

Esta fase decorreu durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2015 e compreendeu um primeiro período de estágio a nível dos cuidados de saúde primários (4 semanas) e um segundo período (7 semanas) em contexto hospitalar (local de implementação do projeto de intervenção).

Quadro 1. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico - Cuidados de Saúde Primários

Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família e suas necessidades de cuidados na preparação do regresso a casa após a cirurgia oftálmica	
Atividades	1. Realização de estágio em ECCI de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, entre 28-09-2015 a 23-10-2015 <ul style="list-style-type: none">• Aquisição de conhecimento a nível da articulação dos cuidados de saúde primários, intervenção da UCC na comunidade,• Observação das práticas de cuidados à pessoa idosa/família em situação de doença em contexto domiciliário, suas necessidades e dificuldades,• Identificação das estratégias dos enfermeiros para que a pessoa idosa/família se torne parceira no processo de cuidados em contexto de domicílio.
	Objetivo Específico: Intervir em parceria com a pessoa idosa/família a promoção do cuidado de Si, no contexto do domicílio
Atividades	2. Prestação de cuidados em parceria à pessoa idosa/família em situação de doença, na promoção o cuidado de Si <ul style="list-style-type: none">• Observação da pessoa idosa/família em situação de doença em contexto de domicílio,• Avaliação multidimensional e da pessoa idosa,• Realização de estudo de caso.
Objetivo Específico: Capacitar a equipa de enfermagem da UCC para a continuidade de cuidados em parceria na pessoa idosa na promoção do cuidado de Si, em contexto do domicílio	
Atividades	3. Realização de sessão de formação <ul style="list-style-type: none">• Apresentação do estudo de caso realizado à luz do modelo de intervenção em parceria,• Elaboração de Dossier: Modelo de parceria, escalas de avaliação multidimensional.

Atividade 1 – Realização de estágio em ECCI do ACES de Lisboa e Vale do Tejo, entre 28-09-2015 a 23-10-2015

Para o enfermeiro especialista é imprescindível o conhecimento da pessoa idosa e dos contextos que a influenciam, pois a sua intervenção compreende quer a pessoa, quer os ambientes em seu redor, procurando maximizar as suas capacidades. Tivemos a oportunidade de realizar este estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) inserida no ACES de Lisboa e Vale do Tejo. Esta através de uma equipa multidisciplinar (1 enfermeira especialista - reabilitação, 4 enfermeiros, 1 técnica superior do serviço social e 1 fisioterapeuta), intervém na comunidade, procurando contribuir para a melhoria do estado de saúde da sua população. Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, em contextos domiciliário e/ou comunitário, abrangendo pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando

na educação e na integração em redes de apoio à família. A sua intervenção desenvolve-se numa perspetiva integrada e de articulação com as instituições parceiras da comunidade. Junto das pessoas idosas e famílias adotam uma atitude promotora da autonomia, participação e dignidade da pessoa idosa independentemente do seu contexto de vida (apêndice III).

Resultados/ Competências desenvolvidas

A realização deste estágio em particular, permitiu-nos compreender a dinâmica de funcionamento a nível das UCC e ECCI's, como se integram e articulam com as pessoas idosas, famílias e comunidade e com os diferentes profissionais de saúde, tendo como objetivo um cuidado centrado na pessoa idosa/família e na promoção da sua autonomia. Ao observarmos a prática de cuidados dos enfermeiros da ECCI, foi-nos possível identificar alguns aspetos como promotores de um processo de parceria. Demonstram preocupação de falar sempre com a pessoa idosa, procuram uma posição ao seu nível para estabelecer contacto com o seu olhar, ao mesmo tempo que adequam o discurso à pessoa. Garantem a orientação para o cuidado e autonomia e estabelecem compromissos com a pessoa idosa /família para continuidade do cuidado promovendo a sua autonomia. Nesse sentido, creio que esta experiência de estágio foi única e além das expectativas, contribuiu para o processo formativo: ao nível da aquisição de novos conhecimentos, do desenvolvimento de uma reflexão crítica e o questionamento das práticas e ao nível das competências no cuidado à pessoa idosa em situação de doença no domicílio com articulação dos vários recursos disponíveis na comunidade.

Atividade 2 - Prestação de cuidados em parceria à pessoa idosa e família, na promoção o cuidado de Si

Durante a realização do estágio na ECCI, procurámos desenvolver competências na área da prestação de cuidados à pessoa idosa/família em situação de doença em contexto domiciliário, para tal a observação/entrevista foram fundamentais, pois permitiu-nos conhecer e compreender os diferentes contextos da pessoa idosa, as suas preocupações, dificuldades e necessidades. Apenas um conhecimento multidimensional da pessoa idosa permite uma visão holística e uma compreensão da sua recuperação, fornecendo orientações para a intervenção (Shyu, Chen, Wu & Cheng, 2010). Ao reconhecer precocemente as necessidades da

pessoa idosa/família, o enfermeiro promove a sua recuperação e capacitação em parceria, tem em consideração as condições próprias do idoso e assegura a qualidade de cuidados, otimizando o seu estado funcional e qualidade de vida. Daí a importância “de se desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (Gomes, 2007, p.106).

Resultados/ Competências desenvolvidas

Com a realização de um estudo de caso, pretendemos demonstrar as várias competências desenvolvidas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa/família em situação de doença em contexto domiciliário. A relação de parceria estabelecida, assentou no respeito e confiança mútua, quer com a pessoa idosa quer com a sua família. O conhecimento adquirido sobre a pessoa idosa ao nível da sua globalidade e singularidade, conduziu ao desenvolvimento de capacidades que lhe permitiram continuar o seu projeto de vida e saúde (apêndice II). Consideramos ter desenvolvido competências ao nível dos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, demonstrando respeito pela pessoa idosa/família, pela sua habitação ou condições de vida e garantindo a confidencialidade; da melhoria contínua da qualidade, através da investigação, identificação e compilação dos instrumentos de avaliação da pessoa idosa (apêndice I), garantindo que os mesmos, foram estudados e validados para a população portuguesa, sendo imprescindível para o rigor diagnóstico (Sequeira, 2010).

Atividade 3 - Realização de sessão de formação

Durante o estágio realizado, procurámos intervir junto da equipa de enfermagem no sentido de a despertar para as particularidades da pessoa idosa, atuando por vezes como consultora, mobilizando conhecimentos para esclarecer e intervir nas situações com que nos deparávamos. Procedemos à observação das suas práticas de cuidados e intervenções de enfermagem. Em alguns aspetos da sua prática, foi possível identificar elementos de um processo de parceria, no entanto, após algumas reflexões em equipa, foi possível compreender que não se identificavam com nenhum modelo específico ou quadro concetual. A realização de uma sessão de formação contribuiu para a formação da equipa, na promoção do cuidado de Si, e para enfatizar a relação de parceria que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa idosa. Elaborámos também um dossier com informação e

algumas das escalas utilizadas na avaliação multidimensional da pessoa idosa/família.

Resultados/ Competências desenvolvidas

Foi realizada a 22 de outubro de 2015, uma sessão de formação na qual se pretendeu capacitar a equipa de enfermagem da UCC para a continuidade de cuidados em parceria na pessoa idosa na promoção do cuidado de Si, em contexto do domicílio. A sessão permitiu a contextualização do Modelo de Parceria de Gomes (2013) para a promoção do cuidado de Si, através de um estudo de caso de um dos utentes da UCC e contou com a presença de 75% da equipa de enfermagem. A equipa identificou-se com o Modelo de Intervenção em Parceria, vendo a sua prática de cuidados de enfermagem espelhada na conceção do modelo. Esta atividade, permitiu-nos o desenvolvimento de competências ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da identificação de necessidades formativas na equipa de enfermagem, agindo como elemento facilitador da aprendizagem e demonstrando os ganhos em saúde para a pessoa idosa de uma intervenção de enfermagem em parceria, através de uma situação real inserida no seu contexto de trabalho da equipa de enfermagem.

Quadro 2. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico – Hospital da ARSLVT

Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família e suas necessidades de cuidados na preparação do regresso a casa após a cirurgia oftálmica	
Atividades	<p>4. Revisão sistemática e narrativa da literatura</p> <p>5. Orientações Tutoriais</p>
Objetivo Específico: Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, relativamente à preparação do regresso a casa da pessoa idosa/família submetida a cirurgia oftálmica e à prestação de cuidados em parceria	
Atividades	<p>6. Apresentação do projeto à equipa</p> <p>7. Narrativa dos enfermeiros para análise das práticas de cuidados de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do enunciado para as narrativas dos enfermeiros, • Análise de conteúdo das narrativas dos enfermeiros à luz do guião do Modelo Parceria. <p>8. Análise dos registos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição dos indicadores de avaliação dos registos de enfermagem, • Elaboração de grelha de análise de registos (Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria).
Objetivo Específico: Intervir em parceria com a pessoa idosa/família a promoção do cuidado de Si no contexto do domicílio	
Atividades	<p>9. Realização de entrevistas a pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e sua família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das preocupações e conhecimentos da pessoa idosa/família submetida a cirurgia oftálmica no momento do seu regresso a casa.
Objetivo Específico: Capacitar a equipa de enfermagem para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa/família submetida a cirurgia oftálmica e à prestação de cuidados em parceria	
Atividades	<p>10. Sessão de formação para a apresentação do projeto de estágio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contextualização da problemática, • Diagnóstico de situação, • Discussão e reflexão sobre estratégias facilitadoras da transição do regresso a casa da pessoa idosa.

Atividade 4 - Revisão sistemática e narrativa da literatura

Com o propósito de atualizar e aprofundar os conhecimentos sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e as intervenções de enfermagem que lhe estão implícitas, surgiu a necessidade de realizar uma revisão da literatura. Iniciou-se aquando da escolha do tema e prolongou-se durante todo o estágio. Teve por base o método de revisão sistemática da literatura, com o objetivo de conhecermos a evidência científica sobre o tema em estudo. Deste modo, recorreremos à formulação de uma questão norteadora: *Como implementar a parceria enquanto intervenção de enfermagem, com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, na preparação do regresso a casa, para promoção do Cuidado de Si?* Procedemos a uma pesquisa de artigos científicos no motor de busca EBSCOhost web nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e Medclatina*. Tendo sido utilizados os descritores: elderly OR elder OR old people OR older AND family OR family caregiver OR relative AND nursing care OR nursing interventions OR nursing AND AND discharg* OR return* home OR homecoming AND surgery OR intervention (apêndice IV).

Resultados/ Competências desenvolvidas

Com a realização da revisão sistemática da literatura, foi-nos possível a aquisição de novos conhecimentos baseados na evidência científica. Foi possível fundamentarmos a problemática em estudo e fazer o seu enquadramento concetual de uma forma sustentada e atual. Os cuidados cirúrgicos oftálmicos à pessoa idosa são uma temática ainda pouco debatida em enfermagem, pelo que a sua pesquisa foi alargada a centros de excelência e a revistas de referência em oftalmologia.

A realização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pois a investigação permitiu a aquisição de novos conhecimentos que ao serem aplicados ao nível da prestação de cuidados promovem uma prática baseada na evidência e na promoção da melhoria.

Atividade 5 - Orientações tutoriais

Durante todo o percurso do estágio, foram realizadas reuniões de orientação tutorial quer a nível académico (presencialmente nas instalações da ESEL), quer ao nível de campo de estágio.

Resultados/ Competências desenvolvidas

A realização das reuniões de orientação tutorial ao longo do estágio contribuiu, em muito, para o desenvolvimento pessoal ao longo deste projeto.

Moderadas pela professora orientadora e com a presença da enfermeira orientadora, foram momentos de crescimento e aprendizagem, em que houve sempre uma atitude positiva de encorajamento e disponibilidade. As suas orientações e questões conduziam a uma consciencialização gradual: do pensamento, da expressão, do vocabulário, das questões a formular e de quais as respostas a obter, dos dilemas e das emoções. As reflexões produzidas após estes momentos formativos, permitiram desenvolver hábitos de reflexão através da escrita que potenciam o desenvolvimento profissional (Vieira & Moreira, 2011; Soares, Soares, Barreiro, 2013). Pensamos ter adquirido competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois os processos reflexivos realizados, promoveram o autoconhecimento, a mobilização dos conhecimentos adquiridos, a identificação de estratégias para ultrapassar os dilemas e dificuldades, assim como, a gestão dos sentimentos e emoções nos vários contextos.

Atividade 6 - Apresentação do projeto à equipa

Esta atividade pretendeu marcar o início do projeto de intervenção no serviço de oftalmologia em que decorreu o estágio. Realizou-se num momento de passagem de ocorrências de enfermagem (para envolver um maior número de enfermeiros), como forma de envolver a equipa de enfermagem e a despertar para a problemática.

Resultados/ Competências desenvolvidas

Este momento pretendeu simbolizar o início do estágio e do projeto de intervenção à equipa de enfermagem. Realizou-se uma breve comunicação em que se pretendeu dar a conhecer a problemática em estudo e as diferentes fases de intervenção do projeto, evidenciando a importância da colaboração e envolvimento de todos. Promoveu o desenvolvimento de competências ao nível do domínio das aprendizagens profissionais, através da comunicação e apresentação do projeto

perante um grupo o que levou a desenvolver a capacidade de argumentação perante as questões/barreiras colocadas.

Atividade 7 - Narrativas dos enfermeiros para análise das práticas de cuidados de enfermagem

Com o propósito de conhecer a prática de cuidados de enfermagem associada ao percurso da pessoa idosa a ser submetida a cirurgia oftálmica, pareceu-nos pertinente questionar os enfermeiros sobre quais as suas intervenções e cuidados na preparação do regresso a casa desta população em particular (apêndice V). Ao solicitar aos enfermeiros uma descrição narrativa da sua prática de cuidados de enfermagem, procurámos não só a descrição do “processo”, mas também, que compreendessem a forma como experienciam as suas vivências, interpretam sentimentos e tomam decisões (Vieira & Moreira, 2011). As narrativas permitem o desenvolvimento de um processo-produto na pessoa que a produz, revela o “eu” na sua relação que tem com o “outro” ou “situação” e com o contexto em que se relacionam ou interligam. (Vieira & Moreira, 2011). A sua análise, leva à identificação de pontos de interesse, de acontecimentos e práticas de cuidados que acontecem em contexto clínico, assim como, de imprevistos e dificuldades (Soares, Soares, Barreiro, 2013).

Resultados/ Competências desenvolvidas

A atividade decorreu no período de 30 de outubro de 2015 a 4 de novembro de 2015 e contou com a participação de todos os enfermeiros. A análise das narrativas teve uma componente essencialmente temática (Bardin, 2009), sendo norteadada pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013).

Os enfermeiros consideram importante conhecer a pessoa idosa no momento da sua admissão no serviço, procuram identificar a sua singularidade e o contexto familiar em que está inserida, assim como, a sua condição de vida, saúde e doença, no entanto, ao longo das suas respostas não é perceptível, quais os problemas identificados ou quais os instrumentos de avaliação multidimensional utilizados.

A preocupação com a integração da pessoa idosa num novo ambiente é manifestada por mais de 50% da equipa de enfermagem, que procuram em conjunto com a família identificar quais as suas maiores dificuldades. No entanto, não é explícito nas narrativas, como é realizada a caracterização da família e a avaliação

das suas necessidades, de forma a percebermos as necessidades de articulação e referenciação de recursos hospitalares e da comunidade. É referido por 50% dos enfermeiros (6 enfermeiras) a preocupação de informar a pessoa idosa/família, sobre quais os cuidados a ter na fase do pós-operatório e domicílio (folheto informativo), identificando e facilitando o acesso a recursos disponíveis na comunidade. Menos de metade da equipa procurou validar com a pessoa idosa/família as competências adquiridas ao longo do processo de parceria. O treino de competências não se revelou como uma prática de cuidados enraizada na equipa, parecendo ser suficiente a confirmação por parte da pessoa/família da compreensão do cuidado. A equipa de enfermagem considerou na sua maioria o tempo de internamento (48 horas), como uma das suas maiores dificuldades na gestão e realização do planeamento da alta da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, aliado entre outros fatores ao número de enfermeiros (um por turno, para uma capacidade de 9 utentes). Estes fatores condicionam o tipo de registos de enfermagem realizados, e segundo as narrativas não permitem a avaliação das aprendizagens e competências adquiridas pela pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica ao longo do seu internamento. Foram pouco evidentes as práticas sugestivas de uma relação de parceria, sendo que as existentes não se apresentaram de uma forma sistematizada. Os resultados revelaram uma necessidade de melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, com especial enfoque na capacitação e validação de competências para a promoção do assumir o cuidado de Si.

A realização desta atividade promoveu o desenvolvimento de competências no domínio: da melhoria contínua da qualidade, através da investigação, da elaboração do enunciado das narrativas, da análise descritiva e de conteúdo das mesmas e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através do diagnóstico das necessidades de formação na equipa na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

Atividade 8 - Análise dos registos de enfermagem

Considerámos fundamental realizar a avaliação dos registos de enfermagem, como forma de compreender, se a prática de cuidados de enfermagem descrita nas narrativas dos enfermeiros se encontrava espelhada nos seus registos. Os registos

são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem (Martins, Pinto, Lourenço, Pimentel, Fonseca, André, Portela de Almeida, Mendes, Santos, 2008).

Foram selecionados indicadores de avaliação de registos de enfermagem, tendo em conta o que a evidência científica classifica como importante conhecer na pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, e a sua organização baseada no Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013) de acordo com as suas 5 fases de intervenção (Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro) (apêndice VI). Procedemos à construção de uma grelha de observação de registos de enfermagem que nos permitiu realizar avaliação inicial na fase de diagnóstico (apêndice VII). Na sua análise recorreremos à técnica de análise de conteúdos (Bardin, 2009).

Os registos de enfermagem são efetuados em suporte informático através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Durante o período de 9 a 13 de novembro de 2015, foram analisados 5 processos de enfermagem que permitiram contribuir para o diagnóstico da situação.

Resultados/ Competências desenvolvidas

Da análise dos registos de enfermagem, foi-nos possível concluir que os registos existentes não permitem o conhecimento da pessoa idosa na sua globalidade e de uma forma multidimensional. A sua história de vida, as suas necessidades e as suas potencialidades, não se encontravam refletidas.

Nomeadamente, nos indicadores relacionados com: a identidade, conhecimento do contexto de vida e de doença, problemas decorrentes do processo de envelhecimento, conhecimento dos hábitos e atividades de vida e autonomia. Os registos encontravam-se de forma geral muito incompletos, com ausência de dados de extrema importância e que permitiriam um verdadeiro conhecimento da pessoa.

Ao nível das intervenções/ações realizadas pela equipa de enfermagem com o objetivo de promover uma ação conjunta para o desenvolvimento de competência na pessoa idosa, não apresentavam revelo. Propusemo-nos a desenvolver na equipa de enfermagem uma prática que contemplasse um planeamento estruturado

de cuidados e permitisse a capacitação da pessoa idosa ou da sua família. Sendo imperativo a valorização e registo de todas as intervenções ao nível do cuidado, pois estas são centrais na prática de enfermagem, e contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também, dar visibilidade do trabalho desenvolvido (Martins et al.,2008).

Durante esta atividade foram desenvolvidas competências ao nível do domínio: da melhoria contínua da qualidade, através da investigação, da construção da grelha de observação e definição de indicadores, da análise documental dos registos de enfermagem e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da identificação das necessidades da equipa ao nível do conhecimento da pessoa idosa e registos de enfermagem.

Atividade 9 - Realização de entrevistas a pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e sua família

A realização das entrevistas à pessoa idosa e sua família, surgiu da necessidade de compreendermos, se a prática de cuidados existente a nível da preparação do regresso a casa da pessoa idosa após cirurgia oftálmica, ia ao encontro das necessidades e preocupações sentidas pela pessoa idosa e da sua família. Sendo um método privilegiado de recolha de dados, a entrevista semi-dirigida (semi-estruturada) permite ao entrevistado uma oportunidade de exprimir os seus sentimentos e opiniões, assemelhando-se a uma conversa informal (Fortin, 2009). Desta forma foram colocadas à pessoa idosa e à sua família duas questões abertas, as mais utilizadas na entrevista semi-dirigida (Fortin, 2009). Nas quais pretendemos identificar as suas preocupações relativas ao regresso a casa após realização de cirurgia oftálmica (apêndice VIII). A metodologia utilizada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo (Bardin, 2009). Após a recolha dos dados, realizámos o agrupamento das unidades de registo, identificámos as categorias e as áreas temáticas, tendo como referência o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013).

Resultados/ Competências desenvolvidas

Foram realizadas entrevistas a 6 pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica internadas no período de 23 a 27 de novembro de 2015 e suas famílias.

As pessoas idosas manifestaram preocupações que se relacionavam com as complicações associadas à cirurgia e com a realização das atividades instrumentais de vida diárias. Pois, se por um lado pretendem ser autônomos e não incomodar, por outro, também não querem comprometer a sua recuperação.

Apenas metade das pessoas idosas se manifestaram preocupadas com os cuidados de higiene ao olho operado e com a gestão do seu regime terapêutico, não se referindo aos restantes indicadores. Embora, revelassem um deficit ao nível dos conhecimentos considerados necessários para assegurar a continuidade dos cuidados no regresso a casa, aproximadamente 50% dos enfermeiros referiram nas suas narrativas, fornecer informação sobre: quais os cuidados a ter na fase do pós-operatório e no domicílio, identificar e facilitar o acesso a recursos necessários e disponíveis na comunidade e disponibilizarem durante o período do internamento o folheto informativo. No entanto, nem os conhecimentos partilhados nem o folheto informativo entregue no momento da alta, foram referidos pelas pessoas idosas ou seus familiares. Estes resultados, sugeriram a necessidade de uma prática de cuidados que facilite a sistematização e validação da informação e das intervenções educativas desenvolvidas com a pessoa idosa e sua família, como promotoras de uma transição saudável que capacite a pessoa idosa para assumir o cuidado de Si no seu regresso a casa após cirurgia oftálmica, ou possibilite à família o assegurar o cuidado do Outro.

Esta atividade favoreceu o desenvolvimento de competência a nível: da responsabilidade profissional, ética e legal, através da garantia ao anonimato e confidencialidade dos dados, assim como, do pedido de autorização às pessoas idosas e suas famílias (consentimento informado e esclarecido); da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da investigação, construção do guião de entrevista, da sua análise e interpretação, assim como, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da capacidade de comunicação e orientação das entrevistas e da identificação das necessidades de formação e conhecimento das pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e suas famílias para um regresso a casa em segurança.

Atividade 10 - Sessão de formação para a apresentação do projeto de estágio

A sessão de formação em serviço realizou-se no dia 17 de dezembro de 2015, na biblioteca do serviço pelas 15 horas e 30 minutos (apêndice IX). Intitulada: “ A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família – A parceria como intervenção de enfermagem”, os seus objetivos gerais eram: 1) apresentar e contextualizar o projeto de estágio, 2) promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem e o que é possível melhorar a nível das práticas de enfermagem com a intenção, de capacitar a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família para o regresso a casa.

Dos 13 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, 10 estiveram presentes na sessão formação, perfazendo 77% da equipa de enfermagem (entre eles, 1 especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente do idoso), os 3 enfermeiros ausentes encontravam-se em período de férias e aos quais foram realizadas apresentações informais de modo a garantir e promover todo o envolvimento da equipa de enfermagem no projeto.

Resultados/ Competências desenvolvidas

A realização da sessão de formação permitiu-nos conduzir o projeto a uma nova fase. A sua apresentação à equipa de enfermagem foi determinante para passar à sua implementação. Permitiu-nos contextualizar e demonstrar a sua pertinência no serviço, apresentar o Modelo de Parceria (Gomes, 2013), promovendo um momento de reflexão conjunta, discussão e esclarecimento de dúvidas (apêndice X).

A equipa de enfermagem tomou consciência da importância da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, e de como esta não se encontra atualmente refletida nos registos de enfermagem nem nos relatos das pessoas idosas e suas famílias. Assim, indo ao encontro daquelas que foram as necessidades, mas também, as sugestões da equipa de enfermagem, considerámos importante que a recolha de informação e conhecimento da pessoa (relevante) tivesse início na consulta de enfermagem de apoio à anestesia (que se realiza 2 dias antes da admissão). Esta sugestão permitiu que o momento de recolha de dados referentes à pessoa idosa nos seus diferentes contextos, se realizasse antes do período de internamento. Para tal, foi necessário desenvolver um documento de registo da avaliação inicial (à semelhança do existente na

aplicação informática disponível no serviço – SAPE) contemplando, os indicadores da fase revelar-se do Modelo de Parceria de Gomes (2013), de forma a melhorarmos a qualidade da informação colhida e do conhecimento que se tem da pessoa idosa. Ao nível das intervenções de enfermagem e ações educativas para a capacitação da pessoa idosa/família na preparação do regresso a casa, também foi considerado importante, a sua uniformização e registo. A elaboração de um documento que permitisse a sistematização das intervenções, a monitorização das informações transmitidas, das ações educativas e da validação dos conhecimentos também foi consensual. Para garantir a continuidade de cuidados após o regresso a casa da pessoa idosa, a equipa concordou em elaborar registos na carta de alta de enfermagem com informação pertinente. Para consulta, ficou disponível na sala de trabalho de enfermagem um dossier com: diapositivos da sessão de formação realizada, literatura sobre o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009, 2013), documentos desenvolvidos e sua fundamentação.

O planeamento e realização da sessão de formação permitiram-nos o desenvolvimento de competências nos vários domínios: da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com a divulgação à equipa de evidências científicas a nível dos cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e suas necessidades, através da liderança do projeto de intervenção, da implementação do Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado de Si de Gomes (2009, 2013), e da divulgação de resultados baseada em indicadores sustentados; desenvolvimento de aprendizagens profissionais, ao nível da formação, do autoconhecimento e da partilha de conhecimento com a equipa de uma forma assertiva (apêndice XI); e na gestão de cuidados, pois a implementação de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, para além de capacitar a equipa de enfermagem de novos conhecimentos, otimizou a sua intervenção e melhorou a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa/família contribuindo para a sua autonomia, permitindo-lhe prosseguir o seu projeto de vida.

3.2. Fase de Implementação

A fase de implementação do projeto decorreu durante o mês de janeiro de 2016 e contemplou as seguintes atividades.

Quadro 3. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de implementação

Objetivo Específico: Capacitar a equipa de enfermagem para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa/família submetida a cirurgia oftálmica e à prestação de cuidados em parceria	
Atividades	11. Implementação de estratégias facilitadoras da transição do regresso a casa da pessoa idosa <ul style="list-style-type: none">• Elaboração conjunta do documento orientador para sistematização da avaliação inicial e conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica,• Elaboração conjunta do documento orientador de registo das Intervenções Educativas à Pessoa Idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família,• Entrega da carta de alta de enfermagem.
	12. Promoção do envolvimento e motivação da equipa de enfermagem
Objetivo Específico: Intervir em parceria com a pessoa idosa/família na promoção do cuidado de Si no contexto do domicílio	
Atividades	13. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, intervindo em parceria para promover o cuidado de Si <ul style="list-style-type: none">• Avaliação multidimensional da pessoa idosa,• Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família,• Realização de estudo de caso.

Atividade 11 - Implementação de estratégias facilitadoras da transição do regresso a casa da pessoa idosa

Da reflexão realizada com a equipa de enfermagem sobre a qualidade dos registos e práticas de enfermagem, tendo em conta a capacitação da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, emergiu a necessidade de criarmos dois documentos (instrumentos de trabalho), que permitiram sistematizar a informação, as intervenções de enfermagem, a validação das competências adquiridas pela pessoa idosa/família e os registos. Assim como, iniciar o conhecimento da pessoa idosa na consulta de enfermagem (que se realiza após consulta de anestesia), colmatando também uma dificuldade referida pela equipa de enfermagem e que se relaciona diretamente com a gestão de tempo num internamento que é considerado muito curto. Nesse sentido desenvolvemos em parceria com a equipa de enfermagem dois documentos: um para sistematizar a recolha de dados e conhecimento que o enfermeiro tem da pessoa idosa, em que se procurou conciliar os indicadores preconizados na avaliação inicial da aplicação informática utilizada no serviço – SAPE e os indicadores do Modelo de Parceria de Gomes (2013), nomeadamente na fase do Revelar-se e Envolver-se (apêndice XII); um outro de registo das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e

sua família como forma de garantirmos a continuidade das intervenções educativas que permitem a capacitação da pessoa idosa/família para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro (apêndice XIII). O seu preenchimento foi iniciado no momento da admissão da pessoa idosa no serviço, contempla: partilha conhecimento com a pessoa idosa/família, identificação de estratégias em parceria com a pessoa idosa/família e a validação das intervenções educativas realizadas, nas quais o enfermeiro procura identificar o conhecimento que a pessoa idosa /família detém sobre a sua nova condição de saúde após cirurgia oftálmica. Para garantirmos a continuidade de cuidados após o regresso a casa da pessoa idosa, a equipa acordou elaborar registos na carta de alta de enfermagem com informação pertinente.

Resultados/ Competências desenvolvidas

Os dois novos documentos de registos produzidos, foram elaborados num processo de parceria com a equipa de enfermagem, procuraram reunir o que a evidência científica preconiza ao nível da prestação dos cuidados pós operatórios à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e os conceitos do Modelo de Parceria para a promoção do cuidado de Si de Gomes (2009, 2013). Tiveram como propósito permitir: um registo mais alargado do conhecimento que se tem da pessoa idosa/família e dos seus contextos de vida (identificado/sinalizando desde a consulta de enfermagem as suas necessidades), intervir desde a admissão no serviço na capacitação da pessoa idosa/família na preparação do seu regresso a casa após cirurgia oftálmica (através de um processo educativo da pessoa idosa sistemático mas individualizado), validar as competências adquiridas pela pessoa idosa/família que permitem o assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, assim como, melhorar a qualidade dos registos de enfermagem.

Nesta atividade as competências desenvolvidas foram ao nível do domínio: da melhoria contínua da qualidade, através da uniformização e supervisão da prática de cuidados dos enfermeiros ao nível da partilha de conhecimentos e das intervenções educativas com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família; da gestão de cuidados, melhorando através dos documentos criados a informação ao nível dos cuidados prestados e das intervenções educativas desenvolvidas.

Atividade 12 - Promoção do envolvimento e motivação da equipa de enfermagem

Durante todo o período de estágio procurámos o envolvimento da equipa de enfermagem, as sessões de formação realizadas contribuíram para o seu entendimento do projeto de uma forma mais concetual, enquanto nos momentos das passagens de ocorrências ou da prestação de cuidados, se refletiu sobre a necessidade, as estratégias, as dificuldades ou a relutância a nível da mudança nas práticas de cuidados. A colaboração da equipa de enfermagem ao nível da construção dos documentos descritos, foi fundamental como forma de garantirmos o seu envolvimento na implementação do projeto, pois passou a simbolizar um trabalho desenvolvido por todos.

Resultados/ Competências desenvolvidas

Numa primeira fase da implementação do projeto, verificámos alguma resistência à mudança nas práticas de cuidados existentes. Esta, para algum espanto, foi sentida mais com os elementos mais novos da equipa de enfermagem do que com os elementos velhos. Percebemos que com esses enfermeiros, havia um trabalho maior a ser desenvolvido, no sentido de os fazer compreender e capacitar para a importância da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e como esta se relaciona diretamente com a intervenção do enfermeiro. Procurámos estar mais presente nos seus turnos e exemplificar para que pudessem compreender a intenção da intervenção educativa e os benefícios para a pessoa idosa/família. Estas atividades promoveram o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, através da comunicação constante com os vários elementos da equipa de enfermagem, perante os quais procurámos sempre demonstrar uma base sólida de conhecimentos capaz de fundamentar as mudanças pretendidas na equipa ao nível das práticas de cuidados e da gestão de conflitos face às resistências encontradas.

Atividade 13 - Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, intervindo em parceria para promover o cuidado de Si

Intervir em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, simbolizou uma mudança significativa ao nível das práticas dos cuidados de enfermagem no serviço onde decorreu o estágio.

Alterou a dinâmica de trabalho, no sentido de proporcionarmos uma melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa, mas também, procurando agilizar os processos de enfermagem. Conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa e compreender o impacto que a situação de doença tem no seu percurso de vida, foi de extrema importância para o desenvolvimento de um cuidado em parceria. Ao avaliar os conhecimentos e capacidades potenciais da pessoa idosa, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver de uma ação conjunta, de modo, a desenvolvermos estratégias de intervenção que fossem facilitadoras de uma transição saudável, de modo a garantir a adaptação da pessoa idosa à sua nova condição de saúde (Gomes, 2013). O respeito pelo outro, pela família e pelo seu espaço, permitiu-nos desenvolver uma relação de empatia mútua. Procurámos durante as intervenções mostrar disponibilidade, uma escuta ativa e respeitar os tempos do outro. Promoveu-se o envolvimento das famílias e procurámos incentivar a verbalização, quer de dúvidas, medos, receios e preocupações. A avaliação da pessoa idosa de uma forma multidimensional, com recurso a instrumentos de avaliação multidimensional, permitiu-nos desenvolver um conhecimento da pessoa idosa ao nível das suas várias dimensões (apêndice XIV). Este processo revelou, o quão importante é o conhecimento que se tem da multidimensionalidade da pessoa idosa, para o desenvolvimento de um cuidado em parceria, centrado numa intervenção individual e dirigida, que permita desenvolver e transformar capacidades potenciais em capacidades reais, com a intenção de capacitar a pessoa idosa para promoção do cuidado de Si

Resultados/ Competências desenvolvidas

A realização desta atividade, foi fundamental para o crescimento profissional, consideramos que contribuiu para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista à pessoa idosa no domínio: da melhoria contínua da qualidade, ao nível da relação e da comunicação com a pessoa idosa e sua família, do conhecimento e utilização de instrumentos de avaliação multidimensional, no reconhecimento das necessidades, fragilidades e capacidades da pessoa idosa, assim como, na identificação de estratégias a implementar em parceria num processo individualizado de cuidados, com a intenção de promover o assumir do cuidado de Si, ou assegurar o cuidado do Outro; da gestão dos cuidados, através da aplicação do modelo de parceria em situações concretas de cuidados e com o

desenvolvimento da capacidade de investigação, planeamento, análise e reflexão.

3.3. Fase de Avaliação

A fase de avaliação do projeto de intervenção compreendeu o período decorrido entre o final do mês janeiro e primeiras semanas de fevereiro de 2015.

Quadro 4. Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de avaliação

Objetivo Específico: Identificar as mudanças ocorridas a nível das práticas nos cuidados de enfermagem, no que se relaciona com a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica	
Atividades	14. Análise final dos registos de enfermagem <ul style="list-style-type: none">Análise comparativa dos registos de enfermagem da avaliação final <i>versus</i> à avaliação inicial
Objetivo Específico: Identificar os contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família	
Atividades	15. Realização de entrevistas a pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e sua família
Objetivo Específico: Capacitar a equipa de enfermagem para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa/família submetida a cirurgia oftálmica e à prestação de cuidados em parceria	
Atividades	16. Sessão de formação para a apresentação dos resultados obtidos com as intervenções desenvolvidas

Atividade 14 - Análise final dos registos de enfermagem

A análise dos registos de enfermagem foi pertinente na fase final do projeto, pois permitiu-nos avaliar as mudanças ocorridas ao nível da prática de enfermagem, comparando as diferenças existentes entre a informação que era e a que passou a ser registada, após a implementação do projeto baseado numa prática de parceria.

Decorreu no período de 12 de janeiro a 12 de fevereiro de 2016, e compreendeu a análise de 5 processos de enfermagem de pessoas idosas internadas e submetidas a cirurgia oftálmica, o que nos permitiu fazer uma análise comparativa dos resultados com a fase de diagnóstico.

Resultados/ Competências desenvolvidas

A interpretação comparativa dos registos de enfermagem entre a fase de diagnóstico e a fase final do projeto, permitiu-nos concluir que se verificou uma melhoria significativa no registo e na qualidade da informação registada pelos enfermeiros do serviço (apêndice XV, apêndice XVI). A evolução foi bastante evidente na primeira fase do modelo de parceria – **Relevar-se**, verificando-se ao

nível de todos os indicadores um aumento da informação registada, que refletiu os conhecimentos adquiridos sobre a pessoa idosa, demonstrando o empenho e envolvimento dos profissionais ao nível de um cuidado em parceria. Na segunda fase do modelo de parceria – **Envolver-se**, também todos os indicadores viram o seu preenchimento ser realizado na totalidade dos processos, o que revelou, por parte da equipa de enfermagem disponibilidade para ouvir ou conversar, criando um ambiente propício ao diálogo, no qual foi possível estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa/família. A evolução ocorrida ao nível do registo dos indicadores contemplados na fase do **Capacitar ou Possibilitar**, tornou evidente a apropriação da equipa de enfermagem do Modelo de Parceria de Gomes (2013), e a mobilização dos conhecimentos a nível das fases anteriores, permitindo à pessoa idosa ter o poder de decidir sobre o seu projeto de vida e saúde.

Na quarta fase do modelo de parceria - **Comprometer-se**, está implícito a validação das intervenções desenvolvidas, sendo que a equipa de enfermagem demonstrou a este nível uma mudança notável, não só ao nível da informação registada, mas também, da sua atitude perante a pessoa idosa e sua família, promovendo momentos de validação dos conhecimentos em várias fases do internamento. O caminho percorrido pela equipa de enfermagem, pelas pessoas idosas e suas famílias, parece-nos estar refletido nos registos de enfermagem na última fase do Modelo de Parceria- **Assumir o Controlo de Si/Assegurar o Cuidado do Outro**. Por parte da equipa de enfermagem, ficou demonstrada uma maior preocupação e consciencialização da necessidade de recolha de informação, que permitira caracterizar e identificar, as necessidades e capacidades da pessoa idosa, facilitando o desenvolvimento do conhecimento de uma forma individualizada e na sua globalidade.

Esta atividade promoveu aquisição de competências ao nível do domínio: da melhoria contínua da qualidade, através da aplicação de instrumentos de análise dos registos de enfermagem, da reflexão conjunta com a equipa de enfermagem sobre a mudança de práticas ocorrida, e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da interpretação, análise comparativa realizada e da organização da informação produzida e geradora dos dados apresentados.

Atividade 15 - Realização de entrevistas a pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e sua família

Após a implementação do projeto, e de forma a compreendermos se a implementação do cuidado em parceria enquanto intervenção de enfermagem, teve repercussões na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, considerámos pertinente a realização de entrevistas às pessoas idosas e suas famílias.

As entrevistas realizaram-se no período de 12 de janeiro a 12 de fevereiro de 2016, envolveram 5 pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e 5 familiares, a autorização para a sua realização foi obtida através do seu consentimento informado. Recorremos a uma entrevista semi-estruturada (à semelhança da realizada na fase de diagnóstico), para procedermos à recolha de dados. Sentiu-se a necessidade de introduzir uma terceira questão, colocada à pessoa idosa e sua família na 1ª consulta de seguimento, em que procurámos identificar as suas dificuldades ou preocupações já depois do regresso a casa (apêndice XVII). A análise das entrevistas e dos seus conteúdos, obedeceu a uma componente essencialmente temática (Bardin, 2009). Tendo como norteador o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013).

Resultados/ Competências desenvolvidas

As entrevistas realizadas revelaram por parte da pessoa idosa uma aquisição de conhecimentos ao nível da sua nova condição de saúde. O início da capacitação da pessoa idosa para assegurar e assumir do cuidado de Si, desde o primeiro momento da admissão no serviço, permitiu aumentar o tempo de intervenção de um cuidado de enfermagem em parceria, com o propósito de desenvolver competências para capacitar a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica para o seu regresso a casa.

Em relação ao conhecimento dos cuidados para assumir ou assegurar o regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, cerca de 80% das pessoas idosas entrevistadas revelaram ter adquirido conhecimentos ao nível de todos os indicadores, sendo que, em relação às restrições de atividade física e conhecimento do suporte escrito entregue (folheto informativo) o conhecimento demonstrado foi de 100%. O envolvimento das famílias durante o período de internamento, permitiu-lhes adquirir o mesmo nível de conhecimentos dos seus

familiares submetidos a cirurgia oftálmica. Na primeira consulta foi interessante verificar, que as pessoas idosas assumiram o cuidado de Si no regresso a casa (à exceção de 1 pessoa idosa, que o cuidado foi assegurado pela família e identificado ainda no decorrer do internamento). Identificaram o banho, como a atividade que lhes fora mais difícil de realizar e na qual tiveram ajuda. Naqueles, que eram cuidadores do seu cônjuge, as famílias nomeadamente as filhas assumiram esse papel, o que lhes permitiu ter melhores condições de recuperação. O folheto informativo foi reconhecido por todos, como um importante suporte ao nível de informação e ao qual recorreram para esclarecimento de dúvidas.

As mudanças ocorridas ao nível das práticas de enfermagem, permitiram melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, as intervenções implementadas visaram a melhoria do conhecimento que se tem da pessoa idosa, do seu contexto de vida e saúde, dos problemas de correntes do envelhecimento e recursos.

O Modelo de Parceria de Gomes (2013), permitiu à equipa contextualizar a sua prática e perceber os contributos da sua intervenção e das estratégias desenvolvidas para a capacitação da pessoa idosa/família para assumir o cuidado de Si, ou assegurar o cuidado do Outro, na preparação do regresso a casa após cirurgia oftálmica.

Esta atividade promoveu o desenvolvimento de competência a nível: da responsabilidade profissional, ética e legal, através do respeito demonstrado pela pessoa idosa e sua família ao longo da realização das entrevistas e prestação de cuidados, da garantia ao anonimato e confidencialidade dos dados, assim como, do pedido de autorização às pessoas idosas e suas famílias (consentimento informado e esclarecido); da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da investigação, da análise de conteúdos, interpretação e reflexão dos dados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através do desenvolvimento da comunicação com as pessoas idosas, orientação das entrevistas e análise do conhecimento produzido tendo em conta os resultados obtidos.

Atividade 16 - Sessão de formação para a apresentação dos resultados obtidos com as intervenções desenvolvidas

A parceria enquanto intervenção de enfermagem com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, tem como objetivo a capacitação da pessoa idosa para assumir o cuidado de Si no regresso a casa. Pelo que considerámos pertinente a apresentação dos resultados obtidos à equipa de enfermagem, através da realização de uma sessão de formação em serviço.

Teve como título: “A parceria como intervenção de enfermagem – contributos na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.” Teve como objetivos gerais: 1) a apresentação do estudo de caso à luz do Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado de Si e 2) a apresentação dos resultados obtidos após a implementação do projeto de intervenção (apêndice XVIII).

Dos 13 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, 9 estiveram presentes na sessão formação, perfazendo 70% da equipa de enfermagem (entre eles, 1 especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente do idoso), aos 4 enfermeiros ausentes foram realizadas apresentações informais de modo a garantirmos e promover todo o envolvimento da equipa de enfermagem e a continuidade do projeto (apêndice XIX).

Resultados/ Competências desenvolvidas

A apresentação dos resultados à equipa de enfermagem foi determinante para a tomada de consciência das práticas existentes e dos contributos obtidos com a implementação do Modelo de Parceria de Gomes (2013). Foi apresentado um estudo de caso que procurámos demonstrar a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, nas suas diversas fases, exemplificando as estratégias encontradas em conjunto com a pessoa idosa para colmatar as suas necessidades e dificuldade na promoção do assumir o cuidado de Si. De uma forma geral, os enfermeiros tiveram noção da sua evolução ao nível das práticas de enfermagem, dos ganhos e benefícios do modelo de parceria na preparação da pessoa do regresso a casa da idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

A realização da sessão de formação permitiu-nos o desenvolvimento de competências nos vários domínios: da melhoria contínua da qualidade dos cuidados,

através da liderança do projeto de intervenção e da implementação do Modelo de Intervenção em Parceria para a Promoção do Cuidado de Si de Gomes (2009, 2013), e da divulgação de resultados baseada em indicadores sustentados; do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, ao nível da formação, e da partilha de conhecimento e comunicação com a equipa de enfermagem; e na gestão de cuidados, pois a implementação de uma intervenção em parceria promoveu uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa/família contribuindo para a sua autonomia, permitindo-lhe prosseguir o seu projeto de vida.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Neste capítulo, pretendemos refletir sobre as competências desenvolvidas como enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa, ao nível dos seus vários domínios, tendo como referência, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (O.E., 2010)

Salientamos igualmente as limitações do projeto e as suas implicações para a prática de cuidados. Ao refletirmos sobre o projeto desenvolvido e implementado, constatamos que ao longo de todo o processo, fomos em cada uma das suas fases adquirindo conhecimentos, desenvolvendo habilidades, capacidade de análise e de mobilização de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento de competência como enfermeira especialista que aqui pretendemos demonstrar.

No domínio da investigação, foram desenvolvidas capacidades de pesquisa que procuraram uma prática baseada na evidência científica atual. A revisão da literatura foi fundamental para a contextualizar a problemática em estudo de forma sustentada. A utilização de ferramentas de pesquisa, a construção de documentos, a análise documental e sua interpretação, promoveram a capacidade de análise e reflexão. O conhecimento produzido conduziu a uma prática de cuidados de enfermagem: centrada na pessoa idosa, na sua singularidade, na identificação precoce das suas necessidades, na implementação de intervenções educativas facilitadoras da preparação do seu regresso a casa após cirurgia oftálmica, promovendo a promoção do cuidado de Si.

No domínio da formação, foram desenvolvidas competências e promoveu-se de igual forma, o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem.

A realização do projeto em contexto de trabalho permitiu-nos não só investigação do problema, mas também, uma intervenção baseada na evidência científica para atingir a sua resolução, favorecendo o autoconhecimento, numa dinâmica de investigação-ação e de partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem. A valorização da equipa de enfermagem, das suas experiências, sugestões, assim como, a divulgação das evidências científicas ao nível dos cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e suas necessidades, e a apresentação do Modelo de Parceria de Gomes (2013), promoveram vários espaços

de debate e reflexão sobre a prática de cuidados existentes e a necessidade de mudança.

A partilha de ideias em equipa e a identificação das suas necessidades formativas, favoreceu o planeamento das intervenções educativas a implementar, desenvolvendo nos enfermeiros uma prática reflexiva e um pensamento crítico face aos cuidados de enfermagem.

A nível da prestação de cuidados à pessoa idosa/família, foram desenvolvidas competências ao nível: da comunicação, observação (identificando dificuldades não expressas) e caracterização, através da utilização de instrumentos de avaliação multidimensional, assim como, da educação em saúde direcionada para as aprendizagens necessárias adquirir, para que a pessoa idosa/família assumam o cuidado de Si ou assegurem o cuidado do Outro, na transição do seu regresso a casa.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do respeito pela pessoa idosa, pela sua família, pela equipa de enfermagem, pela promoção da privacidade, pela confidencialidade dos dados, entre outros, demonstrando na prática de cuidados e na tomada de decisão, evidências do conhecimento ético-deontológico. Aos participantes deste projeto foi assegurada a liberdade de escolha e participação, assim como, o direito de revogação. Foram solicitados quer às pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica, quer aos seus familiares, o seu consentimento informado e esclarecido.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, através da implementação do Modelo de Parceria de Gomes (2013), no serviço, do planeamento da sua incorporação na prática de cuidados e do envolvimento da equipa de enfermagem. A utilização de um modelo, no processo de transição da pessoa idosa submetida a cirurgia no seu regresso a casa foi o primeiro passo, para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança e ganhos em saúde obtidos pela pessoa idosa e sua família.

No domínio da gestão dos cuidados, através da liderança do projeto, e da implementação de uma intervenção enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, que para além de capacitar a equipa de enfermagem de novos conhecimentos, otimizou a sua intervenção e melhorou a

qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa/família, contribuindo para a sua autonomia, permitindo-lhe prosseguir o seu projeto de vida.

No domínio das aprendizagens profissionais, através do desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e relacionais com a equipa multidisciplinar, com a pessoa idosa e com a sua família. Na intervenção diária, como elemento dinamizador do projeto, na identificação das necessidades formativas da pessoa idosa/família e dos enfermeiros, na mobilização de conhecimentos e na realização de sessões formativas promotoras do desenvolvimento de capacidades de aprendizagem na pessoa idosa/família e na equipa de enfermagem. O percurso realizado em parceria com a equipa de enfermagem e desta com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, conduziu ao desenvolvimento de competências para assumir o cuidado de Si.

4.1. Limitações do Projeto

Ao iniciar este estágio, as incertezas eram muitas, embora tivesse consciente da possibilidade de surgirem algumas limitações, a falta de experiência na realização de um trabalho desta natureza já era com certeza uma delas.

O período de estágio decorreu no entanto sem grandes intercorrências, algumas das dificuldades sentidas, foram ultrapassadas com persistência e perseverança. Um aspeto considerado como uma vantagem, foi o fato do estágio se ter realizado no local de trabalho, onde o conhecimento da equipa multidisciplinar e de enfermagem, da estrutura física, da dinâmica de funcionamento e das dificuldades ao nível das práticas de cuidados, facilitaram o envolvimento de todos. Ser estudante no próprio local de trabalho foi também uma aprendizagem, se por um lado foi facilitador a nível da intervenção na pessoa idosa/família e equipa de enfermagem, pois por várias vezes houve dificuldades em gerir os diferentes papéis e a dedicação à execução do projeto de estágio.

4.2. Implicações para a Prática

A introdução de mudanças ao nível das práticas de cuidados é um processo complexo e por vezes tortuoso. A desmotivação generalizada dos profissionais e os atuais contextos de trabalho deixam pouco espaço para o desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa. A implementação deste projeto sentiu algumas resistências, no entanto, os enfermeiros depressa compreenderam sua importância e os benefícios. A utilização do Modelo de Parceria de Gomes (2013), permitiu-nos contextualizar a nossa prática de cuidados e perceber a repercussão da sua ação. As mudanças ocorridas, através da implementação de uma intervenção de enfermagem em parceria, centraram-se no conhecimento da pessoa idosa/família, na identificação das suas necessidades e no desenvolvimento de ações de educação para a saúde, promotoras do desenvolvimento de competências para Assumir o Cuidado de Si.

Os ganhos e benefícios em saúde conseguidos na transição e preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, foram reconhecidos pelos próprios, pela equipa de enfermagem e pela sua Chefia. A recolha de dados associados à pessoa idosa com cirurgia oftálmica programada passou a ser uma prática desenvolvida na consulta de enfermagem (consulta pré-operatória). O projeto ganhou projeção no serviço, foi assumido e integrado como um dos projetos do serviço, ao nível da melhoria contínua da qualidade. Atualmente encontra-se em desenvolvimento a proposta de alteração aos registos em SAPE, com a intenção de incorporar as especificidades e indicadores, associados à pessoa idosa e seus contextos, assim como, as intervenções educativas desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa/família na promoção da sua autonomia no regresso a casa após cirurgia oftálmica.

Pessoalmente, fica o compromisso de dinamizar a prática de cuidados de enfermagem no serviço, assumindo e promovendo, uma prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa e sua família, através da incorporação de novos conhecimentos na equipa, criação de espaços de reflexão que promovam o diálogo e crescimento da equipa de enfermagem. E o desejo de colaborar na formação de futuros enfermeiros especialistas na área de especialização médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa.

CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo natural, que não tem que ser sinónimo de perda ou incapacidade, muitos idosos mantêm neste período da sua vida a capacidade funcional preservada, sendo autónomos na sua tomada de decisão.

A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, apresentou-se como uma oportunidade de melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo numa situação de transição e vulnerabilidade, capacitar a pessoa idosa para assumir o cuidado de Si, dos seus projetos de vida e saúde, tendo em conta a sua nova situação de saúde.

Cuidar da pessoa idosa em parceria, implica a necessidade de realização de uma avaliação multidimensional, que relacione as suas várias dimensões, como: múltiplas comorbilidades, mobilidade (reduzida), deficit cognitivo, audição, ansiedade, literacia e suporte familiar que podem condicionar ou dificultar a sua recuperação. Exige dos enfermeiros a mobilização e articulação constante de conhecimentos, com o objetivo de antever problemas e complicações, e atuar como peritos na prevenção, favorecendo o planeamento do regresso a casa de uma forma orientada e individualizada, com recurso a intervenções educativas variadas e adaptadas. Requer a aquisição de novas habilidades e competências, assim como, a compreensão do projeto de vida da pessoa idosa, a sua necessidade de treino e suporte, para que as transições ocorram de forma saudável.

O Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013), foi norteador do projeto apresentado, permitindo a contextualização das mudanças ao nível das práticas dos cuidados de enfermagem e a articulação com os conhecimentos adquiridos e outros quadros referência, nomeadamente, a Teoria das Transições de Meleis (2010). A sua implementação promoveu o desenvolvimento de competências baseadas na reflexão, no conhecimento e na evidência, como geradores de mudança.

A relação de parceria desenvolvida com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, e as estratégias implementadas promoveram a aquisição de conhecimentos e competências, face à sua nova condição de saúde, que lhe permitiram o assumir do cuidado de Si no regresso a casa. O envolvimento da família promovido ao longo do período de internamento e durante as intervenções

educativas, permitiu-lhes adquirir o mesmo nível de conhecimentos que os seus familiares.

Por parte da equipa de enfermagem, foi evidente o envolvimento conseguido, ficou demonstrada a sua preocupação na recolha de informação, no sentido de caracterizar e identificar as necessidades e capacidades da pessoa idosa, permitindo um conhecimento individualizado, da sua singularidade e globalidade.

Com uma melhoria muito significativa do registo e da qualidade da informação registada pelos enfermeiros. Verificou-se a consciencialização da evolução ao nível das práticas de enfermagem, dos ganhos e benefícios do modelo de parceria na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

Os resultados obtidos vão ao encontro da revisão da literatura, a preparação do regresso a casa, é um processo que se deve iniciar no momento da admissão, sendo que, durante o internamento devem ser identificadas as necessidades da pessoa idosa/família, devendo as mesmas ser tidas em consideração no momento do planeamento da alta, promovendo o regresso a casa em segurança, prevenindo complicações e reinternamentos. Os enfermeiros detêm neste processo um papel fundamental na capacitação da pessoa idosa/família.

Consideramos atingidos os objetivos a que nos propusemos, tendo em conta o percurso desenvolvido em parceria com a pessoa idosa/família e com a equipa de enfermagem, desenvolveram-se competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa e contribui-se para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, que reconheceu a mais-valia da prática de cuidados implementada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. (2012). *Intervenção telefónica estruturada ao doente idoso com Insuficiência Cardíaca, após a alta Hospitalar. A Parceria como Intervenção de enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si.* (Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bobay, k. I., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*. May-June 31 (3), 178-187. Acedido: 1-07-2015. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0197457210002016/1-S2.0-S0197457210002016-main.pdf?_tid=65b2fd7a-2cf2-11e5-bd47-00000aab0f26&acdnat=1437185710_c6e708a6a91e46d7949580c5a424f8cf
- Bond, C., Blenkinsopp, A. & Raynor, D. (2012). Prescribing and partnership with patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74 (4), 581-588. DOI:10.1111/j.1365-2125.2012.04330.x
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *Journal of American Geriatrics Society*. 52.1817-1825. Acedido: 1-07-2015. Disponível em: http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/discharge_committee_literature/patient_and_caregiver_involvement/preparing_patients_and_caregivers_to_participate_in_care_delivered_across_settings_coleman_am_geriatr_soc.pdf
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. silveira, trad.). (2ªed.) Loures: Lusociência (Soigner...Le premier art de la vie, 2ème éd. Paris, Masson,2001)
- Correia, J. M. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa. Universidade Aberta.

- Cruz, D. & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 13(3):415-22. Acedido: 12-01-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
- Daian, M.R., Petroianu, A., Alberti, L. R. & Jeunon, E.E. (2012). Estresse em procedimentos cirúrgicos. *Abcd. Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva*. São Paulo, 25 (2), 118-124. Acedido: 14-07-2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-
- DGS (2005). *Programa Nacional para a saúde da visão*. Circular Normativa nº 02/2005 de 17 março 2005. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido: 13-05-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006909.pdf>
- Enderlin, C., McLeskey, N., Rooker, J., Steinhauser, C., D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K.. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34 (1), 47-52 6p. DOI:10.1016/j.gerinurse.2012.08.003
- Eraut, M. (2008). How professionals learn through work. University of Surrey. Acedido: 10-02-2016 Disponível em <http://www.mofet.macam.ac.il/amitim/forums/Documents/2010-2011/pds-2010-2011.pdf>
- ESEL (2014). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2015). *Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2014/2015*. 6ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- Esquenazi, D., Boiça da Silva, S., & Guimarães, M.. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 13 (2):11-20. DOI:10.12957/rhupe.2014.10124
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*. Edição 20, 1 (7), 106-194, Janeiro / Março. DOI: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

- Figuera, J., Viero, E. V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista da SBPH*, 8 (2), 51-63. Acedido: 1-07-2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência
- Fukuoka, H.; Sutu, C. Afshari, N. (2016). The impact of cataract surgery on cognitive function in an aging population. *Current Opinion in Ophthalmology*. January 27 (1):3-8. DOI: 10.1097/ICU.0000000000000226
- Gomes, I.D (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda,
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Greysen, S., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L. & ... Kushel, M. (2014). 'Missing Pieces'-Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 62 (8), 1556-1561 6p. DOI:10.1111/jgs.12928
- Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: adesão como indicador da eficácia de intervenção de enfermagem. 115-174. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- INE (2014). *Estatísticas demográficas - 2013*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido 10-05-2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210756558&PUBLICACOESmodo=2

- Jerónimo, L.M. L. (2013). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família: a parceria como intervenção de enfermagem*. (Relatório de estagio para obtenção de grau Mestre e especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa
- Lien, C., Lin, H., Kuo, I. & Chen, M. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 18 (16), 2311-2319.
DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x
- Lindhardt, T., Hallberg, I., & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45 (5), 668-681 14p. Acedido: 28-12-2015. Disponível em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=8&sid=910e13b3-f22e-4ab2b942e9c32a54d6b8%40sessionmgr4001&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105787296&db=rzh>
- Marback, R. F., Espíndola, R.F., Santhiago, M.S., Temporini, E.R. & Kara-Junior, N. (2012). Cataract surgery: emotional reactions of patients with monocular versus binocular vision. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 71 (6), 385-389. Acedido 23-07-2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802012000600009&lng=en&tlng=en.10.1590/S0034-72802012000600009.
- Marques, A. R. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós – operatórios em cirurgia ambulatória: percepção dos doentes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido: 20-05-2015. Disponível em:
file:///C:/Users/hacker%20free/Downloads/D2011_10001822012_2916008_1.pdf
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Portela de Almeida, M., Mendes, O., Santos, R. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 2º Semestre de 2008. Acedido 12-12-1025. Disponível:
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf

- Meireles, A. E., Pereira, L. M., Galdino, T., Oliveira, G. C., & Fonseca, A. L. (2010). Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Revista Neurociências*, 18 (1):103-108. Acedido a 3-06-2015. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1801/331%20revisao.pdf>
- Meleis, A.I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. EUA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209
- Moorfields Eye-Hospital. (2012). *GLAUCOMA A Guide*. International Glaucoma Association. Acedido: 2-07-2015. Disponível em: <file:///C:/Users/hacker%20free/Desktop/BIBLIOG.%20PROJETO/Glaucoma%20-%20A%20guide.pdf>
- Moorfields Eye Hospital (2014). *Cataract - Cataract service patient information*. Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust. London. Acedido: 2-07-2015. Disponível em: http://www.moorfields.nhs.uk/sites/default/files/uploads/documents/Cataract%20service%20booklet%20-%20Oct%202014_0.pdf
- Moorfields Eye Hospital (2015). *Retinal detachment surgery - Patient information – vitreo-retinal service*. Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust. London. Acedido: 2-07-2015. Disponível em: http://www.moorfields.nhs.uk/sites/default/files/uploads/documents/Retinal%20detachment%20surgery_0.pdf
- Moraes, E. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso, 151-175. In Borges, A. P. A. & Coimbra, A. M. C. (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância.

- Moraes, E. N. , Marino M.C. & Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*, 20 (1), 54 – 66. Acedido a: 20-05-2015. Disponível em: https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-25808-dt-content-rid-117713_1/course/201415-S2-6734-8-6734042/grandes%20sindromes%20geriatricos.pdf
- Morais, J.P. (2010). *Preparação do regresso a casa: do hospital para o contexto familiar*. Universidade católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado. Porto. Acedido: 10-06-2015. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9210/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Prepara%C3%A7%C3%A3o%20do%20Regresso%20a%20casa.pdf>
- Naylor, M. D., Fann, C. S., Bowles, K.H., Bixby, M.B. (2005). Cognitively impaired older adults: from hospital to home: an exploratory study of these patients and their caregivers. *American Journal of Nursing*: Fevereiro, 105 (2): 52-61. Acedido a 1-07-2015. Disponível em: http://journals.lww.com/ajnonline/citation/2005/02000/cognitively_impaired_older_adults_from_hospital.28.aspx
- Naylor, M. D. & Keating, S.A. (2008). Transitional Care. Moving patients from one care setting to another. *American Journal of Nursing*. setembro 108(9):58-63. Acedido a 1-07-2015. Disponível em: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2008/09001/Transitional_Care.23.aspx
- Naylor, M.D. (2012). Advancing High Value Transitional Care the Central Role of Nursing and Its Leadership. *Nursing Administration Quarterly*. 36 (2), 115-126. DOI: 10.1097/NAQ.0b013e31824a040b
- O.E. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010. Acedido a 3-10-2015. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao/OE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Olatunji, F. O., Ayanniyi, A. A. (2007). Anxieties of Ophthalmic Surgical Patients about Ophthalmic Surgery. *Nigerian Journal of Ophthalmology*. Vol. 15 (1), 10-12.
- Petronilho, F.A. (2007). *Preparação do egresso a casa*. Coimbra. Formasau – Formação e saúde, Lda.

- Pompeo, D. A., Pinto, M. H., Cesarino, C .B., Araújo, R. R., & Poletti, N. A.(2007). Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. *Ata Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350. Acedido a 2-06-2015. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=pt&tlng=pthttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.10.1590/S0103-21002007000300017.
- Portes, A.J., Silva, B.D., Vieira, L.B., Santos, F.M., Moraes, N.C. (2014). Percepção da aplicação tópica ocular de drogas: comparação entre instilação de gotas em olhos abertos e vaporização em olhos fechados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 73 (2), 98-102. Acedido 23-05-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n2/0034-7280-rbof-73-02-0098.pdf>
- Rebelo, M. T. (2012). *O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta*. In M.L. Bastos (Org.) *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau.
- Rebelo, M. T. (2014). *O regresso à vida quotidiana após experiência de uma situação-limite*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Programa de Doutoramento em Enfermagem.
- Ribeiro, L., Alves, P., Meira, E. (2009). Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde* Abr/Jun; 8(2):220-227. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8202
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15. 1-38.
- Santos, F. H., Andrade, V. M.& Bueno, O. F. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 3-10. Acedido: 23-07-2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100002&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-73722009000100002.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Outubro
- Shaw, M. E., Lee, A. (2010). *Ophthalmic Nursing*. Fourth Edition Oxford Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-405-18429-8
- Shoss, B.L. & Tsai, L.M. (2013). Postoperative care in cataract surgery. *Current Opinion in Ophthalmology*, 24 (1) 66-73. DOI:10.1097/ICU.0b013e32835b0716

- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2), 119-127
- Shyu, Y. L., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H. (2010). Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *Journal Of Advanced Nursing*, 66 (11), 2450-2459.
DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x
- Soares, S., Soares, I., Barreiro, M. (2013). Ensino para a autonomia: inovando a formação profissional. Universidade do Estado Bahia. Série Práxis e Docência Universitária. Salvador: EDUNEB, Volume II.
- Tomás, T. S. F. (2014). *Retorno a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar: A parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si.* (Relatório de estágio para a obtenção do grau Mestre e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Vieira, A. A., Guedes, R. A., Vieira, R. C. & Guedes, V.M. (2015). Percepção do paciente portador de glaucoma e os diferentes tipos de tratamento (clínico versus cirúrgico). *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 74 (4), 235-240. DOI: 10.5935/0034-7280.20150048
- Vieira, F. & Moreira, M. A. (2011). *Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação transformadora.* Ministério da Educação - Conselho Científico para a avaliação de Professores. Cadernos do CCAP - 1
- WHO (2014a). *Ageing and Life Course - facts about ageing.* World Health Organization. Acedido: 10-06-2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en>
- WHO (2014b). *Visual impairment and blindness - Fact Sheet Nº 282.* Acedido: 10-06-2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Instrumentos mobilizados na Avaliação
Multidimensional da Pessoa Idosa**

Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Durante o cuidado de enfermagem, a abordagem da pessoa idosa, deve ter em consideração a sua avaliação clínica, mas também, a sua avaliação multidimensional. Através dela, o enfermeiro identifica as vulnerabilidades/fragilidades da pessoa idosa ao nível: clínico, fisiológico, funcional, social e mental, com o objetivo de desenvolver um plano de intervenções orientadas e com monitorização da sua evolução (Botelho, 2000).

As pessoas idosas encontram-se sujeitas a uma multiplicidade de diagnósticos de saúde, nos quais os aspetos: físicos, mentais e sociais se evidenciam e estão fortemente interligados. Considera-se que utilização de medidas de avaliação multidimensionais é a forma mais apropriada para a avaliação da população idosa (Rodrigues, 2008).

Um conhecimento multidimensional da pessoa idosa permitirá obter uma visão mais holística, promovendo a compreensão da sua recuperação proporcionando orientações para as intervenções a desenvolver (Shyu, Chen, Wu & Cheng, 2010).

Ao reconhecer precocemente as necessidades da pessoa idosa, o enfermeiro promove a sua recuperação e capacitação em parceria, tem em consideração as condições próprias do idoso e assegura a qualidade dos cuidados, otimizando o estado funcional e a qualidade de vida da pessoa idosa.

É fundamental o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de confiança entre o profissional de saúde a pessoa idosa e/ou sua família, que assente no respeito pelas crenças e valores, na compreensão e partilha de conhecimentos (McCormack, 2003). Enfermagem tem como objetivo da sua intervenção, a integração da pessoa idosa e sua família no processo de cuidados, de modo a que desempenhem um papel ativo nas tomadas de decisão relacionadas com o seu projeto de vida e saúde. Daí a importância “de se desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (Gomes, 2007, p.106).

A observação e a entrevista tornam-se fundamentais durante uma avaliação global da pessoa idosa, no entanto, o recurso a instrumentos de avaliação tem em conta estas técnicas na recolha de dados. Ao proceder à sua aplicação, deve estar

garantido que os mesmos, foram estudados e validados para a população portuguesa é imprescindível para o rigor diagnóstico (Sequeira, 2010b).

Desta forma, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), através do seu Núcleo de Estudos de Geriatria, disponibiliza um conjunto de instrumentos que permitem a avaliação da pessoa idosa nas suas diversas dimensões, consoante as necessidades identificadas, tendo sido mobilizadas as seguintes escalas:

- Estado mental, através do *Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein*
- Atividades Instrumentais de vida diárias, através do *Escala de Lawton & Brody*
- Marcha, através da *Classificação Funcional da Marcha de Holden*
- Depressão geriátrica, através da *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta;*

Para além das preconizadas pelo GERMI, foi sentida a necessidade de complementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa ao nível de outros domínios, pelo que se recorreu ainda a outros instrumentos de avaliação/escalas, que se passam a apresentar:

- Atividades Básicas de vida diárias, através do *Índice de Barthel;*
- Risco de queda, utilizando a *Escala de Morse;*
- Risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, recorrendo à *Escala de Braden;*
- Sobrecarga do Cuidador, através da *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit,*
- Funcionamento familiar, através da escala de *Apgar Familiar*
- Avaliação da dor através da *Escala numérica e Escala de faces*

Mini Mental State Examination (MMSE)

Adotado pelo GERMI, O *Mini Mental State Examination* (MMSE) é um instrumento de avaliação que caracteriza o funcionamento cognitivo, a sua utilização permite o rastreio da perda cognitiva, no entanto, não é um instrumento de diagnóstico de doença (Sequeira, 2010b).

Avalia aspetos do estado cognitivo ao nível: a orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

É atribuído um ponto a cada resposta, o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação do défice cognitivo em função do grau de escolaridade:

- Analfabetos: inferior ou igual a 15 pontos;
- 1 a 11 anos de escolaridade: inferior ou igual a 22 pontos;
- Escolaridade superior a 11 anos: inferior ou igual a 27 pontos.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: _____

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

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

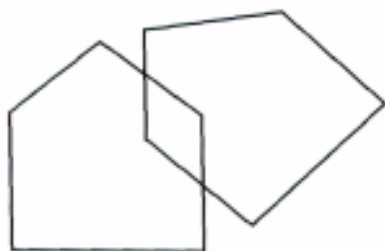
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

<p>Considera-se com defeito cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• analfabetos \leq 15 pontos• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22• com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

Escala de Lawton & Brody

Adotada pelo GERMI, a escala de Lawton e Brody permite avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

A escala de Lawton e Brody avalia oito dimensões ao nível das seguintes atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação.

Em cada item apresenta vários níveis diferentes de dependência, sendo cada atividade pontuada de 1 a 3, de 1 a 4, ou de 1 a 5. A maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. Varia entre 8 e 30 capítulos, que correspondem a um determinado grau de dependência:

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

1 – UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

1 Utiliza o telefone por iniciativa própria

1 É capaz de marcar bem alguns números familiares

1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar

0 Não é capaz de usar o telefone

2 – FAZER COMPRAS

1 Realiza todas as compras necessárias independentemente

0 Realiza independentemente pequenas compras

0 Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra

0 É totalmente incapaz de comprar

3 – PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

1 Organiza, prepara e serve refeições sozinho adequadamente

0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos

0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada

0 Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

4 – TAREFAS DOMÉSTICAS

1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)

1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama

1 Realiza tarefas ligeiras mas não pode manter um nível adequado de limpeza

0 Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas

0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5 – LAVAGEM DE ROUPA

1 Lava sozinho toda a sua roupa

1 Lava sozinho pequenas peças de roupa

0 A lavagem da roupa tem que ser feita por terceiros

6 – UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro

1 É capaz de apanhar um táxi mas não usa outro transporte

1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado

0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros

0 Não viaja

7 – MANEJO DA MEDICAÇÃO

1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas

0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente

0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8 – RESPONSABILIDADES DE ASSUNTOS FINANCEIROS

1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho

1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco

0 Incapaz de manusear dinheiro

Marcha de Holden

Adotada pelo GERMI, a escala de Marcha de Holden, determina o grau de autonomia na marcha, tendo em conta o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

A observação direta é uma das formas de recolher a informação ou então através de questionário da pessoa idosa, familiares.

Obedece a 6 categorias, e procura classificar o idoso na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha.

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

Tempo de aplicação: 3-5 minutos

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Na sua versão original – *Geriatric Depression Scale* (GDS) foi desenvolvida por Yesavage e seus colaboradores (1983). Dela fazem parte 30 itens que procuram identificar sintomas de depressão na pessoa idosa. As suas respostas variam entre o sim e o não, de acordo com o sentir da pessoa e com ênfase na semana em que se verifica a aplicação da escala.

A escala apresentada é a versão curta da original, adotada pelo GERMI constituída por 15 itens (GDS-15).

É pontuada da seguinte forma: 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

É cotada da seguinte forma:

Pontuação	Nível de Dependência
0 - 5	Ausência de Depressão
6 - 10	Depressão Ligeira
11-15	Depressão grave

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3. Sente a sua vida vazia?	1	0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5. Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Sente-se inútil?	1	0
13. Sente-se cheio de energia?	0	1
14. Sente-se sem esperança?	1	0
15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Índice de Barthel

Mahoney e Barthel desenvolveram em 1965, o *Índice de Barthel*. Este instrumento avalia a capacidade funcional da pessoa para a realização de atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD). A avaliação acontece ao nível das seguintes atividades: do comer, da higiene pessoal, do uso de sanitários, do tomar banho, do vestir e despir, do controlo de esfíncteres, da deambulação, da transferência da cadeira para a cama e do subir e descer escadas.

Em 1988 Wade e Collin, desenvolveram a versão apresentada do Índice de Barthel, que foi em 2007 traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo e seus colaboradores (2007).

A pontuação do score total da escala varia entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente):

- 0-8: Total Dependência
- 9-12: Dependência Grave
- 13-19: Dependência Moderada
- 20: Independência Total

Nome: _____

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
ÍNDICE DE BARTHEL				
QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL: (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
QUANTO A TOMAR BANHO: (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
QUANTO A VESTIR-SE: (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
QUANTO A ALIMENTAR-SE: (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confecionada, consegue comer sózinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO: (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS: (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE: (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL: (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA: (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
QUANTO A IR À CASA DE BANHO: (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
PONTUAÇÃO FINAL				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO				

Total dependência (0-8) Dependência Grave (9-12) Dependência Moderada (13-19) Independência Total (20)

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L., OLIVEIRA, A., PINTO, C. (2007). **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados.** Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

Escala de Morse

A *escala de Morse* é um instrumento que permite através da avaliação: da história de quedas nos últimos três meses, da existência de diagnóstico secundário, da necessidade de ajuda na mobilização, do uso de terapêutica endovenosa, das características da marcha e estado mental, avaliar o Risco de Queda.

É realizada nas primeiras 24 horas de internamento, como forma de determinar o risco de queda e intervenções necessárias, a reavaliação do risco é efetuada com uma periodicidade máxima de 7 em 7 dias ou sempre que a situação clinica do doente o justifique.

Tem uma pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 125 pontos.

Da soma dos vários parâmetros, define-se o nível de risco de queda da pessoa:

- 0 a 24 – Baixo Risco
- 25 a 50 – Médio Risco
- Superior ou igual a 51 – Elevado Risco

Parâmetros		Capítulos	Data Avaliação				
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso no leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de Rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado Confuso	15					
	Pontuação						
	Assinatura						

Escala de Braden

Adotada pela Direção Geral de Saúde em 2011, a *Escala de Braden* permite avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Este instrumento avalia seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento.

A pontuação varia entre 6 e 23, quanto maior for a pontuação atribuída, menor é o risco e vice-versa (Ferreira *et al.*, 2007; Apóstolo, 2011).

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a seguinte pontuação:

- Superior ou igual a 17 – Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
- Inferior ou igual a 16 – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

A sua aplicação está preconizada no momento da admissão nas unidades de cuidados, quer seja em meio hospitalar ou em meio domiciliário.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

Escala de Zarit (Sobrecarga do Cuidador)

Foi Sequeira quem em 2007, validou e adaptou a *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* para a população portuguesa. É um instrumento que permite fazer a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, devido a doença crónica e principalmente devido a demência (Sequeira, 2007, 2010a).

A avaliação realizada compreende como informação: a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, a situação emocional e o tipo de relacionamento.

Cada item tem uma pontuação qualitativa/quantitativa, sendo que no final a pontuação global que varia entre 22 e 110:

- Nunca = (1)
- Quase Nunca = (2)
- Às vezes = (3)
- Muitas vezes = (4)
- Quase Sempre = (5)

Sendo que uma maior pontuação corresponde a uma determinada perceção de sobrecarga:

- <46 – Sem sobrecarga
- 46-56 – Sobrecarga Ligeira
- >56 – Sobrecarga Intensa

	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Apgar Familiar

A escala de *Apgar Familiar*, permite avaliar o funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros.

Para que seja possível avaliar o estado funcional de uma família, diferentes scores devem ser comparados. O *acrónimo* APGAR deriva da língua inglesa, o seu significado, apresenta-se descrito na tabela seguinte:

A	Adaptação (Adaptation)	Modo como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida
P	Participação (Partnership)	Modo como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas
G	Crescimento (Growth)	Forma como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento;
A	Afeição (Affection)	Como as experiências emocionais são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar;
R	Resolução (Resolution)	Como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros.

Baseada em Smilkstein (1978), a escala apresentada, pressupõe a atribuição de 2 pontos para "Quase sempre", 1 ponto para "Às vezes", e 0 pontos para "Raramente". Os pontos são totalizados e interpretados da seguinte forma:

- De 7 a 10 - sugere uma família **altamente funcional**;
- De 4 a 6 - sugere uma família **moderadamente disfuncional**;
- De 0 a 3 - sugere uma família **severamente disfuncional**.

QUESTIONÁRIO APGAR FAMILIAR

	Quase Sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.			
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos.			

Escalas de avaliação da dor

A Direção Geral de Saúde na sua circular normativa Nº 09/DGCG de 14-06-2003, identifica a dor como um sintoma que acompanha a generalidade das situações que necessitam de cuidados de cuidados de saúde. Disponibiliza para a sua avaliação um conjunto de instrumentos que permite a mensuração da intensidade da Dor. De entre elas destacam-se as utilizadas:

Escala Numérica

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10.







Apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical, é solicitado à pessoa que faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica. A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

<i>Escala Numérica</i>												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima

Escala de Faces

Na Escala de Faces é solicitado à pessoa que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a expressão representada em cada face desenhada.

À expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

<i>Escala de Faces</i>					
					

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2). 59-65.
- Botelho, M.S.B. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- DGS (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- GERMI (n.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Gomes, I. D. (2007). *O conceito de parceria na interação enfermeiro / doente idoso: da submissão à acção negociada*. In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica*, 23 (2), 109-15. Acedido: 18-01-21016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n2/06.pdf>

- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Sequeira, C. (2010, a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. 12 (2). 9-16.
- Sequeira, C. (2010, b). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Outubro.
- Shyu, Y. L., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H. (2010). Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(11), 2450-2459. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*. 6(6), 1231-1239.
- Yesavage, J. A.; Rose, T. L.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M.; Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

APÊNDICE II – Estudo de Caso I

Estudo de Caso I

REVELAR-SE

Segundo Gomes (2009, 2013), revelar-se surge como a primeira fase do modelo de parceria onde se pretende caracterizar a identidade da pessoa, contexto e ambiente familiar, assim como, o seu potencial de desenvolvimento, com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida.

Identidade da Pessoa Idosa

A Sr^a E. tem 77anos de idade, biótipo humano branco, e gosta de ser tratada por Sr^a E.. Tem nacionalidade Portuguesa e é natural distrito de Setúbal onde ainda reside atualmente, frequentou a escola até ao terceira classe de escolaridade, sabe ler, escrever e executar contas simples. Mais nova de 7 irmãos (3 rapazes e 4 raparigas), apenas tem uma irmã viva. Abandonou a escola por querer trabalhar junto da mãe, começou como camiseira, modista (deixou de trabalhar quando casou aos 21 anos porque o marido não queria). Após o divórcio trabalhou dos 55-65 anos numa clinica dentária (limpeza), está atualmente reformada.

Refere ser Testemunha de Jeová praticante.

É divorciada, tem dois filhos e três netos, o filho de 50 anos de idade, divorciado, arquiteto, a residir em Lisboa, com 3 filhos (6-11-12 anos), está sempre contactável e vem sempre que possível. A filha de 46 anos de idade, solteira, terminou o 12 ano, foi auxiliar de educação até ser diagnosticada artrite reumatoide aos 29 anos, aos 32 anos teve o diagnóstico de doença bipolar.

Contexto de Vida da Pessoa Idosa

A Sr^a E. vive com a filha, em habitação própria, no 1^o andar de uma moradia sem elevador. Refere que a casa possui boas condições de salubridade sendo composta por 3 assoalhadas.

A filha que atualmente reside com a Sr^a E., é solteira e dependente no vestir, no despir, na higiene pessoal e deambula com apoio de 2 canadianas (com dificuldade). A Sr^a E. identificou o filho como elemento de referência.

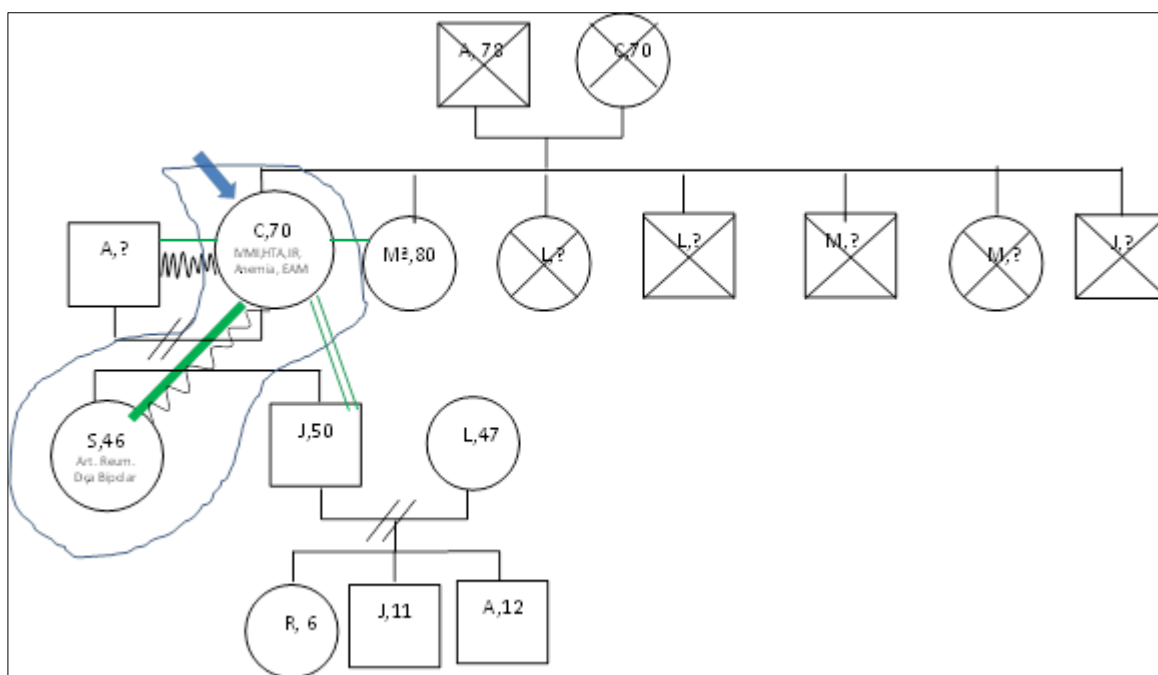
Desde o divórcio refere que encontrou força para continuar junto da religião, sendo, Testemunha de Jeová. As suas atividades vão de encontro às atividades do seu grupo religioso e gosta de ler.

Como rede de apoio, a Sr^a E. é seguida no centro de saúde da sua área de residência. Sabe o nome da sua médica de família, mas não sabe identificar a enfermeira.

Tem uma empregada de 2^a a 6^a feira que faz 3 horas por dia (no período da manhã) para ajudar com a higiene da filha, ir às compras e colaborar nas restantes atividades de casa.

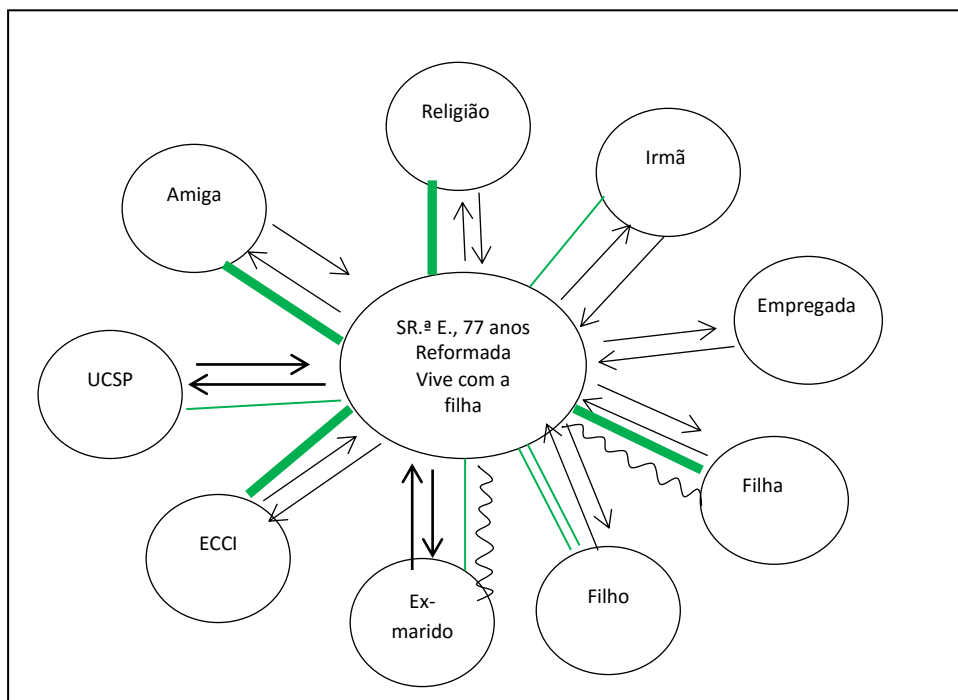
A situação económica da Sr^a E. é indicadora de dificuldades, usufrui da sua reforma de valor reduzido, da pensão de invalidez da filha e da colaboração do ex-marido para as despesas mais significativas da filha.

Genograma da família



Legenda:						
	Pessoa Índice		Divorcio		Relação muito forte	Nome
	Masculino		Morte		Relação próxima	idade
	Feminino		Morte		Relação Distante	dças diagnosticadas
	Casamento		Família Pesquisada		Relação conflituosa	

Ecomapa da família



Legenda:					
	Relação muito forte		Relação Distante		Fluxo de energia
	Relação próxima		Relação conflituosa		

História de Doença da Pessoa Idosa

Admitida na ECCI em Março de 2015 por lesões varicosas bilateral nos membros inferiores

Tem como antecedentes pessoais:

- IVMI;
- HTA;
- EAM (à 8 anos);
- I. Renal;
- Anemia
- Refere como antecedentes cirúrgicos, Hérnia inguinal à dta,

operada em 3/2015

Não tem alergias ou hábitos aditivos.

É autônoma na gestão da sua medicação. No domicílio realiza o seguinte esquema terapêutico:

Medicamento	Grupo	Via Ad.	Dose	Horário
Ranidur (maleato de enalapril + hidroclorotiazida)	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina	Oral	20 mg / 12,5 mg	1XD
Folifer (ferro + ácido fólico)	Anti anêmicos	Oral	1 mg / 90 mg	1Cp P'Al + 1 Cp jantar
Esomeprazole	Inibidor da bomba de prótons	Oral	20 mg	1 XD 7h
Lasix	Diuréticos de Ansa	Oral	40 mg	1Cp M
Zyloric	Antigotoso (gota)	Oral	100 mg	1 Cp Almoço
Vastarel	Anti anginosos	Oral	60 mg	1Cp P'Al + 1 Cp jantar
Trental	Vasodilatadores	Oral	400 mg	1Cp P'Al + 1 Cp jantar
Ben-u-ron	Analgésico e antipirético	Oral	1Gr	1 Cp manhã

Habitualmente não deixa terminar a medicação, dispondo sempre de outras embalagens em casa.

A Sr^a E. está satisfeita com a evolução positiva do seu estado clínico e evidência melhoria desde a aplicação de terapia compressiva em ambos os membros inferiores. Manifesta grande confiança na equipa de enfermagem da ECCL. Prespetiva melhorar das suas pernas para poder voltar a sair de casa, ir às compras e assistir às suas reuniões religiosas, algo que já não faz de forma autônoma há certa de 7 anos (altura em que surgiram as primeiras lesões nos membros inferiores).

A Sr^a E. manifesta grande preocupação com o futuro da sua filha.

Problemas decorrentes do Envelhecimento/ Hábitos e atividades da Pessoa Idosa

A Sr^a E. apresenta um comportamento e atitude adequados, utiliza uma linguagem apropriada e um discurso fluente e perceptível, no entanto, pareceu-me pertinente no contexto de uma avaliação multidimensional realizar uma avaliação **da sua capacidade cognitiva**, para perceber as suas capacidades de memória, compreensão, aprendizagem e processamento das informações fornecidas. A

escala utilizada foi o **Mini Mental State Examination**, resultando num score de 24 pontos que, para a população que possui entre 1 e 11 anos de escolaridade indica ausência de défice cognitivo.

Estava ansiosa quanto ao fato de poder vir a ter alta brevemente, refere que na sua unidade de saúde conhece a sua médica de família, mas não sabe identificar a sua enfermeira de referência, demonstra-se ansiosa perante esta experiência de transição.

Refere que desde que tem este problema nas pernas nunca mais saiu de casa. Por se verificar um isolamento a nível social considerou-se pertinente mobilizar a **Escala de Depressão Geriátrica** versão abreviada, obtendo um score de 5 num total de 15, indicador de ausência de depressão, mas encontrando-se no limite superior da categoria.

A Sr^a E. apresenta à observação pele mucosas coradas e hidratadas com integridade da pele comprometida a nível dos membros inferiores. O seu cabelo é liso e grisalho. Por apresentar diminuição da acuidade visual bilateral desde os 17 anos refere usar óculos, não é observada pelo médico oftalmologista há cerca de 8 anos, mas numa última consulta refere que lhe foi diagnosticada uma fase inicial de cataratas, diz ver uma névoa mais acentuada no olho direito.

Não refere alterações significativas na audição, no olfato e tacto.

Apresenta dificuldade reduzida na mastigação, tem falta de várias peças dentárias, sobretudo ao nível da arcada inferior do maxilar, mas não usa prótese dentária por opção.

Refere que dorme habitualmente cerca de 4 a 6 horas por dia.

Apresenta de forma esporádica algumas perdas de urina pelo que se sente mais confortável com uma cueca/fralda, não apresenta outro tipo de alterações da eliminação vesical (aplica creme a nível inguinal para prevenir a maceração), referindo urinar várias vezes ao dia, urina de características normais. Quanto à eliminação intestinal não refere obstipação ou outras alterações, sendo regular.

A nível da higiene pessoal a aparência é cuidada.

No que concerne às **atividades de vida diárias** estas foram avaliadas com recurso ao **Índice de Barthel**, onde obteve um score de 15 pontos num total de 20, o que revela segundo esse índice, dependência moderada. Esta revela-se de forma mais acentuada a nível do tomar banho. Não realiza a atividade do banho sozinha (é ajudada pela filha) e como tem medo de molhar os pensos, lava-se por partes no

lavatório; não sobe nem desce escadas; no controlo da função urinária; e no ir à casa de banho, pois embora faça algumas coisas sozinha precisa de ajuda diária.

Para avaliar a **capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias** foi utilizado o **Índice de Lawton e Brody**. Nesta avaliação a Sr^a E. apresenta um score de 5 pontos em 8 possíveis, significando uma dependência moderada nestas atividades. As alterações verificam-se ao nível da dependência para: fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa e utilização dos meios de transporte. As compras são asseguradas pela empregada, as refeições são fornecidas por um restaurante perto que diariamente lhe telefona e leva as refeições. Realiza 3 refeições diárias, P'al, almoço e jantar e refere ser mais apreciadora de peixe.

Pela dificuldade de deambulação e de subir e descer escadas, na avaliação do grau de autonomia na marcha foi utilizado a **classificação funcional da marcha de Holden**, onde apresentou um score de 2 num total de 5, indicador de uma marcha dependente nível I com ajuda de andarilho.

O risco de queda foi também avaliado através da **escala de Morse**, onde se obteve um score de 35 pontos (num total de 125 pontos) por apresentar marcha cambaleante e necessidade de ajuda na mobilização, a pontuação é indicadora de médio risco de queda.

A dor foi avaliada pela **Escala das faces**, sendo que a Sr^a E. se situou na posição 1, referindo que de manhã ao acordar talvez escolhesse a posição 2, manifestando assim uma dor ligeira na maioria do seu dia a moderada pela manhã.

Foi também avaliado o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, através da **escala de Braden**, onde se obteve um score de 19 pontos (num total de 23 pontos) indicador de baixo risco; a alteração verificou-se ao nível percepção sensorial dos membros inferiores; ao nível da humidade pelo uso de fralda/ cueca e pelos pensos dos membros inferiores; a nível da atividade, anda ocasionalmente distancias curtas com ajuda e com ligeira limitação na mobilidade.

A Sr^a E. para além da sua situação de saúde, apresenta-se ainda como cuidadora da filha que por sua vez apresenta grande limitação da mobilidade com ataxia da marcha (deambula com a poio de 2 canadianas). Tem o diagnóstico de artrite reumatoide e é acompanhada na consulta de reumatologia do Hospital da área de residência e em psiquiatra (em privado) por doença bipolar. Dependente na sua higiene pessoal, no vestir e despir e na preparação da alimentação, ainda sai de

casa por pequenos períodos acompanhada. Durante a noite ficam sozinhas. Perante este contexto pareceu-me pertinente **avaliar de sobrecarga do cuidador** através da **Escala de Zarit**, atingiu-se um score de 76 num total de 22-110, o que indica uma sobrecarga intensa da Sr. J. como cuidadora.

Estas avaliações possibilitaram um melhor conhecimento da pessoa idosa, permitindo definir objetivos comuns e realizar um trabalho conjunto em parceria promotor de um melhor cuidado de si.

ENVOLVER-SE

Na segunda fase do modelo de parceria, o enfermeiro procura estabelecer com a pessoa idosa uma relação de confiança e reciprocidade, mostra disponibilidade para ouvir, partilha sentimentos e procura encontrar o que há de singular naquela pessoa, Gomes (2013). O enfermeiro procura através da partilha conhecer a pessoa idosa, percebendo a Capacidade que tem para desenvolver autonomia, e propondo soluções adequadas e centradas na pessoa.

Conhecer A Singularidade Da Pessoa Idosa

Durante as visitas domiciliárias realizadas a casa da Sr^a E...apresentei sempre um fardamento discreto que não constituísse uma barreira (sem ostentação do poder associado à bata), solicitei sempre licença para entrar e procurei colocar-me numa posição facilitadora do contato visual, sentando-me por vezes ao seu lado.

Dei conhecimento à Sr^a E. dos scores/pontuações obtidas na aplicação das escalas utilizadas para realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Embora referindo todos os avaliados, destaquei aqueles em que se verificaram alterações em relação ao padrão ou pontuação considerada normal e sobre eles fomos conversando e refletindo.

Na avaliação do **Índice de Barthel**, onde obtive um score de 15 pontos, indicador de uma dependência moderada a nível das **atividades de vida diárias**.

A nível das atividades básicas de vida, a Sr^a E. refere que a atividade em que se sente mais limitada é sem duvidada na sua higiene pessoal, não toma banho de chuveiro há 7 anos, com medo de cair, piorar o seu estado, molhar os pensos das suas pernas e dar trabalho.

A Srª E. apresenta o diagnóstico de úlceras venosas (úlceras de perna) bilateral à aproximadamente 2 anos, tendo sido acompanhada pelo centro de saúde da sua área de residência, ambos os membros apresentavam edema com feridas exsudativas, extensas e circulares, por não estar satisfeita com a evolução recorreu a assistência privada sem sucesso pelo que posteriormente foi proposta pelo meio de família para a ECCL. Iniciou em março de 2015 terapia compressiva com bons resultados. Atualmente apresenta apenas pequenas lesões sem exsudado e em fase cicatricial.

A nível da **capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias** o **Índice de Lawton e Brody**, indicou um score de 5 pontos significando uma dependência moderada nestas atividades. A Srª E. refere não sair casa à cerca de 7 anos (primeiro foi o problema das ancas, agora o das pernas), as atividades/tarefas da casa são realizadas pela empregada que está consigo 3 dias por semana (3 horas por dia), faz as compras ajuda a minha filha e vai limpando alguma coisa, refere mais à frente:

- " Nunca faz bem o que eu preciso, mas é de muita confiança"

As refeições são asseguradas por um restaurante próximo que diariamente telefona e fornece a alimentação, sendo que a Srª E. prepara a mesa, e a refeição para a filha.

A **classificação funcional da marcha de Holden** classifica a sua dificuldade da marcha com score 2, marcha dependente nível I com ajuda de andarilho. Apoiase no seu andarilho em toda a casa e quando não o tem usa a mobília, porque tem muito medo de cair. Traduzido de igual forma por um médio risco de queda apurado através da **escala de Morse**.

A **dor**, embora não apresente uma intensidade elevada segundo a Srª E., aparenta ser limitadora das atividades de vida diária, das atividades instrumentais de vida e da marcha, no entanto refere que nem sempre toma a medicação da dor, pois já são medicamentos a mais.

A sua maior preocupação é a sua filha de 46 de idade, solteira que sempre apresentou um comportamento infantilizado, ainda estudou e trabalhou mas depois das doenças, tornou-se mais dependente. É seguida no serviço de reumatologia do hospital da área de residência e faz as consultas de psiquiatria a nível particular. Estas despesas são suportadas pelo seu Ex-marido, sendo que, é este que em regra também acompanha a filha nas deslocações às consultas. A filha desloca-se

com uma ataxia da marcha acentuada com apoio de duas canadianas, referindo por vezes dores e mantendo um comportamento infantilizado (embora a Sr^a E. não lhe atribua um diagnóstico). Atualmente para além do estado de saúde da filha a sua preocupação prende-se ainda um possível relacionamento da filha. A avaliação da **sobrecarga do cuidador** através da **Escala de Zarit**, veio assim confirmar a sobrecarga atingindo um score de 76 que indica uma sobrecarga intensa da Sr^a E. como cuidadora. Foi esta a única altura em que senti a Sr^a E. mais triste e de lagrima no canto do olho. Relacionada com esta situação e com o facto de estar socialmente isolada da comunidade, foi pertinente a aplicação da **Escala de Depressão Geriátrica**, que revelou um score de 5 mostrando ausência de depressão, muito embora se encontre no limite superior da categoria.

Conhecer os recursos da pessoa idosa

Foi pertinente ao longo das visitas domiciliárias que se foram realizando, fazer em uma análise em conjunto com a Sr^a E. dos resultados descritos, para percebermos como melhorar o seu conforto e promover a sua autonomia.

A Sr^a E. é uma pessoa extremamente comunicativa e bem-disposta e embora não deambule de forma sistemática pela sua casa, verifica-se que gosta de receber e estar acompanhada. A sua religião confere-lhe uma grande força e gosta muito das pessoas que dele fazem parte. Uma amiga também a visita com frequência e ajuda a passar o tempo. Refere sempre que o que mais quer:

-“ É ir as compras pois só ela é que sabe o que é preciso na sua casa”.

Foram propostas algumas intervenções de forma a capacitar a Sr^a E. no sentido da promoção do cuidado de si, tornando perceptível as suas capacidades potenciais e reais e indo de encontro às suas expectativas e projeto de vida. Assim, procurámos de forma conjunta, identificar os recursos (internos e externos) que poderíamos mobilizar para as realizar: o envolvimento e capacitação da Sr^a E., (pessoa idosa) são determinantes no desenvolvimento do seu projeto de vida, a empregada, o filho e a unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) em que está inscrita serão igualmente recursos disponíveis.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Nesta fase do modelo de parceria, está subjacente a construção de uma ação conjunta que vise o desenvolvimento de competência para a pessoa idosa agir e decidir. A construção de uma ação conjunta não é um processo adquirido, mas sim, um caminho que o enfermeiro e a pessoa idosa constroem, articulando os seus atos, tendo em conta a incerteza e imprevisibilidade da interação (Gomes, 2009, 2013). A comunicação, transmissão de informação, reflexão e negociação das intervenções são determinantes no processo de parceria, promovendo a partilha de responsabilidade e poder que permitem a transformação das capacidades potenciais da pessoa idosa em capacidades reais, para que a pessoa possa assumir o controlo do cuidado de si (Gomes, 2013).

Ao longo das visitas domiciliárias realizadas, foram sendo trabalhados alguns aspetos em parceria com a Sr^a E., neste sentido, quanto às atividades básicas de vida, as maiores dificuldades fazem-se sentir a nível do tomar banho e do subir e descer escadas. Assim sendo, conversei com a Sr^a E. e tentei desmistificar o seu medo de tomar banho no poliban, negociou-se a realização um banho completo no poliban como forma de capacitar a Sr^a E. para esta atividade, assim como, para a orientação da sua empregada de modo a reintroduzir esta prática nos seus cuidados de higiene. Esta foi uma oportunidade de aprendizagem onde se evidenciou a necessidade de um planeamento (toalhas, colocação de um banco dentro do poliban, roupa a vestir, tapete antiderrapante no chão, temperatura da água), para que se realize este cuidado em condições de segurança evidenciando sempre a necessidade de supervisão. Comprometeram-se em realizar o banho completo no poliban 1 vez por semana fazendo a articulação com a equipa de enfermagem quanto à realização dos pensos.

Quanto ao subir e descer escadas, foi da mesma forma, negociado uma intervenção para treino de subir e descer escadas, como forma de ensinar à Sr^a E. a melhor técnica para que o possa fazer em segurança. Comprometeu-se em pedir ao filho que no fim de semana a visite para que com na sua companhia/supervisão possa ir à rua.

A referenciação à unidade de cuidados de saúde personalizados em que está inscrita, surge como forma de sinalizar a sobrecarga da Sr^a E. enquanto cuidadora.

Foi negociada uma visita multidisciplinar com as duas equipas ECCI e a UCSP, garantindo a contextualização da situação e a monitorização da mesma para que se programe a necessidade de intervir em situação de agravamento do estado de saúde da Sr^a E. ou da sua filha. Foi de igual forma informada de outros recursos disponíveis na comunidade, como: Instituições particulares de solidariedade social, Santa Casa da Misericórdia, grupos de apoio entre outros. A Sr^a E. comprometeu-se promover mais a visita do filho de forma que este acompanhe e colabore na relação e ou cuidados com a irmã.

A intervenção comunitária desenvolvida contribuiu para o reconhecimento da importância da participação da pessoa no seu cuidado e do estabelecimento de parcerias no processo de capacitação das pessoas idosas para prosseguirem o seu projeto de vida.

COMPROMETER-SE

As ações desenvolvidas nesta fase do processo de parceria, procuram promover uma transição progressiva da capacidade potencial para a capacidade real, verifica-se um esforço conjunto entre o enfermeiro e a pessoa idosa para atingir os objetivos definidos (Gomes, 2013). Considera-se pertinente a elaboração de um plano de cuidados para a promoção do cuidado de si. Com a sua elaboração pretende-se assegurar a continuidade dos cuidados e intervenções na promoção do cuidado de si pela própria, bem como assegurar o cuidado pelo outro em caso de necessidade de intervenção de cuidadores. As intervenções focalizaram-se na continuidade do tratamento às úlceras de venosas, na promoção do auto cuidado do banho, na marcha, no treino de subir e descer escadas e no alívio da sobrecarga do cuidador. No plano de cuidados são identificados os problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sr^a E.. As intervenções definidas têm como objetivo a parceria nos cuidados com a Sr^a E. promovendo a sua autonomia tendo em conta as suas capacidades, tomada de decisão e percurso de vida.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Higiene pessoal prejudicada, relacionada com a dificuldade na marcha e com a presença dos pensos das úlceras venosas.</p>	<p>Deve ser capaz realizar com supervisão o banho completo no poliban</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar para o planeamento prévio do cuidado - Assegurar as condições de segurança (barras de suporte, tapetes de borracha) - Assegurar a acessibilidade a todos os artigos de tolete, tolhas e roupa - Instruir para o cuidado do banho, de forma a capacitar a Srª E. para a realização da atividade - Instruir para a importância regulação àgua para uma temperatura tépida devido as lesões nos membros inferiores - Assistir na lavagem/secagem das costas e membros inferiores 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma vez por semana o banho no poliban - Orientar a empregada para o planeamento e supervisão da atividade do banho
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada com a presença de úlceras venosas nos membros inferiores, marcha lenta com andariho e dor osteoarticular, manifestada por <u>dependência moderada</u> nas atividades de vida diárias (Índice de Barthel) e atividades instrumentais de vida diárias (Índice de Lawton e Brody), Com maior evidência na higiene pessoal, ida à casa de banho, tomar banho, subir e descer escadas/fazer compras/utilização dos transportes e tarefas domesticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Srª E. apresente dor controlada e facilitadora da realização das atividades de vida diárias - Que a Srª E. alcance uma dependência parcial nas atividades de vida diárias e instrumentais ou, idealmente a independência total. - Que a Srª E. consiga em segurança e de forma autónoma subir e descer escadas - Que a Srª E. aceda de forma autónoma ou com supervisão à rua, diminuindo o isolamento, promovendo a socialização 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar que a Srª E. realiza levante diário - Incentivar a toma de analgesia - Incentivar a Srª E. a realizar exercícios de mobilização ativa (pés e pernas), enquanto está sentada e em repouso no leito; - Sessão de treino com enfermeira da atividade de descer e subir escadas, de forma a capacitar a Srª E. para a realização da mesma - Criar oportunidades de subir e descer as escadas do domicílio acompanhada - Incentivar a realização das atividades que consegue; - Dar tempo e espaço para que o faça sozinha com supervisão; - Reforçar positivamente os progressos efetuados pela Srª E. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar com supervisão o banho no poliban - Caminhar pela casa por períodos ao longo do dia - Realizar de forma autónoma as atividades de vida diárias e instrumentais que consegue - A Srª E. ficou de combinar com o filho um fim de semana para que este a acompanhe até à rua

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de queda relacionado com dor osteoarticular e de marcha lenta com o apoio de andador, manifestada por <u>médio risco de queda</u> (Escala de Morse).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Srª E. não apresente quedas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a importância da marcha por períodos ao longo da casa - Estimular o uso de calçado e adequado para que se desloque confortavelmente em segurança - Avaliar periodicamente a marcha e o risco de queda da Srª E. - Incentivar a remoção de todos os tapetes do domicílio, ou então os que se encontrem nos seus percursos habituais; - Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança; - Incentivar os cuidadores a supervisionarem e a estimularem Sr.ª E. a mobilizar-se de forma segura. 	<ul style="list-style-type: none"> - A Srª E. vai remover os tapetes da sala e quarto. - A Srª E. vai remover os objetos que possam interferir nos seus percursos habituais com colaboração da empregada. - O filho vai, reduzir a altura da cama, através do corte dos pés
<p>Integridade da pele prejudicada, manifestada pela presença de úlceras venosas nos membros inferiores a nível bilateral, que se apresentam com tecido de granulação e epitelização sem sinais inflamatórios ou exsudado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a adesão ao tratamento com terapia compressiva. - Que a Srª E. alcance uma integridade da pele mantida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar penso 2 vezes por semana - Realizar tratamento de acordo com o estado e evolução das lesões - Proceder a técnica de terapia compressiva, com ligadura de forte compressão e curta tração - Informar sobre importância de manter a terapia compressiva mesmo após a cicatrização das lesões - Ensinar exercícios de mobilização ativa dos pés e pernas 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a mobilização dos membros inferiores no leito uma vez de manhã e outra no período da tarde. - Alternar períodos de deambulação pelo domicílio com períodos de repouso no leito duas a três vezes por dia.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Sobrecarga do cuidador, identificada pela aplicação da Escala de Zarit, que indica uma sobrecarga intensa da Sr^a. E. como cuidadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a sobrecarga sobre o cuidador - Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis - Prevenir o Isolamento social - Prevenir a depressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a Sr^a E...a falar dos seus sentimentos e da sua relação com a filha. - Encorajar a formação de um sistema de apoio, mobilizando a família - Realizar visita domiciliar em articulação com a equipa da UCSP em que a Sr^a E. está inscrita, assegurando a referenciação da situação e contexto familiar. - Promover a interação social - Informar sobre os recursos disponíveis na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sr^a E. comprometeu-se em envolver mais o filho nas questões relacionadas com a sua filha - Em caso de agravamento do seu estado clínico ou da filha sabe que pode recorrer à equipa da UCSP - Combinar com pessoas do seu grupo religioso, visitas a sua casa, para que possa diversificar os seus assuntos de conversa e distrair-se

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

Nesta última fase do modelo de parceria é esperado que a pessoa idosa assuma o controlo do seu projeto de vida, sendo capaz de tomar decisões conscientes sobre os seus cuidados, conseguindo gerir a sua situação. Está informada, o que lhe permite decidir qual o melhor caminho para si. O processo de parceria revela-se como uma intervenção de enfermagem que tem por base uma ação conjunta com o objetivo de promover o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro quando o próprio não é capaz de o realizar (Gomes, 2009,2013).

No caso específico da Sr^a E. ao longo do processo de parceria foram identificadas algumas necessidades. Em conjunto, negociaram-se estratégias para se atingirem objetivos os traçados em parceria e que iam de encontro às expetativas da Sr^a E., assim estabeleceu-se um ambiente propício à partilha de poder.

A Sr^a E. ao longo do tempo colocou de parte algumas das suas necessidades, ora porque, enfrentou situações de maior dependência ou porque não pretendia sobrecarregar a pessoa que a apoia diariamente (empregada), referindo com frequência:

“ Nunca faz bem o que eu preciso, mas é de muita confiança”

Durante este período foi realizado ensino, treino e validadas as habilidades adquiridas pela Sr^a E. com o objetivo de que as competências desenvolvidas lhe permitam tomar decisões em relação ao cuidado de Si para que possa prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde.

Os ensinamentos e treinos que foram realizados com a Sr^a E. capacitaram-na para a tomada de decisão, retomou algumas das suas atividades básicas de vida, nomeadamente, o banho no poliban 1 vez por semana como se tinha comprometido (passou a orientar a empregada para uma necessidade sua). Procurou envolver mais o filho no seu quotidiano familiar, partilhando as preocupações que tem com a filha e articulando-se com ele para organizar as suas saídas à rua. Está informada de quais as instituições de apoio a que pode recorrer em caso de necessidade e estabeleceu uma relação mais próxima com a unidade de cuidados de saúde personalizados em que está inscrita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.

Souza Pereira, A. P.; Martins Teixeira, G.; Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3) 407-416.

Acedido: 23-10-2015. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

**APÊNDICE III - Reflexão sobre a experiência de Estágio em
Cuidados de Saúde Primários**

Reflexão sobre a experiência de Estágio em Cuidados de Saúde Primários

No âmbito do estágio a desenvolver na comunidade, tive a oportunidade de conhecer uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do distrito de Setúbal.

A nível organizacional, esta unidade funcional está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa e Vale do Tejo e tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, na sua área geográfica de intervenção, garantindo atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da comunidade. Desenvolve a sua intervenção a nível de programas específicos e dirigidos, como: saúde mulher /materna; cuidados continuados; reabilitação e fraturas colo apoiada no modelo biomédico, centrado na doença e não na pessoa? As suas equipas participam ainda noutros programas no âmbito do sistema de saúde, que não sendo exclusivos da UCC tem um enorme impacto na comunidade: programa de saúde escolar, programa escolhas e programa de intervenções vulneráveis.

Em 2006 com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a integração de utentes em regime de internamento foi assegurada por Unidades de várias tipologias que se tornaram numa realidade no nosso país. Progressivamente surgem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), visam garantir os cuidados ao utente em contexto domiciliário através de um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, que procuram promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência.

A referenciação dos utentes para ECCI surge quer do hospital (equipas de gestão de altas-EGA) quer dos centros de saúde e são dirigidos à Equipa de Coordenação Local (ECL) que valida os critérios de referenciação e autoriza os pedidos, atribuindo-os à respetiva ECCI. Integradas nesta UCC especificamente encontram-se 2 ECCI, que se organizam de uma forma conjunta e me proporcionaram a possibilidade de ter contato e conhecer os diferentes contextos em que a pessoa idosa vive e se integra.

Assim como, observar a prática de cuidados de enfermagem às pessoas idosas na comunidade e identificar a articulação entre os cuidados de enfermagem e os recursos disponíveis na comunidade para responder as necessidades da pessoa idosa. Estas unidades (ECCI's), servem um concelho que se estende por uma área geográfica de 70 Km², e apresenta uma população fortemente envelhecida, segundo dados do INE, à data dos Censos 2011 o concelho apresenta uma proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência de 20,53%.

A sua capacidade total, atinge o máximo de 40 utentes “internados”, sendo a sua equipa multidisciplinar formada por: 5 enfermeiro (1 enfermeira especialista de reabilitação), 1 técnica superior do serviço social (tempo parcial), 1 fisioterapeuta (tempo parcial). O termo “internado” suscitou-me alguma estranheza, perguntava-me, internado onde? É uma unidade, em que à admissão de um utente se designa de internamento sendo que a localização de cada um, é no seu domicílio.

Após a admissão a equipa de enfermagem realiza a 1ª visita sempre que possível nas primeiras 24 horas, para além de uma visita domiciliária multidisciplinar em que participam o enfermeiro, a assistente social e a fisioterapeuta (em caso de necessidade), que pretende conhecer e avaliar as necessidades clínicas e sociais da pessoa. Os cuidados médicos necessários são assegurados pela articulação realizada entre os enfermeiros e os clínicos de medicina familiar já responsáveis pelos utentes.

Estas experiências têm-me permitido compreender a dinâmica de funcionamento a nível das UCC e ECCI's como se integram e articulam com as pessoas idosas, famílias e comunidade, sendo promotoras da autonomia participação e dignidade da pessoa idosa independentemente do seu contexto de vida. São grandes as diferenças sociais no concelho, a nível habitacional existem discrepâncias muito acentuadas e realidades de pobreza, que por vezes nem nos apercebemos.

Quando em contexto hospital realizo a referenciação de um utente através da EGA, não me é perceptível o tempo de resposta de integração da pessoa: tem que ficar a aguardar? Como se vai articular com os restantes recursos disponíveis na

comunidade? Conhece os recursos? Uma realidade que constato agora durante esta estágio nos cuidados de saúde primários, é que nem sempre a resposta é imediata e o que as pessoas ou famílias referem: “ Foi-nos dito que estava tudo tratado”.

- E quando assim é, o que acontece é que a pessoa idosa fica a aguardar vaga na ECCI sendo os seus cuidados de saúde assegurados pela unidade de cuidados em que se encontra inscrita. Estas questões fazem-me agora refletir e questionar:
- Que tipo de informação se fornece à pessoa idosa e familiar/cuidador para os preparar para o momento do regresso a casa?
- Será que conheço suficientemente a pessoa idosa e o seu contexto familiar/social para os capacitar nessa transição?
- Será que conheço suficientemente os recursos existentes na comunidade para a pessoa idosa? Como realizar essa articulação?

Um sentimento que fica durante esta curta experiência, é sem dúvida a necessidade do desenvolvimento de um processo de parceria com a pessoa idosa, pois só com a partilha de responsabilidade é possível manter uma continuidade do cuidado planeado, garantindo assim, o compromisso para o cuidado de si.

Durante este período foi perceptível observar na prática de cuidados dos enfermeiros da ECCI, alguns aspetos que surgem como promotores de um processo de parceria: a preocupação de falar sempre com a pessoa idosa (independentemente do seu estado de saúde), procurar uma posição ao seu nível e procurando o contacto com o seu olhar ao mesmo tempo que se procura adequar o discurso à pessoa, a orientação para o cuidado e o compromisso entre a pessoa idosa e/ ou seu cuidador para continuidade do cuidado promovendo a autonomia da pessoa e família. Para o enfermeiro especialista é imprescindível o conhecimento da pessoa idosa e dos contextos que a influenciam, quer a nível do seu bem-estar físico mas também, psicossocial. Pois a sua intervenção de enfermagem deve ser dirigida quer à pessoa quer aos ambientes, procurando transformar as capacidades potenciais em capacidades reais. Tive a possibilidade de conhecer a pessoa idosa no seu contexto de domicílio, contribuir num processo de parceria para a compreensão e identificação das suas necessidades, dificuldades, riscos (violência, sobrecarga) e expectativas. A avaliação multidimensional da pessoa idosa permitiu-

me através da utilização de instrumentos de avaliação um conhecimento profundo da pessoa nos seus vários domínios, que visa para além do conhecimento das suas necessidades o estabelecer de uma relação de confiança facilitadora de um processo de negociação que permita a manutenção do seu equilíbrio, desenvolvendo de forma conjunta estratégias que permitam a capacitação para o cuidado de Si.

Este período de aprendizagem permitiu-me ainda intervir junto da equipa de enfermagem no sentido de a despertar para as particularidades da pessoa idosa e como estas devem ser compreendidas no processo de cuidados, atuando por vezes como consultora e mobilizando conhecimentos para esclarecer e intervir nas situações com que nos deparávamos.

Nesse sentido creio que esta experiência de estágio foi única e além das minhas expectativas, contribui para o meu processo formativo a nível da aquisição de conhecimento e competências no cuidado à pessoa idosa em situação de doença no domicílio, promovendo a articulação com recursos da comunidade.

Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, procurando capacita-la para a continuidade de cuidados em parceria na pessoa idosa na promoção do cuidado de Si no contexto do domicílio, realizei uma ação de formação em que considerei pertinente a apresentação do estudo de caso desenvolvido ao longo do estágio, à luz do Modelo de intervenção de enfermagem em parceria para o cuidado de Si. Pois muito embora a equipa de enfermagem não identifique na sua prática um modelo conceptual de enfermagem, foi-me de alguma forma fácil identificar algumas das fases de intervenções do modelo de parceria no decorrer do estágio.

A síntese realizada permitiu-me sistematizar a informação e conhecimentos adquiridos ao longo da experiência, promovendo a reflexão crítica e o questionamento das práticas, conduzindo a uma prática de cuidados de qualidade para as pessoas idosas e seus cuidadores, como tal, foi de extrema importância a realização do estágio em cuidados de saúde primários para a aquisição de competências e para a formação como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa.

APÊNDICE IV – Revisão Sistemática da Literatura

Revisão Sistemática da Literatura

No sentido de alargar o conhecimento sobre a preparação do regresso aa casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sobre as intervenções de enfermagem que lhe estão subjacentes, surge a necessidade de realizar uma revisão da literatura, tendo por base o método de revisão sistemática da literatura, com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre o tema em estudo.

Deste modo, recorreu-se à formulação de uma questão norteadora, no formato designado por PICO:

Como implementar a parceria enquanto intervenção de enfermagem, com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, na preparação do regresso a casa, para promoção do Cuidado de Si?

Tabela 1 - Critérios para a formulação da questão norteadora em formato PICO

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família	Palavras- chave: -elderly -elder - old people - older - surgery - intervention - family - family caregiver -relative
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de si	-nursing interventions -nursing care -nursing
(C)	Comparações	Podem existir ou não		
O	<i>Outcomes/</i> Resultados	Resultados/efeitos ou consequências	Preparação do regresso a casa	- discharge - return home - homecoming

Procedeu-se a uma pesquisa de artigos científicos no motor de busca *EBSCOhost web* nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e Mediclatina.*

A pesquisa realizou-se dia 28-12-2015, nela foi considerada a data de publicação compreendida entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015. Os descritores utilizados foram: elderly OR elder OR old people OR older AND family OR family caregiver OR relative AND nursing care OR nursing interventions OR nursing AND AND discharg* OR return* home OR homecoming AND surgery OR intervention.

Foram definidos critérios para a seleção dos artigos resultantes desta pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos artigos para a revisão sistemática da literatura, encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de seleção artigos para a revisão sistemática da literatura

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos * Pessoas com 60 e mais anos poderão ser incluídas, dependendo da sua origem ou fatores culturais (OMS, 2005)	Pessoas com idade inferior a 65 anos * Pessoas com 60 e mais anos poderão não ser excluídas, dependendo da sua origem ou fatores culturais (OMS, 2005)
Intervenções	Artigos abordem: as intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia e/ou o planeamento da alta e/ou o regresso a casa da pessoa idosa.	Artigos: - Não disponíveis em texto integral (<i>full text</i>) - Repetidos; - Sem enfoque na problemática em estudo.
Desenho de estudo	Artigos com estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou revisão sistemática da literatura	Artigos com: - Metodologia pouco clara; - Sem metodologia qualitativa, quantitativa ou que não sejam revisão sistemática da literatura
Data da publicação	Artigos publicados entre janeiro 2005 e dezembro 2015	Artigos publicados antes de janeiro 2005

Considerando os operadores booleanos referidos e as opções de pesquisa acima mencionadas foram identificados quarenta e dois artigos nas diferentes bases de dados, tendo sido selecionados 6 artigos. As opções de pesquisa utilizadas e os resultados da mesma podem ser visualizadas na tabela 3.

Tabela 3 – Resultados da pesquisa da revisão sistemática da literatura

Descritores		Resultados
Pesquisa 1 - elderly OR elder OR old people OR older		374,971
Pesquisa 2 - family OR family caregiver OR relative		928,088
Pesquisa 3 - nursing care OR nursing interventions OR nursing		475,575
Pesquisa 4 - discharg* OR return* home OR homecoming		140,296
Pesquisa 5 – Surgery OR intervention		1,800,656
Conjugação dos descritores	Seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão	
P1 e P2 e P3 e P4 e P5	Total de artigos encontrados em <i>full text</i> : 42 Total de artigos referentes à pessoa com 65 ou mais anos de idade: 39 Total de artigos repetidos: 9 Total de artigos rejeitados pelo título: 12 Total de artigos rejeitados pelo resumo: 3 Total de artigos rejeitados pela leitura integral: 9 Total de artigos incluídos: <u>6</u>	

Foi criado um instrumento para análise dos artigos selecionados – Grelha de análise dos artigos - disponível na tabela 4.

Tabela 4 – Grelha de análise dos artigos

Título do estudo	
Autor, ano, publicação	
Nível de Evidência	
Objetivos do estudo	
Participantes	
Intervenções	
Tipo de estudo e método de colheita de dados	
Resultados	

A análise da evidência dos artigos selecionados foi efetuada considerando Cruz & Pimenta (2005), para os autores a evidência deve procurar sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados, classificando-as nos seguintes níveis de evidência (Tabela 5):

Tabela 5- Classificação da força das evidências

Tipo	Força da evidência
I	Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados, bem delineados
II	Evidência forte de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado
III	Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de corte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle
IV	Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas

Fonte: Cruz & Pimenta (2005)

Após análise dos artigos, elaborou-se um resumo dos principais resultados, disponível na tabela 6.

Tabela 6 – Resumo dos artigos selecionados na revisão sistemática da literatura

Artigo 1	Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards.
Título do estudo	
Autor, ano, publicação	Lindhardt, T., Hallberg, I., & Poulsen, I., 2008 <i>Journal Of Nursing Studies</i>
Nível de Evidência	IV
Objetivos do estudo	Tem como objetivo descrever quais as barreiras existentes à colaboração dos familiares nos cuidados às pessoas idosas internadas em hospitais de agudos.
Participantes	Participaram três unidades de agudos e um grande hospital universitário dinamarquês. Foram incluídos seis enfermeiros e dois auxiliares de enfermagem. As enfermeiras envolvidas eram responsáveis pelo planejamento de alta de pessoa idosa em situação frágil, cujos familiares foram incluídos em anterior estudo fenomenológico (Lindhardt et al., 2006).
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As entrevistas procuraram refletir as experiências e realidades dos participantes. Incluindo informação relativa a: como percecionam o papel dos familiares de pessoas idosa em situação frágil internadas nesta unidade, nos cuidados e no tratamento; como é a colaboração com eles; como gostaria que fosse; quais as barreiras ou fatores facilitadores encontrados para o sucesso da colaboração entre familiares e profissionais.

Tipo de estudo e método de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> Os autores desenvolveram um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas com questões abertas, com recurso a um guião de entrevista e sujeitas a análise de conteúdo.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados revelam que as enfermeiras enfrentam uma dualidade ao nível da sua atitude para com a aceitação da colaboração de familiares nos cuidados às pessoas idosas frágeis. A atitude ideal baseada num conjunto de ideais de acordo com ética e os valores da profissão, em que a colaboração foi considerada como um recurso importante e os valores organizacionais que ditam a prática de enfermagem. Os familiares são rotulados de difíceis, e os encontros acontecem como coincidência, chegando a ser evitados pelas enfermeiras. As enfermeiras chefes, desempenham um papel importante, criando condições para a prática de enfermagem a um nível local; sua atenção e ação é particularmente importante, ao tentar superar os conflitos de valores na prática de cuidados diários das enfermeiras. É necessário estabelecer orientações de colaboração, bem como intervenções de educação e formação com o objetivo de aumentar as capacidades de comunicação dos enfermeiros.
Artigo 2	Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture.
Título do estudo	
Autor, ano, publicação	Shyu, Y., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H., 2010 <i>Journal Of Advanced Nursing.</i>
Nível de Evidência	III
Objetivos do estudo	Explorar o efeito das necessidades do cuidador familiar sobre a recuperação funcional do idoso com fratura de anca durante o período de 6 meses após a alta hospitalar.
Participantes	Os participantes foram selecionados a partir de um centro médico do norte de Taiwan com 3700 camas. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 60 anos de idade, hospitalização devido a fratura de anca submetida a cirurgia para fixação interna ou artroscopia, viverem no norte de Taiwan, sem deficit cognitivo (avaliado por um médico). Dos 345 que cumpriam os critérios, 155 concordaram participar no estudo, dos quais 120 concluíram.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> Os autores colocam a hipótese, se as necessidades do cuidador familiar podem ser um preditor da tendência de recuperação da pessoa idosa com fratura de anca durante aos primeiros 6 meses após a alta. Foram realizadas entrevistas antes da alta hospitalar depois do regresso a casa, ao primeiro, terceiro e sexto mês. A qualidade dos dados foi assegurada por meio de programas para entrevistadores e foi monitorizada por regulares reuniões da equipe de pesquisa.
Tipo de estudo e método de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> Foi realizado um estudo prospetivo correlacional. A colheita de dados realizou-se entre 2002 e 2005 num centro médico de Taiwan em idosos com fratura de anca e seus cuidadores familiares. Tem como indicadores: funcionamento físico dos idosos com fratura de anca [foi avaliado usando o índice chinês Barthel (CBI)], recuperação na capacidade de andar (avaliada pelo item do CBI para a dependência no andar), a função instrumental dos idosos com fratura de anca [avaliado utilizando a versão chinesa das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) escala de dependência (Lawton & Brody 1969)]. Os dados sobre as necessidades do cuidador após a alta foram colhidos através de escalas que medem as necessidades do cuidador para acompanhamento médico, serviços, informações de saúde relacionados com a prestação de cuidados sociais, serviços e apoio do grupo ou consulta sobre o alívio do stress e coping.

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As necessidades do cuidador incluem: informações relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, acompanhamento médico, serviços sociais, e grupos de apoio ou consulta no alívio do stress e lidar com a situação antes da alta da pessoa idosa. ▪ Os profissionais de saúde devem incluir na sua prática de cuidados as necessidades dos cuidadores.
Artigo 3	Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in
Título do estudo	older patients with cancer being treated with surgery
Autor, ano, publicação	Lien, C., Lin, H., Kuo, I., & Chen, M., 2009 <i>Journal Of Clinical Nursing</i>
Nível de Evidência	III
Objetivos do estudo	Explorar o grau, comparar as diferenças e para compreender as relações de incerteza, apoio social e ajustamento psicológico para as pessoas idosas com câncer que foram submetidos cirurgia.
Participantes	Os participantes do estudo caracterizam-se por terem 65 anos ou mais, sem prejuízos na comunicação e capazes de comunicar em mandarim ou em Taiwan, sem história de doença mental e dispostos a participar no estudo através da assinatura de um consentimento informado.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os participantes foram entrevistados um a dois dias antes da cirurgia e um a dois dias antes da alta hospitalar.
Tipo de estudo e método de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O estudo utilizou um desenho pré e pós descritivo. Os participantes foram entrevistados um a dois dias antes da cirurgia e um ou dois dias antes da alta hospitalar. ▪ Entre os dois momentos de colheita dois dados compreendeu um intervalo de 10-14 dias. ▪ Na recolha de dados, foram utilizados: os dados demográficos, Escala de Doença da Incerteza de Mishel, Ansiedade Hospital e Escala de Depressão e a Lista de Avaliação Suporte Interpessoal.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deve ser proporcionado o cuidado individualizado e intervenções de educação variadas. ▪ Antes da cirurgia, a incerteza dos participantes encontrava-se num nível médio e reportava a fatores ambíguos. A incerteza relacionava-se com a eficácia da cirurgia, dor e desconforto eles iriam experimentar. ▪ Depois da cirurgia os participantes revelaram preocupações com as necessidades depois do regresso a casa. ▪ Verificou-se uma relação interessante entre os sentimentos de incerteza, ansiedade e depressão ▪ Aumento dos níveis de apoio social pode melhorar o grau de incerteza, ansiedade e depressão dos participantes. ▪ Os participantes casados apresentaram maiores níveis de apoio social do que aqueles sem cônjuge. ▪ Os resultados podem apoiar os enfermeiros na compreensão das necessidades de ajustamento psicológico nas pessoas idosas com câncer que foram submetidos a cirurgia. Fornecem uma orientação para uma adequada intervenção em cuidados de enfermagem. Enfermeiros devem fornecer recursos para estabelecer uma rede social eficaz para as pessoas idosas com câncer que são tratadas cirurgicamente.

Artigo 4	A clinical trial of an individualised intervention programme for family
Título do estudo	caregivers of older stroke victims in Taiwan
Autor, ano, publicação	Shyu, Y. L., Kuo, L., Chen, M., & Chen, S., 2010 <i>Journal of Clinical Nursing</i>
Nível de Evidência	II
Objetivos do estudo	Explorar a longo prazo, os efeitos de um programa de preparação para a alta, nos cuidadores familiares de pacientes idosos com acidente vascular cerebral
Participantes	158 Pessoas idosas com acidente vascular cerebral (72 no grupo experimental e 86 no grupo de control) e os seus familiares
Intervenções	<p><u>No grupo experimental, foram desenvolvidas as seguintes intervenções:</u></p> <p><i>No hospital</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções gerais ▪ Avaliação das necessidades individuais nas primeiras 48 horas de internamento ▪ Consulta para prever as necessidades pós alta ▪ Proporcionar uma alta individualizada, com consulta de educação para a saúde e referências necessárias <p><i>No período pós alta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de visitas domiciliárias, durante a 1ª e 3ª semanas para identificar e solucionar problemas e demonstrar habilidades <p><u>No grupo de control, foram desenvolvidas as intervenções gerais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação para a saúde generalizada (não baseada na avaliação individual das necessidades ou condições de casa ou do cuidador) ▪ Encaminhamento para uma equipa de planeamento de alta quando o período de internamento é muito longo, que referências a necessidades de apoio de enfermagem diferenciado ou colocação em casas de repouso
Tipo de estudo e método de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo experimental randomizado, que pretende explorar os efeitos de um programa de intervenção orientada para o cuidador, de forma a aumentar a sua preparação para a prestação de cuidados, melhorar a percepção existente entre as necessidades durante a transição do hospital para casa. ▪ Os ganhos adquiridos pela pessoa idosa com acidente vascular e seus familiares a longo prazo, foram avaliados através das seguintes variáveis: qualidade de vida das pessoas idosas e dos seus cuidadores familiares, qualidade dos cuidados, capacidade de auto cuidado da pessoa idosa e a utilização dos serviços. Esta foram analisadas durante o período de 12 meses após a alta e realizadas comparações entre o grupo experimental e de control. ▪ A qualidade de vida das pessoas idosas com acidente vascular e dos seus cuidadores foi avaliada através da Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), (Lu et al. 2003, Tseng et al. 2003). Que contempla 8 dimensões: capacidade física, limitação em função do problema de saúde, dor, vitalidade, percepção geral de saúde, relações sociais, limitação de função devido a problemas emocionais e saúde mental. ▪ A qualidade dos cuidados foi avaliada com recurso à Family Caregiving Consequence Inventory (FCCI) (Shyu et al. 1999). Com 11 itens que mede em que grau as necessidades da pessoa idosa são satisfeitas ▪ A capacidade de auto cuidados da pessoa idosa foi avaliada através da pelo Índice de Barthel chinês, (CBI; Chen et al., 1995). ▪ A utilização dos serviços encontra-se diretamente relacionada com o tempo de internamento e a necessidades de reinternamento.

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nos 12 meses seguintes à alta hospital as pessoas idosas, cujos cuidadores pertenceram ao grupo experimental, demonstraram uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados prestados. ▪ Entre os 6 e 12 meses após a alta as pessoas idosas pertencentes ao grupo de control revelaram ter maior probabilidade de reinternamentos do que as pessoas idosas pertencentes ao grupo experimental.
Artigo 5	Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults
Título do estudo	
Autor, ano, publicação	Enderlin, C., McLeskey, N., Rooker, J., Steinhauer, C., D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K., 2013 <i>Geriatric Nursing</i>
Nível de Evidência	V
Objetivos do estudo	Analisar as tendências dos cuidados nas transições, modelos, parcerias e literacia em saúde.
Tipo de estudo e método de colheita de dados	O estudo, consiste numa revisão da literatura, onde se discute as diferentes abordagens a nível cuidados na transição e dos recursos utilizados pelos enfermeiros especialistas em geriatria. Os modelos em análise, incluíram: Transitional Care Model, Care Transitions Program, Project BOOST (Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions), Project RED (Reengineered Discharge), Chronic Care Model, and INTERACTII (Interventions to Reduce Acute Care Transfers).
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o aumento crescente da população idosa, a incidência é cada vez maior de doenças crónicas e no número de pessoas idosas em fase terminal, a monitorização das transições e dos cuidados continua a ser um desafio contínuo. As enfermeiras especialistas em geriatria têm um papel fundamental no contexto dos cuidados e asseguraram o processo de transições na pessoa idosa. ▪ A apropriação das enfermeiras de um modelo que facilite as transições, pode ser a resposta para melhorar o cuidado em diferentes contextos. Os modelos referidos têm como pontos comuns: promoção do cuidado centrado na pessoa, identificação de potenciais problemas, educação da pessoa idosa e família, planeamento da alta com instruções escritas e diminuição das despesas dos cuidados de saúde e readmissões. ▪ A parceria está presente em todos eles e procura o envolvimento ativo da pessoa idosa, família cuidadores e profissionais no processo de cuidados. ▪ A orientação da prática de cuidados por um modelo de cuidados, pode ser a resposta para melhorar os cuidados nos diferentes contextos, assegurar transições bem-sucedidas, corresponder às necessidades da pessoa e família, diminuir as readmissões e custos em saúde.

Artigo 6	"Missing Pieces"—Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home
Título do estudo	
Autor, ano, publicação	Greysen, S. R., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., & ... Kushel, M., 2014
Nível de Evidência	II
Objetivos do estudo	É um estudo centrado no paciente que procura descrever as barreiras da recuperação em casa, de pessoas idosas vulneráveis após alta hospitalar e caracterizar as suas necessidades para uma transição com sucesso.
Participantes	Pessoas idosas vulneráveis com baixos recursos e literacia em saúde e com limitada proficiência em inglês, admitidos no San Francisco General Hospital e Trauma Center num serviço médico. No grupo de intervenção incluem-se 12 participantes e no grupo de control o mesmo número de participantes.
Intervenções	<p>O grupo em que se realizou a intervenção, recebeu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita pré-alta, conduzida por enfermeira especialista, para desenvolver um plano individualizado de preparação para a alta ▪ Dois telefonemas pós-alta ▪ Acesso a uma linha telefónica para responder a questões clínicas
Tipo de estudo e método de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo qualitativo, inserido num estudo controlado randomizado com 700 participantes desenvolvido entre junho de 2010 e junho de 2013. ▪ A recolha dos dados, foi realizada através duas entrevistas telefónicas (no período de trinta dias após alta hospitalar para casa). ▪ Foram realizadas as seguintes questões: "diga-me, como tem passado desde o seu regresso a casa" e " diga-me o que tem sido mais difícil para si desde a saída do hospital" ▪ As respostas foram analisadas e os dados agrupados numa estrutura de códigos dos quais imergiram temas.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 pessoas idosas foram entrevistadas no período de trinta dias após alta hospitalar para casa. ▪ Um tema emergiu de forma recorrente: "Missing Pieces" ou peças em falta, no plano de preparação para a recuperação em casa após alta. Foram identificados como peças em falta ou barreiras para a recuperação em casa, domínios relacionados com: as limitações funcionais, as dificuldades com a mobilidade ou atividades de autocuidado, o isolamento social e falta de apoio familiar ou de amigos e dos desafios decorrentes da pobreza ou ambiente do domicílio. ▪ <u>Limitações funcionais, dificuldades com a mobilidade ou atividades de autocuidado</u>, os participantes referem dificuldades em casa com atividades que envolvam mobilidade ou atividades instrumentais de vida diária, como: compras, cozinhar e limpeza. ▪ <u>Isolamento social e falta de apoio familiar ou de amigos</u>, o suporte social foi considerado fundamental e muito importante para a recuperação pós hospitalização, os participantes referem uma perda inesperada da capacidade funcional após a alta que dificulta a interação e conduz ao isolamento e limita as suas ligações sociais. ▪ <u>Pobreza ou ambiente domicílio</u>, muitos participantes consideraram que questões físicas do seu domicílio não favorecem a recuperação e induzem certos níveis de incapacidade, levando a um ciclo de agravamento da doença.

Tabela 7 – Principais conclusões obtidas da revisão sistemática da literatura

Autores /Principais conclusões obtidas
Lindhardt, T., Hallberg, I., & Poulsen, I. (2008)
Os familiares que ajudam pessoas idosas frágeis, são possuidores de um valioso conhecimento, que quando incluídos no processo de planeamento e de decisão podem melhorar a percurso do cuidado
Os problemas com a alta surgem devido a uma insuficiente recolha de dados e falta de conhecimento sobre o paciente
Quando as necessidades de tratamento do paciente são avaliadas, o conhecimento dos familiares pode ser fundamental, assim como, a relação a nível da tomada de decisão no planeamento da alta e a gestão nas atividades instrumentais de vida diárias.
Para atingir um orientado, individualizado e eficiente plano tanto no hospital como após a alta, as enfermeiras necessitam de acesso ao valioso conhecimento que os familiares tem da pessoa idosa.
O nível de envolvimento dos familiares depende de cada enfermeira individualmente, em geral não é feito uso das oportunidades formais, como a entrevista de admissão e o momento da alta para promover e garantir o envolvimento das famílias.
A grande barreira para a colaboração entre enfermeiras e familiares de pacientes idosos frágeis, aparenta ser os valores organizacionais que ditam a prática de enfermagem e que entram em conflitos com os valores da profissão, sentindo-se as enfermeiras entre um conflito de valores.
Ter um melhor conhecimento dos pacientes, pode permitir aos enfermeiro ter uma melhor colaboração com os familiares.
Shyu, Y., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H. (2010).
Um conhecimento multidimensional da pessoa idosa irá fornecer uma visão mais holística para a compreensão da sua recuperação de modo a fornecer orientações para a intervenção.
Na preparação da alta da pessoa idosa submetida a cirurgia, os profissionais de saúde devem considerar não só a condição da pessoa, mas também, as necessidades dos cuidadores em relação a informações sobre a prestação dos cuidados, grupos de apoio e serviços sociais.
Os cuidados de enfermagem devem contemplar a intervenção sobre os cuidadores familiares, para que estes possam promover uma melhor uma melhor recuperação da pessoa idosa.
Deve ser prestada maior atenção às pessoas idosa, cujos cuidadores familiares, não manifestam necessidade de informação em relação aos cuidados de saúde, a grupos de apoio ou de gestão de stress, consulta ou ajuda do serviço social.
Lien, C., Lin, H., Kuo, I., & Chen, M. (2009).
Deve ser proporcionado à pessoa idosa com câncer, submetida a cirurgia um cuidado individualizado e intervenções de educativas variadas.
Outras pessoas idosas que tenham passado por igual experiência, podem ser uma fonte de informação e apoio, os enfermeiros devem considerar, proporcionar estes encontros.
Antes da cirurgia as pessoas idosas revelam, incertezas que se prendem com a eficácia da cirurgia, a dor e desconforto que possam experienciar, demonstram sentimentos de ansiedade e depressão. Por esse motivo, antes da cirurgia devem ser encorajados a falar sobre a sua perceção do procedimento. Deve ser proporcionada uma educação adequada (intervenção educativa) para corrigir duvida e informar sobre o que será ou poderá ocorrer durante a cirurgia.
Depois da cirurgia as pessoas idosas demonstram preocupações com as necessidades que terão após o regresso a casa. Os profissionais de saúde devem ouvir com atenção e esclarecer as suas dúvidas, devem disponibilizar tempo para ensinar sobre os tratamentos e potenciais complicações.
As pessoas idosas submetidas a cirurgia por Câncer, identificam os membros da família, psicólogos, enfermeiros, parentes ou outros pacientes, como sendo aqueles que lhe proporcionam apoio.

<p>As pessoas idosas, com cônjuge apresentaram maiores níveis de apoio social do que aqueles sem cônjuge.</p> <p>A pessoa idosa que não tem um cônjuge tem uma necessidade especial de construir uma rede de apoio social para lidar com sucesso, com o stress da cirurgia e com a doença.</p>
<p>Os membros da família tendem a proporcionar apoio a nível emocional, avaliação e apoio substancial; os médicos e enfermeiros garantem o apoio a nível da informação e ensino.</p>
<p>Shyu, Y. L., Kuo, L., Chen, M., & Chen, S. (2010)</p>
<p>Os cuidadores familiares submetidos às intervenções do programa de preparação para a alta prestaram cuidados de melhor qualidade durante os primeiros 12 meses, do que os cuidadores não submetidos ao programa.</p>
<p>As pessoas idosas e seus cuidadores familiares, podem beneficiar de programas individualizados que preparam para a alta da pessoa idosa, melhoram a qualidade dos cuidados prestados durante o primeiro ano após a alta e diminuem a necessidade de reinternamentos nos primeiros 6 meses</p>
<p>Identificar as necessidades do cuidador é fundamental para o desenvolvimento de intervenções.</p>
<p>A intervenção telefónica direcionada para a resolução de problemas, demonstra melhorar a vitalidade dos cuidadores, relacionamento social, saúde mental e limitações relacionadas com problemas emocionais.</p>
<p>Enderlin, C., McLeskey, N., Rooker, J., Steinhauer, C., D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K. (2013)</p>
<p>As enfermeiras podem assegurar que as pessoas idosas têm sucesso nas suas transições de cuidados, devem desenvolver uma abordagem sistemática e individual dos cuidados aos idosos/famílias, tendo em conta as suas necessidades sensoriais, aspeto cognitivo e literacia em saúde.</p>
<p>As pessoas idosas têm maior risco de realizar as suas transições de forma negativa, esta tendência relaciona-se diretamente com questões organizacionais complexas e com diferenças culturais, como: questões de comunicação, partilhas de informação, processos de educação da pessoa idosa/família, processos de reconciliação terapêutica e continuidade dos cuidados.</p>
<p>A utilização dos modelos de cuidados a nível dos processo de transição, visa ajudar as organizações de saúde e prestadores de cuidados a estarem mais envolvidos, a melhorarem a coordenação dos cuidados e a integrarem a gestão dos mesmos antes e após a alta em diferentes contextos.</p>
<p>A decisão utilizar um modelo de cuidados que oriente o processo de transição da pessoa idosa, é o primeiro passo para melhorar a qualidade dos cuidados, segurança e os ganhos em saúde obtidos pela pessoa idosa e família.</p>
<p>Nos diferentes contextos, os modelos de cuidados têm benefícios durante as transições vividas pela pessoa idosa, procuram identificar de forma precoce os problemas, promovendo a sua resolução ao longo dos diferentes status de saúde da pessoa idosa, evitam complicações, reinternamentos e custos associados. Têm o potencial para capacitar a pessoa e a sua família para os cuidados necessários, para a segurança e resolução de problemas ao longos das varias situações de transição.</p>
<p>O cuidado em parceria está implícito nos modelos de cuidados, promove o envolvimento e responsabilização das pessoas idosa, família e profissionais de saúde no processo de cuidados.</p>
<p>A parceria vai de encontro à necessidade de desenvolver estratégias durante o processo de cuidados e preparação da alta que promovam a partilha de informação entre as pessoas idosa, famílias e profissionais de saúde. Os profissionais de saúde enquanto parceiros no cuidado devem procurar identificar junto da pessoa e família, quais as capacidades e recursos existentes, disponibilidade da família para cuidar após a alta, assim, como as necessidades para a preparação da alta</p>
<p>A gestão do regime terapêutico tem para as pessoas idosas um risco acrescido, pois devido ao número de doenças crónicas existentes, leva a uma situação de polifarmácia. A família tem um papel importante e deve ser formada/educada no sentido da administração, mas também, de saber articular com os recursos da comunidade (equipa de cuidados de suade primários, especialistas e urgência). Ao desenvolver uma parceria com a família, os enfermeiros asseguram a diminuição do risco de complicações e reinternamentos.</p>

Literacia em saúde, surge como a capacidade que o indivíduo tem de obter e compreender informação básica sobre saúde, conhecer serviços e tomar decisões apropriadas.

Os idosos são um grupo especialmente vulnerável a nível de literacia uma vez que situações como: deficiência visual, deficiência auditiva, alterações de memória, alterações da mobilidade e limitada capacidade de utilização do computador, dificultam o desenvolvimento dos pré-requisitos necessários: comunicação oral articulada, comunicação visual, utilização de computador, literacia de informação e capacidade de realizar cálculos numéricos.

Na promoção de uma transição bem-sucedida a comunicação é fundamental. Os enfermeiros devem estar conscientes na necessidade de alfabetização em saúde quando desenvolvem um cuidado em parceria com a pessoa idosa e sua família, sem desvalorizar as alterações visuais, auditivas e cognitivas da pessoa idosa.

Transições bem sucessivas devem refletir o padrão que se espera dos cuidados de enfermagem para a pessoa idosa em todos os serviços de saúde.

Greysen, S., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., & ... Kushel, M. (2014)

As pessoas idosas identificam nos seus planos de transição do hospital para casa, "Missing Pieces" que podem inibir ou dificultar tarefas ou atividades que relacionam diretamente com a sua recuperação: referem dificuldades em casa com atividades que envolvam mobilidade ou atividades instrumentais de vida diária (compras, cozinhar e limpeza); referem uma perda inesperada da capacidade funcional após a alta que dificulta a interação e conduz ao isolamento e limita as suas ligações sociais; e consideraram que questões físicas do seu domicílio não favorecem a recuperação e induzem certos níveis de incapacidade, levando a um ciclo de agravamento da doença.

A interação entre as barreiras, funcionais, sociais e físicas, conduz com frequência a limitações na capacidade pessoa idosa executar determinadas tarefas ou atividades importantes na sua recuperação em casa após hospitalização.

Na preparação do regresso a casa da pessoa idosa os cuidados e modelos de transição implementados no hospital encontram-se focados em aspetos tradicionais das transições (medicação e gestão da doença), devendo ir mais além e considerar questões de ordem: funcional, social de barreiras físicas.

A comunidade desempenha um papel importante, e deve ser envolvida no processo de transição, desenvolvendo parcerias com as pessoas idosas que permitam o colmatar das suas necessidades em casa.

Devem ser desenvolvidos programas que facilitem a transição/regresso da pessoa idosa a casa e proporcionem recursos gratuitos ou de baixo custo na comunidade, e disponibilizem serviços que minimizem as dificuldades diárias como: entrega de refeições em casa, transporte, compras.

Os hospitais devem ter um papel interventivo e forte na identificação das necessidades da pessoas idosas no seu regresso a casa, embora possam não possuir programas próprios, deve identificar as necessidades das pessoas idosa durante a hospitalização, promover a articulação e encaminha-las para os recursos disponíveis de uma forma mais sistemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cruz, D. & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 13(3):415-22. Acedido: 12-01-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
- Enderlin, C., McLeskey, N., Rooker, J., Steinhauser, C., D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K.. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34 (1), 47-52 6p. DOI:10.1016/j.gerinurse.2012.08.003
- Greysen, S., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., & ... Kushel, M. (2014). 'Missing Pieces'-Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 62 (8), 1556-1561 6p. DOI:10.1111/jgs.12928
- Lien, C., Lin, H., Kuo, I., & Chen, M. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 18 (16), 2311-2319. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x
- Lindhardt, T., Hallberg, I., & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45 (5), 668-681 14p. Acedido: 28-12-2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=8&sid=910e13b3-f22e-4ab2b942e9c32a54d6b8%40sessionmgr4001&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105787296&db=rzh>
- OMS (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. (S. Gontijo, Trad.). (1ª edição Traduzida para o português). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Active ageing: a policy framework, 2002, World Health Organization). Acedido em 5-01-2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Shyu, Y. L., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H. (2010). Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *Journal Of Advanced Nursing*, 66 (11), 2450-2459.

DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x

Shyu, Y. L., Kuo, L., Chen, M., & Chen, S. (2010). A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal Of Clinical Nursing*, 19 (11-12), 1675-1685.

DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x

**APÊNDICE V - Enunciado da Reflexão realizada pelos Enfermeiros,
Conteúdo das Narrativas e sua Análise**

Enunciado da Reflexão realizada pelos Enfermeiros, Conteúdo das Narrativas e sua Análise

A opinião dos enfermeiros do serviço de oftalmologia, é essencial para conhecer os aspetos da prática de enfermagem relativas ao acolhimento e à preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica.

Ao solicitar aos enfermeiros uma descrição narrativa da sua prática de cuidados de enfermagem, procurou-se não só a descrição do “processo”, mas também, que compreendessem a forma como experiênciam as suas vivências, interpretam sentimentos e tomam decisões (Vieira, Moreira, 2011). A sua análise, permitirá a identificação de pontos de interesse, de acontecimentos e práticas de cuidados que acontecem em contexto clínico, assim como, de imprevistos e dificuldades (Soares, Soares, Barreiro, 2013).

Assim, foi solicitado que procedessem à reflexão de uma situação com base no seguinte enunciado:

Refleta, sobre uma situação de prestação de cuidados a uma pessoa idosa internada para realizar cirurgia oftálmica.

1. Descreva como realiza o acolhimento e o que efetua para preparar o seu regresso a casa, desde a admissão até ao momento da alta, identificando quais as dificuldades sentidas na realização do planeamento de alta?
2. O que sugere ser necessário para conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, a fim promover a autonomia no controlo do cuidado de si, no regresso a casa?

Corpo das narrativas – 1ª questão

Enfermeira 1 _____

A meu ver, o acolhimento do utente que vem ser submetido a cirurgia oftalmológica começa logo na consulta de enfermagem, realizada antes do internamento. É, por definição, o momento em que conhecemos o utente/família e em que temos oportunidade de avaliar as suas capacidades e competências para os cuidados no pós-operatório.

No momento do internamento, e uma vez que o utente vem para um espaço novo, que lhe é desconhecido, é essencial que o profissional de enfermagem se apresente e apresente o espaço físico do serviço para que ele se familiarize com as instalações.

É depois essencial proceder à colheita de dados, não só para poder definir um plano de cuidados personalizado e adequado às dependências e necessidades de cada utente, mas também para conhecer a situação sociofamiliar. Estas informações revelam-se igualmente fundamentais para o planeamento da alta do utente.

É também importante fornecer ao utente e família uma perspetiva de como vai decorrer o internamento, na qual se deve incluir, desde logo, uma previsão da data da alta. Este aspecto é particularmente relevante no sentido em que utente e familiares podem assim organizar as suas rotinas, de modo a incluir nelas os cuidados a ter no pós-operatório e a adequar essas mesmas rotinas a eventuais limitações (temporárias) que possam advir do ato cirúrgico.

No decorrer do internamento é fundamental proceder aos ensinamentos peri-operatórios, adequando-os a cada momento. Isto é, no pré-operatório, é essencial dar ênfase aos ensinamentos pré-operatórios, mas devem também começar a ser abordados os ensinamentos pós-operatórios (pós-operatório imediato e tardio). Claro está que no pós-operatório compete-nos reforçar os ensinamentos sobre os cuidados a ter.

Fornecer ao utente um suporte escrito onde venham explicitados todos estes ensinamentos é essencial, para que eles tenham à sua disposição as informações mais relevantes, podendo assim consultá-las sempre que surgirem dúvidas.

Deve privilegiar-se o envolvimento da família/prestadores de cuidados durante todo este processo pois o tempo de internamento é demasiado rápido para o idoso interiorizar toda a informação fornecida. É essencial que estes estejam a par dos cuidados a ter no pós-operatório, de forma a poderem colaborar (e por vezes substituir) com o utente nos cuidados.

Enfermeira 2

À chegada do utente, faço a minha apresentação como enfermeira e faço a apresentação do espaço físico, de seguida faço a colheita de dados ao próprio e ao acompanhante, deixo sempre espaço para questões que queiram colocar, falo um pouco da cirurgia dos cuidados pós cirúrgicos e da preparação pré cirúrgica. Quantos às dificuldades que sinto, estão diretamente relacionadas com os utentes mais idosos, que não têm a mesma facilidade de aprendizagem, o tempo de internamento é pouco e torna-se difícil para um enfermeiro estar com todos os utentes o tempo que eles necessitam.

Enfermeira 3

É feita uma colheita de dados acerca do utente e identificadas as suas necessidades. Identifica-se o prestador de cuidados e condições habitacionais. Inicia-se o mais breve possível os ensinamentos ao utente e prestador de cuidados. Envolver todas as valências necessárias (assistente social, centro de saúde). No momento da alta efetuar ensinamentos ao utente e prestador de cuidados. Validar os ensinamentos quando possível, pois o tempo de internamento não é favorável para os utentes compreenderem toda a informação principalmente quando são mais idosos.

Enfermeira 4

O acolhimento ao utente/família inicia-se na consulta de enfermagem, nesse momento temos a oportunidade de conhecer o utente/família identificando parte das suas limitações bem como capacidades.

No internamento, inicialmente é feita a apresentação do profissional de saúde e ambiente físico criando-se um momento onde é feita a colheita de dados bem como ensinamentos relativamente a todo o procedimento ao qual o utente será submetido, durante este processo o utente/família coloca as suas questões e dúvidas as quais serão atempadamente esclarecidas.

Os cuidados prestados ao utente/família e a programação da alta será planeada com base nesta colheita de dados.

Durante o internamento serão efetuados ensinamentos pertinentes e adequados do pré e pós operatórios acompanhados da entrega de panfletos que reforçam a informação fornecida.

No momento da alta é envolvido o utente /família e os ensinamentos serão realizados com base nas necessidades identificadas durante todo o internamento, o envolvimento da família é bastante importante uma vez que esta constitui a base da continuidade de cuidados. Na minha opinião, tenho como dificuldade para conseguir realizar todas as intervenções e ensinamentos necessários o tempo de internamento, que é pouco para concretizarmos tudo o que deve ser feito.

Enfermeira 5

Início uma relação enfermeiro/utente de ajuda, apresentando-me e dou a conhecer o serviço com a finalidade de desdramatizar a sua hospitalização. Verifico as características do utente e suas necessidades e adequo-me a elas. Faço os ensinamentos pré-operatórios explico as rotinas e disponibilizo-me para esclarecer dúvidas sempre que necessário. Facilito nesta fase, o acompanhamento por parte de, pelo menos, um familiar se essa for a vontade do utente.

Na preparação para a alta, tento ao longo de todo o internamento, orientar as minhas intervenções no sentido de minimizar complicações futuras. Tento identificar as dificuldades do utente e família que possam ser problemáticas no seu regresso a casa e/ou sua recuperação, procurando em conjunto soluções alternativas.

Exemplos:

- Reforço ensinamentos, orientando o utente e prestador de cuidados durante o internamento e aquando da alta;
- Explico sinais e sintomas que pode esperar no pós-operatório;
- Informo sinais de alerta em que deverá recorrer ao serviço de urgência;
- Como deve administrar a medicação no domicílio, com instruções verbais e por vezes escritas;
- Forneço informações sobre as limitações nas AVD's, (Não fazer esforços, não baixar a cabeça, não dormir para o lado do olho operado, entre outros);
- Cuidados com o Olho (evitar esfregar, etc);
- Entrego folheto informativo com contacto telefónico do serviço;
- Discuto a necessidade de usar óculos de sol para evitar traumatismos, fotofobia e a entrada de corpos estranhos dentro do olho;

- Explico em que consiste a cirurgia e porque lhe colocaram uma lente intra-ocular;
- Oriento o paciente em relação a consultas futuras;
- Após efetuar os ensinamentos verifico se compreenderam e assimilaram a informação;
- Entre outros. As minhas dificuldades estão relacionadas com a comunicação com os utentes mais idosos e com o tempo que necessitam para assimilarem a informação, pois sinto falta de tempo para os informar com calma.

Enfermeira 6

1º Feito colheita de dados do doente, sendo identificado todas as suas necessidades humanas básicas.

2º Identifico o prestador de cuidados e seu contacto telefónico.

3 Identifico as necessidades do doente quanto a alimentação, se necessário solicitar apoio da dietista para melhor o aporte nutricional.

4º Identifico as necessidades de apoio social, e se pertinente solicitar apoio da assistente social.

5º Programar e realizar ensinamentos direcionados aos cuidados de Enfermagem tanto aos utentes como ao prestador de cuidados

6º Certificar se o doente tem condições financeiras para a compra da terapêutica prescrita e se necessário solicitar apoio da Assistente Social.

7º Perceber se o doente tem capacidade para assimilar o ensino de enfermagem

8º Após o instruir e treinar, verificar se o doente foi capaz de assimilar o que foi ensinado.

9º A dificuldade é realizar todas as ações durante o tempo de internamento.

Enfermeira 7

O acolhimento ao utente é iniciado com a minha apresentação e a do espaço envolvente, nomeadamente, quarto e unidade; zona de tv e lazer; casa-de -banho e sala de enfermagem. De seguida, inicio a colheita de dados: profissão, necessidades especiais, antecedentes, situação clínica, terapêutica, dependências a nível da satisfação dos autocuidados com enfoque nos autocuidados: uso do sanitário e deambular; identificação do familiar de referência e seu contacto e avaliação das escalas de Glasgow, Braden e Morse.

Dado que o tempo de internamento é habitualmente curto, aliado ao baixo ratio enfermeira/utente, muitas vezes fica por registar as dependências a nível dos

restantes autocuidados e o enquadramento social do utente, nomeadamente se vive sozinho, se terá companhia temporária para a prestação dos cuidados inerentes à cirurgia, situação económica, Uma avaliação cuidada e atempada destes parâmetros poderia exigir o acompanhamento por parte da assistente social.

Os ensinamentos são realizados durante o internamento e, no momento da alta na presença dos familiares mas, também devido ao curto tempo de internamento, surge a dificuldade em avaliar a aprendizagem de habilidades ao utente e familiar.

Enfermeira 8

Quando recebo o idoso apresento-me e ao serviço e peço a identificação do próprio e acompanhante, validando se é o familiar de referência e/ou cuidador principal.

Verifico qual o procedimento a que vai ser submetido, valido qual o conhecimento que tem do mesmo e explico-o iniciando os ensinamentos pós-cirúrgicos.

Valido qual o nível de autonomia nas AVD's, atividades instrumentais e gestão do regime terapêutico.

Verifico as condições de higiene pessoal, dos objetos trazidos e valido as condições de habitabilidade, dando ênfase à importância da higiene pessoal, em especial das mãos e rosto, e acondicionamento da medicação ocular para o sucesso da cirurgia.

Valido se após o regresso a casa com quem a pessoa irá ficar. Se ficar sozinha validar se consegue cumprir o regime terapêutico ou que rede de suporte poderá ser mobilizada – se necessário chamar assistente social.

As dificuldades sentidas estão relacionadas com a duração do internamento – 2/3 dias, que por vezes é insuficiente para planear e articular a rede de suporte necessária.

Enfermeira 9

Acolhimento:

Apresentação do serviço e do nome do responsável do internamento;

Funcionamento do serviço, hora de atendimento e contacto telefónico;

Identificação das necessidades do utente/cuidador mais próximo;

Recolher elementos referentes aos cuidados de enfermagem a prestar;

Pré-identificar situações que possam ser problemáticas para a alta;

Informar o doente da data prevista de alta;

Identificar as necessidades de educação do doente/cuidador mais próximo (envolvimento da família);

Validar a necessidade de articulação com os recursos de saúde na comunidade (ex: cuidados continuados)

Orientação no sentido de maximizar os recursos pessoais e gestão da doença;

Recolher informação no que respeita à condição clínica do utente, capacidade funcional e avaliação sociofamiliar;

Informar o doente das consequências da doença na sua vida quotidiana e necessidades particulares referentes à sua situação clínica;

Organização do material de alta, explicação da prescrição médica, informação de enfermagem (carta de alta) onde são referidos os cuidados que foram efetuados no hospital e os que o doente necessita ainda realizar no domicílio/Centro de Saúde;

O volume de trabalho, as várias entradas de doentes e o internamento são da responsabilidade de um só enfermeiro (gestão de tempo) traz-me alguma dificuldade em realizar este processo.

Enfermeira 10

Apresentação do serviço e dos profissionais, obter informação da situação social da pessoa, contacto dos familiares/pessoa significativa, avaliação do grau de dependência/independência da pessoa e dos mecanismos utilizados para minimizar dependências se existirem.

Colher dados relativos à visão do utente (olho único, cirurgia ocular anterior)

Obter informação sobre os apoios que terá disponíveis no momento da alta, caso necessite de apoio

Ir avaliando o grau de autonomia ao longo do internamento

Efetuar ensinamentos, quanto aos cuidados que necessita efetuar no pós-operatório, aplicação de colírios, precauções a ter, vigilância e sinais de complicações e como deve efetuar nessa eventualidade. Instruir o utente ou cuidador acerca dos cuidados que irá realizar no domicílio e treinar esses mesmos cuidados de forma a garantir que os mesmos são efetuados tendo em vista a otimização do tratamento e a recuperação do utente.

Entregar folheto informativo quando do primeiro contacto do utente e prestar os esclarecimentos necessários solicitados.

Validar todos os ensinamentos e informação transmitida, e avaliar o grau de compreensão do utente em função da informação que se pretende transmitir, adequando essa informação em função dessa situação.

Como dificuldades posso referir: a idade avançada dos utentes e as doenças crónicas que lhe estão associadas, a diminuição da acuidade visual que dificulta a sua autonomia, utentes muito dependentes ou com dependências moderadas nas atividades de vida diárias, elevado rácio utente/enfermeiro, assim como, termos utentes de outras especialidades por os recursos e vagos não serem adequados nos respetivos serviços.

Enfermeira 11

Existe uma consulta de enfermagem prévia ao internamento que possibilita um primeiro contacto com o idoso, mas atendendo ao volume de consultas/enfermeiro estas são tendencialmente breves e mais direcionadas para o contexto e preparação pré-operatória.

Normalmente é na admissão, aquando do acolhimento da pessoa idosa no serviço que se efetua a colheita de dados segundo o guião da instituição. Momento de excelência para tentar compreender o contexto sociofamiliar e as condições em que a pessoa idosa vive e/ou a que pode recorrer na comunidade.

Durante a recolha de informação são frequentemente identificadas condicionantes para o normal regresso a casa que, depois, são debatidas pela equipa de enfermagem e/ou pela equipa alargada a Médico e Assistente Social.

Nessa discussão, são delineadas as melhores estratégias ou as estratégias possíveis de adotar, com preparação para a alta.

As maiores dificuldades prendem-se com:

- O tempo disponível. Os internamentos, de uma maneira geral, são temporalmente curtos podendo comprometer a completa articulação entre o serviço, o centro de saúde e/ou apoios na comunidade e família.

- Dificuldade em obter em tempo útil, resposta por parte dos centros de saúde e/ou apoios na comunidade. Estes recursos estão quase sempre sobre aproveitados, sobrelotados e sem capacidade de resposta rápida.

- Idoso só ou idoso que cuida de idoso. Situação frequente e que dificulta a eficácia dos ensinamentos e dos treinamentos por parte da equipa de enfermagem e, por

parte do idoso em conseguir um desempenho de autonomia eficaz nos autocuidados.

Enfermeira 12

O acolhimento, inicia-se pela apresentação do serviço e dos profissionais, assim como com a avaliação inicial. Esta é de extrema importância uma vez que é através dela que começamos a preparar a alta, tendo em conta as capacidades do utente. Identificamos qual a necessidade/possibilidade de englobar a família em todo o processo. Uma avaliação inicial completa permite-nos perceber quais as principais necessidades do utente durante o internamento e na alta.

No momento da admissão, para além da identificação dos problemas, começamos também a preparação da alta, introduzindo lentamente as informações dos cuidados no pós cirurgia.

As principais dificuldades dos utentes são: realização das atividades de vida diárias sem o compromisso dos cuidados essenciais para o sucesso da cirurgia oftálmica, a aplicação dos colírios, e cuidados a ter como olho em si, essenciais também para o sucesso dessa mesma cirurgia. Informações acerca das complicações também são importantes de transmitir, para que estes saibam o que fazer caso estas aconteçam.

Muitos destes idosos vivem sozinhos, grande parte já com dificuldades na realização das atividades de vida diárias, com dificuldades de mobilização, de visão, e muitas vezes também na assimilação da informação transmitida, durante o tempo de internamento que passa muito rápido.

Ao enfermeiro compete antecipar todas essas dificuldades que o utente possa vir a ter, para começar a preparar estratégias para minimizar riscos, com o próprio utente e se possível e necessário com a família também. O folheto informativo é muito importante, uma vez que nele consta grande parte de informação necessária de forma compilada.

Enfermeira 13

Recebo o doente no serviço, identifico-me e encaminho-o para o quarto onde vai ficar internado. Faço a apresentação do serviço e explico todas as preparações que têm que fazer para a cirurgia ao mesmo tempo que faço o inquérito da admissão. Dou também conhecimento de todos os passos do pós-operatório até à alta. Muitas vezes é efetuada toda a apresentação na presença da família. No pós-

operatório é ensinado ao doente todos os cuidados que deverá ter no domicílio de forma a ser o mais independente possível. No planeamento da alta, como dificuldade posso referir o período de internamento ser basicamente 2 dias e o facto de muitos dos utentes serem idosos que vivem só e terem alguma dificuldade em cuidar-se quando não tem família que os possa apoiar.

Corpo das narrativas – 2ª questão

Enfermeira 1 _____

Para conhecer o potencial de desenvolvimento do utente é fundamental observar – observar o próprio utente e a sua família, a fim de avaliar as capacidades e competências para o cuidado de si, ou pelo seu familiar.

Uma vez feita esta avaliação, há que adequar as intervenções a cada situação. Será pertinente proceder a intervenções de treino dos cuidados a desenvolver no pós-operatório, nomeadamente a aplicação de colírios/pomadas pelo próprio ou pelo familiar. Através da nossa supervisão poderemos detetar atempadamente eventuais dificuldades e limitações e, assim, desenvolver estratégias adaptadas às necessidades do utente/família.

Enfermeira 2 _____

Essencialmente acho que é o tempo de internamento ser muito pouco o que impossibilita uma melhor e mais detalhada intervenção sobretudo no pós-operatório.

Seria muito importante haver uma consulta pré anestésica, podendo desta forma orientar a intervenção de enfermagem durante o internamento para o ensino e pratica de atitudes do auto cuidado do utente e ou pessoa de referencia.

Enfermeira 3 _____

Dependências nas atividades de vida, capacidade cognitiva e cuidados de higiene e familiares envolventes

Enfermeira 4 _____

O conhecimento do utente no que se refere á sua autonomia/ necessidades é essencial no desenvolvimento das suas potencialidades e capacidades. O conhecimento da família bem como dos suportes desta unidade familiar também são

fundamentais para a potencialização da sua independência e continuidade de cuidados.

Enfermeira 5 _____

Entender as suas capacidades cognitivas e motoras;

Saber qual o acompanhamento que terá no domicílio;

Quais são as suas dificuldades (Vê bem do olho que não foi intervencionado?);

Sabe manusear os colírios e percebe bem como efetuar a administração dos mesmos;

Perceber se o utente demonstra habilidade para se adaptar com segurança a esta nova situação.

Enfermeira 6 _____

1º Devido o internamento de oftalmologia ser num período muito curto, por vezes o Enfermeiro não tem tempo para a realização de ensino aos cuidados de Enfermagem ao utente como ao prestador de cuidados.

2º Por vezes o prestador de cuidados não tem disponibilidade para a realização de ensino sobre os cuidados de Enfermagem ao doente.

Enfermeira 7 _____

Conhecer melhor a situação social e económica do utente, identificar as dependências e dificuldades que poderão ser sentidas na alta, no sentido de as solucionar conjuntamente com a família e equipa multidisciplinar.

Considero também pertinente o treino e a avaliação da aprendizagem de habilidades, no sentido de capacitar desde cedo a pessoa idosa para o controlo do cuidado de si.

Enfermeira 8 _____

É necessário envolver-se e dar-se a conhecer para que se criem laços de confiança e a ajuda seja sentida como genuína.

É importante conhecer o grau de autonomia no cuidado de si e como têm sido enfrentados os obstáculos na sua história de vida, para validar o que pode ser resolvido de forma autónoma e/ou readquirido com a mobilização de recursos pessoais, externos pela rede de suporte.

Enfermeira 9 _____

Avaliar o envolvimento do utente/família nas intervenções dos enfermeiros durante a preparação da alta (nos ensinamentos). Identificar as dificuldades sentidas, no sentido de ultrapassá-las antes do momento da alta. E esclarecer qualquer dúvida relativa aos ensinamentos, terapêutica (adesão terapêutica) e cuidados pós-operatórios.

Enfermeira 10 _____

Identificar problemas de saúde ou outras dependências que possam dificultar a sua autonomia no que diz respeito aos cuidados a ter no pós-operatório, conhecer a situação social do utente. E proporcionar contacto de forma a que o utente possa ter acesso ao esclarecimento de alguma dúvida que possa surgir.

Início precoce no internamento, dos cuidados pelo próprio e do treino dos mesmos.

Enfermeira 11 _____

- Compreende e consegue explicar pelas suas próprias palavras, os cuidados pós-operatórios que deverá adotar.

- Consegue aplicar os colírios sem conspurcar a embalagem e/ou o olho.

- Se houver terapêutica PO, saber o horário das tomas.

Enfermeira 12 _____

Essencialmente a capacidade de retenção da informação transmitida, essencialmente dos cuidados a ter, tudo aquilo que não deve fazer ou mesmo o que pode fazer, capacidade de aplicação de colírios e do conhecimento dos sinais de alerta. É fundamental a promoção da autonomia no pós-cirurgia, tendo em conta claro, o tipo de cirurgia realizado. Ensinar, instruir e treinar, são na minha opinião o tipo de intervenções mais importantes no planeamento da alta com segurança, tendo em conta claro as dificuldades identificadas anteriormente.

Enfermeira 13 _____

Envolver a família de forma a colaborar o máximo em todos os tratamentos do seu familiar.

Envolvimento do meio em que a pessoa vive essencialmente quando está só e não tem família.

O ideal seria ter uma equipa de profissionais que se desloca-se ao domicílio nos 1^{os} tempos para ajudar na adaptação do doente em casa e poder ensinar os cuidados e tirar dúvidas.

Gráfico 1 - Resultados da análise dos aspetos referidos pelos enfermeiros relativos às suas práticas

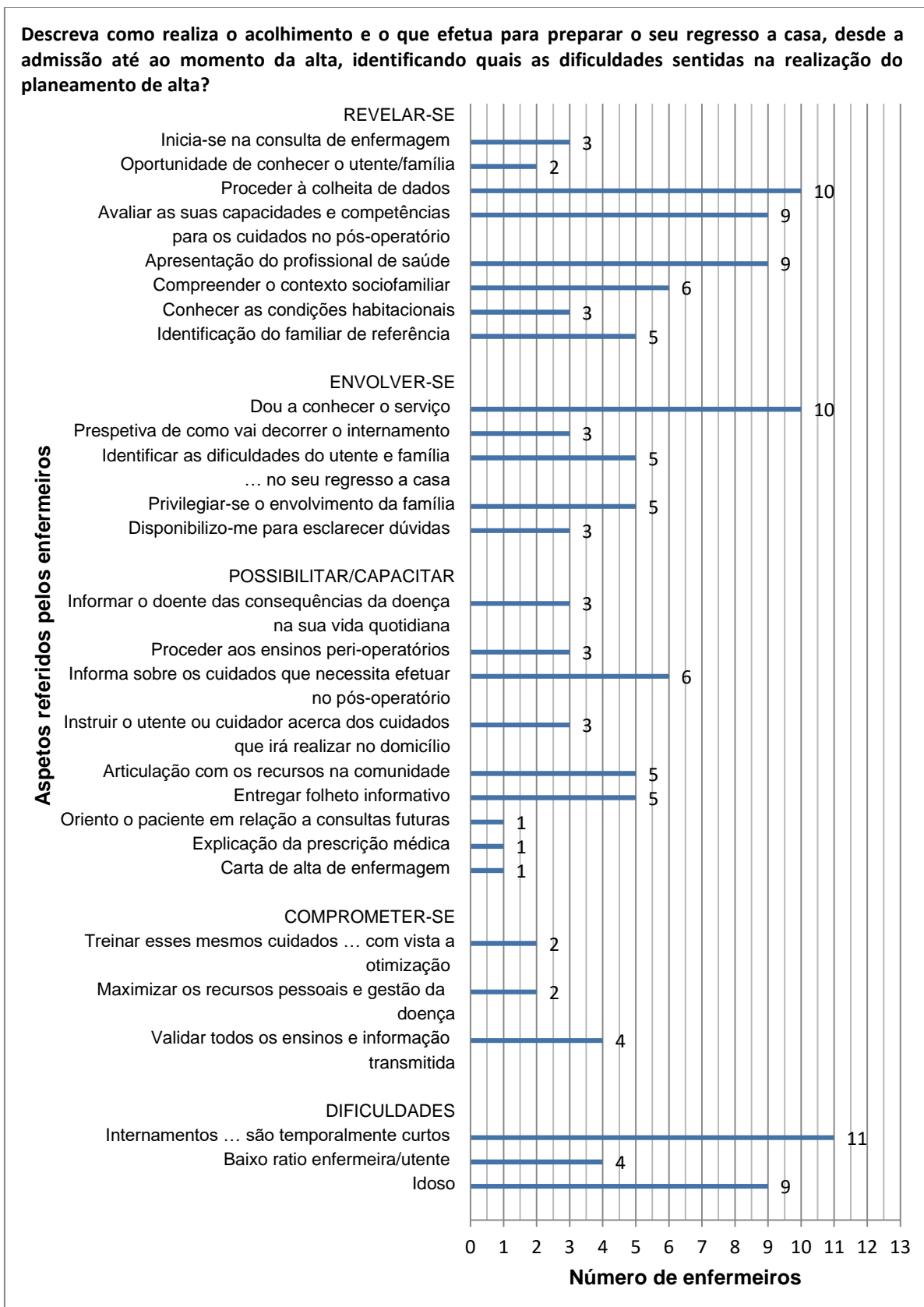
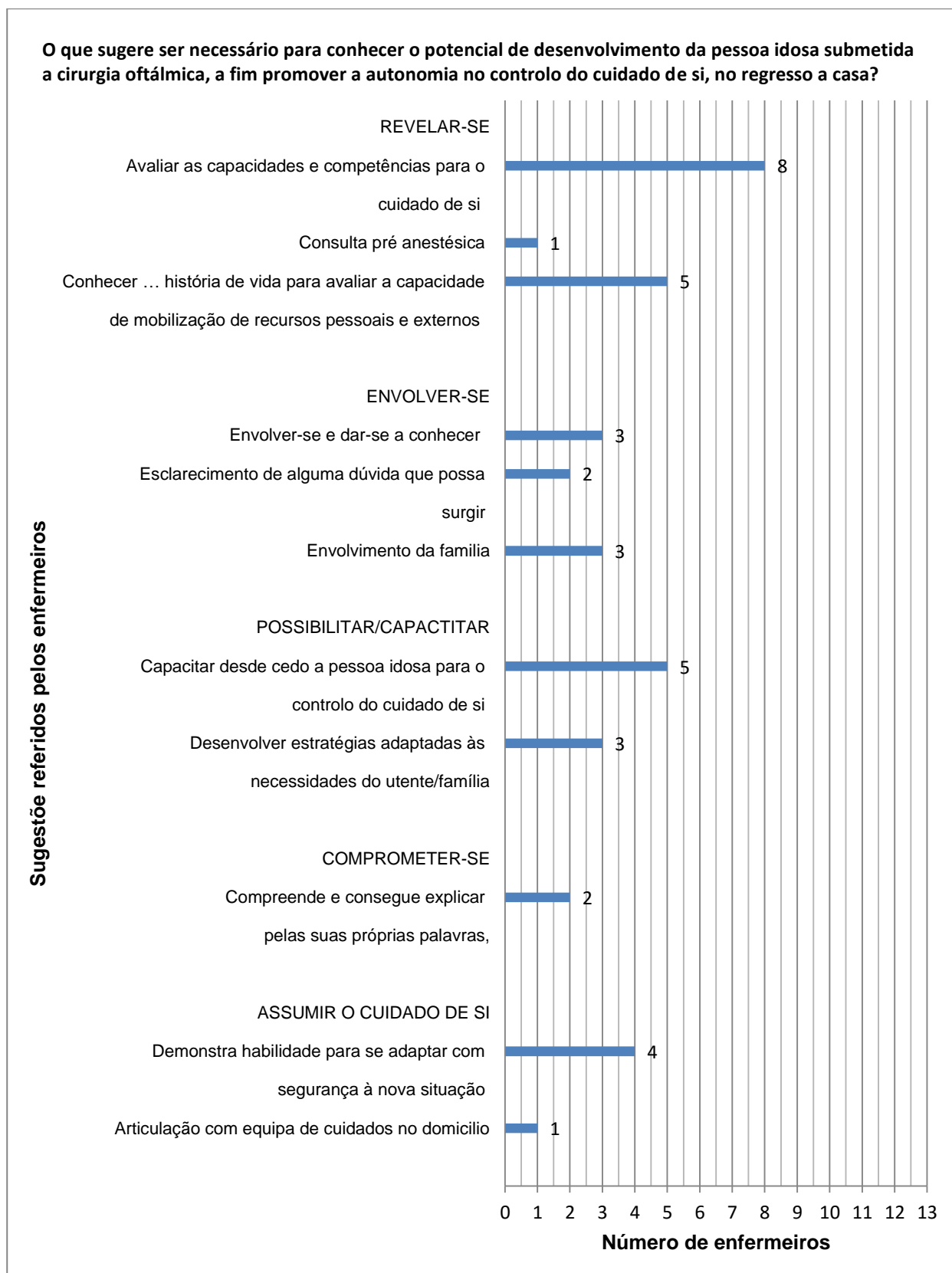


Gráfico 2 - Resultados da análise das sugestões referidas pelos enfermeiros relativos às suas práticas



Análise das Narrativas

(participação de 13 enfermeiros, realizado no período de 30.10.2015 a 4.11.2015)

A análise das reflexões narrativas dos enfermeiros foi realizada de modo a relacionar os aspetos valorizados pelos enfermeiros na sua prática de cuidados e as diferentes fases do processo de construção do Modelo de Parceria (Gomes, 2013). Procura espelhar as intervenções desenvolvidas pela equipa de enfermagem no acolhimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e a preparação do seu regresso a casa, desde a admissão até ao momento da alta.

Análise das Narrativas - questão 1

Na **primeira fase do Modelo de Parceria – Revelar-se** “...a enfermeira (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes,2013, pág.99).

Neste sentido verificou-se por parte dos enfermeiros a existência de algumas práticas que vão de encontro à primeira fase - Revelar-se. Mais de 50% dos enfermeiros referiram dar-se a conhecer e procurar conhecer a pessoa idosa desde o momento da admissão no serviço, a sua identidade, o seu contexto familiar, condições habitacionais e nível de dependência em relação aos seus autocuidados.

As narrativas centram-se na identificação das necessidades da pessoa idosa, nas suas dependências e limitações, sem no entanto, revelarem uma reflexão sobre os problemas identificados na pessoa.

“O momento em que conhecemos o utente/família e em que temos oportunidade de avaliar as suas capacidades e competências para os cuidados no pós-operatório.” E1

“Momento de excelência para tentar compreender o contexto sociofamiliar e as condições em que a pessoa idosa vive e/ou a que pode recorrer na comunidade.” E11

“Inicio a colheita de dados: profissão, necessidades especiais, antecedentes, situação clínica, terapêutica, dependências a nível da satisfação dos autocuidados

com enfoque nos autocuidados: uso do sanitário e deambular; identificação do familiar de referência e seu contacto e avaliação das escalas de Glasgow, Braden e Morse”. E7

“Colher dados relativos à visão do utente (olho único, cirurgia ocular anterior).”

E10

Os enfermeiros demonstram também preocupação em dar-se a conhecer a si e ao serviço de modo a estabelecer uma relação de confiança e parceria com a pessoa idosa e família.

“Apresentando-me e dou a conhecer o serviço com a finalidade de desdramatizar a sua hospitalização.” E8

“O acolhimento, inicia-se pela apresentação do serviço e dos profissionais.”

E12

“É essencial que o profissional de enfermagem se apresente e apresente o espaço físico do serviço para que ele se familiarize com as instalações” E1

Reflexão parcelar

É interessante perceber que os enfermeiros consideram importante conhecer a pessoa idosa no momento da sua admissão no serviço, procurando identificar a sua singularidade e o contexto familiar em que está inserida, assim como, a sua condição de vida, saúde e doença. No entanto, ao longo das suas respostas não se encontra perceptível identificar quais os problemas identificados.

Existe uma aparentemente preocupação na avaliação das dependências, capacidades e competências da pessoa idosa para a aquisição de novos conhecimentos, no entanto, as forma como estas são identificadas e quais os instrumentos de avaliação multidimensional utilizados não se encontram referidos. A caracterização da pessoa idosa aparenta centra-se nas atividades de vida diárias, não procurando ir mais além, percebendo o quotidiano da pessoa idosa e também as sua limitação a nível das atividades instrumentais de vida diária.

Podemos questionar se os registos de enfermagem refletem este cuidado e preocupação por parte da equipa de enfermagem?

No processo de admissão é promovida a integração da pessoa idosa no serviço sendo valorizada a apresentação do profissional de saúde e equipa, assim como, a descrição e visita ao espaço físico do serviço.

De salientar que 3 dos enfermeiros inquiridas inicia o processo de conhecer a pessoa idosa na consulta de enfermagem que antecede o internamento, e que se realiza no dia da consulta de anestesia. Esta prática de cuidados poder ser facilitadora da primeira fase do processo de parceria – Revelar-se e da promoção de uma relação de confiança entre a enfermeira e a pessoa idosa

Na **segunda fase do Modelo de Parceria – Envolver-se** “... partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa” (Gomes,2013, pág. 100)

Nesta fase é evidente a prática de integrar a pessoa idosa num novo ambiente, a apresentação do serviço é referido por mais de 50% da equipa de enfermagem. A promoção do envolvimento da família nos cuidados também surge referenciado, procurando a equipa em conjunto com a família identificar quais as maiores dificuldades que poderão surgir no momento do regresso a casa da pessoa idosa após a realização da cirurgia oftálmica.

“Tento identificar as dificuldades do utente e família que possam ser problemáticas no seu regresso a casa e/ou sua recuperação, procurando em conjunto soluções alternativas.” E5

“Utente e familiares podem assim organizar as suas rotinas, de modo a incluir nelas os cuidados a ter no pós-operatório e a adequar essas mesmas rotinas a eventuais limitações (temporárias) que possam advir do ato cirúrgico.” E1

É também descrita como prática dos cuidados a descrição da perspetiva temporal da duração do internamento, embora seja evidenciado por um número menor de enfermeiras.

“É também importante fornecer ao utente e família uma perspetiva de como vai decorrer o internamento, na qual se deve incluir, desde logo, uma previsão da data da alta.” E1

“Informar o doente da data prevista de alta” E9

O espaço e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, é também referido por um número menor de enfermeiras.

“Deixo sempre espaço para questões que queiram colocar” E2

“Faço os ensinamentos pré-operatórios explico as rotinas e disponibilizo-me para esclarecer dúvidas sempre que necessário” E5

Reflexão parcelar

Revela-se uma das preocupações dos enfermeiros a promoção do envolvimento da família. Procura-se perceber junto da pessoa idosa quais as suas dificuldades de adaptação à sua nova condição de saúde, qual a sua rede de suporte e apoio familiar, assim como, a necessidade de recorrer a recursos outros da comunidade ou de referenciação. Não é, no entanto, explícito nas narrativas como é realizada a caracterização da família e a avaliação das suas necessidades, de forma a perceber a necessidades de articulação e referenciação de recursos a nível hospitalar e da comunidade. Será do conhecimento da equipa de enfermagem, instrumentos que permitam a avaliação multidimensional da pessoa idosa?

Em contexto hospitalar a informação fornecida a nível da preparação para a cirurgia surge como um processo sistematizado, não estando nele refletido o envolvimento da pessoa idosa nesta fase tão importante do seu internamento. Embora seja descrita a disponibilidade para o esclarecimento de dúvida, este momento não parece ser facilitador de uma partilha, em que a pessoa idosa tenha a oportunidade de expressar o que o preocupa, e o que para si surge como problema (Gomes, 2013). Sem essa partilha e complementaridade da ação do enfermeiro sobre aquelas que são as dificuldades da pessoa idosa, como pode a pessoa idosa participar na tomada de decisão?

Na terceira fase do Modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar

“... a enfermeira partilha a responsabilidade e o poder (...) escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, pág. 102)

É neste momento que a enfermeira procura em conjunto com a pessoa idosa, mobilizar toda a informação e conhecimento que adquiriram reciprocamente e desenvolver um processo negociado, em que se procura ajudar a pessoa idosa a transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais com o objetivo de

permitir que assumam o controlo pelo seu cuidado, ou caso não seja possível, que outro assumam este cuidado por si (Gomes, 2009). A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família de forma a capacitá-los para o seu regresso a casa.

Aproximadamente 50% por cento dos enfermeiros referiram fornecer informação sobre quais os cuidados a ter na fase do pós-operatório e no domicílio, identificar e facilitar o acesso a recursos necessários e disponíveis na comunidade e disponibilizarem durante o período do internamento o folheto informativo. No entanto, não é evidente nos registos de enfermagem a quem é entregue este suporte escrito de informação, se à pessoa idosa ou à sua família.

“ (...) ensinamentos relativamente a todo o procedimento ao qual o utente será submetido.” E4

“Como deve administrar a medicação no domicílio, com instruções verbais e por vezes escritas.” E5

“Os ensinamentos são realizados durante o internamento e, no momento da alta na presença dos familiares” E7

“ (...) introduzindo lentamente as informações dos cuidados no pós-cirurgia.”
E12

“ Envolver todas as valências necessárias (assistente social, centro de saúde).” E3

“ Validar a necessidade de articulação com os recursos de saúde na comunidade (ex: cuidados continuados).” E9

Três enfermeiras mostraram preocupação em informar o utente do impacto que a nova situação pode ter na sua vida e como poderão ter de ser feitas adaptações.

“ (...) válido qual o conhecimento que tem do mesmo e explico-o iniciando os ensinamentos pós-cirúrgicos.” E8

“ Informar o doente das consequências da doença na sua vida quotidiana e necessidades particulares referentes à sua situação clínica” E9

Dois enfermeiras, consideraram importante instruir e treinar a pessoa idosa, como forma de garantir a mobilização dos seus recursos pessoais na adaptação à sua nova condição de saúde.

“ Instruir o utente ou cuidador acerca dos cuidados que irá realizar no domicílio e treinar esses mesmos cuidados de forma a garantir que os mesmos são efetuados tendo em vista a otimização do tratamento e a recuperação do utente.”

E10

A orientação da pessoa idosa para consultas futuras, explicação da prescrição médica e a realização de carta de alta de enfermagem foram aspetos referidos por um número menor de enfermeiras.

Reflexão parcelar

De uma forma geral, verifica-se uma preocupação por parte dos enfermeiros em transmitir os cuidados e informações necessárias ter em conta num contexto de alta da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica. No entanto, nas suas narrativas não se encontram explicito o que diferencia os seus cuidados entre o adulto e a pessoa idosa. Não se revela perceptível o que procuram especificamente saber a nível a pessoa idosa para que seja possível de uma forma estruturada e em parceria atender às suas prioridades.

A informação transmitida surge de uma forma generalista como “ os ensinamentos” ou os “ cuidados” não se verificando uma descrição clara das intervenções e em que consistem.

A necessidade de educar em saúde adquirem uma importância extrema, quando na preparação do regresso a casa da pessoa idosa é necessário a apropriação de informação e novos saberes que a habilitem a lidar com a sua situação de saúde, (Rebelo, 2012).

A equipa de enfermagem considera significativo o envolvimento da família, mas não é evidente, como esse envolvimento é promovido e quais as parcerias estabelecidas com a família no processo de cuidados e planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica. A articulação com os recursos da comunidade, não está descrito como se realiza, quais os organismos envolvidos e a necessidade desta articulação.

A entrega de informação escrita apresenta-se com uma prática assumida por aproximadamente metade da equipa de enfermagem.

Permitirá a análise dos registos de enfermagem, perceber quais as informações, ensinamentos e cuidados, que os enfermeiros transmitem às pessoas idosas e sua família?

A **quarta fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se** “... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...” (Gomes,2013, pág. 103). É nesta fase do modelo de parceria que as enfermeiras devem desenvolver ações que procurem promover a transição das potencialidades da pessoa idosa em capacidades reais (Gomes, 2009).

Menos de 50% dos enfermeiros refere desenvolver ações em conjunto com a pessoa idosa que visem a sua capacitação para assumir o controlo do seu cuidado no regresso a casa.

“ (...) e treinar esses mesmos cuidados de forma a garantir que os mesmos são efetuados tendo em vista a otimização do tratamento e a recuperação do utente.” E10

“Orientação no sentido de maximizar os recursos pessoais e gestão da doença” E9

Apenas 4 enfermeiras revelaram preocupação em perceber se a informação transmitida em relação aos cuidados pós-operatórios no domicílio foram compreendidos pela pessoa idosa e família, de modo a permitir que estes assumam esses mesmos cuidados após o seu regresso a casa.

“Após efetuar os ensinamentos, verifico se compreenderam e assimilaram a informação.” E5

“Validar todos os ensinamentos e informação transmitida, e avaliar o grau de compreensão do utente.” E10

Reflexão parcelar

Menos de metade da equipa apresentou descrições sobre esta fase do modelo em que a enfermeira procura validar com a pessoa idosa e família as competências adquiridas ao longo do processo de parceria. O treino de competências não se revela uma prática de cuidados enraizada na equipa de

enfermagem. Apenas um número reduzido de enfermeiras manifesta preocupação em se certificar se a pessoa idosa ou a família compreenderam e são capazes de assegurar os cuidados necessários no pós-operatório da cirurgia oftálmica. No entanto, não é evidente a validação do saber-fazer por parte da equipa de enfermagem à pessoa idosa ou à sua família, parecendo ser suficiente a confirmação por parte da pessoa ou família da compreensão do cuidado.

Dificuldades sentidas na realização do planeamento de alta

Em relação as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem, mais de 50% da equipa de enfermagem (11 enfermeiras) referem de uma forma geral, que o **tempo de internamento** é reduzido para a realização do planeamento da alta para o desenvolvimento das intervenções que consideram necessárias na implementação deste processo.

“ (...) tenho como dificuldade para conseguir realizar todas as intervenções e ensinios necessários o tempo de internamento, que é pouco para concretizarmos tudo o que deve ser feito.” E4

“ A dificuldade é realizar todas as ações durante o tempo de internamento.”
E6

“ (...) as várias entradas de doentes e o internamento são da responsabilidade de um só enfermeiro (gestão de tempo) traz-me alguma dificuldade em realizar este processo.” E9

Neste contexto, dois enfermeiros referem especificamente que o tempo de internamento compromete a articulação com os recursos de apoio necessários.

“ (...) por vezes é insuficiente para planear e articular a rede de suporte necessária.” E8

“ Os internamentos, de uma maneira geral, são temporalmente curtos podendo comprometer a completa articulação entre o serviço, o centro de saúde e/ou apoios na comunidade e família” E11

Segundo as narrativas, existem intervenções de enfermagem que ficam por realizar, dois enfermeiros descrevem que a sua maior dificuldade (associada ao

tempo de internamento) é a validação das capacidades e competências desenvolvidas pela pessoa idosa ou família, e uma delas valoriza a incapacidade de realizar parte dos registos que seriam pertinentes para o processo de enfermagem da pessoa idosa, relacionando esta dificuldade diretamente com o número de enfermeiras no internamento e o tempo que a pessoa idosa permanece o serviço.

“Validar os ensinamentos quando possível, pois o tempo de internamento não é favorável para os utentes compreenderem toda a informação principalmente quando são mais idosos.” E3

“ (...) surge a dificuldade em avaliar a aprendizagem de habilidades ao utente e familiar.” E7

“ (...) fica por registar as dependências a nível dos restantes autocuidados e o enquadramento social do utente, nomeadamente se vive sozinho, se terá companhia temporária para a prestação dos cuidados inerentes à cirurgia, situação económica” E7

Outra dificuldade, também ela referida por mais de 50 % da equipe de enfermagem (8 enfermeiras) está diretamente relacionada com o fato dos utentes serem **peçoas idosas**.

Em 5 das narrativas, esta dificuldade prende-se diretamente a comunicação e da capacidade das peçoas idosas compreenderem a importância de toda a informação que lhe é transmitida ao longo do internamento.

“ (...) o tempo de internamento é demasiado rápido para o idoso interiorizar toda a informação fornecida(...).” E1

“ (...) a comunicação com os utentes mais idosos e com o tempo que necessitam para assimilarem a informação (...). “ E5

É ainda evidenciado por parte de 4 dos enfermeiros a preocupação das peçoas idosas viverem sozinhas, com um histórico de doença crónica associada (comorbilidade) ou coabitarem e serem cuidadas por outras peçoas idosas (cônjuge), que segundo as narrativas dos enfermeiros dificulta a sua compreensão dos cuidados e a preparação do seu regresso a casa.

“ (...) a idade avançada dos utentes e as doenças crónicas que lhe estão associadas(...).” E10

“Idoso só ou idoso que cuida de idoso. Situação frequente e que dificulta a eficácia dos ensinamentos e dos treinamentos por parte da equipa de enfermagem (...).”

E11

“Muitos destes idosos vivem sozinhos, grande parte já com dificuldades na realização das atividades de vida diárias (...).” E12

“ (...) de muitos dos utentes serem idosos que vivem só(...).” E13

A dotação da equipa de enfermagem no internamento, é considerada por 4 dos enfermeiros com um dos aspetos que dificulta a preparação para a alta da pessoa idosa.

“ (...) torna-se difícil para um enfermeiro estar com todos os utentes o tempo que eles necessitam (...).” E2

“ (...) aliado ao baixo ratio enfermeira/utente, muitas vezes fica por (...).” E7

“ (...) o internamento são da responsabilidade de um só enfermeiro (gestão de tempo) traz-me alguma dificuldade em realizar este processo.” E9

Reflexão parcelar

A equipa de enfermagem, considera na sua maioria o tempo de internamento como uma das suas maiores dificuldades na gestão e realização do planeamento da alta da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica. Muito embora sejam descritas nas narrativas as várias intervenções que a equipa de enfermagem realiza na preparação para a alta da pessoa idosa, a mesma assume que o tempo de internamento aliado entre outros fatores ao número de enfermeiros, não permite ou condiciona a realização de parte do processo. Estes dois aspetos parecem ser determinantes e influenciar diretamente as restantes dificuldades identificadas. Condicionam o tipo de registos de enfermagem realizados e segundo as narrativas não permite a avaliação das aprendizagens e competências adquiridas pela pessoa idosa ao longo do seu internamento.

Ao longo das narrativas parece haver uma consciencialização por parte da equipa de enfermagem que a preparação para a alta da pessoa idosa pode ser um processo complexo que deve ter em conta vários fatores e variáveis. Revelam preocupação em saber com que a pessoa vive e quem o irá acompanhar ao longo da sua recuperação.

Neste contexto levantam-se várias questões sobre as quais me interrogo e procuro refletir: no momento da alta, estarão a pessoa idosa e família capacitada para o seu regresso a casa? Terão todas as pessoas idosas internadas para cirurgia oftálmica a mesma oportunidade de capacitação para o seu regresso a casa? Como é registado pela equipa de enfermagem as aprendizagens realizadas pela pessoa idosa e família nos diferentes momentos do internamento?

Análise das Narrativas - questão 2

Enquadrado **na primeira fase do Modelo de Parceria – Revelar-se**, a equipa de enfermagem considera que a nível da sua intervenção é determinante conhecer a história de vida da pessoa (cinco enfermeiras), e mais de metade da equipa identifica a avaliação das capacidades e competências da pessoa idosa de extrema importância para assim se poder desenvolver uma ação conjunta que promova a autonomia para assumir o controlo do cuidado de Si pós cirurgia oftálmica.

“O conhecimento da família bem como dos suportes desta unidade familiar também são fundamentais para a potencialização da sua independência e continuidade de cuidados.” E4

“Conhecer melhor a situação social e económica do utente, identificar as dependências e dificuldades que poderão ser sentidas na alta” E7

“ (...) conhecer o grau de autonomia no cuidado de si e como têm sido enfrentados os obstáculos na sua história de vida, para validar o que pode ser resolvido de forma autónoma e/ou readquirido com a mobilização de recursos pessoais, externos pela rede de suporte.” E8

Apenas uma enfermeira refere que fará sentido iniciar este processo de mútuo conhecimento na consulta pré-anestésica, que se realiza 2 dias antes do internamento.

Reflexão parcelar

A equipa de enfermagem valoriza a necessidade de conhecer a pessoa idosa, embora seja descrita como uma intervenção e preocupação da equipa na sua

prática de cuidados, é sugerida como um fundamental para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa idosa. Parece estar desperta para esta necessidade assim como para o conhecimento das potencialidades da pessoa idosa e da necessidade de as desenvolver como capacidades reais, no entanto, como realiza a equipa de enfermagem a avaliação da pessoa idosa? Terá a equipa de enfermagem o conhecimento necessário da pessoa idosa e sua família necessário para o desenvolvimento de um processo de parceria?

Perante as narrativas será pertinente pensar que a primeira fase do modelo de parceria – Revelar- se inicie na consulta de enfermagem pré anestésica, poderá este momento ser facilitador do conhecimento recíproco entre a pessoa idosa e a enfermeira? Poderão a partir deste ser identificadas o mais precoce possível as necessidades, limitações e competências a desenvolver na pessoa idosa?

Na **segunda fase do Modelo de Parceria – Envolver-se**, inserem-se as seguintes sugestões: o conhecimento mútuo entre enfermeira e pessoa idosa, o envolvimento da família (3 enfermeiras) e o ambiente e espaço disponibilizado para a colocação de dúvidas (2 enfermeiras) como facilitadores da preparação da pessoa idosa no seu regresso a casa

“ (...) observar o próprio utente e a sua família, a fim de avaliar as capacidades e competências para o cuidado de si, ou pelo seu familiar. “ E1

“Avaliar o envolvimento do utente/família nas intervenções dos enfermeiros durante a preparação da alta.” E13

“ Proporcionar contacto de forma a que o utente possa ter acesso ao esclarecimento de alguma dúvida que possa surgir.” E10

Reflexão parcelar

O conhecimento que a enfermeira tem da pessoa idosa e sua família é tido como facilitador para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica. O envolvimento da família é considerado, também ele como facilitador da preparação da alta, no entanto, não é evidente nas narrativas, como a enfermeira avalia as capacidades potenciais da pessoa idosa e o que a leva a determinar o envolvimento da família ou ainda como intervém na inexistência de familiares? Quando vivem sozinhos quem irá assegurar os cuidados, que tipo de

referenciação é feito? Tendo em conta a reflexão realizada na questão anterior, em situações como esta a equipa de enfermagem parece procurar apoio, junto da assistente social que promove a articulação entre os recursos existentes e disponíveis na comunidade e a necessidade de apoio da pessoa idosa.

Na **terceira fase do Modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar**, a equipa de enfermagem descreve a necessidade de: capacitar a pessoa idosa o mais cedo possível para o controlo do cuidado de Si (5 enfermeiras) e a necessidade de durante o período em que decorre o internamento desenvolver estratégias com a pessoa idosa ou família que sejam adaptadas às suas necessidades (uma enfermeira).

“Instruir o utente ou cuidador acerca dos cuidados que irá realizar no domicílio e treinar esses mesmos cuidados de forma a garantir que os mesmos são efetuados tendo em vista a otimização do tratamento e a recuperação do utente.” E10

“Através da nossa supervisão poderemos detetar atempadamente eventuais dificuldades e limitações e, assim, desenvolver estratégias adaptadas às necessidades do utente/família.” E1

“Perceber se o utente demonstra habilidade para se adaptar com segurança a esta nova situação” E5

Reflexão parcelar

As narrativas demonstram uma preocupação por parte dos enfermeiros em transmitir às pessoas idosas a informação necessária para assegurarem os seus cuidados após o regresso a casa. Identificam o “instruir” e “treinar” como fases integrantes do processo de capacitação da pessoa idosa, mas não descrevem como se realiza, que tipo de treino é realizado e como? Estará contemplada a singularidade da pessoa idosa? Estarão estas descrições refletidas nos registos de enfermagem uma vez que não são evidentes nas narrativas?

Na **quarta fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se**, o treino é sugerido por uma enfermeira como sendo importante no cuidado à pessoa idosa para o desenvolvimento de capacidades.

“Considero também pertinente o treino e a avaliação da aprendizagem de habilidades, no sentido de capacitar desde cedo a pessoa idosa para o controlo do cuidado de si” E7

Reflexão parcelar

Esta fase do modelo de parceria é sugerida apenas por uma das enfermeira como podendo ser facilitadora da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida cirurgia oftálmica e sua família, a enfermeira procura com a pessoa idosa ou a sua família desenvolver uma ação conjunta que seja facilitadora da transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real. No entanto, esta fase do processo de parceria não tem evidência nas narrativas, o que poderá suscitar dúvidas: não é desenvolvida por questões como as referidas: de tempo e falta de pessoal de enfermagem, ou porque, não sendo a equipa conhecedora do modelo de parceria não lhe atribui significado? Qual o papel atual da pessoa idosa ou da sua família na partilha de decisões?

Na quinta fase do Modelo de Parceria – Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, os enfermeiros destacam a importância de confirmar o que a pessoa idosa ou família a retiveram da informação transmitida ao longo do período de internamento, assim com, das aprendizagens e habilidades adquiridas.

“ Compreende e consegue explicar pelas suas próprias palavras, os cuidados pós-operatórios que deverá adotar.” E11

“Essencialmente a capacidade de retenção da informação transmitida, essencialmente dos cuidados a ter,” E12

“Consegue aplicar os colírios sem conspurcar a embalagem e/ou o olho.” E11

Um dos enfermeiros sugere a existência de equipas de saúde que se desloquem ao domicílio da pessoa idosa com o objetivo de facilitar a sua adaptação à sua nova condição de saúde.

Reflexão parcelar

A validação e confirmação do saber adquirido por parte da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, são sugeridas pela equipa de enfermagem como uma

intervenção importante na promoção da autonomia no controlo do cuidado de Si, no regresso a casa. No entanto, não são identificadas pela maioria da equipa de enfermagem, pelo que nos questionamos se será uma prática cuidados interiorizada no processo de cuidados da equipa de enfermagem?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE VI – Indicadores de Avaliação de Registos de
Enfermagem**

Indicadores de Avaliação de Registos de Enfermagem

1ª Fase do modelo de parceria – revelar-se

“...a enfermeira (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes,2013, pág.99)

INDICADOR: A enfermeira conhece a identidade da pessoa idosa hospitalizada	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Nome		
Nome preferido		
Idade		
Nacionalidade		
Raça		
Religião		
Estado Civil		
Profissão/ocupação		
INDICADOR: A enfermeira conhece o contexto de vida da pessoa idosa	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Com quem habita		
Nome e contacto (Cuidador familiar / Pessoa de referência)		
Cuidador formal (rec.comunitários – apoio de enf., apoio social, lar)		
Necessidades do cuidador familiar		
Situação económica (referência a dificuldades?)		
Condições habitacionais (própria ou arrendada)		
Habitação dispõe de água canalizada		
Habitação tem escadas de acesso ou interiores		
Ocupação dos tempos livres/projeto de vida (que ocupações?)		
INDICADOR: A enfermeira conhece o contexto de doença da pessoa idosa	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Diagnóstico de admissão		
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico		
Limitação atual da visão		
Antecedentes pessoais		
Antecedentes cirúrgicos		
Alergias		
Medicação habitual no domicílio		
Gestão do regime terapêutico (autonomia)		
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, atividade física)		
Conhece o impacto das limitações da visão na vida da pessoa idosa		

INDICADOR: A enfermeira conhece os problemas decorrentes do envelhecimento		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alteração do estado sensorial (visão)			
Alteração da higiene pessoal			
Alteração do padrão de sono			
Alteração da mobilidade			
Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)			
INDICADOR: A enfermeira conhece os hábitos/atividades da pessoa idosa		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Estado sensorial (visão)	Tipo de visão		
	Limitações		
	Nível de dependência		
Sono/repouso	Caraterísticas do sono (duração)		
	Dependência de fármaco		
	Posição habitual		
Higiene e conforto	Limitações		
	Nível de dependência		
Mobilidade/exercício	Limitações		
	Nível de dependência		
Eliminação (vesical/intestinal)	Limitações		
	Nível de dependência		

2ª Fase do modelo de parceria – envolver-se

“... partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa” (Gomes,2013, pág. 100)

INDICADOR: A enfermeira conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira realiza o acolhimento ao serviço		
A enfermeira demonstra-se disponibilidade para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)		
A enfermeira identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/família no regresso a casa		
A enfermeira procura identificar o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de acuidade visual e o que deve fazer para a gerir		
A enfermeira procura identificar a pré existência de dor na pessoa idosa		
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		

INDICADOR: A enfermeira conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre as restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica		
A enfermeira convida a família a estar presente durante na explicação dos cuidados pós operatórios e esclarece dúvidas		

3ª Fase do modelo de parceria – possibilitar/capacitar

“... a enfermeira partilha a responsabilidade e o poder (...)escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, pág. 102)

INDICADOR: A enfermeira partilha o poder/construção de uma ação conjunta	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira inclui informação durante a prestação de cuidados, utilizando o seu conhecimento na realização de educação para a saúde		
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica		
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A enfermeira instrui com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A enfermeira treina com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		
A enfermeira instrui com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		
A enfermeira treina com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre estratégias prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica		
A enfermeira promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências		
A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e sua família		
A enfermeira fornece suporte escrito (folheto informativo) com contato telefónico do serviço		

4ª Fase do modelo de parceria – comprometer-se

“... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...”
(Gomes,2013, pág. 103)

INDICADOR: A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira valida com a pessoa idosa sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica		
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica		
A enfermeira valida com a pessoa idosa as intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si		
INDICADOR: A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira ajuda a família a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa		
A enfermeira valida com a família sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica		
A enfermeira valida com a família as intervenções desenvolvidas sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A enfermeira valida com a família as intervenções desenvolvidas sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)		
A enfermeira valida com cuidador familiar as intervenções desenvolvidas sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica		
A enfermeira valida com cuidador familiar as intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si		

5ª Fase do modelo de parceria – assumir o controlo de si /assegurar o cuidado do outro.

“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...)o cuidador familiar adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, pág.103).

INDICADOR: assumir ou assegurar o cuidado de Si	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A pessoa idosa detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si		
A pessoa idosa identifica estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica		
A pessoa idosa sabe como gerir o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A pessoa idosa sabe identificar quais os cuidados a ter na prevenção da infeção ocular		
A pessoa idosa sabe identificar os sinais e sintomas sugestivos de complicações relacionadas com a cirurgia		
A pessoa idosa sabe identificar quais as restrições físicas e posicionamentos a cumprir após cirurgia oftálmica		
A pessoa idosa conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)		
A enfermeira fornece suporte escrito à pessoa idosa (carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento)		
A enfermeira fornece suporte escrito à pessoa idosa (material de apoio à educação, folheto informativo com contato telefónico, carta de alta de enfermagem)		
A pessoa idosa compreende a finalidade do suporte escrito fornecido		
INDICADOR: assumir ou assegurar o cuidado do Outro	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A família detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado do Outro		
A família identifica estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica		
A família sabe como gerir o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica		
A família sabe identificar quais os cuidados a ter na prevenção da infeção ocular		
O cuidador sabe identificar os sinais e sintomas sugestivos de complicações relacionadas com a cirurgia		
A família sabe identificar quais as restrições físicas e posicionamentos a cumprir após cirurgia oftálmica		
A família conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)		
A enfermeira fornece suporte escrito à família (carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento)		
A enfermeira fornece suporte escrito à família (material de apoio à educação, folheto informativo com contato telefónico, carta de alta de enfermagem)		
A família compreende a finalidade do suporte escrito fornecido		

APÊNDICE VII – Grelha de Observação de Registos de Enfermagem, Análise e Resultados Estatísticos da Avaliação Inicial

Grelha de Observação de Registos de Enfermagem – avaliação inicial

1ª Fase do modelo de parceria – revelar-se

“...a enfermeira (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes,2013, pág.99)

INDICADOR: A enfermeira conhece a identidade da pessoa idosa hospitalizada	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Nome	5	0
Nome preferido	1	4
Idade	5	0
Nacionalidade	0	5
Raça	0	5
Religião	0	5
Estado Civil	0	5
Profissão/ocupação	0	5
INDICADOR: A enfermeira conhece o contexto de vida da pessoa idosa	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Com quem habita	0	5
Nome e contacto (Cuidador familiar / Pessoa de referência)	5	0
Cuidador formal (rec.comunitários – apoio de enf., apoio social, lar)	0	5
Necessidades do cuidador familiar	0	5
Situação económica (referência a dificuldades?)	0	5
Condições habitacionais (própria ou arrendada)	0	5
Habitação dispõe de água canalizada	0	5
Habitação tem escadas de acesso ou interiores	0	5
Ocupação dos tempos livres/projeto de vida (que ocupações?)	0	5
INDICADOR: A enfermeira conhece o contexto de doença da pessoa idosa	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Diagnóstico de admissão	5	0
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico	1	4
Limitação atual da visão	1	4
Antecedentes pessoais	5	0
Antecedentes cirúrgicos	4	1
Alergias	5	0
Medicação habitual no domicílio	5	0
Gestão do regime terapêutico (autonomia)	0	5
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, atividade física)	0	5
Conhece o impacto das limitações da visão na vida da pessoa idosa	0	5

INDICADOR: A enfermeira conhece os problemas decorrentes do envelhecimento		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alteração do estado sensorial (visão)		0	5
Alteração da higiene pessoal		2	3
Alteração do padrão de sono		0	5
Alteração da mobilidade		2	3
Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)		2	3
INDICADOR: A enfermeira conhece os hábitos/atividades da pessoa idosa		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Estado sensorial (visão)	Tipo de visão	0	5
	Limitações	0	5
	Nível de dependência	0	5
Sono/repouso	Caraterísticas do sono (duração)	0	5
	Dependência de fármaco	0	5
	Posição habitual	0	5
Higiene e conforto	Limitações	2	3
	Nível de dependência	2	3
Mobilidade/exercício	Limitações	0	5
	Nível de dependência	2	3
Eliminação (vesical/intestinal)	Limitações	2	3
	Nível de dependência	2	3

2ª Fase do modelo de parceria – envolver-se

“... partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa” (Gomes,2013, pág. 100)

INDICADOR: A enfermeira conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira realiza o acolhimento ao serviço	0	5
A enfermeira demonstra-se disponibilidade para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	0	5
A enfermeira identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/família no regresso a casa	0	5
A enfermeira procura identificar o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de acuidade visual e o que deve fazer para a gerir	0	5
A enfermeira procura identificar a pré existência de dor na pessoa idosa	1	4
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0

INDICADOR: A enfermeira conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre as restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira convida a família a estar presente durante na explicação dos cuidados pós operatórios e esclarece dúvidas	0	5

3ª Fase do modelo de parceria – possibilitar/capacitar

“... a enfermeira partilha a responsabilidade e o poder (...)escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, pág. 102)

INDICADOR: A enfermeira partilha o poder/construção de uma ação conjunta	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira inclui informação durante a prestação de cuidados, utilizando o seu conhecimento na realização de educação para a saúde	0	5
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	1	4
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira instrui com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira treina com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0
A enfermeira instrui com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	4	1
A enfermeira treina com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	3	2
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre estratégias prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	1	4
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências	0	5
A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e sua família	0	5
A enfermeira fornece suporte escrito (folheto informativo) com contato telefónico do serviço	0	5

4ª Fase do modelo de parceria – comprometer-se

“... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...”
(Gomes,2013, pág. 103)

INDICADOR: A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira valida com a pessoa idosa sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	0	5
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira valida com a pessoa idosa as intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	0	5
INDICADOR: A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira ajuda a família a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa	0	5
A enfermeira valida com a família sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira valida com a família as intervenções desenvolvidas sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira valida com a família as intervenções desenvolvidas sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	0	5
A enfermeira valida com cuidador familiar as intervenções desenvolvidas sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	0	5
A enfermeira valida com cuidador familiar as intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	0	5

5ª Fase do modelo de parceria – assumir o controlo de si /assegurar o cuidado do outro.

“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...)o cuidador familiar adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, pág.103).

INDICADOR: assumir ou assegurar o cuidado de Si	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A pessoa idosa detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si	0	5
A pessoa idosa identifica estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	0	5
A pessoa idosa sabe como gerir o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A pessoa idosa sabe identificar quais os cuidados a ter na prevenção da infeção ocular	0	5
A pessoa idosa sabe identificar os sinais e sintomas sugestivos de complicações relacionadas com a cirurgia	0	5
A pessoa idosa sabe identificar quais as restrições físicas e posicionamentos a cumprir após cirurgia oftálmica	0	5
A pessoa idosa conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	0	5
A enfermeira fornece suporte escrito à pessoa idosa (carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento)	3	2
A enfermeira fornece suporte escrito à pessoa idosa (material de apoio à educação, folheto informativo com contato telefónico, carta de alta de enfermagem)	0	5
A pessoa idosa compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	0	5
INDICADOR: assumir ou assegurar o cuidado do Outro	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A família detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado do Outro	0	5
A família identifica estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	0	5
A família sabe como gerir o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	0	5
A família sabe identificar quais os cuidados a ter na prevenção da infeção ocular	0	5
O cuidador sabe identificar os sinais e sintomas sugestivos de complicações relacionadas com a cirurgia	0	5
A família sabe identificar quais as restrições físicas e posicionamentos a cumprir após cirurgia oftálmica	0	5
A família conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	0	5
A enfermeira fornece suporte escrito à família (carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento)	0	5
A enfermeira fornece suporte escrito à família (material de apoio à educação, folheto informativo com contato telefónico, carta de alta de enfermagem)	0	5
A família compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	0	5

Análise e resultados estatísticos da avaliação inicial dos registos de enfermagem

Durante o período de 9 a 13 de novembro de 2015, procedeu-se à análise de 5 processos de enfermagem⁵ das pessoas idosas internadas para serem submetidas a cirurgia oftálmica.

Os registos de enfermagem são efetuados em suporte informático através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Foram analisados 5 processos de enfermagem que permitiram contribuir para o diagnóstico da situação, a análise realizada teve como referência as fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2013).

1ª Fase do Modelo de Parceria – Revelar-se (Gomes, 2013)

Na primeira fase do Modelo de Parceria, “...a enfermeira (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes, 2013, pág.99). É neste momento que a enfermeira procura dar-se a conhecer e conhecer a **identidade da pessoa idosa hospitalizada, o seu contexto de vida, de doença, problemas decorrentes do envelhecimento e hábitos/atividades de vida da pessoa idosa.**

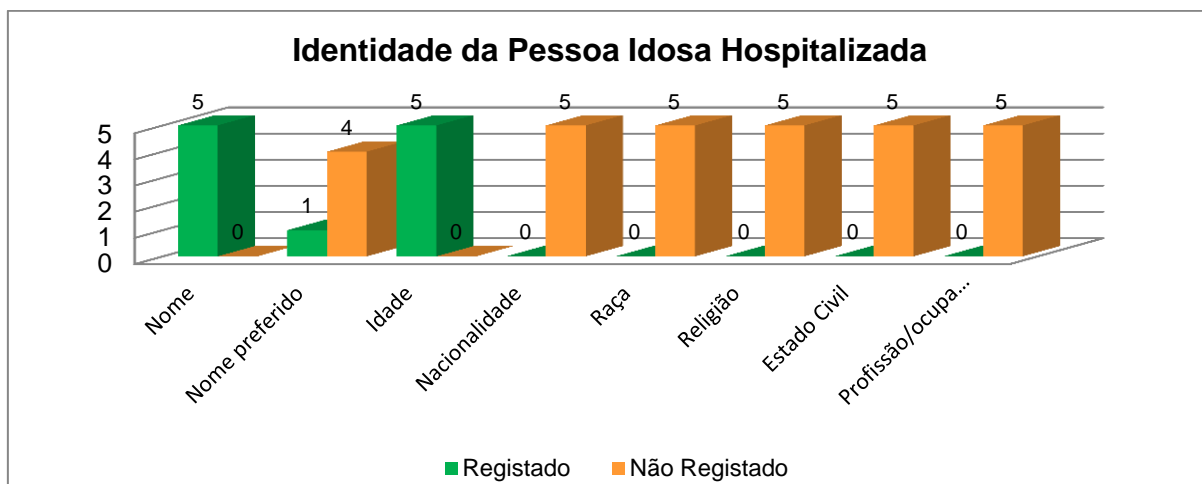
O registo do conhecimento que se tem da pessoa idosa é muito importante, pois permite, realizar a avaliação do seu potencial de desenvolvimento, com o objetivo de promover a sua autonomia para a promoção do cuidado de Si.

Verificou-se, conforme demonstrado no gráfico 1 que aspetos como: o nome e idade, surgem registados em todos os processos analisados; a identificação do nome pelo qual a pessoa prefere ser chamada, nem sempre se revela uma preocupação; os restantes registos não se verificam, sendo omissos a nacionalidade, estado civil, profissão/ocupação, a raça e religião. Devendo em particular a raça e a religião, ser expressos através da inclusão de informação considerada menos intrusiva e que não permita a identificação dos seus titulares,

⁵ A análise dos processos de enfermagem teve em conta os registos em suporte informático do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), compostos pela: avaliação inicial, atitudes terapêuticas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e notas gerais.

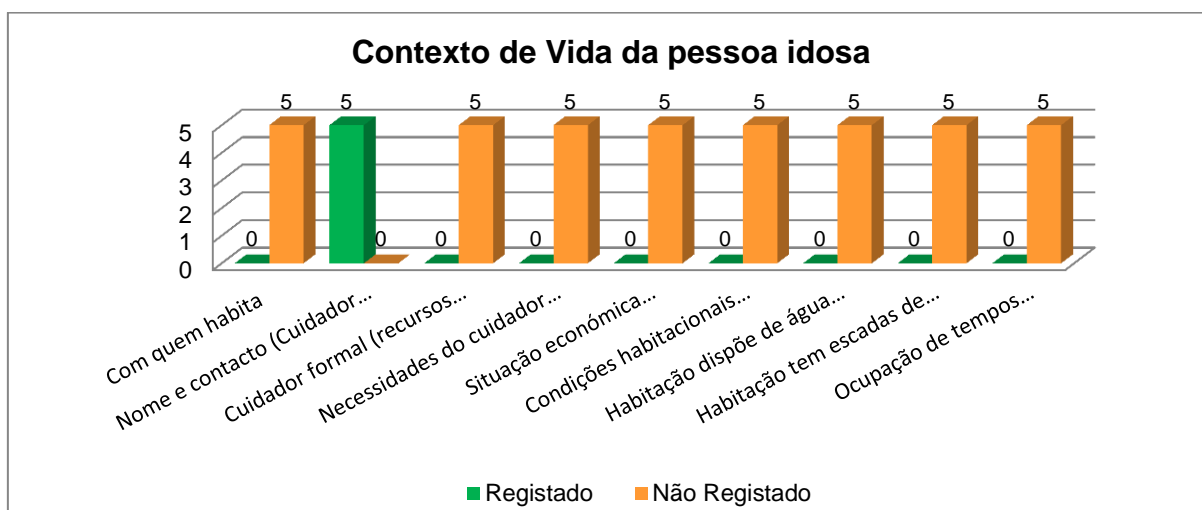
poderá ser expressa a nível da identificação de necessidades especiais (CNPD, 2003a, 2003b, 2009).

Gráfico 3 – Resultados relativos ao indicador “Identidade da Pessoa Idosa Hospitalizada” - fase de diagnóstico



Nos aspetos relacionados com o **contexto de vida da pessoa idosa**, foi interessante verificar que existe uma grande preocupação em identificar a pessoa de referência com nome e o contato, no entanto, não há identificação se é a pessoa de referência ou o cuidador familiar. Em relação à descrição aspetos como: com quem habita, cuidador formal, necessidades do cuidador familiar, as condições habitacionais, existência de água canalizada ou escadas de acesso e referência à situação económica não se verificaram registos.

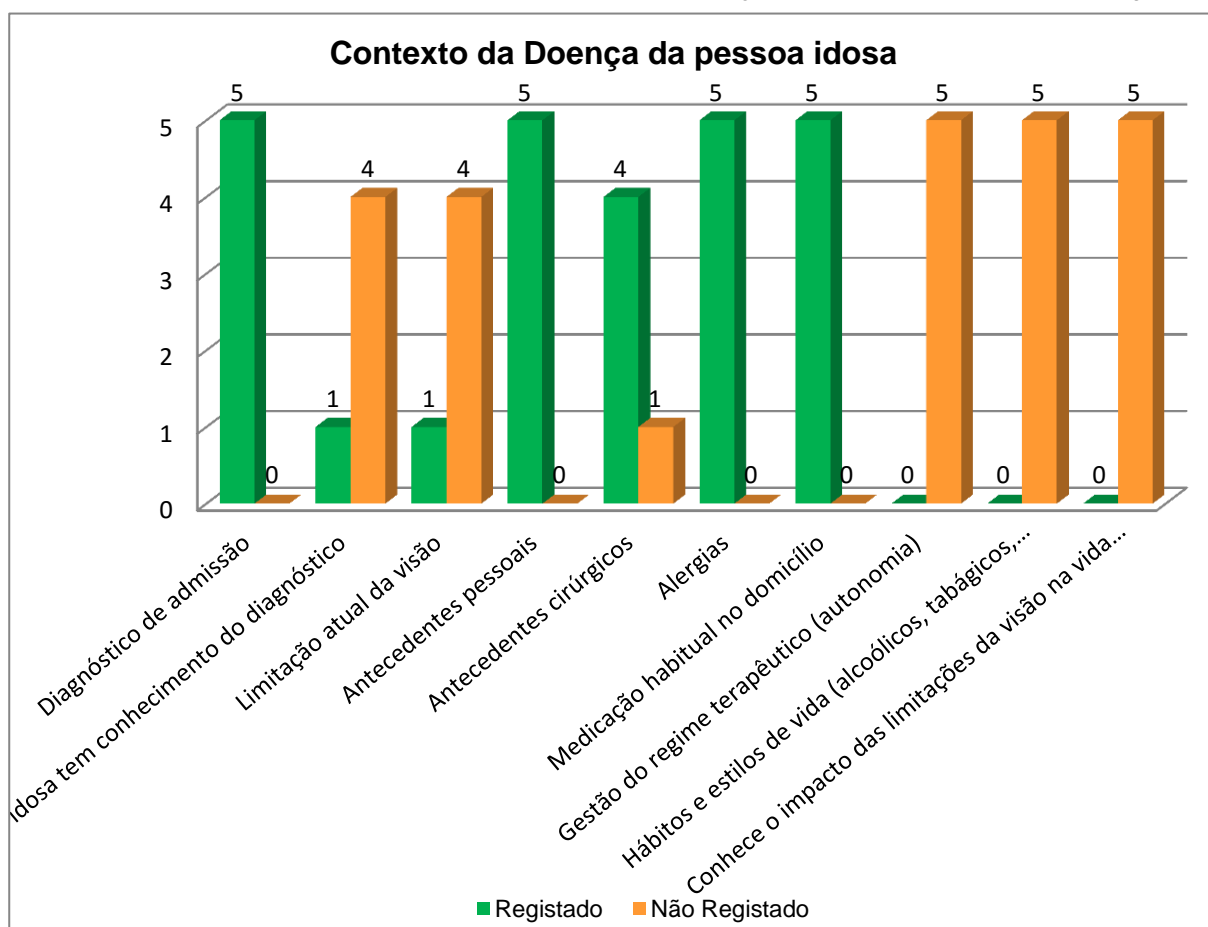
Gráfico 4 – Resultados relativos ao indicador “Contexto de Vida da pessoa idosa” - fase de diagnóstico



No indicador que se refere à caracterização do **contexto da doença da pessoa idosa** é interessante constatar que o diagnóstico, antecedentes pessoais, alergias e medicação habitual no domicílio se encontram registados na totalidade dos processos analisados. Os antecedentes cirúrgicos constam em quatro processos. Relativamente ao conhecimento que a pessoa idosa tem do seu diagnóstico e a descrição da limitação de visão que a pessoa tem no momento da admissão, apenas são registados em um processo. A informação registada aparenta estar direcionada para uma prática de cuidados, centrada num modelo biomédico e pouco centrada na pessoa e nos seus diferentes contextos: de vida, doença e saúde.

A autonomia da pessoa idosa face ao seu regime terapêutico, os seus hábitos e estilos de vida e o conhecimento sobre o impacto das limitações da visão têm na vida da pessoa idosa não se encontram registados em nenhum dos processos analisados.

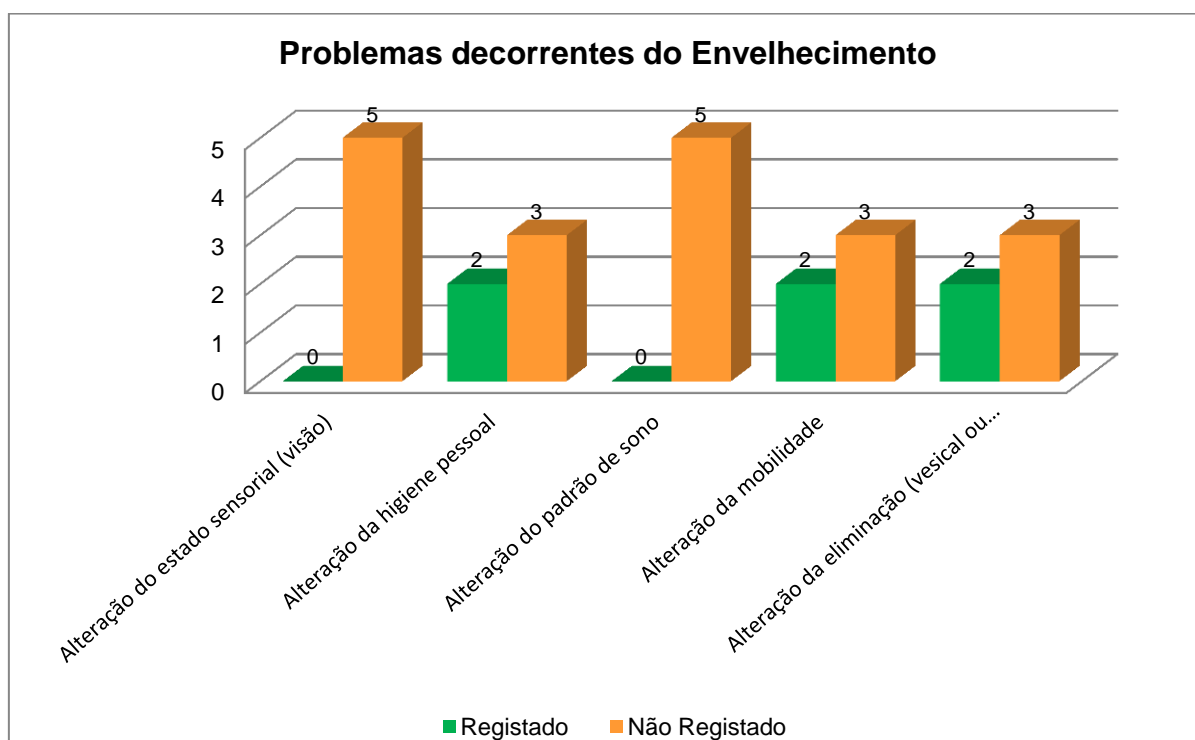
Gráfico 5 – Resultados relativos ao indicador “Contexto da Doença da pessoa idosa” - fase de diagnóstico



Quanto ao registo dos **problemas decorrentes do envelhecimento**, existe alguma preocupação com o registo de alterações relacionadas com a higiene pessoal, mobilidade e alterações a nível da eliminação vesical ou intestinal e que se verifica em dois dos cinco processos analisados.

Alterações a nível do estado sensorial, nomeadamente a visão, e a nível do padrão do sono não surgem registadas em nenhum dos processos.

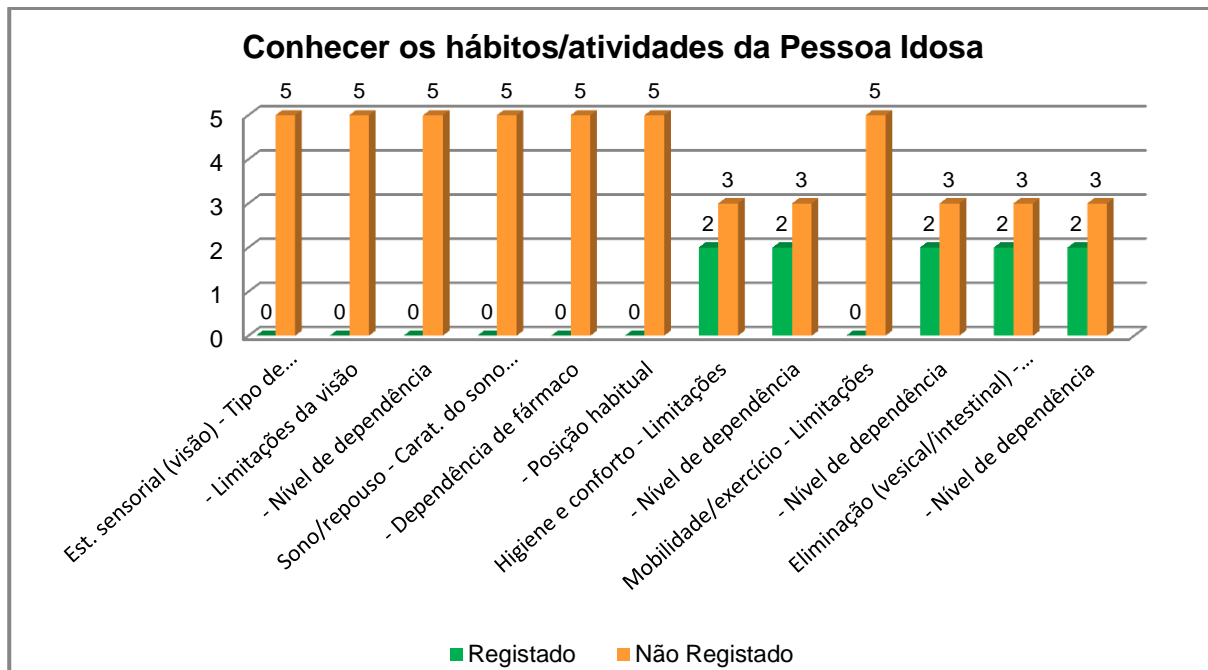
Gráfico 6 – Resultados relativos ao indicador “Problemas decorrentes do Envelhecimento”- fase de diagnóstico



Quanto ao conhecimento que a enfermeira tem dos **hábitos/atividades da pessoa idosa referentes ao estado sensorial, sono/repouso, higiene e conforto, mobilidade/exercício e eliminação**, foi possível verificar que as limitações e dependências das atividades descritas, surgem apenas em relação à atividade de higiene e conforto, mobilidade e exercício e eliminação vesical/ intestinal em dois processos.

As limitações ou dependências relativas às alterações sensoriais e do sono/repouso, não são registadas.

Gráfico 7 – Resultados relativos ao indicador “Conhece os hábitos/atividades da Pessoa Idosa”- fase de diagnóstico



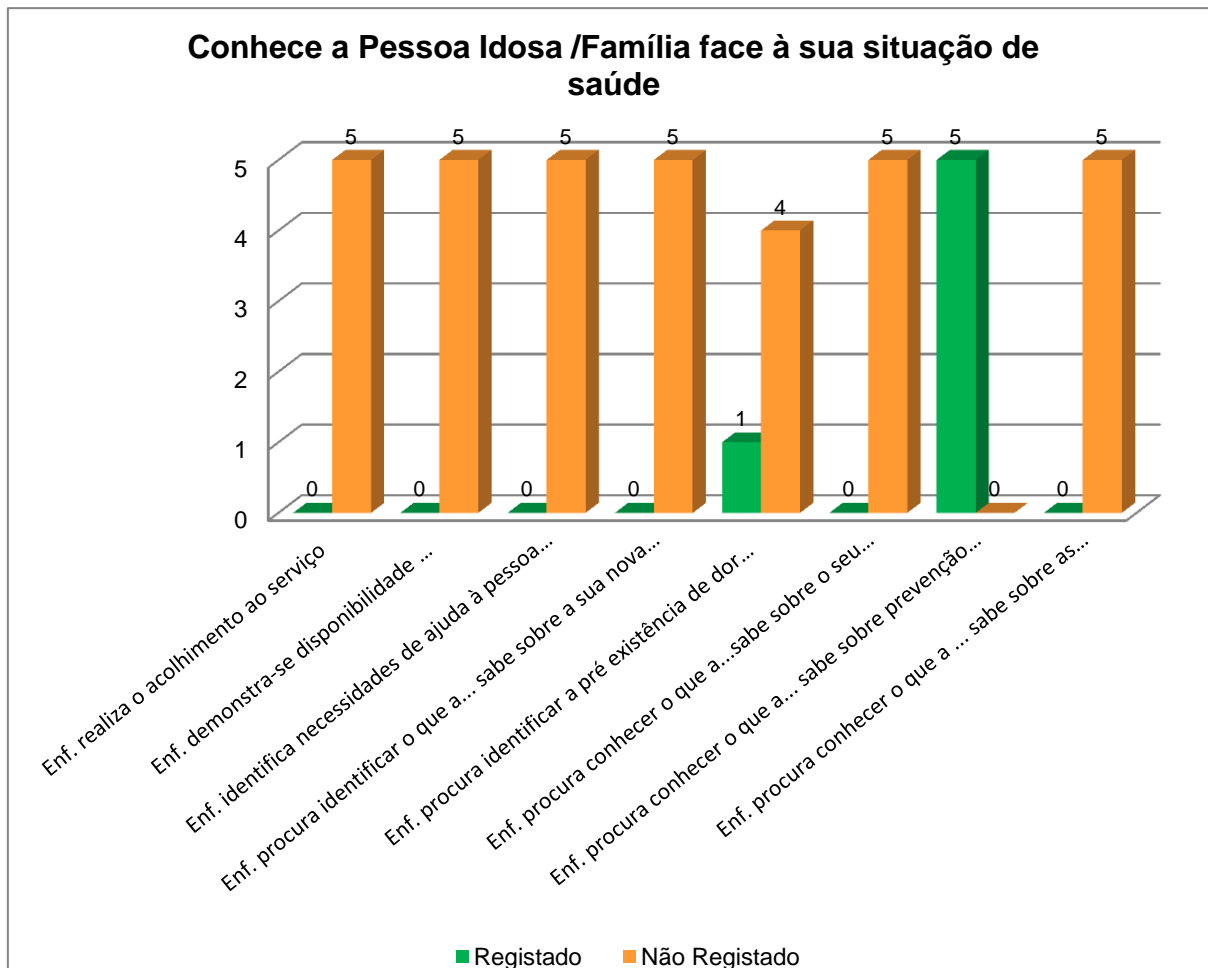
2ª Fase do Modelo de Parceria – Envolver-se (Gomes, 2013)

A segunda fase do modelo de parceria, a enfermeira “... *partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa*” (Gomes, 2013, pág. 100). Nesta fase do modelo preconiza-se a criação de um espaço de reciprocidade facilitador de uma relação de qualidade e confiança, que tem como pressupostos contribuir para o desenvolvimento da pessoa idosa

Desta forma, procurou-se identificar o conhecimento que os enfermeiros têm da **pessoa idosa/família face à sua situação de saúde**. Na análise do gráfico seguinte, é possível constatar que: o acolhimento ao serviço, a disponibilidade para ouvir ou conversar, a identificação das necessidades no regresso a casa, o que a pessoa sabe sobre a sua nova condição, o conhecimento que têm sobre o novo regime terapêutico e as restrições que terá que ter, não têm nenhum registo realizado no total dos cinco processos. Todos os processos apresentam o registo do conhecimento que a pessoa tem sobre a prevenção da infeção ocular após cirurgia

oftálmica e que se manifesta por um conhecimento “não demonstrado”. Num dos processos surge o registo referente à dor pré-existente da pessoa idosa.

Gráfico 8 – Resultados relativos ao indicador “Conhece a Pessoa Idosa/Cuidador Familiar face à sua situação de saúde”- fase de diagnóstico



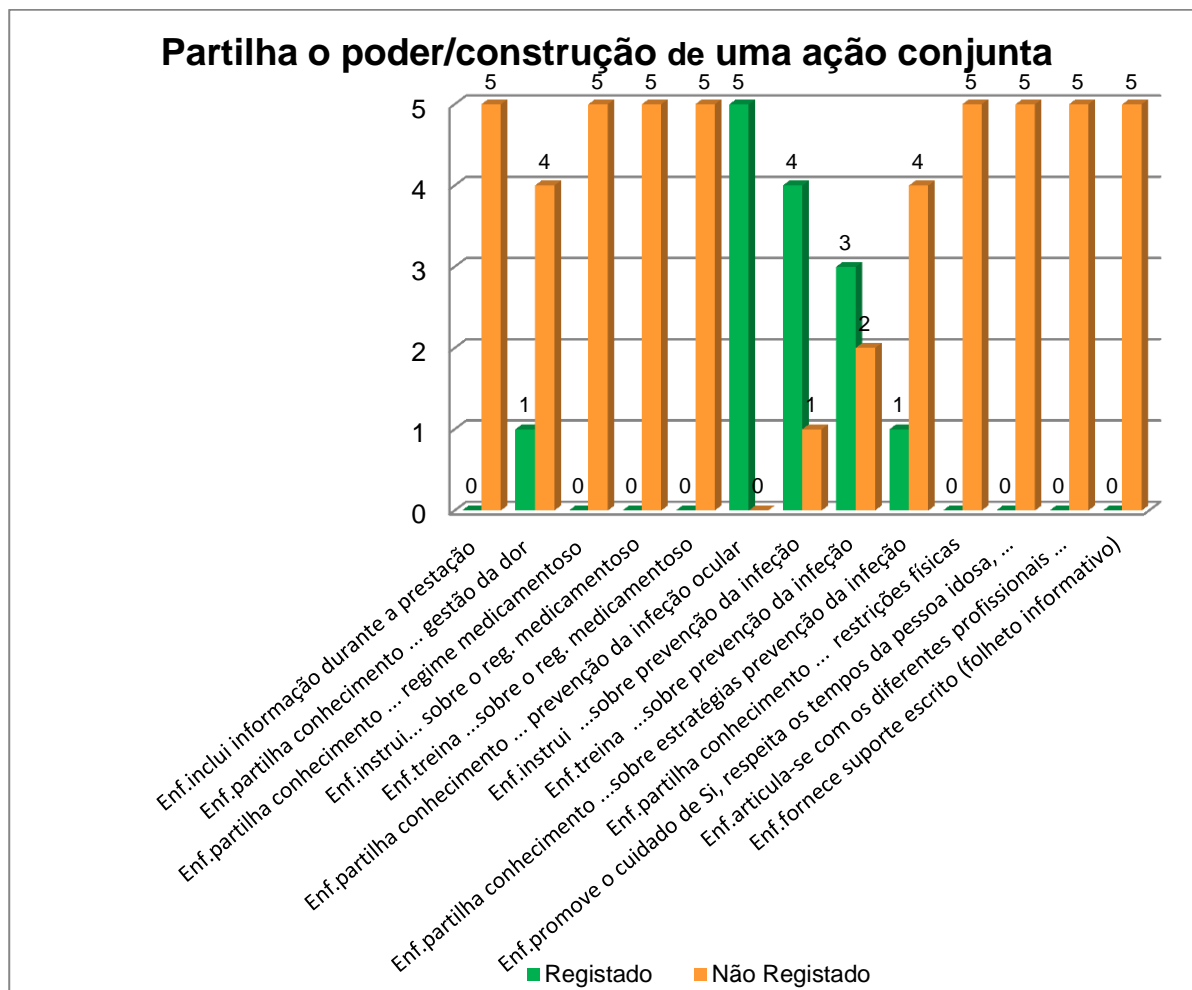
3ª Fase do Modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar (Gomes, 2013)

Na terceira fase do Modelo de Parceria, a enfermeira procura desenvolver com a pessoa idosa uma ação conjunta que tenha por objetivo o desenvolvimento de competências na pessoa idosa para que esta possa prosseguir com o seu projeto de vida e sobre ele agir e decidir.

“... a enfermeira partilha a responsabilidade e o poder (...)escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, pág. 102)

Na análise do indicador **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, foi possível verificar que os registos referentes à partilha de poder são escassos. A partilha de informação ao longo do internamento, a partilha de conhecimento em relação ao regime terapêutico a adotar (ensino, demonstração e treino), a partilha de conhecimento sobre as restrições físicas, o respeito dos tempos necessários para a pessoa idosa interiorizar e compreender, a articulação com os outros profissionais e a entrega do folheto informativo, não se verifica em nenhum dos processos. Por outro lado é espelhado nos registos a preocupação que os enfermeiros tem com o conhecimento que a pessoa idosa tem sobre a prevenção de infeções oculares, que está presente nos cinco processos de enfermagem, estando também presente o instruir da pessoa idosa em quatro processos, e o treino em três processos. No entanto, a identificação de estratégias definidas com a pessoa idosa para prevenir a infeção ocular estão registadas em um dos processos. As estratégias de gestão da dor têm apenas um registo.

Gráfico 9 – Resultados relativos ao indicador “Partilha o poder/construção de uma ação conjunta ”- fase de diagnóstico



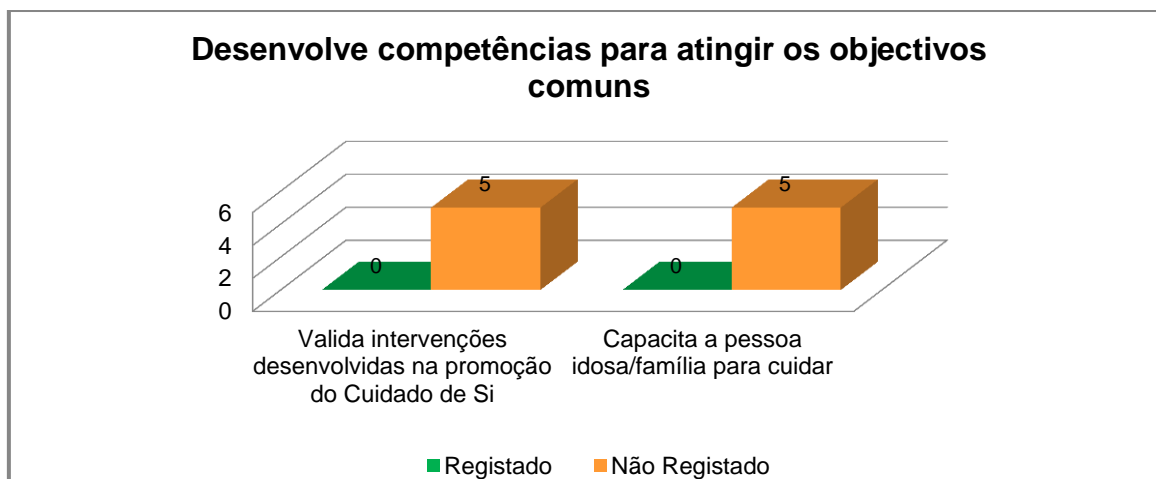
4ª Fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se (Gomes, 2013)

É na quarta fase do modelo de parceria que se verifica uma conjugação de esforços que procuram atingir os objetivos definidos, de modo a permitir transformar as capacidades potenciais em reais.

“... *desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...*” (Gomes,2013, pág. 103)

No indicador **desenvolve competências para atingir os objetivos comuns**, verificou-se a completa ausência de registos referentes à validação das intervenções desenvolvidas por parte da equipa de enfermagem para promover desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, não sendo visível nenhuma validação realizada a nível da família para promover o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro.

Gráfico 10 – Resultados relativos ao indicador “Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns ”- fase de diagnóstico



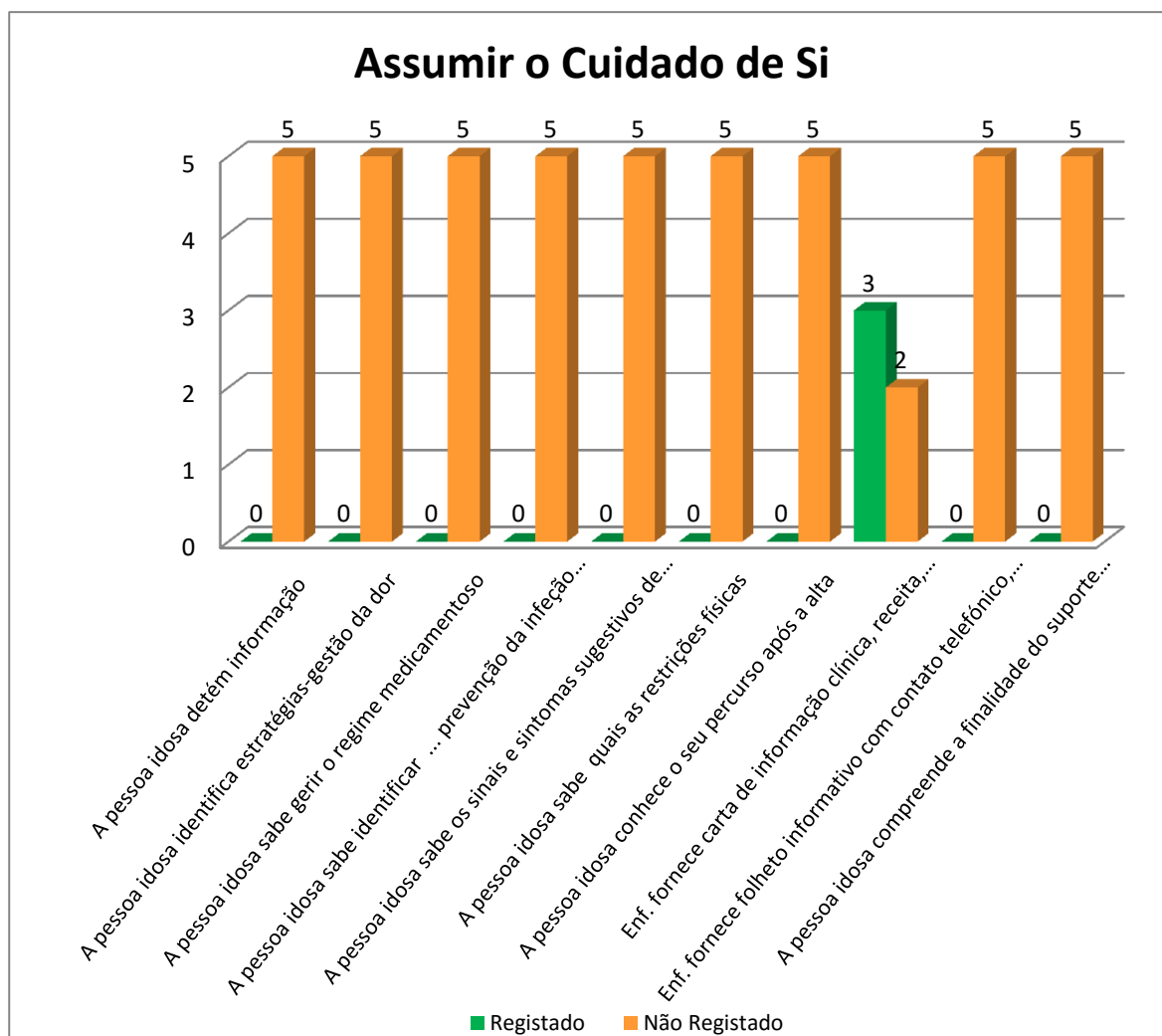
5ª Fase do Modelo de Parceria – Assumir o Controlo de Si/Assegurar o Cuidado do Outro (Gomes, 2013)

É na quinta fase do modelo de parceria, que se promove que a pessoa idosa assuma o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, pois caso não seja possível, o enfermeiro deve promover na família a aquisição de capacidades para cuidar da pessoa idosa de acordo com sua trajetória de vida. “... *o doente consegue ter*

controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...)o cuidador familiar adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, pág.103)

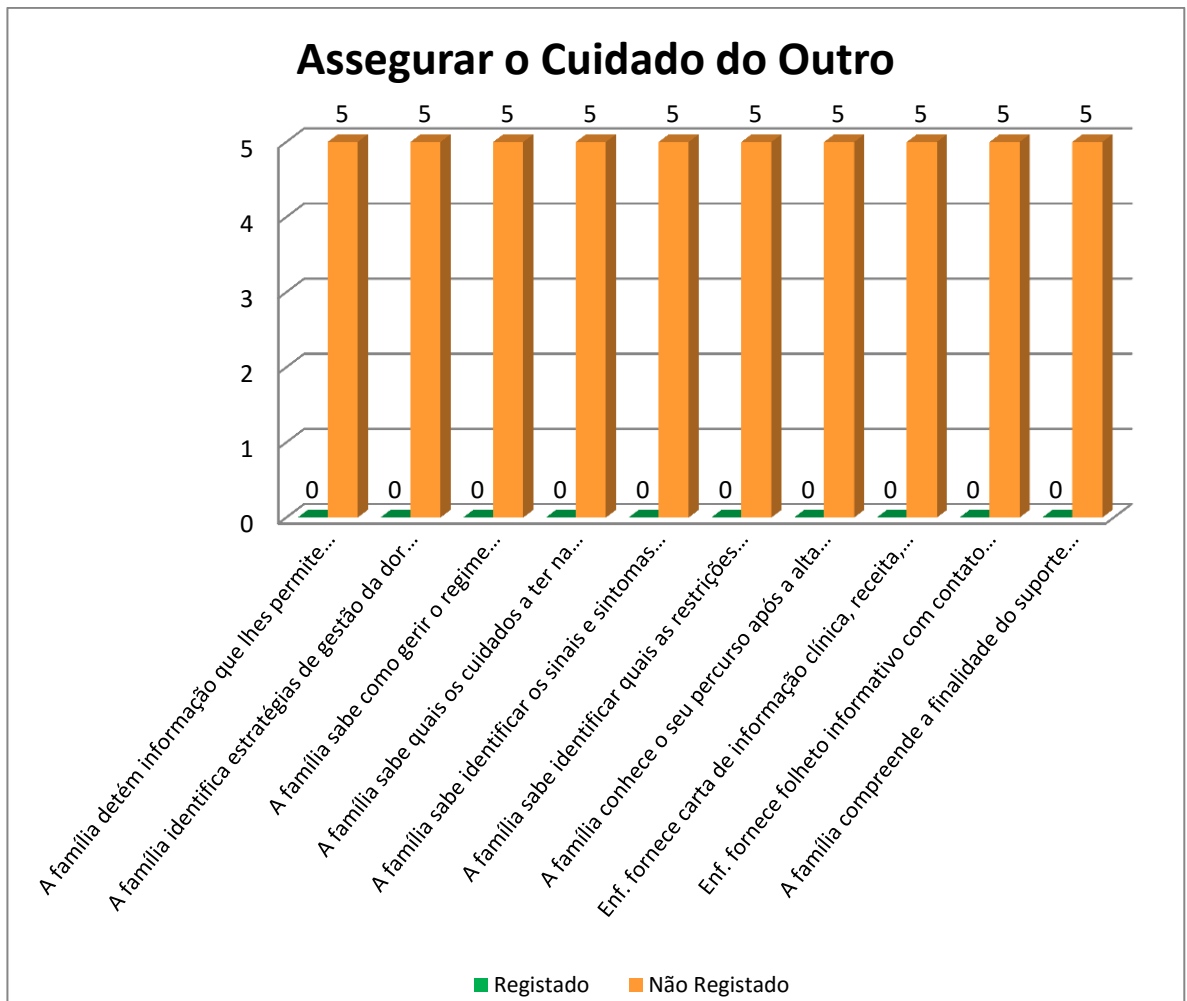
Na análise do indicador **assumir o cuidado de Si**, verifica-se um grande deficit de registos, os conhecimentos adquiridos pela pessoa idosa para prosseguir o seu projeto de vida e saúde e assumir o cuidado de Si, não foram alvo de registo por parte dos enfermeiros. O único registo encontrado diz respeito ao fornecimento de suporte escrito e evidência apenas a entrega de carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento (em três processos). O percurso após a alta hospitalar não está garantido, pois não apresenta nenhum registo. A entrega do folheto informativo com descrição dos cuidados a ter e contato telefónico não tem registo na totalidade dos processos analisados.

Gráfico 11 – Resultados relativos ao indicador “Assumir o Cuidado de Si” - fase de diagnóstico



No indicador **Assegurar o Cuidado do Outro**, observa-se uma completa ausência de registos. Na análise realizada aos registos de enfermagem, não se observam em notas gerais, diagnósticos ou intervenções de enfermagem, registos direcionados à família ou aos seus conhecimentos. Da mesma forma, quando a equipa de enfermagem fornece informação ou entrega suporte escrito, não identifica se a intervenção é dirigida à pessoa ou à família.

Gráfico 12 – Resultados relativos ao indicador “Assegurar o Cuidado do Outro”- fase de diagnóstico



Reflexão Final

A análise dos registos de enfermagem foi realizada com recurso a uma grelha sustentada no Modelo de Parceria (Gomes, 2013), onde se evidencia, o que se considera importante para se conhecer a pessoa, de forma a capacitá-la e promover a sua autonomia para o cuidado de Si.

A interpretação dos dados registados pela equipa de enfermagem, leva à conclusão que a informação existente não permite o conhecimento da pessoa idosa na sua globalidade e de uma forma multidimensional. A sua história de vida, as suas necessidades e as suas potencialidades, não se encontram refletidas nos registos de enfermagem.

Os registos encontram-se de forma geral muito incompletos, com ausência de dados de extrema importância que permitiriam um verdadeiro conhecimento da pessoa. Nomeadamente, nos indicadores relacionados com a identidade, conhecimento do contexto de vida, e doença, os problemas decorrentes do processo de envelhecimento. O conhecimento dos seus hábitos, atividades de vida, e autonomia. Não é evidente uma preocupação por parte dos enfermeiros em identificar os conhecimentos prévios que a pessoa idosa tem.

A nível das intervenções/ações realizadas pela equipa de enfermagem com o objetivo de promover uma ação conjunta para o desenvolvimento de competências na pessoa idosa, apenas surgem registos associados à prevenção da infeção ocular, não sendo claro preocupações a outros níveis.

Não é visível uma na prática de cuidados em parceria, com partilha, negociação e envolvimento da família, para a promoção do cuidado de Si ou para assegurar o cuidado do Outro.

Sem um verdadeiro conhecimento da pessoa idosa na sua globalidade não é possível desenvolver um trabalho de parceria, que permita o estabelecer objetivos e estratégias capazes de assegurarem a continuidade do seu projeto de vida de saúde. O que compromete gravemente a capacitação da pessoa idosa ou da sua família para gestão da sua nova condição de saúde.

Como forma de promover a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, deve ser desenvolvido pela equipe de enfermagem

uma prática que contemple um planeamento estruturado de cuidados que permita a capacitação da pessoa idosa/família, sendo que esta deve ser evidente nos registos de enfermagem efetuados.

A apresentação dos resultados deve ser realizada à equipa de enfermagem para que a mesma tome consciência da lacuna e grande ausência de registos, que permitem o conhecimento da pessoa idosa e o planeamento de uma ação conjunta com a pessoa e sua família.

Em parceria com a equipa sugere-se a construção de um documento orientador que facilite a sistematização e validação da informação, assim como, das ações educativas desenvolvidas com a pessoa idosa e sua família como promotoras de uma transição saudável e que capacite a pessoa idosa para assumir o cuidado de Si no seu regresso a casa após cirurgia oftálmica, ou possibilite à família o assegurar o cuidado do Outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CNPD (2009). DV - DIÁLISES DO VOUGA, LDA. Comissão Nacional de Proteção de Dados. Autorização nº 598/09. Acedido: 15.01.2016. Disponível: https://www.cnpd.pt/bin/decisooes/Aut/10_598_2009.pdf
- CNPD (2003a). HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA. Comissão Nacional de Proteção de Dados. Autorização nº 103/2003. Acedido: 15.01.2016. Disponível: https://www.cnpd.pt/bin/decisooes/Aut/10_103_2003.pdf
- CNPD (2003b). HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS. Comissão Nacional de Proteção de Dados. Autorização nº 532/2003. Acedido: 15.01.2016.
Disponível: https://www.cnpd.pt/bin/decisooes/Aut/10_532_2003.pdf
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE VIII – Guião, Corpo e Análise da Entrevista à Pessoa
Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família**

Guião da Entrevista à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família

A realização das entrevistas à pessoa idosa e sua família, surge da necessidade de compreender se a prática de cuidados existente a nível da preparação do regresso a casa da pessoa idosa após cirurgia oftálmica vai de encontro às necessidades e preocupações sentidas pela pessoa idosa e da sua família. Tem como objetivo perceber o sentido atribuído a este momento de transição, procurando desenvolver cuidados e intervenções necessários para a promoção do assumir o cuidado de Si.

Sendo um método privilegiado de recolha de dados, a entrevista semi-dirigida (semi-estruturada) permite ao entrevistado uma oportunidade de exprimir os seus sentimentos e opiniões, assemelhando-se a uma conversa informal (Fortin, 2009).

Foram colocadas à pessoa idosa e à sua família duas questões abertas, as mais utilizadas na entrevista semi-dirigida, nas quais se pretende identificar as suas preocupações relativas ao regresso a casa após realização de cirurgia oftálmica (Fortin, 2009).

A metodologia utilizada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo através de uma componente essencialmente temática. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo tem como ponto de partida a leitura superficial da informação, ou seja, a codificação dos dados. Esta tem como pressuposto 3 escolhas: a escolha das unidades de codificação ou registo (recorte), a escolha das regras de contagem (enumeração) e a escolha das categorias (classificação e agregação). Após a recolha dos dados, foi realizado o agrupamento das unidades de registo, tendo-se identificado as categorias e as áreas temáticas, tendo como referência o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013).

Foi elaborado um guião da entrevista estruturado em dois momentos:

DESIGNAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES FORMULADAS	OBSERVAÇÕES
Legitimação e motivação do entrevistado para realizar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista - Motivar a participação do entrevistado para a temática 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber a colaboração do entrevistado para a importância do seu contributo na prossecução do trabalho; • Requerer permissão para realizar a entrevista através da entrega e assinatura do consentimento informado • Assegurar a confidencialidade das informações obtidas durante a entrevista; • Informar a pessoa idosa e família que, caso deseje, ser-lhe-á fornecida o resultado do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a duração aproximada da entrevista (10-15 minutos). • Esclarecer todas as questões efetuadas pelo entrevistado, procurando evitar o desvio dos objetivos específicos.
Abordar o tema da entrevista com a pessoa idosa e família sobre as preocupações no seu regresso a casa após cirurgia oftálmica	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as preocupações e conhecimentos que a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e família, possuem face aos cuidados necessários no seu regresso a casa 	<p>1 - Quais as suas principais preocupações com o regresso a casa após a cirurgia oftálmica a que foi submetido?</p> <p>2 - Sente que lhe foram explicados todos os cuidados que deveria ter com o olho operado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvios dos objetivos específicos;

À pessoa idosa, foram colocadas as seguintes questões:

- 1- Quais as suas principais preocupações com o regresso a casa após a cirurgia oftálmica a que foi submetido?
- 2- Sente que lhe foram explicados todos os cuidados que deveria ter com o olho operado?

À família, as questões colocadas foram:

- 1- Quais as suas principais preocupações com o regresso a casa do seu familiar após a cirurgia oftálmica a que foi submetido?
- 2- Sente que lhe foram explicados todos os cuidados que o seu familiar, deve ter com o olho operado?

Corpo das Entrevistas realizadas à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família – 1ª questão

Pessoa idosa 1 _____

Acho que mais ou menos vou conseguir continuar a fazer tudo, o banho é o que eu acho mais complicado por causa do molhar a cabeça, pode escorrer para o olho. Mas o que não for capaz de fazer o marido ajuda.

Família 1 _____

Para mim, o mais difícil vai ser tratar da comida, costuma ser a mulher a tratar dessa coisas mas agora vou ter de ser eu a dar um jeitinho.

Pessoa idosa 2 _____

O que me faz mais confusão é o banho, não sei como fazer por causa do champô, acho que posso lavar a cabeça mas tenho muito medo que entre alguma espuma para o olho.

Já vejo melhor do que via antes da cirurgia, por isso penso que no resto das atividades de casa não vou ter tanta dificuldade.

Família 2 _____

Olhe Sr^a enfermeira, ela vai passar uma parte do dia sozinha, por isso preocupa-me como vamos fazer no dia-a-dia para cumprir as indicações. Temos que controlar os diabetes... e o que ela come, não deve poder andar de um lado para o outro e ela anda sempre em arrumações. Não sei as complicações que podem acontecer e o que devemos fazer para evitar? Não sei se deve andar com o olho tapado? A medicação deve ser em gotas ... é o que tenho ouvido falar de pessoas conhecidas, ... podemos desfasarmo-nos uns de manhã e outros mais à tarde, mas não sei se ela sozinha vai ser capaz de as pôr.

Pessoa idosa 3 _____

O meu maior medo é ficar sem ver, ainda conduzia e tinha as minhas atividades... agora não sei.... gosto de sair de casa, de ler às vezes o jornal e tenho uma pequena oficina onde ando sempre a reparar coisa, sabe ... ajuda a passar o tempo. Agora não sei não sei vou poder continuar a fazer as mesmas coisas? Não quero estragar nada da cirurgia, pode haver complicações?

Família 3

Sabe, ele teve uma queda em junho, que não ligamos muito na altura mas aos poucos foi ficando cada vez mais dependente, quase perdeu o andar por causa da queda. Agora que estava a melhorar e a voltar as suas atividades, veio a cirurgia ... vai ser muito complicado se a visão não ficar capaz de ele fazer as coisas dele.

Eu já tomo conta dos medicamentos à muito tempo mas o que me preocupa não é isso ... é haver alguma complicação e que tenha que voltar a ser operado. E o que posso fazer para que isso não aconteça?

Pessoa idosa 4

Estou preocupada com o não poder andar a baixar a cabeça, como é que vou fazer as coisas de casa, tenho que me mexer e fazer as coisas. Não sei se vou conseguir estar assim tão sossegada. Os pingos para pôr também não me parece que vá ser fácil, são para pôr muitas vezes. Pode ser que o marido se consiga.

Família 4

Como viu, ela já apresenta alguns sinais de demência. Repete muito as mesmas coisas, mas não faz nada do que é suposto. Acho que não vai cumprir grande parte do que a enfermeira disse, mas entre a família, vamos tentar acompanhar o mais possível de forma a evitar que fique sozinha. O mais difícil vai ser conseguir que não ande a baixar e a mexer a cabeça. Pode haver complicações, não pode? Também vamos ter que ser nós a por as gotas, não creio que consiga fazer sozinha nem cumprir as horas.

Pessoa idosa 5

Já fui operado ao outro olho ... ao olho direito e correu um bocadinho mal, quase não vejo nada dele. Agora vamos ver se corre tudo bem com esta operação, tenho medo porque se acontece alguma coisa, fico completamente sem ver. Como é que vou fazer as coisas da minha vida e do dia-a-dia, ir à rua ...

Família 5

Não tenho grandes preocupações, eles já não faziam nada em casa e não colaboravam com o apoio domiciliário que tínhamos pedido para os ajudar. Por isso tivemos que os colocar num lar. Como a minha sogra já foi operada a uma catarata já sabemos mais ou menos como é.

Pessoa idosa 6 _____

Ainda vou para casa sem ver, vou ter de ser mais acompanhado. Embora conheça os cantos à casa, não sei o norte e o sul. ... vou ter de ganhar o sentido das coisas e me habituar, ... as escadas também vão ser um problema.

Olho direito já não vê nada e agora foi o esquerdo. O levantar, o vestir o comer e até ir à casa de banho é agora mais complicado. Não tenho sensibilidade nos dedos e nem sempre consigo ser eu a fazer a medicação, mas gosto de ser eu. Se ficar cego, como vou fazer a minha vida ... sempre fui tão mexido. Gosto de sair, ir ajudar a mulher nas compras e nas coisas de casa, agora já não sei.

Família 6 _____

Ele agora está muito mais dependente, tenho que o ajudar em quase tudo. Mas acho que não vai ser nenhum problema, porque já passamos pela outra cirurgia e desde então tomo conta de tudo.

Corpo das entrevistas realizadas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e à sua família – 2ª questão

Pessoa idosa 1 _____

A enfermeira explicou que não posso inclinar a cabeça, tenho que fazer as gotas e se calharem ao mesmo tempo espero um bocadinho. Tenho consulta, o dia está escrito no papel o dia. Não sei se ei-de ter mais algum cuidado em especial.

Família 1 _____

Sei que não pode baixar a cabeça, mas foi ela que me disse ... eu não estava cá quando a enfermeira veio dizer as coisas.

Pessoa idosa 2 _____

Sim tenho tudo, a receita dos medicamentos para ir comprar as gotas, a consulta para vir para a semana ... depois logo vejo como vou por as gotas e tomar banho.

Família 2 _____

Tenho o que ela me entregou, mas não estava presente por isso não ouvi se há mais alguma indicação.

Pessoa idosa 3 _____

Acho que sim, falaram-se da receita ... que tenho aqui, dos medicamentos, das horas a que devo fazer as gotas e que devo lavar sempre as mãos para não ter infeções. Mas posso sair de casa? É verdade, não perguntei, tenho levar o olho tapado ou posso por os óculos escuros?

Família 3 _____

Acho que percebi tudo, tenho a carta de alta para levar ao médico de família, a receita para ir levantar a medicação e tenho que por as gotas no frigorifico e fazer conforme o horário que está escrito. Mas das complicações não me disseram nada. É verdade que eu também me esqueci de perguntar.

Pessoa idosa 4 _____

Acho que sim , mas se for preciso repetir já não me consigo lembrar bem do que me disseram.

Família 4 _____

Foi-me explicado que não pode andar a baixar a cabeça. Temos que cumprir o horário das gotas e se coincidirem duas ao mesmo tempo, deve-se esperar 5 minutos entre cada uma. Tem consulta marcada para dia 2 e tem a carta para o médico de família. Mas não percebi o que pode acontecer de complicações depois da operação?

Pessoa idosa 5 _____

Sei que não posso dormir para cima do olho operado, o resto é deixar andar... e verdade tenho que por os pingos. Vamos lá ver se consigo.

Família 5 _____

Acho que sim, entrego tudo o que me deram ao pessoal do lar, eles tem lá enfermeiros e eles devem saber como fazer. Tenho a receita, a carta para o médico de família e o dia da consulta. Penso que está tudo.

Pessoa idosa 6 _____

Tenho as gotas, mas acho que agora já não as consigo colocar sozinho. Tenho que vir à consulta, mas como vou fazer a minha vida sem ver?

Família 6 _____

Sim, já temos tudo o que é preciso, levo a receita das gotas. Temos que vir à consulta para a semana e levo a carta para quando for ao médico de família.

Análise de conteúdo da entrevista realizada à pessoa idosa

(Entrevistas a 6 pessoas idosas submetidas a cirurgia CO internadas no período de 23.11.2015 a 27.11.201 e suas famílias)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
NOVA CONDIÇÃO DE SAÚDE	Demonstra preocupação com o processo de saúde - Visão	<p>“ O meu maior medo é ficar sem ver (...)” – PI 3</p> <p>“ Ainda vou para casa sem ver, vou ter de ser mais acompanhado (...)” – PI 6</p>
PREOCUPAÇÃO COM OS CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra preocupação com os cuidados de higiene e proteção do olho	<p>“ (...) o banho é o que eu acho mais complicado (...)” – PI 1</p> <p>“ (...) o banho, não sei como fazer por causa do champô (...)” – PI 2</p>
	Demonstra preocupação com as complicações associadas à cirurgia oftálmica	<p>“ (...) pode escorrer para o olho (...)” – PI 1</p> <p>“ (...) acho que posso lavar a cabeça mas tenho muito medo que entre alguma espuma para o olho (...)” – PI 2</p> <p>“ Não quero estragar nada da cirurgia, pode haver complicações?” – PI 3</p> <p>“ (...) vamos ver se corre tudo bem com esta operação (...)” – PI 5</p>
	Demonstra preocupação com a restrição da atividade física	<p>“ Estou preocupada com o não poder andar a baixar a cabeça (...)” – PI 4</p>
	Demonstra preocupação com a gestão do regime medicamentoso	<p>“ Os pingos para pôr também não me parece que vá ser fácil (...)” – PI 4</p> <p>“ (...) nem sempre consigo ser eu a fazer a medicação, mas gosto de ser eu (...)” – PI 6</p>
	Demonstra preocupação com as atividades instrumentais de vida diárias	<p>“ (...) no resto das atividades de casa não vou ter tanta dificuldade (...)” – PI 2</p> <p>“ (...) ainda conduzia e tinha as minhas atividades... agora não sei...(...)”. – PI 3</p> <p>“ (...) como é que vou fazer as coisas de casa (...)” – PI 4</p> <p>“ Como é que vou fazer as coisas da minha vida e do dia-a-dia (...)” – PI 5</p> <p>“ (...) levantar, o vestir o comer e até ir à casa de banho é agora mais complicado.” -PI 6</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre a prevenção de infeções associadas à cirurgia oftálmica	“ Devo lavar sempre as mãos para não ter infeções (...) ” – PI 3
	Demonstra conhecimento sobre as restrições da atividade física	“ (...) não posso inclinar a cabeça (...) ” – PI 1 “ (...) não posso dormir para cima do olho operado (...) ” – PI 5
	Demonstra conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso	“ (...) fazer as gotas e se calharem ao mesmo tempo espero um bocadinho (...) ” – PI 1 “ (...) das horas a que devo fazer as gotas (...) ” – PI 3 “ (...) verdade tenho que por os pingos (...) ” – PI 5 “ Tenho as gotas (...) ” – PI 6
	Demonstra conhecimento sobre suporte escrito entregue	“ (...) receita dos medicamentos (...) ” – PI 2 “ (...) falaram-se da receita (...) ” – PI 3
	Demonstra conhecimento sobre percurso após a alta hospitalar	“ Tenho consulta, o dia está escrito no papel o dia (...) ” – PI 1 “ (...) a consulta para vir para a semana (...) ” – PI 2 “ Tenho que vir à consulta (...) ” – PI 6
NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO	Demonstra necessidade de outras indicações ou informação	“ Não sei se ei-de ter mais algum cuidado em especial (...) ” – PI 1 “ (...) depois logo vejo como vou por as gotas e tomar banho (...) ” – PI 2 “ Mas posso sair de casa? ” – PI 3 “ (...) tenho levar o olho tapado ou posso por os óculos escuros? ” – PI 3 “ (...) se for preciso repetir já não me consigo lembrar bem (...) ” – PI 4 “ Vamos lá ver se consigo (...) ” – PI 5 “ (...) mas acho que agora já não as consigo colocar sozinho (...) ” – PI 6

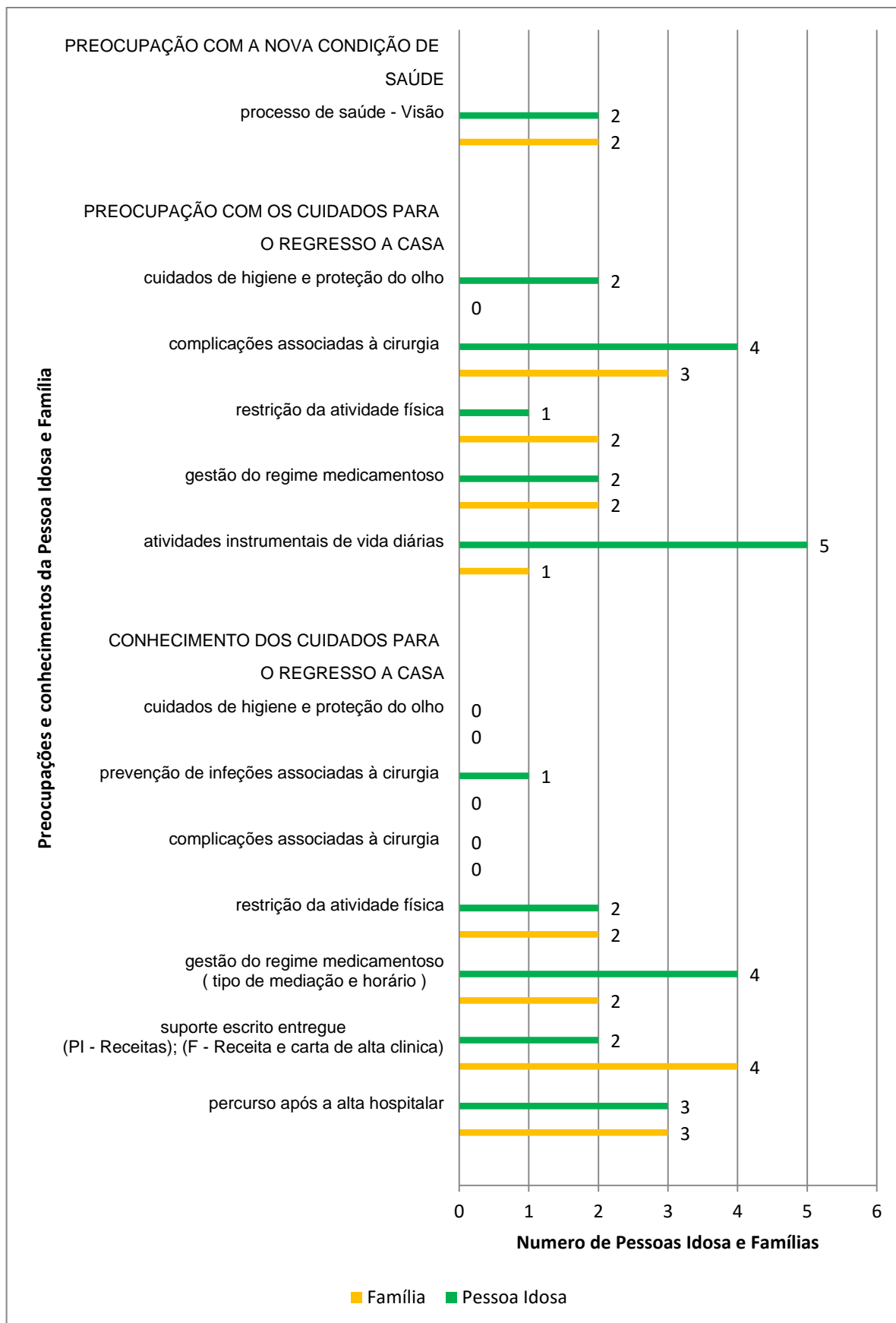
Análise de conteúdo da entrevista realizada à família

(Entrevista a 6 pessoas idosas e sua família, no período de 23.11.2015 a 27.11.2015)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
NOVA CONDIÇÃO DE SAÚDE	Demonstra preocupação com o processo de saúde - Visão	<p>“ (...) vai ser muito complicado se a visão não ficar capaz (...) ” – F3</p> <p>“ Ele agora está muito mais dependente (...) ” – F6</p>
CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra preocupação com as complicações associadas à cirurgia oftálmica	<p>“ Não sei as complicações que podem acontecer e o que devemos fazer para evitar (...) ” – F 2</p> <p>“ (...) é haver alguma complicação e que tenha que voltar a ser operado (...) ” – F 3</p> <p>“ Pode haver complicações, não pode? ” – F 4</p>
	Demonstra preocupação com as restrições da atividade física	<p>“ (...) não deve poder andar de um lado para o outro (...) ” – F2</p> <p>“ O mais difícil vai ser conseguir que não ande a baixar e a mexer a cabeça (...) ” – F4</p>
	Demonstra preocupação com a gestão do regime medicamentoso	<p>“ A medicação deve ser em gotas ... não sei se ela sozinha vai ser capaz de as pôr (...) ” – F 2</p> <p>“ (...) vamos ter que ser nós a por as gotas, não creio que consiga fazer sozinha nem cumprir as horas (...) ” – F4</p>
	Demonstra preocupação com as atividades instrumentais de vida diárias	<p>“ (...) o mais difícil vai ser tratar da comida (...) ” – F1</p>
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre as restrições da atividade física	<p>“ (...) não pode baixar a cabeça (...) ” – F 1</p> <p>“ (...) que não pode andar a baixar a cabeça (...) ” – F 4</p>
	Demonstra conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso	<p>“ (...) por as gotas no frigorífico e fazer conforme o horário que está escrito (...) ” – F 3</p> <p>“ (...) cumprir o horário das gotas (...) ” – F 4</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre suporte escrito entregue	<p>“ (...) tenho a carta de alta para levar ao médico de família (...) ”; “ (...) receita para ir levantar a (...) ” – F 3</p> <p>“ (...) carta para o médico de família (...) ” – F 4</p> <p>“ (...) carta para o médico de família (...) ”; “ (...) Tenho a receita (...) ” – F 5</p> <p>“ (...) carta para quando for ao médico de família.”; “ (...) levo a receita das gotas (...) ” – F 6</p>
	Demonstra conhecimento sobre percurso após a alta hospitalar	<p>“ (...) Tem consulta marcada para dia 2 (...) ” – F 4</p> <p>“ O dia da consulta (...) ” – F 5</p> <p>“ Temos que vir à consulta para a semana (...) ” – F 6</p>
NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO	Demonstra necessidade de outras indicações ou informação	<p>“ (...) eu não estava cá quando a enfermeira veio (...) ” – F 1</p> <p>“ (...) mas não estava presente por isso não ouvi (...) ” – F 2</p> <p>“ Mas das complicações não me disseram nada (...) ” – F 3</p> <p>“ Mas não percebi o que pode acontecer de complicações depois da operação?” – F 4</p>

Gráfico 13 - Resultados relativos às entrevistas à pessoa idosa e sua família



Quadro 1: Resultado das necessidades de informação à pessoa idosa e família

NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO	
Pessoa Idosa	Família
“ Não sei se ei-de ter mais algum cuidado em especial (...)” – PI 1 “ (...) depois logo vejo como vou por as gotas e tomar banho (...)” – PI 2 “ Mas posso sair de casa?” – PI 3 “ (...) tenho levar o olho tapado ou posso por os óculos escuros?” – PI 3 “ (...) se for preciso repetir já não me consigo lembrar bem (...)” – PI 4 “ Vamos lá ver se consigo (...)” – PI 5 “ (...) mas acho que agora já não as consigo colocar sozinho (...)” – PI 6	“ (...) eu não estava cá quando a enfermeira veio (...)” – F 1 “ (...) mas não estava presente por isso não ouvi (...)” – F 2 “ Mas das complicações não me disseram nada (...)” – F 3 “ Mas não percebi o que pode acontecer de complicações depois da operação?” – F 4

Reflexão

Numa primeira fase, procurou-se identificar quais as **preocupações da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família no regresso a casa**, de forma a identificar não só o que para eles constitui, preocupação, mas também o que poderão ser as suas dificuldades.

Ao longo das entrevistas, foi possível compreender que as idosas submetidas a cirurgia oftálmica revelam, preocupações que se relacionam com as complicações associadas à cirurgia e com a realização das atividades instrumentais de vida diárias. Este fato parece estar diretamente relacionada não só com o medo de não recuperar a visão, mas também, com a capacidade de autonomia aquando do seu regresso a casa. Pois se por um lado se querem manter autónomos e não incomodar, por outro, também não pretendem comprometer a sua recuperação. Apenas metade das pessoas idosas se manifesta preocupada com os cuidados de higiene ao olho operado e com a gestão do seu regime terapêutico. Nas famílias estas preocupações aparentam ser menos evidentes, pois apenas metade dos familiares entrevistados, revela preocupações associadas as complicações cirúrgicas, restrições físicas e gestão do regime terapêutico. A nível dos outros domínios não são valorizáveis as suas preocupações. Uma questão emerge destas evidências, as pessoas idosas e as suas famílias não revelam na sua totalidade,

preocupações a nível dos cinco domínios identificados por que se encontram esclarecidas sobre eles, ou porque o seu desconhecimentos sobre os cuidados a ter nestes domínios não lhes permite manifestar preocupação?

De forma a tentar perceber, o nível de conhecimentos e competências desenvolvidas pela pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família ao longo do período de internamento, pareceu pertinente, questiona-los após a realização da alta, sobre os **conhecimentos adquiridos ao nível dos cuidados a ter no regresso a casa** e se a informação transmitida ou apreendida foi de encontro às preocupações anteriormente manifestadas.

Ao nível do conhecimento, sensivelmente metade das pessoas idosas entrevistadas demonstraram conhecimentos relacionados com o suporte escrito que lhes fora entregue (nomeando a receita clínica), e com o percurso a ter após a alta clínica (identificando a consulta de seguimento), 4 das pessoas idosas revelam conhecimentos associados à gestão do regime terapêutico, que se restringem à identificação da medicação). Não se identifica ao longo da análise realizada, a aquisição de conhecimentos ao nível dos domínios: dos cuidados de higiene e proteção do olho, prevenção de infeções e complicações associadas à cirurgia (preocupações manifestadas pelas pessoas idosas). Os conhecimentos adquiridos pela família parecem ser similares aos das pessoas idosas, sendo que 4 dos familiares entrevistados, identificam um maior número os documentos ao nível do suporte escrito entregue (receita e carta de alta clínica).

Embora, quer as pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica, quer os seus familiares manifestem um deficit ao nível dos conhecimentos considerados necessários para assegurar a continuidade dos cuidados no regresso a casa, aproximadamente 50% por cento dos enfermeiros referiram nas suas narrativas, fornecer informação sobre quais os cuidados a ter na fase do pós-operatório e no domicílio, identificar e facilitar o acesso a recursos necessários e disponíveis na comunidade e disponibilizarem durante o período do internamento o folheto informativo. No entanto, nem os conhecimentos partilhados nem o folheto informativo entregue no momento da alta, são referenciados pelas pessoas idosas ou seus familiares. As indicações são realizadas, no último dia do internamento no momento da alta, será esta a melhor altura para partilhar os conhecimentos necessários adquirir?

Segundo Pompeo, Pinto, Araújo & Poletti (2007), as orientações realizadas aos pacientes tendem ser realizadas de forma mecânica e apressada. Os autores defendem ainda que no momento da alta, a ansiedade e o desejo de ir para casa poderão conduzir à falta de concentração da pessoa idosa/família, levando à ineficácia da orientação para a alta. Na entrevista realizada, após o momento de alta, as pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e seus familiares, demonstram ainda falta de informação que se relaciona com questões como: poder sair de casa, manter ou não o olho tapado, como aplicar os colírios prescritos e possíveis complicações. Para Pompeo, Pinto, Araújo & Poletti (2007), parte dos pacientes não compreendem as informações que lhes são transmitidas, revelam receio de dizer que não compreenderam e só mais tarde relatam as suas dúvidas. Será pertinente a equipe de enfermagem refletir sobre as suas práticas e de acordo com a evidência científica, desenvolver estratégias de cuidados facilitadoras da capacitação da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica sua família de forma a promover competências que garantam o assumir do cuidado de Si

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Fortin, M.; Côté, J.; Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, I. D.(2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Pompeo, D. A., Pinto, M. H., Cesarino, C .B., Araújo, R. R., & Poletti, N. A.(2007). Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. *Ata Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350. Acedido a 2-06-2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=pt&tlng=pthttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.10.1590/S0103-21002007000300017

APENDICE IX – Plano da Sessão de Formação I

Plano da Sessão de Formação I

TEMA: A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a Cirurgia oftálmica e sua família – A parceria como intervenção de enfermagem

FINALIDADE: A apresentação do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem do serviço de oftalmologia.

POPULAÇÃO-ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do serviço.

LOCAL: Sala de reuniões do serviço.

DATA: 17/12/2015 **HORA:** 15:30 h **DURAÇÃO PREVISTA:**30 minutos

FORMADORA: Patrícia Torrado

OBJETIVOS GERAIS:

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem e o que é possível melhorar a nível das práticas de cuidados de enfermagem com a intenção de capacitar a casa pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família para o regresso a casa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apresentar os resultados obtidos da análise das narrativas dos enfermeiros, dos registos de enfermagem e das entrevistas realizadas à pessoa idosa e sua família.
- Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem na fase do Revelar-se e Envolver-se, o que é possível melhorar a nível do conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica para a preparação do seu regresso a casa.
- Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem, promotoras da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio	Contextualização da problemática em estudo.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	5 min.
Apresentar os resultados obtidos da análise das narrativas dos enfermeiros, dos registos de enfermagem e das entrevistas realizadas à pessoa idosa e sua família.	Análise das práticas dos enfermeiros relativas ao acolhimento e preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10 min.
Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem na fase do Revelar-se e Envolver-se, o que é possível melhorar a nível do conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica para a preparação do seu regresso a casa	Reflexão sobre a importância de conhecer a pessoa idosa de uma forma global que permita desenvolver um cuidado em parceria.	Método expositivo Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	10 min.
Discutir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem, promotoras da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.	Planeamento de estratégias de mudança e metas a atingir para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica	Método expositivo Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	10min

APÊNDICE X – Relatório da Sessão de Formação I

Relatório da Sessão de Formação I

No dia 17 de dezembro de 2015, foi realizada à equipa de enfermagem a sessão de formação em serviço intitulada “A preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a Cirurgia oftálmica e sua família – A parceria como intervenção de enfermagem” que decorreu na sala de reuniões do serviço onde decorre o estágio das 15h e 30m às 16h.

Teve como objetivos gerais, a apresentação e contextualização do projeto de estágio à equipa de enfermagem

Objetivos gerais:

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Promover a reflexão e debate na equipa em relação ao que já faz bem e o que é possível melhorar a nível das práticas de enfermagem com a intenção de capacitar a casa pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família para o regresso

Dos 13 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, 10 estiveram presentes na sessão formação, perfazendo 77% da equipa de enfermagem (entre elas, 1 especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente do idoso), os 3 enfermeiros ausentes encontravam-se em período de férias e aos quais foram realizadas apresentações informais, de modo a garantir e promover todo o envolvimento da equipa de enfermagem no projeto.

A realização da sessão de formação permitiu-me conduzir o projeto a uma nova fase. A sua apresentação à equipa de enfermagem foi determinante para passar à sua implementação. Permitiu contextualizar e demonstrar a sua pertinência no serviço, apresentar o Modelo de Parceria (Gomes, 2013), promovendo um momento de reflexão conjunta, discussão e esclarecimento de dúvidas. A equipa de enfermagem consciencializou-se da importância da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família e de como esta não se encontra atualmente refletida nos registos de enfermagem realizados.

Compreendem a importância que é, o conhecimento que se tem da pessoa idosa para o planeamento de cuidados e preparação do regresso a casa e o desenvolvimento de um cuidado em parceria com a pessoa idosa/família. A equipa de enfermagem considerou pertinente assumir o compromisso de melhoria da informação colhida e registada na avaliação inicial da pessoa idosa com base nos indicadores de parceria pré-definidos (para a fase do Revelar-se e Envolver-se).

É referido pela equipa de enfermagem nas suas narrativas (apêndice V) que as suas maiores dificuldades durante o período de internamento se prendem com o curto tempo de internamento e com o rácio existente enfermeiro/doente. Estas dificuldades foram também elas verbalizadas durante a sessão de formação.

Assim, e indo também de encontro aquelas que são as necessidades mas também as sugestões da equipa de enfermagem, considerou-se importante e uma realizar a recolha de dados na consulta de enfermagem (que se realiza dois dias antes do internamento).

Desta forma a equipa conseguirá colher melhor a informação necessária para conhecer a pessoa, a sua identidade, contexto de vida, de doença, problemas decorrentes do envelhecimento, hábitos/atividades de vida, permitindo a identificação precoce das necessidades e a continuidade de cuidados, assim como, uma melhor gestão do tempo do enfermeiro no internamento.

Para que tal seja possível, será construído um impresso de registo da avaliação inicial (à semelhança do existente na aplicação informática disponível no serviço – SAPE) contemplando no entanto, os indicadores da fase revelar-se do Modelo de Parceria (Gomes, 2013). De forma a melhorar a qualidade da informação colhida e o conhecimento que se tem da pessoa idosa.

Os enfermeiros consideraram importante a uniformização das intervenções de enfermagem e ações educativas na capacitação da pessoa idosa no seu regresso a casa, assim como, a participação da família durante a sua realização.

Será construído um documento que permita a sistematização e monitorização da informação transmitida, das ações educativas realizadas e da validação dos conhecimentos adquiridos pela pessoa idosa/família. Esta sugestão foi bem aceite pela equipa de enfermagem, que considerou acima de tudo pertinente que a pessoa explique quais os cuidados que deve ter na prevenção de complicações e infeções, quais as restrições de atividade que deve ter e exemplifique a sua gestão e

capacidade de aplicação a nível do regime medicamentoso, já que estudos revelam, que a dificuldade mais comum é “acertar no olho” (Portes, A., Silva, B., Vieira, L., Santos, F., Moraes, N., 2014).

Para garantir a continuidade de cuidados após o regresso a casa da pessoa idosa, a equipa acordou elaborar registos na carta de alta de enfermagem com informação pertinente. Já existia disponível no serviço uma lista de contactos telefónicos e e-mails dos centros de saúde da área de referência do hospital.

Transmitiu-se à equipa a elaboração do dossier de estágio e seu conteúdo:

- Diapositivos da sessão de formação realizada;
- Documento orientador de sistematização da recolha de dados e informação para a avaliação inicial da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica;
- Documento de sistematização e monitorização das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família;

A equipa não tinha conhecimento do Modelo de Parceria (Gomes, 2013) o qual se constitui como norteador de todo este projeto, no entanto compreendo-o e ficou desperta não só para o seu conceito, mas também, para a necessidade e importância de adotar um cuidado em parceria como uma intervenção de enfermagem promotora do Cuidado de Si/Assegurar o Cuidado do Outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.

Portes, A., Silva, B., Vieira, L., Santos, F., Moraes, N.. (2014). Percepção da aplicação tópica ocular de drogas: comparação entre instilação de gotas em olhos abertos e vaporização em olhos fechados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 73(2), 98-102. Acedido: 1-01-2015.
Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802014000200098&script=sci_arttext

APÊNDICE XI – Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTALMENTE
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Os objetivos da formação foram atingidos				
Para a sua atividade profissional e formação foi útil				
Favoreceu a sua aquisição conhecimentos				
A teoria foi relacionada com a prática				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida				
A duração da formação foi adequada				
O horário da formação foi adequado				
CLASSIFICAÇÃO DO FORMADOR E METODOLOGIA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM
Domínio dos conteúdos apresentados				
Clareza na transmissão de conhecimentos				
Interação com o grupo				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
Gestão do tempo				
Pontualidade				

O que vai mudar futuramente na sua prática profissional tendo em conta esta formação?

Gráfico 14- "Avaliação da Sessão de Formação – Apreciação Global"

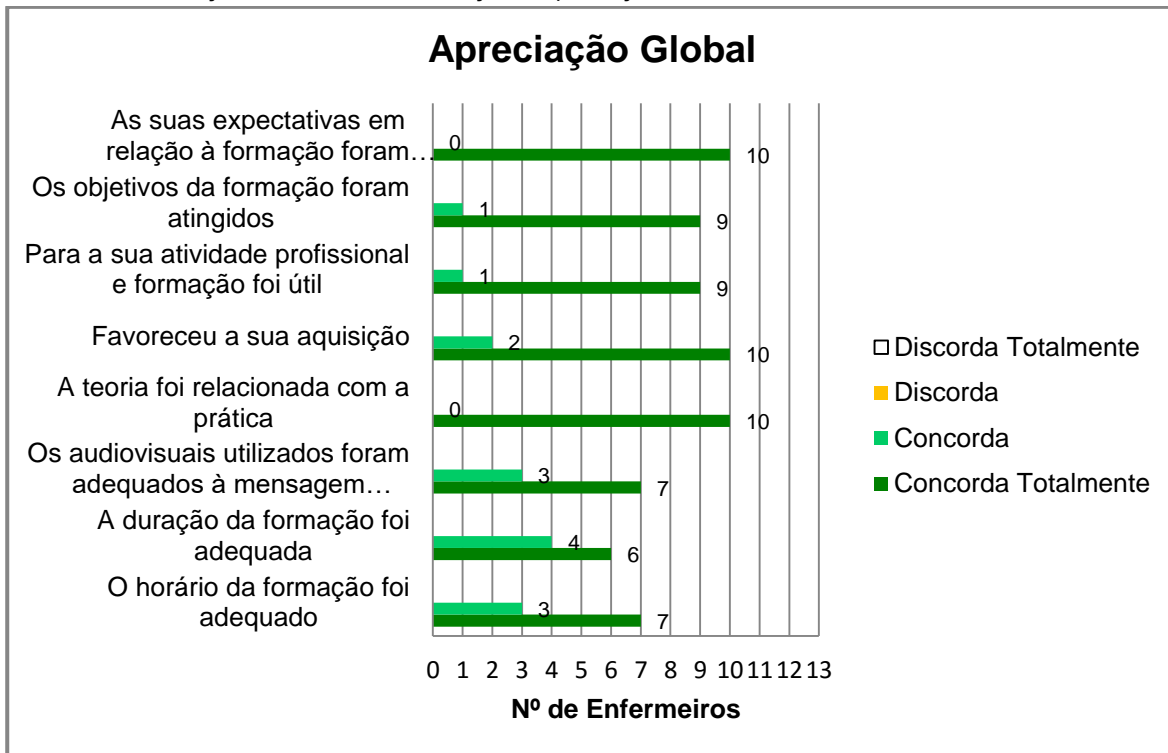
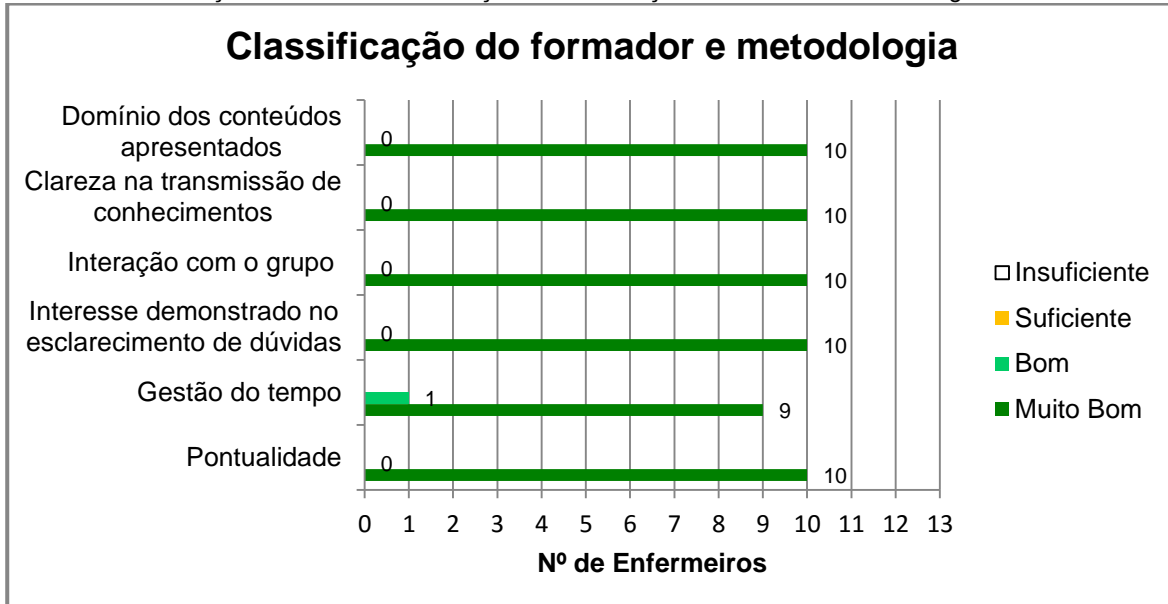


Gráfico 15 - "Avaliação da Sessão de Formação – Classificação do formador e metodologia"



Respostas dos Enfermeiros à questão:

O que vai mudar futuramente na sua prática profissional tendo em conta esta formação?

1. Maior cuidado na atualização dos registos, de forma a espelharem a atividade de enfermagem.
2. Vou tentar, dentro das minhas possibilidades, melhorar os registos, referentes à evolução do doente durante o internamento.
3. Melhoria da colheita de dados de enfermagem de forma a promover um diagnóstico correto da situação. Espelhar a nível dos registos de enfermagem como demonstrarmos os cuidados e ensinamentos de enfermagem, a nível da adesão do doente.
4. Pretendo melhorar os registos de enfermagem e confirmar com o doente e família que perceberam as informações.
5. Elaboração de check list de colheita de dados e ensinamentos.
6. Completar o máximo possível na avaliação inicial.
Treinar as habilidades com os utentes.
7. Ainda não sei, tentarei validar as competências adquiridas pelo doente.
8. A minha atitude em relação aos cuidados que realizo. Vou passar a validar que a pessoa compreende o que digo e melhorar os registos das minhas intervenções.
9. Validar a informação/ensino na preparação pré-operatória do doente com o objetivo de existir melhor consolidação dos conhecimentos deste no pós-operatório.
Melhorar os registos de enfermagem na preparação da alta para melhor visibilidade do nosso trabalho.
10. Melhoria dos cuidados aos utentes, da informação e prevenção de infeções.

**APÊNDICE XII – Documento Orientador para Sistematização da
Avaliação Inicial e conhecimento da Pessoa Idosa submetida a
Cirurgia Oftálmica**

Documento Orientador para Sistematização da Avaliação Inicial e conhecimento da Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica

No sentido de sistematizar a recolha de dados e conhecimento que o enfermeiro tem da pessoa idosa, foi construído um instrumento orientador da avaliação inicial que procura conciliar os indicadores preconizados na avaliação inicial da aplicação informática utilizada no serviço – SAPE e os indicadores do Modelo de Parceria de Gomes (2013), nomeadamente, na fase do Revelar-se e Envolver-se. Foi desenvolvido em parceria com a equipa de enfermagem e permite iniciar o conhecimento da pessoa idosa na consulta de enfermagem (que se realiza após consulta de anestesia), antes ainda da admissão da pessoa idosa no serviço, colmatando também uma dificuldade referida pela equipa de enfermagem e que se relaciona diretamente com a gestão de tempo no internamento que é considerado muito curto. Desta forma, no preenchimento do instrumento orientador da avaliação inicial da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, considera-se pertinente

Identidade da pessoa - Nome preferido, idade, nacionalidade, estado civil, profissão/ocupação, nível de escolaridade.

Contexto de vida - Com quem habita, proveniência, familiar de referência, prestador de cuidados, cuidador formal (recursos comunitários), necessidades do cuidador familiar, condições habitacionais, ocupação dos tempos livres.

Contexto de doença - Tem conhecimento do diagnóstico, estupefacientes, internamentos anteriores, patologias, dor, hábitos e estilos de vida, alergias, prótese, medicação habitual no domicílio, autonomia na gestão do regime terapêutico, limitação atual da visão, conhece o impacto das limitações da visão na sua vida, necessidades especiais.

Hábitos/atividades de vida - Hábitos alimentares, estado sensorial (visão), hábitos de higiene e mobilidade, hábitos de eliminação, hábitos de reparação.

Conhecimentos da pessoa idosa/família face à sua situação de saúde - Tem conhecimento do regime terapêutico a adotar, tem conhecimento sobre as complicações cirúrgicas, tem conhecimento sobre prevenção da infeção ocular, tem conhecimento sobre as restrições físicas após cirurgia, entregue folheto informativo.

AVALIAÇÃO INICIAL

IDENTIDADE DA PESSOA	Dados Gerais	
	Nome preferido	
	Idade	
	Nacionalidade	Portuguesa Outra: _____
	Estado Civil	
	Profissão/ocupação	
Nível de escolaridade		

Etiqueta de Identificação

Natureza da admissão	
Motivo de internamento	
Proveniência	Serviço de Urgência Consulta externa Outro
Diagnóstico clínico	
Cirurgia prevista	Data: _____

CONTEXTO DE DOENÇA	Antecedentes Pessoais					
	Tem conhecimento do diagnóstico	Sim Não				
	Estupefacientes	Metadona Fornecedor Pessoa responsável				
	Internamentos anteriores					
	Patologias	Sem antecedentes significativos				
		HTA				
		Diabetes	Tipo I		Tipo II	
		EAM	IC	IVMI		
		DPCO	Asma			
		Ansiedade	Depressão			
	Outras:					
	Dor	Ausente	Presente VAS: _____			
	Hábitos e estilos de vida	Tabágicos				
		Alcoólicos				
		Estupefacientes				
		Estupefacientes + tabágicos				
		Estupefacientes + alcoólicos				
		Estupefacientes + tabágicos+ alcoólicos				
		Tabágicos + alcoólicos				
	Atividade física:					
Outros:						
Não tem						
Alergias	Desconhece					
	Nega					
Ortóteses	Ocular					
	Auditiva	Esquerda	Direita			
Prótese	Dentária					
	Superior Inferior					
Medicação habitual no domicílio	Outra: _____					
	Designação	JJ	P'al	AI	Jt	N
Autonomia na gestão do regime terapêutico	Sim Não					
Limitação atual da visão	Autónomo					
	Necessita de supervisão Dependente					
Conhece o impacto das limitações da visão na sua vida	Sim Não					
Necessidades especiais						
S	N	ECG	OD	OE	Biometria	
S	N	RX Torax	S	N	Consulta de Anestesia	

CONTEXTO DE VIDA	Ambiente familiar		
	Com quem habita	Cônjuge	
		Cônjuge + Filhos	
		Filhos	
		Sozinho	
		Outro	
	Proveniência	Residência	
		Instituição ou Lar	
	Familiar de referência	Casa de familiar	
		Nome	
Grau de parentesco			
Prestador de cuidados	Contacto telefónico		
	Nome		
	Grau de parentesco		
Cuidador formal (recursos comunitários)	Outro		
	Contacto telefónico		
	Centro dia		
Necessidades do cuidador familiar	Apoio domiciliário		
	Outro:		
Condições habitacionais	Habitação própria		
	Habitação arrendada		
	Escadas exteriores		
	Escadas interiores		
Ocupação dos tempos livres	Água canalizada		
Observações			

HÁBITOS E ATIVIDADES DE VIDA/PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO	Hábitos e autocuidados				
	Hábitos alimentares				
	Nº habitual de refeições: _____				
	Restrições alimentares: _____				
	Tem necessidade de preparação da alimentação				
	Estado sensorial				
	Visão	Tipo de visão	Sem alterações	Parcial	Invisível
		Limitações:			
	Nível de dependência	Grau Reduzido	Grau Moderado	Grua Elevado	
		Hábitos de Higiene e mobilidade			
	Higiene e conforto	Limitações:			
		Nível de dependência	Grau Reduzido	Grau Moderado	Grua Elevado
	Mobilidade /exercício	Limitações:			
		Nível de dependência	Grau Reduzido	Grau Moderado	Grua Elevado
	Hábitos de eliminação				
Drenagem vesical	Local da algaliação: _____				
	Data:	Numero: _____	Tipo: _____		
Eliminação Vesical - V Intestinal - I	Wc				
	Fralda				
	Arrastadeira				
	Wc + fralda				
Frequência de eliminação intestinal	Wc + arrastadeira/urinol				
	Fralda+ arrastadeira/urinol				
	1X dia	3 em 3 dias			
2X dia	1X semana				
	2 em 2 dias	Ultima dejectção:			
Hábitos de reparação					
Sono/repouso	Nº de horas habituais de sono: _____				
	Dependência de fármaco				
	Medidas adaptativas: _____				
Posição habitual: _____					

Conhecimentos da pessoa /cuidador familiar face à sua situação de saúde		
S	N	Tem conhecimento do regime terapêutico a adotar
S	N	Tem conhecimento sobre as complicações cirúrgicas
S	N	Tem conhecimento sobre prevenção da infeção ocular
S	N	Tem conhecimento sobre as restrições físicas após cirurgia
S	N	Entregue folheto informativo

Data: ____ / ____ / ____ Enf. _____

AVALIAÇÃO INICIAL

Etiqueta de Identificação

Notas ou Observações:

Data: ____ / ____ / ____ Enf. _____

**APÊNDICE XIII - Documento Orientador de Registo das
Intervenções Educativas desenvolvidas em Parceria com Pessoa
Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e sua Família**

Documento Orientador de Registo das Intervenções Educativas desenvolvidas em Parceria com Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e sua Família

No sentido de garantir a continuidade das intervenções educativas que permitirão a capacitação da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família para assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, foi desenvolvido um documento de registo das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

O seu preenchimento deve ser iniciado no momento da admissão da pessoa idosa no serviço, contempla:

Partilha conhecimento com a pessoa idosa e sua família sobre: nova condição de saúde após cirurgia oftálmica, prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação, restrições da atividade física, regime medicamentoso, avaliação das dificuldades da pessoa idosa e/ou cuidador familiar para o cuidado de si e definição de estratégias em Parceria.

Validação das intervenções educativas anteriores: em que a enfermeira procura identificar o conhecimento que a pessoa idosa/ familiar detém sobre a sua nova condição de saúde após cirurgia oftálmica, prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação, restrições da atividade física, regime medicamentoso e se há necessidade de voltar a reforçar esse conhecimento.

Registo das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família

Admissão Véspera da cirurgia	1º Momento de Intervenções Educativas Capacitar ou Assumir o Cuidado de Si/Possibilitar ou assegurar o cuidado do Outro
	Etiqueta de Identificação

A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa /família sobre:

Nova condição de saúde após cirurgia oftálmica	
<input type="checkbox"/>	Nos primeiros dias a visão pode manter-se turva
<input type="checkbox"/>	A visão do olho operado estabiliza aproximadamente ao fim de 1 mês
<input type="checkbox"/>	Pode sentir desconforto
Prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação	
<input type="checkbox"/>	Evitar o contacto com o sabão e champô durante o banho
<input type="checkbox"/>	Não tomar banho de banheira, piscinas ou mar
<input type="checkbox"/>	Não tocar e esfregar o olho
<input type="checkbox"/>	Não dormir sobre o olho operado
<input type="checkbox"/>	Evitar ambientes com muita gente e poluídos (pó)
<input type="checkbox"/>	Lavar sempre as mãos antes de aplicar os colírios
Restrições da atividade física	
<input type="checkbox"/>	Não dobrar ou inclinar a cabeça para a frente (abaixo da cintura)
<input type="checkbox"/>	Cumprir a posição de deitado ou sentado conforme as especificações (gás)
<input type="checkbox"/>	Não carregar pesos/não fazer força (não pegar em crianças ao colo)
<input type="checkbox"/>	Não realizar exercício físico intenso ou com movimentos bruscos
<input type="checkbox"/>	Evitar conduzir até ter uma visão clara
Regime medicamentoso	
<input type="checkbox"/>	Vai ter de aplicar colírios durante aproximadamente um mês
<input type="checkbox"/>	Os colírios devem ser aplicados respeitando a prescrição médica
<input type="checkbox"/>	Descreve a forma de aplicar o colírio
<input type="checkbox"/>	Fornece colírio (lagrima oftálmica) e observa a sua aplicação

Sim	Não	Observa a aplicação do colírio pela pessoa idosa ou família
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realiza a higiene das mãos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inclina a cabeça para trás
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puxar para baixo a pálpebra inferior com uma mão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olha para cima e permite que a gota caia dentro da pálpebra inferior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A gota instilada caiu dentro do olho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Houve necessidade de repetição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foram aplicadas mais de uma gota
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A ponta do frasco tocou no olho

	Avalia dificuldades da pessoa idosa ou família para o Cuidado de Si
--	--

Especifique quais:

	Estratégias definidas em Parceria com a pessoa idosa ou família para Capacitar ou Assumir o Cuidado de Si/Possibilitar ou assegurar o cuidado do Outro
--	---

Data: _____ / _____ / _____ Enfermeiro (a): _____

Registo das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família

Do Pós-operatório até à alta	<u>2º Momento de Intervenções Educativas</u> Capacitar ou Assumir o Cuidado de Si/Possibilitar ou assegurar o cuidado do Outro
	Etiqueta de Identificação

	Valida as intervenções educativas anteriores
	Identifica o que a pessoa idosa ou família, já sabem e se há necessidade de informar sobre a nova condição de saúde após cirurgia oftálmica
	Identifica o que a pessoa idosa ou família, já sabem e se há necessidade de informar sobre a prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação
	Identifica o que a pessoa idosa ou família, já sabem e se há necessidade de informar sobre a restrições da atividade física
	Identifica o que a pessoa idosa ou família, já sabem e se há necessidade de informar sobre a regime medicamentoso
	Valida a execução da técnica de aplicação de colírio, de acordo com as estratégias definidas em parceria

É capaz de Assumir o Cuidado de Si?

Sim

Não

	Avalia dificuldades da pessoa idosa ou família para o Cuidado de Si
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

	Estratégias definidas em Parceria com a pessoa idosa ou família para Capacitar ou Assumir o Cuidado de Si/Possibilitar ou assegurar o cuidado do Outro
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

No momento da alta	
	Reforça as intervenções educativas/esclarecer dúvidas.
	Fornecer a carta de alta de enfermagem.
	Fornecer folheto informativo de acordo com a cirurgia realizada
	Observações:

Data: ____ / ____ / ____ Enfermeiro (a): _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moorfields Eye Hospital (2014). *Cataract - Cataract service patient information*. Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust. London. Acedido: 2-07-2015. Disponível em: http://www.moorfields.nhs.uk/sites/default/files/uploads/documents/Cataract%20service%20booklet%20-%20Oct%202014_0.pdf
- Moorfields Eye Hospital (2015). *Retinal detachment surgery - Patient information – vitreo-retinal service*. Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust. London. Acedido: 2-07-2015. Disponível em: http://www.moorfields.nhs.uk/sites/default/files/uploads/documents/Retinal%20detachment%20surgery_0.pdf
- Portes, A.J. , Silva, B.D. , Vieira, L.B. , Santos, F.M. , Moraes, N.C.(2014). Percepção da aplicação tópica ocular de drogas: comparação entre instilação de gotas em olhos abertos e vaporização em olhos fechados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 73 (2), 98-102. Acedido 23-05-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n2/0034-7280-rbof-73-02-0098.pdf>
- SNEC (2010). *Care after cataract surgery*. Singapore National Eye Centre. Acedido a: 30-05-2015. Disponível em: <http://www.snec.com.sg/eye-conditions-and-treatments/Pages/care-after-cataract-surgery.aspx>
- Shoss, B.L. & Tsai, L.M. .(2013). Postoperative care in cataract surgery. *Current Opinion in Ophthalmology*, 24 (1) 66-73. DOI:10.1097/ICU.0b013e32835b0716

APÊNDICE XIV – Estudo de Caso II

Estudo de Caso II

REVELAR-SE

Segundo Gomes (2009, 2013), revelar-se surge como a primeira fase do Modelo de Parceria onde se pretende caracterizar a identidade da pessoa, contexto e ambiente familiar, assim como o seu potencial de desenvolvimento como objetivo de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida.

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

O Sr. J. foi internado no dia 18 de janeiro de 2016 para ser submetido a cirurgia oftálmica, entrou no serviço acompanhado pela sua filha F., que de alguma forma aparentava orientá-lo a nível do ambiente à sua volta. Apresentei-me e encaminhei-os para junto da sua unidade. Realizei em conjunto (com os dois) uma visita ao serviço para que pudesse identificar espaços como: a casa de banho, o espaço de lazer com televisão e a sala de enfermagem. Depois de estar um pouco a sós com a filha (garantido a privacidade da pessoa e família). Abordei-os novamente, dizendo para além do meu nome, a profissão e a descrição do estágio que estava a realizar. Informei-os que gostava de realizar com eles um estudo de caso, expliquei quais os objetivos e a garantia do anonimato e da confidencialidade. Após a autorização do Sr. J. combinámos realizar uma entrevista no final da hora da visita. Procurei promover um ambiente propício à interação, respeitando o ritmo do Sr. J., mostrando disponibilidade e promovendo ua escuta ativa.

Identidade da Pessoa Idosa

O Sr. J. tem 77anos de idade, gosta de ser tratado por J.. Tem nacionalidade Portuguesa, é natural do distrito de Portalegre. Tem a quarta classe de escolaridade, sabe ler, escrever e executar contas simples.

Segundo de 4 irmãos (2 rapazes e 2 raparigas), trabalhou na agricultura e na indústria do mármore, até se deslocar com a família para distrito de Setúbal. Desde então, trabalhou numa empresa de segurança (que estava na altura a iniciar a sua atividade), como segurança, progredindo até ser responsável pela coordenação dos operacionais a nível da região sul do país. Atualmente está reformado.

Casado há 48 anos, tem 3 filhas. A mais velha de 52 anos, casada, reside na área de Lisboa e tem 1 filho (1 rapaz), as outras duas filhas residem perto de si.

Uma tem 49, também ela casada com 2 filhos (1 rapaz e 1 rapariga), a mais nova de 47 anos encontra-se divorciada e tem 1 rapaz.

Refere frequentar a igreja cristã, mas nos últimos tempos devido aos problemas de mobilidade da esposa, vão cada vez menos.

Contexto de Vida da Pessoa Idosa

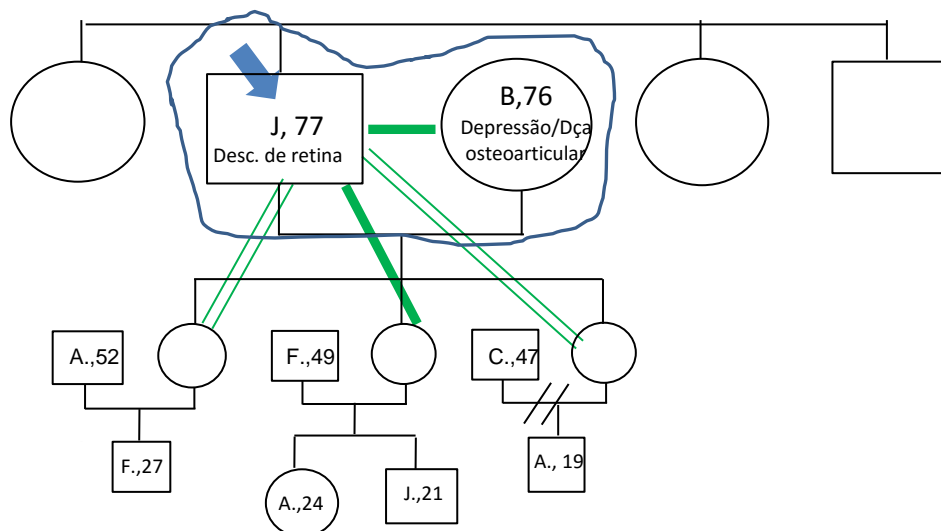
O Sr. J. vive na companhia da esposa. A esposa tem 76 anos de idade, é a sua companheira e companhia de sempre, neste momento, também ela necessita de apoio, principalmente a nível da mobilidade devido a problemas osteoarticulares e a história de depressão, apoio garantido até aqui pelo Sr. J..

A habitação é arrendada, residem num rés-do -hão de um prédio com escadas exteriores. Refere que a casa possui boas condições de salubridade sendo composta por 4 assoalhadas. Ocupa o seu dia, dando apoio à esposa nas atividades de casa, nas compras ou nos recados (moço de recados como prefere dizer) ou ainda caminhando pelo parque da cidade, onde encontra amigos diariamente e gosta de trocar algumas palavras antes de regressar a casa.

Como rede de apoio, o Sr. J. é seguido no centro de saúde do da sua área de residência. Identifica o nome do seu médico de família, mas não sabe identificar a enfermeira.

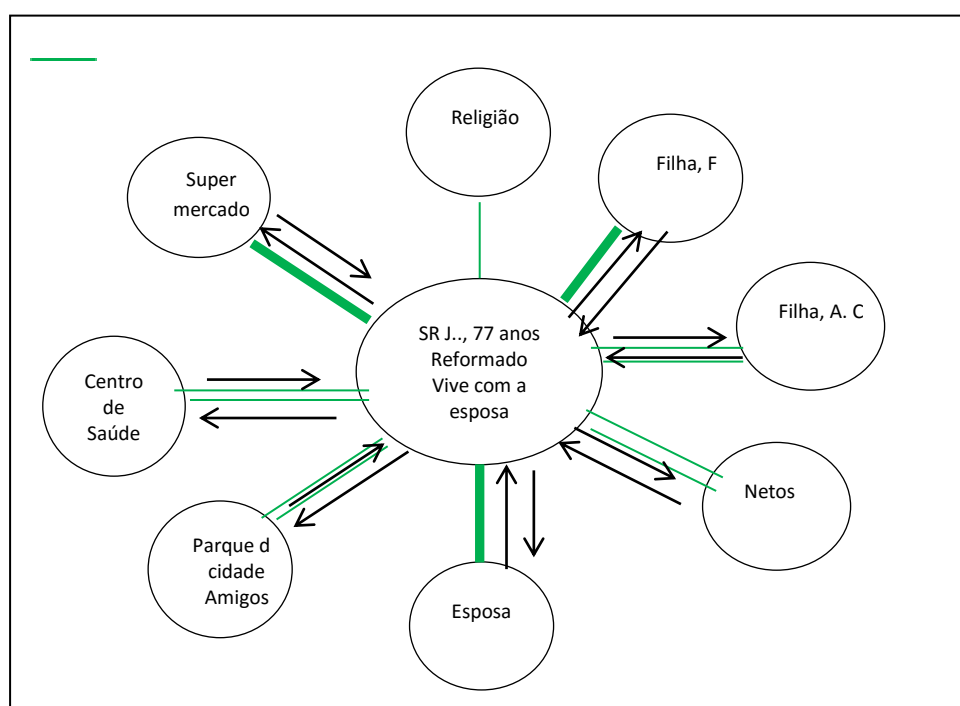
A nível económico, o seu vencimento e agora a sua reforma sempre foram a fonte de rendimento do agregado familiar, o que lhes tem permitido viver sem grandes dificuldades, refere que o pior foi quando tinham as filhas a estudar. Agora o que tem é suficiente.

Genograma da família



Legenda:						
	Pessoa Índice		Divorcio		Relação muito forte	Nome
	Masculino		Morte		Relação próxima	idade
	Feminino		Morte		Relação Distante	dças diagnosticadas
	Casamento		Família Pesquisada		Relação conflituosa	

Ecomapa da família



Legenda:				
	Relação muito forte		Relação Distante	
	Relação próxima		Relação conflituosa	

História de Doença da Pessoa Idosa

O Sr. J. foi em 2008, foi submetido a uma sigmoidectomia no hospital da sua área de residência, sem no entanto, ter necessidade de realizar algum outro tipo de tratamento complementar. Foi também operado a uma hérnia incisional, mas não sabe precisar quando. Refere que o médico de família o aconselhou a ter cuidados com a alimentação de forma a prevenir a diabetes. Não tem alergias ou hábitos aditivos.

No dia 7 de janeiro de 2016, colaborava com a sua esposa nas atividades domésticas (a lavar a loiça após a refeição do almoço), quando começou a ver um ponto⁶ que lhe saltava à frente da vista direita, tentou não valorizar pensando que ia passar. No final do dia, preocupada com o avô, a neta (licenciada em farmácia) foi vê-lo, fez-lhe algumas perguntas e pediu para realizar alguns movimentos com a intenção de despistar uma situação de AVC (segundo o Sr. J.), nessa altura o Sr. J. refere que já apresentava uma névoa grande⁷ a nível da visão do olho direito. Foi nessa altura que a neta decidiu ir como ele para a urgência do hospital da área de residência. Por já não haver urgência de oftalmologia àquela hora, foram conduzidos para um dos hospitais da área metropolitana de Lisboa. Aí, após observação, foi-lhe comunicado que tinha um **descolamento de retina** do olho direito e que teria que ser operado, foram-lhe prescritos a aplicação de 2 colírios oftálmicos e analgesia.

A aplicação desta medicação foi assegurada pela esposa, não sendo o Sr. J. autónomo na sua aplicação. No domicílio realiza o seguinte esquema terapêutico (Tabela 12):

Tabela 12- Regime medicamentoso do Sr. J.

Medicamento	Grupo	Indicação	Via Adm.	Dose	Horário
<u>Dexaval</u> - colírio (Dexametasona + Neomicina)	Antibacterianos	Situaçõe1s inflamatórias, com ou sem infeção, do globo ocular	Ocular	1 gota	4 X dia
<u>Tropicil</u> - colírio (Tropicamida)	Anticolinérgicos	Midríase terapêutica	Ocular	1 gota	3 a 4 X dia
<u>Paracetamol (1Gr)</u>	Analgésico antipirético	Analgesia	Oral	1 comp	sos

⁶ Alguns pacientes experienciam sintomas clássicos de exposição como luzes que piscam ou flutuam devido à opacidade causada pelo vítreo em movimento (Blindbæk, S. & Grauslund, J., 2015; Lumi, X.; Hawlina, M.; Glavac, D.; Facsó, A.; Moe, M.; Kai Kaarniranta, K.; Petrovski, G., 2015).

⁷ A rasgadura da retina, permite ao vítreo (gel translúcido que preenche a maior parte do interior do olho) alojar-se atrás dela provocando um descolamento, os danos de pequenos vasos ou hemorragias podem causar nebulosidade a nível da visão (Moorfields Eye Hospital, 2015).

Foi referenciado para no dia seguinte se dirigir ao Hospital de referência na área de oftalmologia com a carta que lhe fora entregue. Assim, no dia 8 de janeiro de 2016, dirigiu-se à urgência com a carta de referência e após observação teve indicação para cirurgia. Foi agendado para a semana seguinte.

Realizou no dia 13 de janeiro, consulta de anestesia seguida de uma consulta de enfermagem, momento em que se iniciou o percurso do Sr. J. junto da equipa de enfermagem. Ao realizar a consulta, a enfermeira apresentou-se e procurou conhecer o Sr. J. (recolhendo a informação através do preenchimento do documento desenvolvido para orientar a avaliação inicial) procurando saber: os seus dados pessoais, natureza da sua admissão, antecedentes pessoais e cirúrgicos, contexto de vida, hábitos ou atividade de vida, foram ainda validados os conhecimentos que o Sr. J. teria face à sua condição atual de saúde (demonstrando ser uma pessoa informada com conhecimentos ao nível do regime medicamentoso e da prevenção de infeção ocular), foi entregue e explicada a informação contida no folheto informativo e dadas as orientações necessárias para o internamento a realizar na semana seguinte, foram assegurados que estavam presentes todos os exames complementares de diagnóstico, necessários para a realização da cirurgia proposta – Vitrectomia posterior⁸

No dia 14 de janeiro de 2016, foi internado como previsto, para cirurgia nessa tarde, no entanto, foi informado já no final do dia, depois de estar na sua cama e preparado para descer para o bloco operatório, que seria cancelada a sua cirurgia por falta de tempo operatório (a cirurgia anterior teria demorado além do planeado e já não seria possível realizar a seguinte). Este facto foi segundo o Sr. J., gerador de muita ansiedade. Atualmente a sua incapacidade visual é completa no olho direito, refere que o seu maior medo é não voltar a ver, mas também, que até ao dia seguinte aconteça algo que altere de novo a cirurgia que tanto precisa.

Problemas decorrentes do Envelhecimento/ Hábitos e atividades da Pessoa

Idosa

O Sr. J. apresenta um comportamento e atitude adequados, utiliza uma linguagem apropriada e um discurso fluente e perceptível, no entanto, pareceu-me

⁸ Procedimento cirúrgico em que são realizadas pequenas incisões no olho, que permitem remover o vítreo a partir do interior, as rasgaduras existentes são encerradas por meio de laser ou crioterapia e pode ainda ser associada a aplicação uma bolha de gás ou óleo de silicone para manter a retina em posição até que a cicatriz ocorra (Moorfields Eye Hospital, 2015).

pertinente no contexto de uma avaliação multidimensional realizar uma avaliação **da sua capacidade cognitiva**, para perceber as suas capacidades de memória, compreensão, aprendizagem e processamento das informações fornecidas. A escala utilizada foi o **Mini Mental State Examination**, resultando num score de 27 pontos, que para a população que possui entre 1 e 11 anos de escolaridade indica ausência de défice cognitivo, no entanto, revela dificuldade a nível do indicador da evocação e da linguagem (talvez relacionado com o nível de escolaridade).

Refere que desde o início desta situação se sente mais frágil, tem muito medo de perder a sua visão, sente-se muito ansioso e chora com facilidade, pelo que se considerou pertinente mobilizar a **Escala de Depressão Geriátrica** versão abreviada, obtendo um score de 10 num total de 15, indicador de uma depressão ligeira.

O Sr. J. apresenta à observação, pele e mucosas coradas e hidratadas com integridade da pele (à exceção das cicatrizes operatórias). O seu cabelo é liso curto e grisalho. Apresenta diminuição da acuidade visual completa à direita, usa óculos desde a sua idade adulta e não é observado pelo médico oftalmologista há alguns anos.

Não refere alterações significativas na audição, no olfato e tato.

Apresenta dificuldade reduzida na mastigação, tem prótese dentária superior e inferior.

Refere que dorme habitualmente muito, cerca de 9 a 10 horas. Embora ultimamente, com as preocupações tenha mais dificuldade.

A sua eliminação vesical, acontece sem dificuldade. Quanto à eliminação intestinal refere que evacua de dois em dois dias e quando demora mais tempo recorre a uns comprimidos.

A nível da higiene pessoal a aparência é cuidada e toma banho diariamente

No que concerne às **atividades de vida diárias**, estas foram avaliadas com recurso ao **Índice de Barthel**, onde obteve um score de 19 pontos num total de 20, o que revela segundo esse índice, uma dependência moderada.

Devido à sua dificuldade de visão, considere que seria importante perceber se o Sr. J. mantém a sua colaboração com a sua esposa, a nível das atividades domésticas. Para tal, considere importante avaliar a sua **capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias**, foi utilizado o **Índice de Lawton e Brody**. Nesta avaliação a Sr. J. apresenta um score de 4 pontos em 5

possíveis para a classificação atribuída ao sexo masculino, significando uma dependência ligeira nestas atividades.

Pela dificuldade que sente a nível da deambulação e pelo seu receio de subir e descer escadas, foi realizada a avaliação do grau de autonomia na marcha através da utilização da **classificação funcional da marcha de Holden**, onde apresentou um score de 3 num total de 5, indicador de uma marcha dependente com supervisão.

O risco de queda foi também avaliado através da **escala de Morse**, onde se obteve um score de 10 pontos (num total de 125 pontos) por apresentar marcha lenta a pontuação é indicadora de baixo risco de queda.

A dor foi avaliada pela **Escala Numérica**, sendo que o Sr. J. se situou na posição 4.

O Sr. J. para além da sua situação de saúde, apresenta ainda preocupação com a sua esposa a Sr^a B., que atualmente tem grandes dificuldades de deambulação, sendo ele que a apoia na organização da casa, nas tarefas diárias e compras necessárias. Perante este contexto pareceu-me pertinente **avaliar a sobrecarga do cuidador** através da **Escala de Zarit**, atingiu-se um score de 36 num total de 22-110, o que indica uma ausência de sobrecarga.

Ao verificar que o Sr. J. tem uma família que aparentemente se mobiliza de forma a resolver os problemas ou suas próprias necessidades, considerei importante perceber o **funcionamento da família** através da utilização da **Escala do Apgar Familiar**. Na sua aplicação foi atingido um score de 9 o que sugere estar perante uma família altamente funcional.

Estas avaliações possibilitaram um melhor conhecimento da pessoa idosa, permitindo definir objetivos comuns e realizar um trabalho conjunto em parceria promotor de um melhor cuidado de si.

ENVOLVER-SE

Na segunda fase do modelo de parceria, o enfermeiro procura estabelecer com a pessoa idosa uma relação de confiança e reciprocidade, mostra disponibilidade para ouvir, partilha sentimentos e procura encontrar o que há de singular naquela pessoa, Gomes (2013). O enfermeiro procura através da partilha

conhecer a pessoa idosa, percebendo a capacidade que tem para desenvolver autonomia, propõem soluções adequadas e centradas na pessoa.

Conhecer A Singularidade Da Pessoa Idosa

Procurei na minha abordagem ao Sr. J., ser simples na forma de falar e faz-lo de forma pausada e perceptível, procurei proporcionar o tempo necessário para a reflexão, sentei-me ao seu lado e procurei colocar-me numa posição facilitadora do contato visual. Após o jantar, fui novamente falar com o Sr. J. e dei-lhe a conhecer os scores/pontuações obtidos na aplicação das escalas utilizadas para realizar a sua avaliação multidimensional. Embora referindo todos os avaliados, destaquei aqueles em que se verificaram alterações em relação ao padrão ou pontuação considerada normal e sobre eles fomos conversando e refletindo.

Na aplicação da ***Escala de Depressão Geriátrica***, que revelou um score de 10 que evidencia uma depressão ligeira, é evidente que o Sr. J. abandonou as suas atividades de lazer, sente-se triste aborrecido e sem esperança. Ficou mais ansioso após o cancelamento da cirurgia a 14 de janeiro de 2016. Está preocupado com a sua situação clínica e sem esperança, tem medo de ficar invisual e este quadro desperta em si um uma fragilidade emocional grande (chora sempre que refere que não vê) Para além de si demonstra preocupação co a sua esposa para quem é um apoio.

Na avaliação do ***Índice de Barthel***, onde obteve um score de 19 pontos, indicador de uma dependência moderada a nível das ***Atividades de vida diárias***.

A nível das atividades básicas de vida, o Sr. J. refere que a atividade em que se sente mais limitado, é sem dúvida o levantar de manhã da cama e subir e descer escadas. Estas limitações segundo o Sr. J., prendem-se diretamente com a sua limitação da visão, à qual não está habituado e que lhe dificulta as atividades.

A nível da **capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias** o ***Índice de Lawton e Brody***, indicou um score de 4 pontos significando uma dependência ligeira nestas atividades. O Sr. J. refere que neste momento, não tem a mesma agilidade para se movimentar, tem medo de fazer quase tudo, não vá bater em qualquer obstáculo ou cair. As suas dificuldades manifestam-se principalmente ao nível: fazer compras, preparar as refeições, na lavagem ou colocação da roupa na máquina e na gestão do seu regime medicamentoso.

A **classificação funcional da marcha de Holden** classifica a sua dificuldade da marcha com score 3, marcha dependente com supervisão. Refere que se apoia nas ombreiras das portas, para parar e conseguir orientação, tem que rodar a cabeça para visualizar o ambiente que o rodeia para perceber por onde pode passar, pois tem muito medo de cair. Traduzido de igual forma por um baixo risco de queda apurado através da **escala de Morse**.

A **dor**, embora apresente uma dor moderada Sr. J., refere que cede com a medicação que lhe foi prescrita e com um pouco de descanso e luz moderada.

A avaliação da **sobrecarga do cuidador** através da **Escala de Zarit**, veio confirmar a ausência de sobrecarga do Sr. J. como cuidador. Refere que a esposa sempre esteve ao seu lado, cuidou dele (“é a minha esposa que me coloca os pingos”) e das suas filhas e é com muito gosto que faz tudo o que ela lhe pede ou não consegue realizar. Está mais descansado porque uma das filhas vai ficar com ela enquanto ele está internado. A utilização da **Escala do Apgar Familiar**, permitiu-me avaliar a funcionalidade da família, o score atingido de 9 sugere uma família altamente funcional, que se mobiliza e articula de acordo com as necessidades dos diferentes membros da família, procurando assegurar o seu bem-estar e segurança.

No dia 15 de janeiro de 2016, o Sr. J. foi o 1º tempo operatório do dia, foi submetido a vitrectomia posterior + colocação de gás C3F8 + crioterapia, sob anestesia geral. Regressou do bloco operatório cerca das 13h e 45m e à sua chegada não referia dor.

A realização do procedimento cirúrgico e a sua condição atual, conduziu à necessidade de reavaliar a sua situação:

- A nível da **capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias** o **Índice de Lawton e Brody**, indicou um score de 3 pontos significando uma dependência moderada, não conseguindo assegurar a realização de tarefas domésticas.

Em termos da minha aprendizagem, penso que é interessante a esquematização do diagnóstico funcional do Sr. J., segundo Moraes (2008), e que se apresenta na tabela (13) seguinte.

Tabela 13 - Diagnóstico funcional global do Sr. J.

Funções		Comprometimento funcional		
		Não	Sim	
Comunicação	Visão		x	Invisual à direita
	Audição	x		
	Fala/voz	x		
Cognição/ Humor	Cognição	Ausência de déficit cognitivo		
	Humor		Depressão ligeira	
Mobilidade	Postura/marcha		Dependente com supervisão - Marcha lenta	
Atividades vida diária	Atividades vida diária		Dependência moderada Levantar de manhã da sua cama e o subir e descer escadas	
	Atividades instrumentais da vida diária		Dependência ligeira (fazer compras, preparar as refeições, na lavagem ou colocação da roupa na máquina e na gestão do seu regime medicamentoso)	
Outras funções	Saúde Bucal	x X Prótese total		
	Continência esfícteriana		Eliminação intestinal - Obstipação	
	Risco queda		Baixo risco de queda	
	Sono		Insónia – mas não desenvolveu estratégias	
Interação social	Lazer		Abandonou as suas atividades de lazer	
	Suporte familiar	x		

Fonte: Moraes (2008)

Conhecer os recursos da pessoa idosa

Foi pertinente, fazer a reflexão e análise dos resultados obtidos em conjunto com o Sr. J., esta permitiu melhorar a leitura dos resultados e melhorar os cuidados que visam o seu conforto e promoção da sua autonomia.

O Sr. J. é uma pessoa comunicativa e bem-disposta, embora tivesse permanecido junto da sua cama após a filha se ter retirado. Aparenta no entanto, gostar de estar acompanhado, revela que é na sua família que encontra a fonte da sua força. Neste momento o mais importante para si é retomar a visão que bruscamente perdeu, refere:

-“ Foi-me tirada a visão de um momento para o outro, não me posso conformar, o que vai ser de mim”. Antes da cirurgia as pessoas idosas revelam incertezas que se prendem com a eficácia da cirurgia, a dor e o desconforto que possam experienciar, vivem sentimentos de ansiedade e depressão, devem ser

encorajados a falar sobre a percepção que tem do procedimento, (Lien, C., Lin, H., Kuo, I., & Chen, M.,2009). Desta forma procurei escutar de forma ativa, as suas preocupações, proporcionando em ambiente facilitador para o Sr. J. descrever as suas angústias e medos.

Verificaram-se momentos de conversa, esclarecimento, mas também de silêncio e choro. Procurei diminuir a sua ansiedade através da informação, esclareci o motivo pelo qual o seu olho não tem neste momento a capacidade de ver, o que se pretende com a realização da cirurgia e como se espera que a recuperação decorra (alertando para que, pode não ficar imediatamente a ver e que retomará a visão de forma gradual), incentivei a que falar destas questões com a sua família para que, também eles o acompanhassem neste percurso.

Foram propostas algumas intervenções de forma a capacitar o Sr. J. no sentido da promoção do cuidado de si, tornando perceptível as suas capacidades potenciais e reais e indo de encontro às suas expectativas, que para si, são significativas e vão de encontro ao seu projeto de vida e saúde. Assim, tentamos de forma conjunta identificar os recursos (internos e externos) que poderíamos mobilizar para as realizar: o envolvimento e capacitação do Sr. J., (pessoa idosa) são determinantes no desenvolvimento do seu projeto de vida, a família (a filha do meio, que a assumiu o papel de acompanhante durante este internamento).

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Nesta fase do Modelo de Parceria de Gomes (2009,2013), está subjacente a construção de uma ação conjunta que vise o desenvolvimento de competência para a pessoa idosa agir e decidir. A construção de uma ação conjunta não é um processo adquirido, mas sim, um caminho que o enfermeiro e a pessoa idosa, constroem e articulando os seus atos tendo em conta a incerteza e imprevisibilidade da interação (Gomes, 2009, 2013). A comunicação, transmissão de informação, reflexão e negociação das intervenções são determinantes no processo de parceria, promovendo a partilha de responsabilidade e poder que permitem a transformação das capacidades potenciais da pessoa idosa em capacidades reais para que a pessoa possa assumir o controlo do cuidado de si (Gomes, 2013).

Ao longo do tempo que permaneceu internado foram realizadas intervenções educativas relativas aos cuidados associados: nova condição de saúde após cirurgia oftálmica, à prevenção de complicações associadas à infecção e inflamação, às restrições da atividade física e à gestão do regime medicamentoso (tabela 14) que permitiram a sua capacitação para assumir o cuidado de si, no regresso a casa.

Tabela 14- intervenções educativas realizadas ao Sr. J.

<i>Nova condição de saúde após cirurgia oftálmica</i>	
X	Nos primeiros dias a visão pode manter-se turva
X	A visão do olho operado estabiliza aproximadamente ao fim de 1 mês
X	Pode sentir desconforto
<i>Prevenção de complicações associadas à infecção e inflamação</i>	
X	Evitar o contacto com o sabão e champô durante o banho
X	Não tomar banho de banheira, piscinas ou mar
X	Não tocar e esfregar o olho
X	Não dormir sobre o olho operado
X	Evitar ambientes com muita gente e poluídos (pó)
X	Lavar sempre as mãos antes de aplicar os colírios
<i>Restrições da atividade física</i>	
X	Não dobrar ou inclinar a cabeça para a frente (abaixo da cintura)
X	Cumprir a posição de deitado ou sentado conforme as especificações (gás)
X	Não carregar pesos/não fazer força (não pegar em crianças ao colo)
X	Não realizar exercício físico intenso ou com movimentos bruscos
X	Evitar conduzir até ter uma visão clara
<i>Regime medicamentoso</i>	
X	Vai ter de aplicar colírios durante aproximadamente um mês
X	Os colírios devem ser aplicados respeitando a prescrição médica
X	Descreve a forma de aplicar o colírio
X	Fornece colírio (lagrime oftálmica) e observa a sua aplicação

Questionei o Sr. J., por que razão era a sua esposa que que fazia a aplicação dos colírios oftálmicos, ao que me respondeu:

-“ Tenho medo de não acertar no olho, assim é mais fácil (sorrindo) ”

Propus se não queria tentar, de acordo com a explicação que já lhe tinha realizado, ao que acedeu. Realizei a seguinte observação (tabela 15):

Tabela 15- Observa a aplicação do colírio pela pessoa idosa, Sr. J.

<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Observa a aplicação do colírio pela pessoa idosa ou família</i>
	X	Realiza a higiene das mãos
X		Inclina a cabeça para trás
X		Puxar para baixo a pálpebra inferior com uma mão
	X	Olha para cima e permite que a gota caia dentro da pálpebra inferior
	X	A gota instilada caiu dentro do olho
X		Houve necessidade de repetição
X		Foram aplicadas mais de uma gota
	X	A ponta do frasco tocou no olho

Perante a observação realizada, foram reforçadas as informações/conhecimentos e definidas estratégias em parceria com o Sr. J. relativos à higiene das mãos, e ficou o compromisso que não se pega em nenhum frasco de colírio oftálmico sem antes lavar as mãos; foi realizado o treino de em vez de se fixar no frasco olhar fixamente para o teto, ao mesmo tempo que apoia a mão que segura o frasco na mão que puxa a pálpebra para baixo (de forma a garantir mais estabilidade e evitar o tremor).

Ficou surpreendido por ter conseguido e até um pouco engraçado estamos com aquele “ trabalho” como referiu:

“ Nunca me tinham explicado assim, assim... a fazerem comigo. Agora já percebo e resulta. Logo havia de se lembrar estar com este trabalho. A minha mulher, nem vai crer...”

No dia 15 de janeiro de 2016, como previsto o Sr. J., foi submetido a vitrectomia posterior + colocação de gás C3F8 + crioterapia. Este tipo de procedimento, como qualquer outro procedimento cirúrgico, tem cuidados específicos, quer no pós-operatório imediato, quer após o regresso a casa. Para além, dos cuidados associados: à prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação e ao regime medicamentoso, existem outros, que se relacionam diretamente com a sua nova condição de saúde após cirurgia oftálmica e com as restrições da atividade física especificamente. Durante a cirurgia, foi removido através de pequenos cortes, o vítreo que se encontrava no interior do seu olho, depois são localizadas as rasgaduras existentes na retina e através de crioterapia, são realizadas queimaduras com recurso ao frio, que promovem a adesão e cicatrização da retina (Moorfields Eye Hospital, 2015). O uso de gás (C3F8), cria uma bolha no interior do olho que se comporta como “ tala”, que acomoda a retina na sua posição até que ocorra a cicatrização, (Moorfields Eye Hospital, 2015; Khuthaila, M.; Hsu, J.; Chiang, A.; DeCroos, F.; Milder; V.; Garg, S.; Spirn, M., 2013; Charles, S. (2012).

Foi reforçado junto do Sr. J., que poderá sentir desconforto, com a sensação de picar ou esticar no seu olho e que esta se prende com a presença dos pontos no interior do seu olho (estes deveram ser retirados, nos próximos 10 dias); pode lacrimejar do olho e será normal; deve descansar para que o seu olho cicatrize sem esforço. O posicionamento necessário adotar, poderá ser o mas difícil de cumprir e manter. No caso do Sr. J., tem que manter o decúbito lateral esquerdo, isto significa,

estar deitado ou sentar inclinando a cabeça para a esquerda (durante aproximadamente 7 dias). Esta necessidade prende-se como fato da posição permitir que o gás instilado flutue e pressione a retina na sua posição para cicatrizar. Foi por isso conversado com o Sr. J. e família a necessidade de manter e cumprir esta indicação.

Durante o tempo de internamento foram avaliados os conhecimentos adquiridos e esclarecidas as dúvidas existentes.

COMPROMETER-SE

As ações desenvolvidas nesta fase do processo de parceria, procuram promover uma transição progressiva da capacidade potencial para a capacidade real, verifica-se um esforço conjunto entre o enfermeiro e a pessoa idosa para atingir os objetivos definidos (Gomes, 2013). Considera-se pertinente a elaboração de um plano de cuidados para a promoção do cuidado de si. Com a sua elaboração, pretende-se assegurar a continuidade dos cuidados e intervenções na promoção do cuidado de si pelo próprio.

As intervenções focalizaram-se na continuidade dos cuidados pós operatórios e na identificação de estratégias que permitam a resolução dos problemas identificados.

No plano de cuidados são identificados os problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sr. J..

As intervenções definidas têm como objetivo a parceria nos cuidados com o Sr. J. promovendo a sua autonomia, tendo em conta as suas capacidades, tomada de decisão e percurso de vida.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage), associada à situação clínica, medo de ficar invisual, de não recuperar a visão, fragilidade emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que o Sr. J. e família conheçam os cuidados pré-operatórios e pós operatórios associados à cirurgia do olho. - Que o Sr. J. e família conheçam os cuidados a assegurar no seu regresso a casa - Diminuição da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar um ambiente seguro para que o Sr. J. e seus familiares expressem os seus sentimentos, dúvidas, fragilidades e preocupações -Desenvolver uma escuta ativa -Respeitar o espaço e silêncio do Sr. J. - Informar sua a sua condição de vida e doença - Informar sobre sua recuperação e como se prevê que aconteça - Realizar as intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família. - Realizar e informar da preparação pré-operatória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizar dúvidas e preocupações. - O Sr. J. vai falar com a sua esposa e filhas em relação aos seus receios e medos. -A filha do Sr. J. compreende a necessidade de realizar visitas diárias para perceber o estado emocional do Sr. J.
<p>Risco de queda relacionado com diminuição da acuidade visual e marcha lenta, manifestada por <u>baixo risco de queda</u> (Escala de Morse).</p>	<p>-Que o Sr. J. não apresente quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança; - Negociar a remoção dos tapetes do domicílio, ou então os que se encontrem nos seus percursos habituais; - Reforçar a importância da marcha por curtos períodos ao longo da casa - Planear o seu percurso antes de iniciar a marcha - Salientar a importância do uso de calçado e adequado para que se desloque confortavelmente em segurança - Incentivar a família a supervisionar se o Sr. J. se mobiliza de forma segura. 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. J. vai solicitar à família que remova os tapetes do quarto, da cozinha e casa de banho. Refere que não se vai deslocar muito para a sala pois tem que manter repouso. - O Sr. J. vai solicitar à família que remova temporariamente os objetos que possam interferir nos seus percursos habituais. - O Sr. J. comprometeu-se em caminhar por curtos períodos nas deslocações necessárias.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada com diminuição da acuidade visual no olho direito e posicionamento pós-operatório, manifestada por:</p> <p>-<u>Dependência moderada</u> nas atividades de vida diárias (Índice de Barthel), ao nível do levantar de manhã da sua cama e o subir e descer escadas;</p> <p>-<u>Dependência ligeira</u> nas atividades instrumentais de vida diárias (Índice de Lawton e Brody), ao nível do fazer compras, preparar as refeições, na lavagem ou colocação da roupa na máquina e na gestão do seu regime medicamentoso;</p> <p>- <u>Marcha dependente com supervisão</u> na marcha (classificação funcional da marcha de Holden), pela dificuldade de visualizar o meio que o rodeia</p> <p>- Posicionamento pós-operatório: Decúbito lateral esquerdo</p>	<p>- Que o Sr. J. alcance o nível de independente nas atividades de vida diárias.</p> <p>- Que o Sr. J. consiga com segurança levantar-se de manhã da cama e de forma autónoma subir e descer escadas</p> <p>- Que o Sr. J. adquira autonomia na realização das atividades instrumentais de vida diárias, podendo ele próprio na fase inicial gerir o seu próprio regime medicamentoso e mais tarde quando puder iniciar esforços realizar as restantes atividades em que se sentia com dificuldades</p> <p>- Que o Sr. J. adquira autoconfiança de modo a permitir uma marcha independente sem necessidade de supervisão, diminuindo o isolamento, promovendo a socialização.</p> <p>- Que o Sr. J. permaneça o maior tempo possível em repouso cumprindo o decúbito lateral esquerdo.</p>	<p>- Informar que o Sr. J, depois de acordar deve ficar uns minutos sentado na cama de forma a identificar o ambiente que o rodeia, de acordo com a sua capacidade visual.</p> <p>- Planear o seu percurso antes de iniciar a marcha</p> <p>-Identificar estratégia que permitam com segurança subir e descer escadas: perceber através de um toque com o pé da dimensão do degrau antes de iniciar a subida ou descida de escadas, procurar uma estrutura de apoio como o corrimão.</p> <p>-Incentivar a realização das atividades que consegue; nomeadamente a estão do regime terapêutico.</p> <p>-Dar tempo e espaço para que o Sr. J. faça sozinho as suas atividades;</p> <p>-Reforçar positivamente os progressos efetuados pelo Sr. J..</p> <p>- Informar o Sr. J. da necessidade e importância de se manter em decúbito lateral esquerdo.</p>	<p>-O Sr. J. concordou em não se levantar de repente.</p> <p>- O Sr. J. ficou de visualizar e planear o seu percurso antes de iniciar a marcha.</p> <p>- O Sr. J. vai identificar estruturas de apoio no domicílio a que possa recorrer em caso de desequilíbrio.</p> <p>- Realizar de forma autónoma as atividades de vida diárias e instrumentais que consegue e articular-se com a família para as que não consegue realizar</p> <p>- O Sr. J. vai cumprir o posicionamento pós-operatório, levantando-se apenas para a casa de banho e para as refeições.</p>

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Disposição para conhecimento aumentado relacionado com os cuidados após cirurgia oftálmica, manifestado por interesse do Sr. J. e sua família.</p>	<p>-Que o Sr. J. e sua família possuam conhecimentos que os capacitem para assegurarem os cuidados ao olho operado</p> <p>-Que o Sr. J. demonstre competências que promovam a adaptação à nova condição de saúde e a capacidade para gerir eficazmente o seu processo de recuperação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a disponibilidade do Sr. J. para aprender; - Identificar barreiras à aprendizagem; -Educar sobre a importância de: prevenir complicações associadas à infeção e inflamação, cumprir as restrições da atividade física e aderir ao regime medicamentoso -Treinar os cuidados ao olho associados: à prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação, às restrições da atividade física e à adesão do regime medicamentoso -Validar os conhecimentos do Sr. J. dando espaço e tempo para que possa praticar na presença da enfermeira -Promover o envolvimento familiar; -Registar a monitorização das intervenções educativas; -Mostrar disponibilidade para que o Sr. J. e família verbalizem quais os seus receios e dificuldades no regresso a casa -Fornecer material escrito de apoio à educação (Folheto informativo – Descolamento de retina) para que se existirem dúvidas no domicílio, tenham suporte onde recorrer; -Fornecer contacto do serviço -Referenciar através de carta de alta de enfermagem, para os cuidados de saúde primários da sua área de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstrar conhecimentos sobre os cuidados ao olho operado relacionados com: a prevenção de complicações associadas à infeção e inflamação, às restrições da atividade física e à adesão do regime medicamentoso -Ser autónomo nos cuidados ao olho operado -Cumprir decúbito lateral esquerdo - Identificar sinais de complicações operatórias

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

Nesta última fase do modelo de parceria é esperado que a pessoa idosa assuma o controlo do seu projeto de vida, sendo capaz de tomar decisões conscientes sobre os seus cuidados, conseguindo gerir a sua situação. Está informada o que lhe permite decidir qual o melhor caminho para si. O processo de parceria revela-se como uma intervenção de enfermagem que tem por base uma ação conjunta com o objetivo de promover o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro quando o próprio não é capaz de o realizar (Gomes, 2009, 2013).

Na manhã de dia 20 de janeiro de 2016, antes do seu regresso a casa, foram validadas com o Sr. J. as intervenções educativas anteriormente realizadas. Estas permitiram identificar, as suas dificuldades e numa ação conjunta definir estratégias que permitiram o assumir do cuidado de Si. Este momento foi partilhado com a família do Sr. J., através da presença da sua filha, sendo que, embora, se pretenda o desenvolvimento de competências no Sr. J. para assumir o cuidado de Si e ter controlo no seu projeto de vida e saúde. O interesse e envolvimento da família permitiram, também nela, o desenvolvimento de competência para assegurar o cuidado do Outro. O Sr. J. demonstrou ter adquirido conhecimento ao nível da sua nova condição de saúde, da prevenção de complicações associadas à infeção ou inflamação, das restrições de atividade e posicionamento que lhe foram indicadas e o regime medicamentoso. Executou a técnica de aplicação de colírios de forma autónoma e de acordo com as estratégias definidas em parceria. Para o domicílio mantém o regime medicamentoso instituído e que compreende: dexametasona 1m/ml – colírio, 4 x dia; norfloxacin 0,3% - colírio, 4 X dia; timolol 5 mg/ml – colírio, 12h/12 horas e ciprofloxacilina 500 mg – comprimido de 12/12 horas.

Ao longo do internamento as estratégias educativas foram realizadas da forma mais gradual possível, tendo em conta o tempo de internamento. Foram monitorizadas e devidamente registadas no documento desenvolvido para o efeito designado de “registo das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família”.

No momento da alta, foi demonstrada disponibilidade para esclarecer alguma dúvida por parte do Sr. J. e sua família. Foram reforçadas as intervenções educativas, entregue carta de alta de enfermagem e folheto informativo da cirurgia de descolamento de retina, relatório clínico e marcação de consulta de seguimento.

Desta forma, no momento do seu regresso a casa o Sr. J. detinha conhecimentos que lhe permitiam estar capacitado para assumir a tomada de decisão a nível do cuidado de si e do seu projeto de vida e saúde. A sua família estava envolvida no processo e também ela capacitada para assumir o cuidado do Outro em caso de necessidade.

No dia 27 de janeiro de 2016, o Sr. J. realizou a sua primeira consulta de seguimento, veio acompanhado de duas das suas filhas, apresentava-se satisfeito e risonho. Referiu na presença da filha mais velha (que foi validando com acenos de cabeça) que tem cumprido escrupulosamente as indicações dadas.

Refere que é cansativo manter durante todo o dia a posição recomendada, mas esforça-se por a manter o maior tempo possível, acha que vale a pena pois a sua visão está a melhorar, “ já vejo sombras definidas pela parte de baixo do olho e às vezes até já algumas cores, agora vejo a sua mão”, diz contente. É o Sr. J. que tem aplicado os colírios prescritos e afirma: “ ponho as minhas gotas e lavo sempre as mãos, elas não tocam nas minhas gotas, todos os dias leio o folheto para confirmar que não me estou a esquecer de nada”. Salaria que nos dias do banho é que tem ajuda da esposa por causa de lavar o cabelo. A filha refere que são elas, quem neste momento dão apoio à mãe nas atividades domésticas para que não haja qualquer esforço da parte do Sr. J.. Aparenta ter uma família que se mobiliza e interajuda de acordo com as necessidades dos seus elementos, os conhecimentos, intervenções e estratégias desenvolvidas, capacitaram o Sr. J. e a sua família para gerirem de forma eficaz e autónoma o seu processo de recuperação e regresso a casa após realização de cirurgia oftálmica.

Reflexão

Conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa e compreender o impacto que a situação de doença tem no seu percurso de vida, foi de extrema importância para o desenvolvimento de um cuidado em parceria com a pessoa idosa e com a sua família. A relação de confiança-mútua que se estabeleceu com a pessoa idosa, contribuiu, neste caso para a diminuição da ansiedade por parte do Sr. J., face à sua situação atual de saúde-doença. Ao avaliar os seus conhecimentos e capacidades potenciais, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver de uma forma conjunta, facilitadoras de uma transição saudável, de modo a garantir a adaptação da pessoa idosa à sua nova condição de saúde no seu regresso a casa, de acordo com os seus projetos de vida e de saúde. O respeito pelo outro, pela família e pelo seu espaço, permitiu-me desenvolver uma relação de empatia mútua. Procurei durante a minha intervenção mostrar disponibilidade, uma escuta ativa e respeitar os tempos do outro. Promovi o envolvimento da família e procurei incentivar a verbalização, quer por parte do Sr. J. ou da sua família de dúvidas, medos receios e preocupações. A avaliação da pessoa idosa de uma forma multidimensional, com recursos a instrumentos de avaliação multidimensional, permitiu desenvolver um conhecimento da pessoa idosa ao nível de várias dimensões. Foi através da utilização destes, que se identificaram as necessidades de cuidados do Sr. J., de forma a adequar as intervenções do cuidado de enfermagem às suas reais e se fundamenta a tomada de decisão. Este processo revela, o quão importante é o conhecimento que se tem da multidimensionalidade da pessoa idosa, para o desenvolvimento de um cuidado em parceria, centrado numa intervenção individual e dirigida, que permita desenvolver e transformar capacidades potenciais em capacidades reais, com a intenção de capacitar a pessoa idosa para promoção do cuidado de Si. O desenvolvimento desta atividade, foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional, considero que contribuiu para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista à pessoa idosa, pois a através da aplicação do modelo de parceria a uma situação concreta de cuidados, foi-me possível desenvolver a competências a nível: relacional e de comunicação com a pessoa idosa, conhecer e utilizar instrumentos de avaliação multidimensional na pessoa idosa, desenvolver a capacidade de análise e reflexão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blindbæk, S. and Grauslund, J. (2015), Prophylactic treatment of retinal breaks – a systematic review. *Acta Ophthalmologica*, 93: 3–8. DOI: 10.1111/aos.12447
- Charles, S. (2012). Vitrectomy techniques for complex retinal detachments. *Taiwan Journal of Ophthalmology*. 2 (3) September, (81 – 84). DOI:10.1016/j.tjo.2012.06.002
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Khuthaila, M.; Hsu, J.; Chiang, A.; DeCroos, F.; E. Milder; V.; Garg, S.; Spirn, M. (2013). Postoperative Vitreous Hemorrhage After Diabetic 23-Gauge Pars Plana Vitrectomy. *American Journal of Ophthalmology*, 155 (4), April, 757 – 763. DOI:10.1016/j.ajo.2012.11.004
- Moorfields Eye Hospital (2015). *Retinal detachment surgery - Patient information – vitreo-retinal service*. Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust. London. Acedido: 2-07-2015. Disponível em: http://www.moorfields.nhs.uk/sites/default/files/uploads/documents/Retinal%20detachment%20surgery_0.pdf
- Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In Borges, A. P. A. & Coimbra, A. M. C. (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância.
- Lien, C., Lin, H., Kuo, I., & Chen, M. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 18 (16), 2311-2319. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x

Lumi, X.; Hawlina, M.; Glavac, D.; Facskó, A.; Moe, M.; Kai Kaarniranta, K.; Petrovski, G. (2015). Ageing of the vitreous: From acute onset floaters and flashes to retinal detachment. *Ageing Research Reviews*. Vol. 21, May, 71–77.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2015.03.006>

Souza Pereira, A. P.; Martins Teixeira, G.; Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3) 407-416. Acedido: 23-10-2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

**APÊNDICE XV – Grelha de Observação de Registos de Enfermagem
– Avaliação Final**

Grelha de Observação de Registos de Enfermagem – Avaliação Final

1ª Fase do modelo de parceria – revelar-se

“...a enfermeira (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes,2013, pág.99)

INDICADOR: A enfermeira conhece a identidade da pessoa idosa hospitalizada	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Nome	5	0
Nome preferido	5	0
Idade	5	0
Nacionalidade	5	0
Estado Civil	5	0
Profissão/ocupação	5	0
INDICADOR: A enfermeira conhece o contexto de vida da pessoa idosa	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Com quem habita	5	0
Nome e contacto (Cuidador familiar / Pessoa de referência)	5	0
Cuidador formal (rec.comunitários – apoio de enf., apoio social, lar)	-	-
Necessidades do cuidador familiar	-	-
Situação económica (referência a dificuldades?)	3	2
Condições habitacionais (própria ou arrendada)	5	0
Habitação dispõe de água canalizada	5	0
Habitação tem escadas de acesso ou interiores	5	0
Ocupação dos tempos livres/projeto de vida (que ocupações?)	4	1
INDICADOR: A enfermeira conhece o contexto de doença da pessoa idosa	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Diagnóstico de admissão	5	0
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico	5	0
Limitação atual da visão	5	0
Antecedentes pessoais	5	0
Antecedentes cirúrgicos	5	0
Alergias	5	0
Medicação habitual no domicílio	5	0
Gestão do regime terapêutico (autonomia)	5	0
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, atividade física)	5	0
Conhece o impacto das limitações da visão na vida da pessoa idosa	5	0

INDICADOR: A enfermeira conhece os problemas decorrentes do envelhecimento		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Alteração do estado sensorial (visão)		5	0
Alteração da higiene pessoal		5	0
Alteração do padrão de sono		5	0
Alteração da mobilidade		5	0
Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)		5	0
INDICADOR: A enfermeira conhece os hábitos/atividades da pessoa idosa		REGISTADO	NÃO REGISTADO
Estado sensorial (visão)	Tipo de visão	5	0
	Limitações	5	0
	Nível de dependência	5	0
Sono/repouso	Caraterísticas do sono (duração)	5	0
	Dependência de fármaco	4	1
	Posição habitual	4	1
Higiene e conforto	Limitações	3	2
	Nível de dependência	5	0
Mobilidade/exercício	Limitações	4	1
	Nível de dependência	5	0
Eliminação (vesical/intestinal)	Limitações	5	0
	Nível de dependência	5	0

2ª Fase do modelo de parceria – envolver-se

“... partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa” (Gomes,2013, pág. 100)

INDICADOR: A enfermeira conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira realiza o acolhimento ao serviço	5	0
A enfermeira demonstra-se disponibilidade para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	5	0
A enfermeira identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/família no regresso a casa	5	0
A enfermeira procura identificar o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição de acuidade visual e o que deve fazer para a gerir	5	0
A enfermeira procura identificar a pré existência de dor na pessoa idosa	5	0
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0

INDICADOR: A enfermeira conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre as restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira convida a família a estar presente durante na explicação dos cuidados pós operatórios e esclarece dúvidas	5	0

3ª Fase do modelo de parceria – possibilitar/capacitar

“... a enfermeira partilha a responsabilidade e o poder (...)escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, pág. 102)

INDICADOR: A enfermeira partilha o poder/construção de uma ação conjunta	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira inclui informação durante a prestação de cuidados, utilizando o seu conhecimento na realização de educação para a saúde	5	0
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira instrui com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira treina com a pessoa idosa e família sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0
A enfermeira instrui com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0
A enfermeira treina com a pessoa idosa e família sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre estratégias prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa e família sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências	5	0
A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e sua família	-	-
A enfermeira fornece suporte escrito (folheto informativo) com contato telefónico do serviço	5	0

4ª Fase do modelo de parceria – comprometer-se

“... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...”

(Gomes,2013, pág. 103)

INDICADOR: A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira valida com a pessoa idosa sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	5	0
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	5	0
A enfermeira valida com a pessoa idosa as intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	5	0
INDICADOR: A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira ajuda a família a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa	1	4
A enfermeira valida com a família sobre estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	1	4
A enfermeira valida com a família as intervenções desenvolvidas sobre o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	1	4
A enfermeira valida com a família as intervenções desenvolvidas sobre prevenção da infeção ocular após cirurgia oftálmica (sinais e sintomas de infeção, higiene das mãos)	1	4
A enfermeira valida com cuidador familiar as intervenções desenvolvidas sobre restrições físicas e posicionamentos após cirurgia oftálmica	1	4
A enfermeira valida com cuidador familiar as intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	1	4

5ª Fase do modelo de parceria – assumir o controlo de si /assegurar o cuidado do outro.

“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...)o cuidador familiar adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, pág.103).

INDICADOR: assumir ou assegurar o cuidado de Si	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A pessoa idosa detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si	5	0
A pessoa idosa identifica estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	5	0
A pessoa idosa sabe como gerir o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	5	0
A pessoa idosa sabe identificar quais os cuidados a ter na prevenção da infeção ocular	5	0
A pessoa idosa sabe identificar os sinais e sintomas sugestivos de complicações relacionadas com a cirurgia	5	0
A pessoa idosa sabe identificar quais as restrições físicas e posicionamentos a cumprir após cirurgia oftálmica	5	0
A pessoa idosa conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	5	0
A enfermeira fornece suporte escrito à pessoa idosa (carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento)	5	0
A enfermeira fornece suporte escrito à pessoa idosa (material de apoio à educação, folheto informativo com contato telefónico, carta de alta de enfermagem)	5	0
A pessoa idosa compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	5	0
INDICADOR: assumir ou assegurar o cuidado do Outro	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A família detém informação que lhes permite tomar decisões relativas ao Cuidado do Outro	1	4
A família identifica estratégias de gestão da dor pós cirurgia oftálmica	1	4
A família sabe como gerir o regime medicamentoso a adotar após cirurgia oftálmica	1	4
A família sabe identificar quais os cuidados a ter na prevenção da infeção ocular	1	4
O cuidador sabe identificar os sinais e sintomas sugestivos de complicações relacionadas com a cirurgia	1	4
A família sabe identificar quais as restrições físicas e posicionamentos a cumprir após cirurgia oftálmica	1	4
A família conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	1	4
A enfermeira fornece suporte escrito à família (carta de informação clínica, receita, marcação de consulta de seguimento)	1	4
A enfermeira fornece suporte escrito à família (material de apoio à educação, folheto informativo com contato telefónico, carta de alta de enfermagem)	1	4
A família compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	1	4

**APÊNDICE XVI – Análise dos Resultados Estatísticos da Avaliação
Final dos Registos de Enfermagem comparativamente à Avaliação
Inicial**

Análise dos Resultados Estatísticos da Avaliação Final dos Registos de Enfermagem comparativamente à Avaliação Inicial

Durante o período de 12 de janeiro a 12 de fevereiro de 2016, procedeu-se à análise de 5 processos de enfermagem⁹ das pessoas idosas internadas para serem submetidas a cirurgia oftálmica.

A sua análise foi pertinente nesta fase de desenvolvimento do projeto, pois permitiu avaliar as mudanças ocorridas a nível da prática de cuidados de enfermagem, comparando as diferenças existentes entre a informação que era e a que passou a ser registada, após a implementação do projeto baseado numa prática em parceria.

O número de processos analisados e a grelha de observação utilizada, foi igual da fase de diagnóstico o que permitiu fazer uma análise comparativa dos resultados.

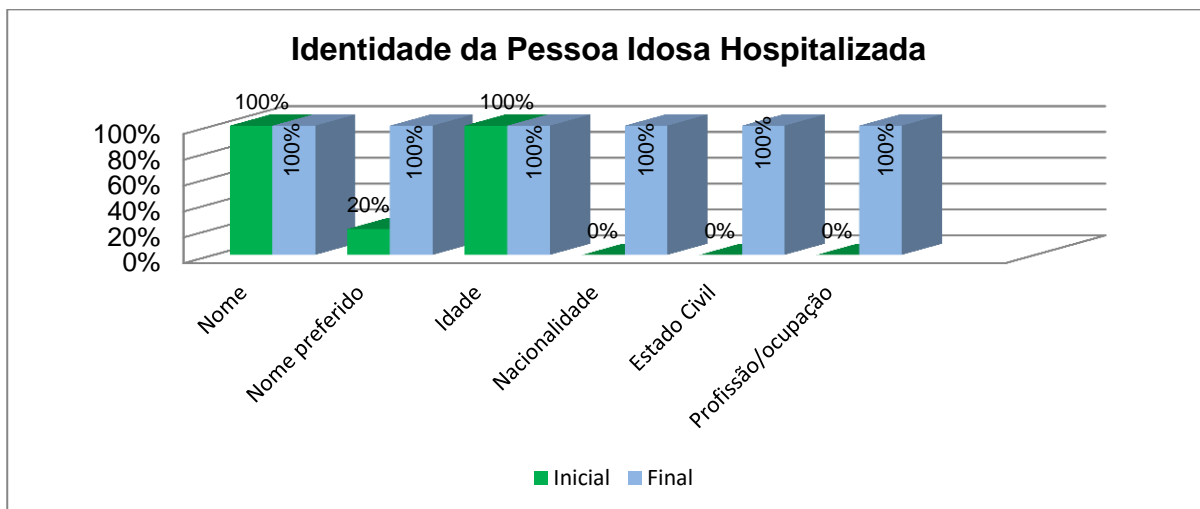
1ª Fase do Modelo de Parceria – Revelar-se (Gomes, 2013)

O registo do conhecimento que se tem da pessoa idosa permite a realização da avaliação do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, com o objetivo de promover a sua autonomia para a promoção do cuidado de Si.

Foi possível verificar que nos registos relativos à identidade da pessoa idosa, se encontram registados todos os seus indicadores, em todos os processos analisados. O que reflete uma mudança das práticas a nível da equipe de enfermagem, que passou a manifestar preocupação com estes indicadores.

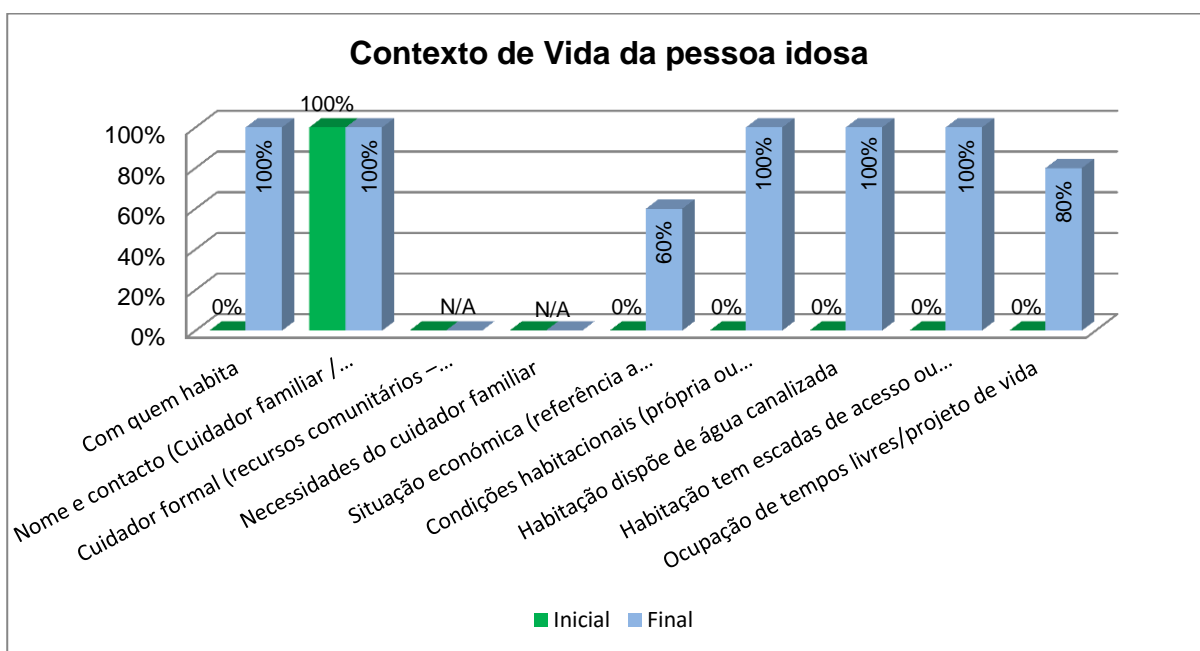
⁹ A análise dos processos de enfermagem teve em conta registos em suporte papel (desenvolvidos no âmbito do projeto - Documento orientador para sistematização da avaliação inicial e conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e Documento orientador de registo das intervenções educativas à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família) e registos em suporte informático do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), compostos pela: avaliação inicial, atitudes terapêuticas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e notas gerais.

Gráfico 26 – Resultados relativos ao indicador “Identidade da Pessoa Idosa Hospitalizada” - fase de diagnóstico



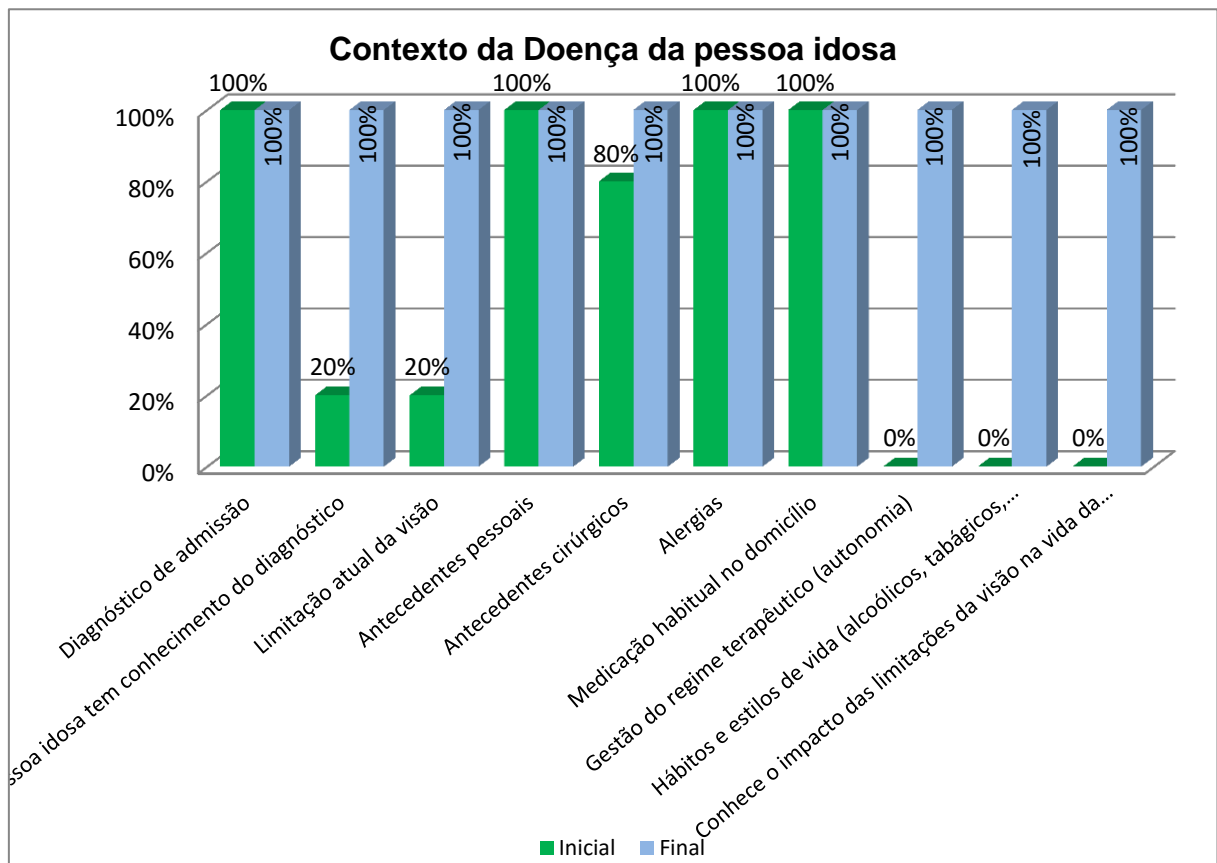
Nos aspetos relacionados com o **contexto de vida da pessoa idosa**, também revelou uma melhoria significativa, verificando-se um aumento da informação registada sobre o contexto e condições de vida da pessoa idosa. Não se verificaram registos ao nível do cuidador formal e da identificação das suas necessidades, pois em nenhum dos processos analisados se identificou a existência prévia de um cuidador formal ou informal.

Gráfico 27 – Resultados relativos ao indicador “Contexto de Vida da pessoa idosa” - fase de diagnóstico



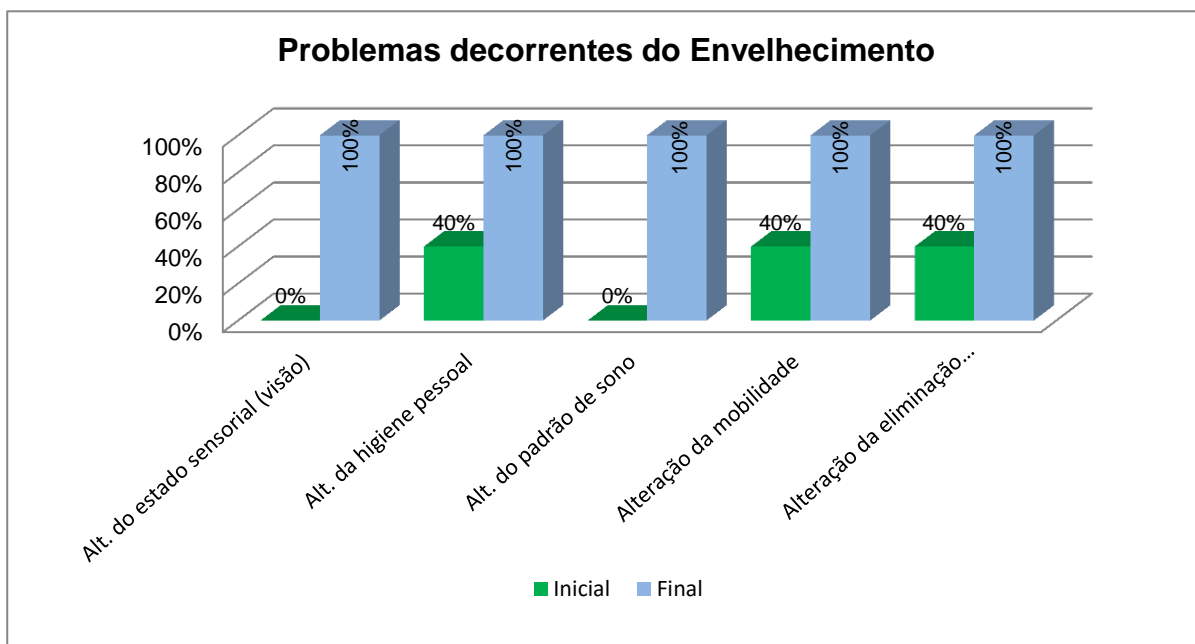
No indicador que se refere à caracterização do **contexto da doença da pessoa idosa** é interessante foi interessante constatar que todos os indicadores definidos tiveram um registo de 100%, verificou-se uma melhoria dos registos que já eram realizados pela equipa de enfermagem e estes passaram a ser complementados com os restantes indicadores. De destacar o conhecimento adquirido pela equipa de enfermagem face à autonomia da pessoa idosa em relação ao: seu regime terapêutico, seus hábitos e o conhecimento que a pessoa idosa manifesta do impacto que as limitações da visão têm na sua vida, sendo que esta informação é de uma importância extrema para o planeamento do regresso a casa da pessoa idosa após a realização da cirurgia oftálmica.

Gráfico 28 – Resultados relativos ao indicador “Contexto da Doença da pessoa idosa ”- fase de diagnóstico



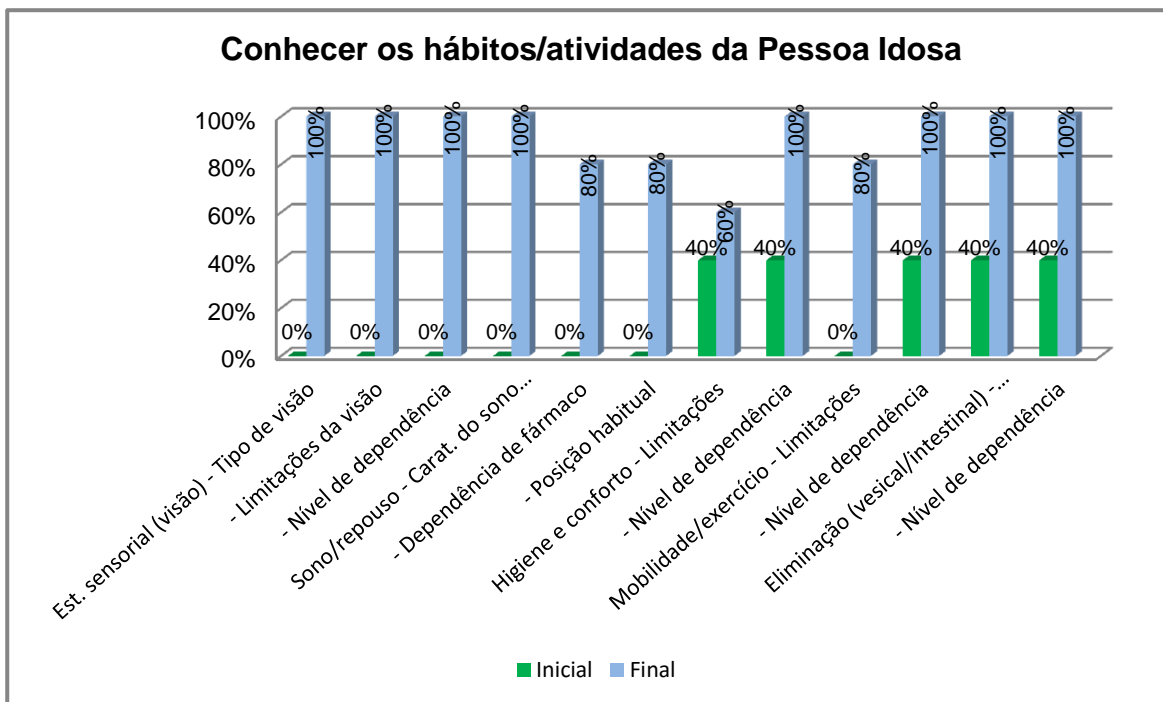
Quanto ao registo dos **problemas decorrentes do envelhecimento**, a equipa revelou preocupação em adquirir conhecimento aos níveis de todos os indicadores. Antevendo que o conhecimento das alterações previamente existentes na pessoa idosa, poderão ser determinantes no seu processo de alta e planeamento do regresso a casa.

Gráfico 29 – Resultados relativos ao indicador “Problemas decorrentes do Envelhecimento”- fase de diagnóstico



Quanto ao conhecimento que a enfermeira tem dos **hábitos/atividades da pessoa idosa**, foi possível verificar uma melhoria dos registos ao nível dos vários indicadores. Segundo a análise feita, houve situações em que ao não se verificar dependência ou limitação a nível do indicador o seu registo não foi efetuado.

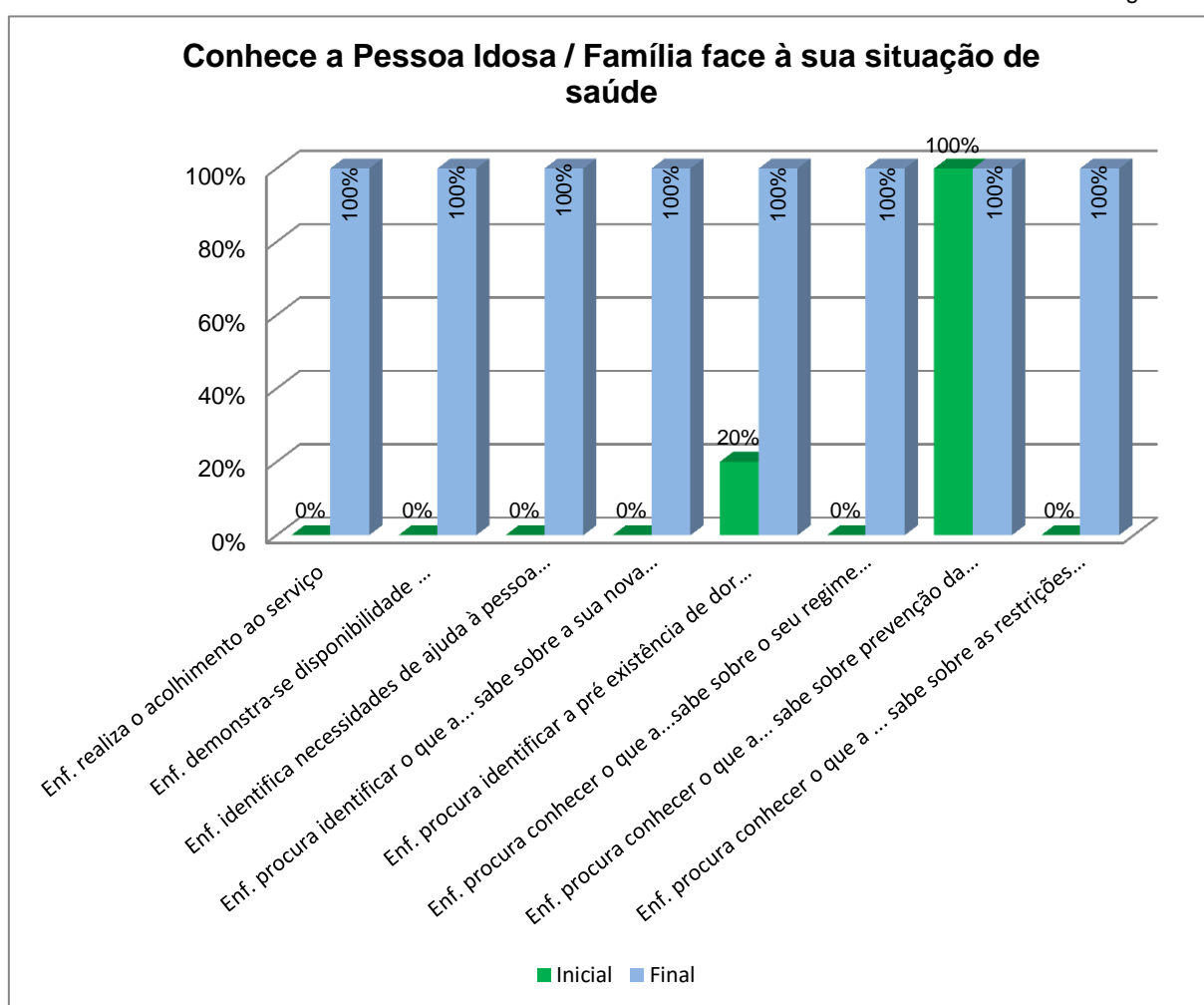
Gráfico 30 – Resultados relativos ao indicador “Conhece os hábitos/atividades da Pessoa Idosa”- fase de diagnóstico.



2ª Fase do Modelo de Parceria – Envolver-se (Gomes, 2013)

Nesta fase, os indicadores procuram desenvolver o conhecimento que os enfermeiros têm da **pessoa idosa/família face à sua situação de saúde**. É possível constatar que as diferenças entre os dois momentos de avaliação de registos, são enormes, o que revela a consciencialização da equipa de enfermagem para a necessidade e importância de obter informação sobre a pessoa idosa ou família face à sua situação de saúde.

Gráfico 31 – Resultados relativos ao indicador “Conhece a Pessoa Idosa/Família face à sua situação de saúde”- fase de diagnóstico



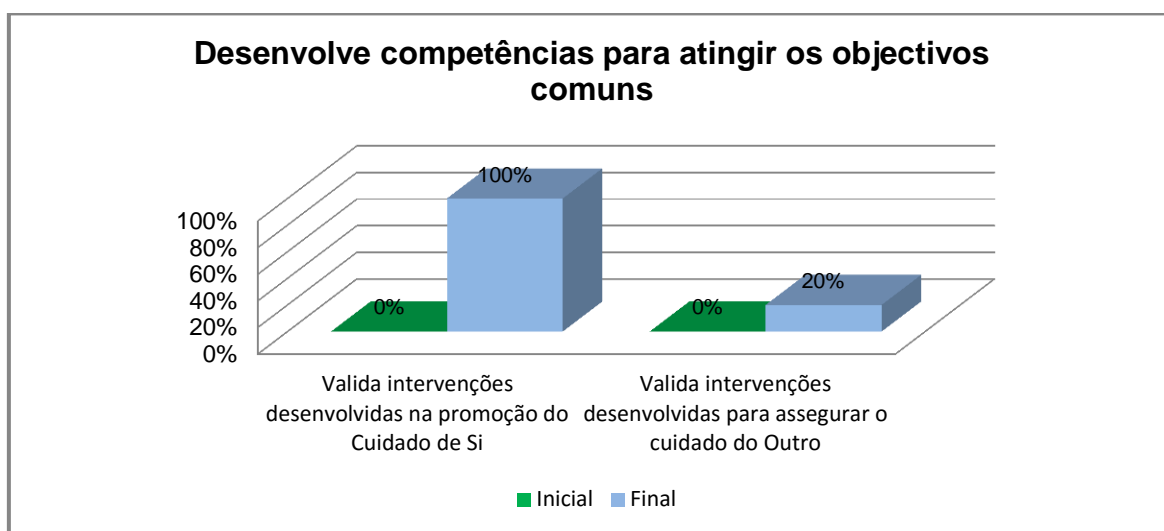
3ª Fase do Modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar (Gomes, 2013)

Na análise do indicador **partilha o poder/construção de uma ação conjunta**, é possível verificar que na fase de diagnóstico os registos eram muito escassos.

4ª Fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se (Gomes, 2013)

No indicador **desenvolve competências para atingir os objetivos comuns**, foi possível verificar que na totalidade dos processos se registou a informação relativa ao indicador. Num dos processos analisados, verificou-se a existência de um registo em que a pessoa idosa não tinha desenvolvido competências para assumir o cuidados de Si, pelo que no foi contemplado, a capacitação e validação das intervenções desenvolvidas na família para assegurar o cuidados do Outro.

Gráfico 33 – Resultados relativos ao indicador “Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns ”- fase de diagnóstico



5ª Fase do Modelo de Parceria – Assumir o Controlo de Si/Assegurar o Cuidado do Outro (Gomes, 2013)

Na análise do indicador **assumir o cuidado de Si**, verificou-se o registo na totalidade dos indicadores definidos, tanto ao nível da pessoa idosa como da família quando necessário. Os registos aparentam uma melhor preparação da pessoa idosa e sua família no regresso a casa após cirurgia oftálmica.

Gráfico 34 – Resultados relativos ao indicador “Assumir o Cuidado de Si” - fase de diagnóstico

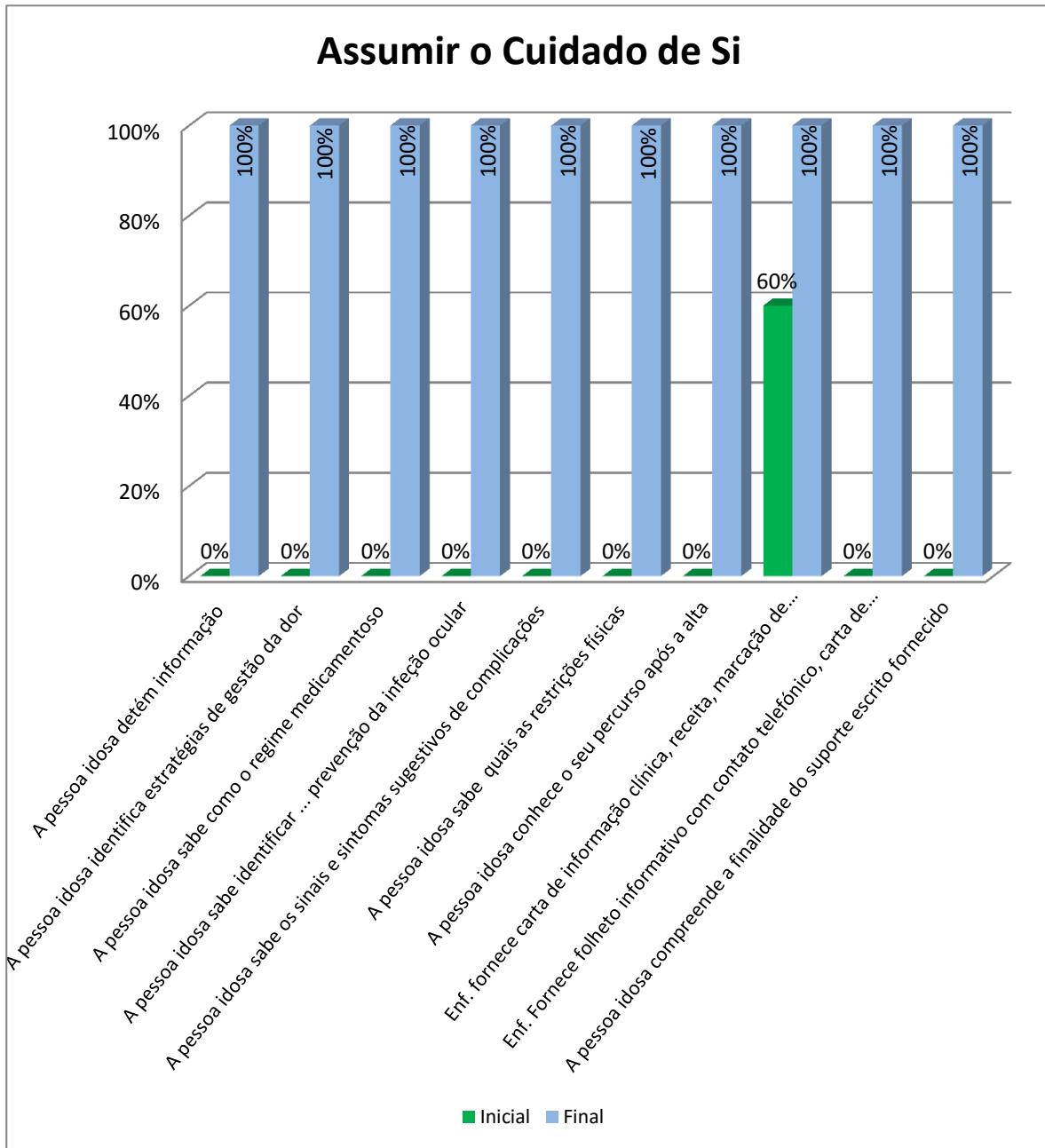
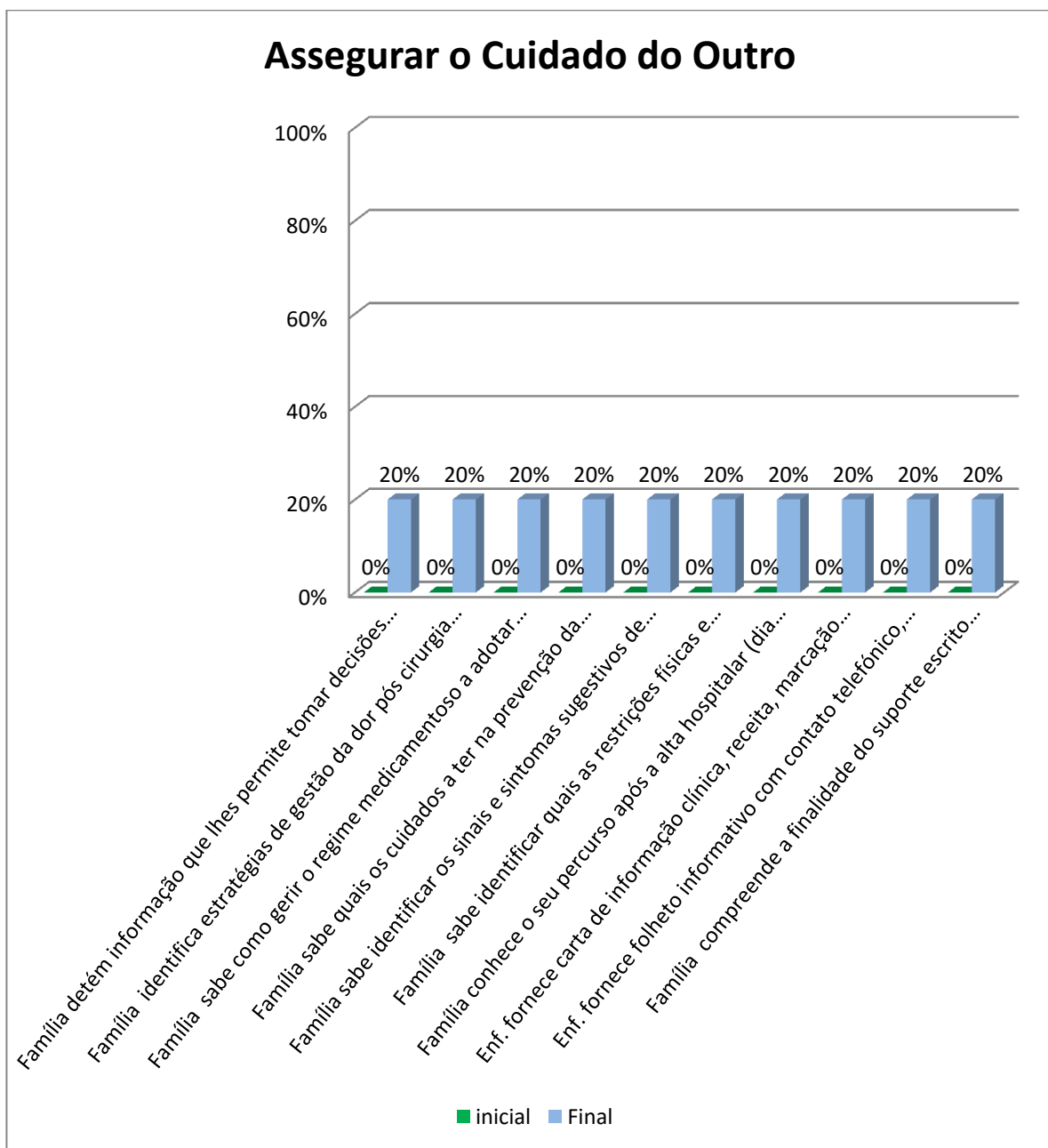


Gráfico 35 – Resultados relativos ao indicador “Assegurar o Cuidado do Outro ”- fase de diagnóstico



Reflexão Final

A análise comparativa dos registos de enfermagem foi realizada com recurso à grelha de observação anteriormente identificada e sustentada no Modelo de Parceria (Gomes, 2013), onde é colocado em evidência a importância de se conhecer a pessoa idosa, capacitá-la e promover a sua autonomia para o cuidado de Si.

Com base na interpretação comparativa dos dados registados pela equipa de enfermagem entre a fase diagnóstico e a fase final do projeto, é possível concluir que se verificou uma melhoria muito significativa do registo e da qualidade da informação registada pelos enfermeiros do serviço.

A evolução foi bastante evidente na primeira fase do modelo de parceria – **Relevar-se**, que ao nível de todos os indicadores se verificou um aumento da informação registada. Este aumento repercute-se em informação e conhecimentos adquiridos sobre a pessoa idosa, refletindo o empenho e envolvimento dos profissionais a nível de um cuidado em parceria, para o qual é necessário desenvolver um conhecimento da pessoa, dos seus contextos de vida e doença, das suas potencialidades e recursos, de modo, a que de uma forma conjunta e negociada se encontrem estratégias que permitam atingir os objetivos definidos, com base no seu projeto de vida e saúde da pessoa idosa.

Na segunda fase do modelo de parceria – **Envolver-se**, todos os indicadores viram o seu preenchimento ser realizado na totalidade dos processos, o que revela de algum modo, a criação de um ambiente propício ao diálogo, no qual é possível estabelecer uma relação de confiança e onde se verifica por parte da equipa de enfermagem disponibilidade para ouvir ou conversar, identificando assim, as necessidades no regresso a casa da pessoa idosa/família.

É na terceira fase do modelo de parceria – **Capacitar ou Possibilitar**, que a enfermeira, partilha poder e promove a construção de uma ação conjunta, em que procura desenvolver com a pessoa idosa uma ação conjunta que tenha por objetivo o desenvolvimento de competências na pessoa idosa para que esta possa prosseguir com o seu projeto de vida e sobre ele agir e decidir. A evolução ocorrida a nível do registos dos indicadores contemplados nesta fase, torna evidente a

apropriação da equipa de enfermagem do modelo de parceria e mobilização de conhecimentos a nível das fases anteriores, de modo a identificar e partilhar, a informação considerada necessária para em parceria com a pessoa idosa tornar as suas capacidades potenciais em capacidades reais, permitindo à pessoa idosa o poder de decidir sobre o seu projeto de vida e saúde.

Está implícito na quarta fase do modelo de parceria - **Comprometer-se**, a validação das intervenções desenvolvidas em que a equipa de enfermagem demonstrou uma mudança notável, não só ao nível da informação registada, mas também, da sua atitude perante a pessoa idosa/ família, promovendo momentos de validação dos conhecimentos em várias fases do internamento.

É na quinta fase do modelo de parceria - **Assumir o Controlo de Si/Assegurar o Cuidado do Outro**, que se promove que a pessoa idosa assuma o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, o caminho percorrido pela equipa de enfermagem, pelas pessoas idosas e sua famílias, parece estar refletido nos registos de enfermagem nesta ultima fase do modelo de parceria. Ficou demonstrada uma maior preocupação na recolha de informação, que ajuda a caracterizar e identificar as necessidades e capacidades da pessoa idosa, permitindo conhecer a pessoa idosa de uma forma individualizada e na sua globalidade. O percurso desenvolvido em parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa/família, aparenta ter promovido e desenvolvimento de competências para assumir o cuidado de Si, ou assegurar o cuidado do Outro.

A apresentação dos resultados foi realizada à equipa de enfermagem para que a mesma tome consciência da sua evolução a nível das práticas de enfermagem, dos ganhos e benefícios do modelo de parceria na preparação da pessoa do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

**APÊNDICE XVII – Guião, Corpo e Análise da Entrevista à Pessoa
Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família após a
implementação das Intervenções Educativas**

Guião da Entrevista à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família após a implementação das Intervenções Educativas

Após a implementação do projeto, foi pertinente entrevistar as pessoas idosas e famílias envolvidas, de forma a compreender, se a implementação do cuidado em parceria enquanto intervenção de enfermagem, teve repercussão na capacitação e preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica no seu regresso casa.

As entrevistas realizaram-se no período de 12 de janeiro a 12 de fevereiro de 2016, e envolveram 5 pessoas idosas submetidas a cirurgia oftálmica e 5 familiares que os acompanharam durante o período de internamento.

Considerou-se importante a introdução de uma terceira questão, que foi colocada à pessoa idosa e sua família na 1ª consulta de seguimento, que procurou identificar as suas dificuldades ou preocupações já depois do regresso a casa.

À pessoa idosa, foram colocadas as seguintes questões:

- 1 - Quais as suas principais preocupações com o regresso a casa, após a cirurgia oftálmica a que foi submetido?
- 2 - Sente que lhe foram explicados todos os cuidados que deveria ter com o olho operado?
- 3 - Houve alguma preocupação em particular que gostaria ter visto esclarecida, em relação aos cuidados com o seu olho operado?

À família foi perguntado:

- 1 - Quais as suas principais preocupações com o regresso a casa do seu familiar, após a cirurgia oftálmica a que foi submetido?
- 2 - Sente que foram explicados ao seu familiar todos os cuidados que deveria ter com o olho operado?
- 3 - Houve alguma preocupação em particular que gostaria ter visto esclarecida, em relação aos cuidados com o seu familiar?

Corpo das Entrevistas realizadas à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família - 1ª Questão

Pessoa Idosa 1 _____

O que me preocupa mais, é se volta a infeção como foi desta vez. Sabe, eu não via nada deste olho, por isso nem sei como aconteceu a infeção. Eu vivo sozinha, e conseguia fazer tudo, mesmo só vendo de um olho, por isso voltar à minha casa não é preocupação, o que me atormenta é o medo de voltar a criar infeção.

Família 1 _____

A principal preocupação que todos temos, é que ela continua a insistir que quer ir para a casa dela. Apesar de vivermos próximo preocupa-me que ela fique sozinha em casa.

Tem 2 filhos e 5 netos e é o “Ai Jesus “da família”, porque sempre foi uma mulher de força. Já decidimos com ela, vai ficar os primeiros dias na minha casa até se adaptar a esta situação e depois em principio volta para a casa dela, porque também é verdade...ela já não via deste olho e fazia tudo na casinha dela.

Vamos em família, como sugeriu...passar em casa dela conforme as disponibilidades, em diferentes horas do dia para ela estar a mais acompanhada possível.

Pessoa Idosa 2 _____

Já tive cataratas, fui operado às duas e correu tudo bem. Agora, agora não sei...a conversa é outra...sabe a retina caiu. Em Novembro caí na rua a fugir de um cão e em meados de janeiro comecei a ver umas moscas pretas a andar de um lado para o outro. Agora neste momento só vejo claridade...posso não ficar bem e com é que vai ser. Tenho medo que volte a acontecer...tenho uma filha em Londres e sou só eu e a mulher.

Família 2 _____

O pior acho que já foi, agora depois da operação, o importante é que ele siga as instruções que a Enfermeira deu. Eu ouvi tudo, mas tenho alguns medos. Que ele se canse da posição, sei lá...o mais importante é que ele fique a ver, vamos esperar que sim.

Pessoa Idosa 3

As minhas preocupações enfermeira...as minhas preocupações são a vida, a vida lá em casa e aqui no hospital.

Já é a terceira vez que venho para fazer a cirurgia a este olho. Em dezembro ainda via uma luz, quando vim fazer a primeira cirurgia, mas não correu bem...voltou a descolar a retina. Há 15 dias vim e tinha uma conjuntivite, não pude ser operado, e agora vamos ver como fico, não vejo nada. Cada vez que venho, tenho que deixar a minha mulher que tem Alzheimer, sou eu que cuido dela, e a preocupação é comigo e com ela, mesmo quando for para casa, não vai ser fácil, vamos ver, as filhas dizem que vão ajudar.

Família 3

Sabe Sr^a Enfermeira o facto de ser a segunda vez que passamos por esta situação facilita o processo, porque as coisas já não são novidade. Claro que a nossa preocupação é com o meu pai e com a sua recuperação, mas...ficamos sempre preocupados com a minha mãe, ela tem Alzheimer e é ele que cuida dela, é muito complicado. Desta vez, arranámos, eu e a minha irmã uma pessoa que fique lá em casa durante o dia, que faça mais ou menos a lida, as refeições e olhe pela minha mãe, para que o meu pai se possa concentrar mais na recuperação.

Pessoa Idosa 4

Estou preocupado por não ver neste momento, sinto que não estou preparado para ficar assim.

Um dia estava tudo bem e de repente fiquei assim sem ver deste olho.

Preciso de ficar bem porque a esposa também é uma pessoa doente e sou eu que a ajudo. Tenho medo que haja alguma complicação, com tudo o que aconteceu até agora! Quando regressar as filhas vão dar uma ajuda lá em casa...duas moram ao pé de mim...e querem que eu fique bem. Vão ajudar com as comidas e com as compras principalmente, para eu ficar mais sossegado.

Família 4

O principal é que ele volte a ver, foi tudo tão repentino que estamos todos um bocadinho assustados. Já nos foi dito que a recuperação é lenta e que a visão não volta de repente...mas é uma preocupação muito grande.

Pessoa Idosa 5 _____

Não estou muito preocupada porque já fui operada ao olho e correu tudo bem, foi há mais ou menos 2 anos, foi aqui com vocês e fui para casa no mesmo dia, desta vez tenho que cá ficar mas vai correr tudo bem.

Família 5 _____

É uma situação pela qual já passamos, por isso não temos nenhuma preocupação em particular. As coisas correram, bem por isso estamos descansados.

Corpo das Entrevistas realizadas à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família - 2ª Questão

Pessoa Idosa 1 _____

Acho que sim, a S^a Enfermeira já me tinha explicado tudo no outro dia. Explicou como havia de fazer as coisas quando fosse para casa, e os cuidados que devia ter, e hoje para além de ser eu a dizer, tive de dizer e fazer...

O mais importante é sempre lavar as mãos e tapar sempre os frascos... não quero ter infeção. Quando ponho as gotas, também não deve deixar o frasco tocar no olho e devo tomar atenção à horas, e tenho que ter cuidado com o banho por causa do sabão.

Tenho os documentos para o centro de saúde... a minha filha também ouviu tudo, senão souber alguma coisa posso ligar para vocês, ou vejo o que diz o folheto com as instruções, para a semana tenho cá consulta.

Família 1 _____

Penso que sim. Assisti às indicações que lhe deram e a parte de ser ela a praticar a pôr as gotas e a lavar as mãos, eu acho que foi muito importante para ela e para mim. Fazer com que a infeção não volte é muito importante, e todas as indicações parecem ser muito importantes para não voltar a acontecer.

Desde o banho, à importância da lavagem das mãos para não haver mais complicações, e se houver dúvidas temos o folheto com as informações para depois da cirurgia que podemos sempre ler ou telefonar, para a semana já cá estamos outra vez.

Pessoa Idosa 2

Eu acho que a sua colega explicou tudo, ela falou que não posso ir à rua para a retina que caiu ficar colada, tenho que descansar e até me ensinou como por as gotas...mas isso eu não fui capaz, teve que explicar à minha mulher. Também falou do tomar do banho, mas a minha mulher tem que me ajudar senão como vou fazer?

Tenho aqui muitos papéis...a receita para ir comprar...o relatório para o médico e para a enfermeira quando lá for, a consulta cá... e quando não me lembrar de alguma coisa a sua colega deixou este folheto para lermos em casa, já me tinham dado um na consulta mas vou guardar tudo.

Família 2

Sim, a sua colega explicou a razão por que as coisas se deviam fazer, por causa das infeções e complicações de voltar a descolar, como era a posição em que ele devia ficar, como devia por as gotas e tomar banho, e teve de me ensinar a mim como por as gotas e as horas porque ele não foi capaz. Acho que nos vamos aguentar, somos só nós os dois e temos a ajuda de alguns vizinhos quando precisamos. Tenho o folheto se não me lembrar de algumas coisas, e foi muito importante fazer com a enfermeira para saber se estava a fazer bem.

Pessoa Idosa 3

Sim, parte do que me foi explicado eu já sabia...já me tinham dito das outras vezes. Tenho que cumprir a posição para a esquerda, para evitar que volte a descolar a retina ou haja outras complicações. Tenho que lavar sempre as mãos antes e depois de mexer no olho.

Desta vez tentei por as gotas como a sua colega e consegui, às vezes tocam no olho e até limpava logo o frasco, mas agora já tenho uns truques para não fazer assim, é mais ou menos igual à primeira vez.

Tenho os documentos, pode ser preciso ir ao Centro de Saúde para o doutor e a enfermeira saberem o que aconteceu, e se precisar tenho o vosso folheto para não me esquecer dos cuidados e para a semana estou cá na consulta.

Família 3

Sim, penso que sim...ouvi as orientações e até o vi a colocar as gotas...que não é fácil, e nem sabia que ele tinha dificuldade.

Acho que esta vez, ele vai melhor preparado e nós também estamos mais bem organizados para o ajudar, já conhecemos bem os riscos deste tipo de

operação. Penso que ele assim vai ter tempo para poder descansar e recuperar, além disso tem mesmo que cumprir a indicação de repouso. De resto já era muito cuidadoso com a lavagem das mãos. Qualquer dúvida, temos o folheto ou podemos telefonar. O meu pai tem os documentos para o centro de saúde e da próxima consulta.

Pessoa Idosa 4 _____

A outra sua colega explicou-me tudo direitinho no 1º dia e até andei a treinar como ia por as gotas e os horários, para não andar sempre a pedir à esposa, as mãos têm de estar sempre lavadas antes de pegar nos frascos ou mexer no olho. E hoje que me vou embora voltamos a rever tudo...a minha filha até achou piada.

Tenho de estar o maior tempo possível virado para o lado esquerdo e tenho que ter cuidado para não ter infeções no olho e não fazer nada de esforços.

Levo aqui a minha cartinha que a enfermeira me deu, para se tiver duvidas ler o que diz o folheto...e tenho os outros documentos todos, daqui, do centro de saúde...as receitas e relatórios.

Família 4 _____

Eu penso que sim, foi tudo explicado de uma forma muito simples, mas falamos de tudo o que penso que é importante: as complicações, o que se deve fazer para evitar infeções, a importância dele manter aquela posição e como deve fazer a medicação. Levamos tudo, a receita, os relatórios para o médico e a enfermeira do Centro de Saúde...e ele já ficou com o vosso folheto e com a marcação da consulta...penso que e para a semana.

Pessoa Idosa 5 _____

Sim, já sabia alguma coisa...como ter cuidado com os movimentos da cabeça e ao baixar, mas outras coisas foi diferente. Tenho que ter cuidados com os banhos e o champô para não escorrer para os olhos, para não criar inflamações.

Foi bom fazer com a enfermeira a colocação das gotas, às vezes era difícil, mas agora acho que já vou fazer melhor.

À...tenho que lavar sempre as mãos ...não me vou esquecer, não quero ficar com nenhuma infeção, da outra vez fiquei tão bem!

Tenho tudo comigo, para a semana volto para ser vista e sei que se tiver dúvidas posso telefonar ou vou ver primeiro no folheto o que diz, o meu filho também sabe...

Família 5

Sim, acho que os cuidados que ela tem que ter depois da operação foram bem explicados, ela percebeu e nós também.

Até acho que a ajudou aquele treino que fizeram de por as gotas e falar das horas, ela às vezes tinha dificuldade e nós trabalhamos é difícil ajudar durante o dia. O resto já sabíamos mais ou menos e para a semana voltamos para ser vista.

Corpo das Entrevistas realizadas à Pessoa Idosa submetida a Cirurgia Oftálmica e à sua Família - 3ª Questão

Pessoa Idosa 1

Não, acho que correu tudo bem.

Estive os primeiros dias na casa da minha filha...ela achou melhor...mas eu também achei. Ao fim de alguns dias fui para a minha casinha, nós vivemos perto uma da outra. Fiz tudo como me explicou, não andei muito na rua nem ao vento, lavei sempre as mãos antes de tocar nos frascos e fechava-os logo. O primeiro banho foi o mais difícil, mas a minha filha ajudou-me para o champô não ir para a cara. Fui fazendo as minhas coisas em casa, disseram que não precisava de ficar quieta.

Família 1

Olhe, S^a Enfermeira parece impossível porque são 88 anos, mas as coisas acorreram bem.

Tive que a deixar ir para casa dela ao fim de três dias, porque não parava de dizer que queria era estar ao pé das coisas dela. Mas fez tudo muito certinho, e quando não tinha a certeza pedia-me para lhe ler o folheto. Agora na casa dela fomos nós que tivemos de nos adaptar, a minha irmã passa de manhã e eu ao final do dia, durante o dia telefono para lembrar a hora da medicação, os meus sobrinhos vão passando durante o dia conforme os horários.

Até agora tem corrido tudo bem, e o olho parece estar a sarar sem problemas. Vamos ver...

Pessoa Idosa 2

Não, estes dias em casa correram bem, às vezes não me lembrava muito bem de alguma coisa e a mulher lia logo naquele folheto que levei, para saber como devíamos fazer. Ainda não estou a ver bem, está mais ou menos, já vejo a figura das pessoas, mas lá também dizia que era normal.

Família 2

Até agora, S^a Enfermeira as coisas correram bem, fiz tudo como me ensinaram, ele é muito teimoso e às vezes não se queria deitar, mas o vizinho lia o que dizia no papel e ele ficava com medo da retina cair outra vez. Eu tenho posto as gotas com as mãos lavadas. O banho é sempre mais complicado, mas pomos pouco champô e ele inclina a cabeça.

Pessoa Idosa 3

Preocupação...preocupação, não, acho que fui informado do essencial. Estou é dececionado porque continuo sem ver. As minhas filhas arranjaram uma pessoa para ficar em casa durante o dia com a mãe...tenho tentado cumprir à risca o que me foi dito...mas este olho...tem sido muito difícil.

Família 3

Não, penso que não. A informação que levamos foi importante e ajudou muito em casa. Sabe, o meu pai sabia perfeitamente o que fazer em relação a si, a preocupação dele foi sempre a minha mãe e isso não o deixava sossegar.

Ele ainda não está a ver e isso deixa-o um pouco deprimido...vamos ver como corre.

Pessoa Idosa 4

Ó enfermeira não, correu tudo bem, sem grandes problemas...Estava sempre a ler o folheto para saber o que era normal e não era, que era para não me preocupar. Portei-me bem porque as filhas ajudaram a mãe com as coisas mais pesadas de casa e eu pude descansar.

Tive muito cuidado com as infeções, como disse:” Nunca se pega num frasco sem ter a mão lavada”, e a minha esposa até estava admirada como eu punha as gotas. Já estou a ver vultos e algumas sombras com cor. Acho que está a correr bem.

Família 4

Penso que o meu pai percebeu perfeitamente o que lhe tinham explicado e esteve sempre muito empenhado em fazer tudo direitinho, e fez tudo religiosamente como lhe disseram, procuramos ajudar com a minha mãe e com a casa para que ele ficasse mais descansado. Ele já está a ver um pouco e está muito contente. O folheto que levou para ele foi uma cartilha como ele diz, todos os dias lia para saber exatamente o que poderia ser considerado normal ou não.

Pessoa Idosa 5

Ó Sr^a Enfermeira, correu tudo bem...não tenho tido dores, tenho tido cuidados com os movimentos e tenho conseguido por as gotas a horas...senão o marido lembra-me logo. É mais fácil quando é o segundo olho e já sabemos o que vai acontecer.

Família 5

Não Sr^a Enfermeira, correu tudo bem, a minha mãe esteve sempre na casa dela e conseguiu cumprir o que lhe tinham dito. Às vezes se não se lembrava de alguma coisa...como se podia ou não ver a televisão...e coisas assim, ía ver ao vosso folheto.

Análise de Conteúdo da Entrevista realizada à Pessoa Idosa, após a implementação das Intervenções Educativas

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
NOVA CONDIÇÃO DE SAÚDE	Demonstra preocupação com o processo de saúde - Visão	<p>“O que me preocupa mais, é se volta a infeção como foi desta vez.” – PI1</p> <p>“ (...) só vejo claridade...posso não ficar bem e com é que vai ser.” - PI2</p> <p>“ (...) não pude ser operado, e agora vamos ver como fico, não vejo nada” – PI3”</p> <p>“Estou preocupado por não ver neste momento, sinto que não estou preparado para ficar assim.” – PI4</p>
DEMONSTRA PREOCUPAÇÃO COM OS CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra preocupação com as complicações associadas à cirurgia oftálmica	<p>“ (...) o que me atormenta é o medo de voltar a criar infeção.” - PI1</p> <p>“Tenho medo que volte a acontecer” – PI2</p> <p>“O que me garante que fico bem e não volta a acontecer.” – PI3</p> <p>“Tenho medo que haja alguma complicação, com tudo o que aconteceu até agora!” – PI4</p>
	Demonstra preocupação com as atividades instrumentais de vida diárias	<p>Cada vez que venho, tenho que deixar a minha mulher que tem Alzheimer, sou eu que cuido dela, e a preocupação é comigo e com ela” - PI3</p> <p>“ (...) Preciso de ficar bem porque a esposa também é uma pessoa doente e sou eu que a ajudo.” - PI4</p>
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre a prevenção de infeções associadas à cirurgia oftálmica	<p>“ (...) lavar as mãos e tapar sempre os frascos...não quero ter infeção”, ter cuidado com o banho por causa do sabão.” – PI1</p> <p>“Tenho que lavar sempre as mãos antes e depois de mexer no olho.” – PI3</p> <p>“ (...) mãos têm de estar sempre lavadas antes de pegar nos frascos ou mexer no olho” – PI4</p> <p>“Tenho que ter cuidados com os banhos e o champô para não escorrer para os olhos, para não criar inflamações.” – PI5</p>
	Demonstra conhecimento sobre as restrições da atividade física	<p>“ (...) disseram que não precisava de ficar quieta.” – PI1</p> <p>“ (...) ela falou que não posso ir à rua, tenho que descansar...” – PI2</p> <p>“ Tenho que cumprir a posição para a esquerda, para evitar que volte a descolar a retina” – PI3</p> <p>“ (...) estar o maior tempo possível virado para o lado esquerdo” – PI4</p> <p>“ (...) como ter cuidado com os movimentos da cabeça e ao baixar” – PI5</p>

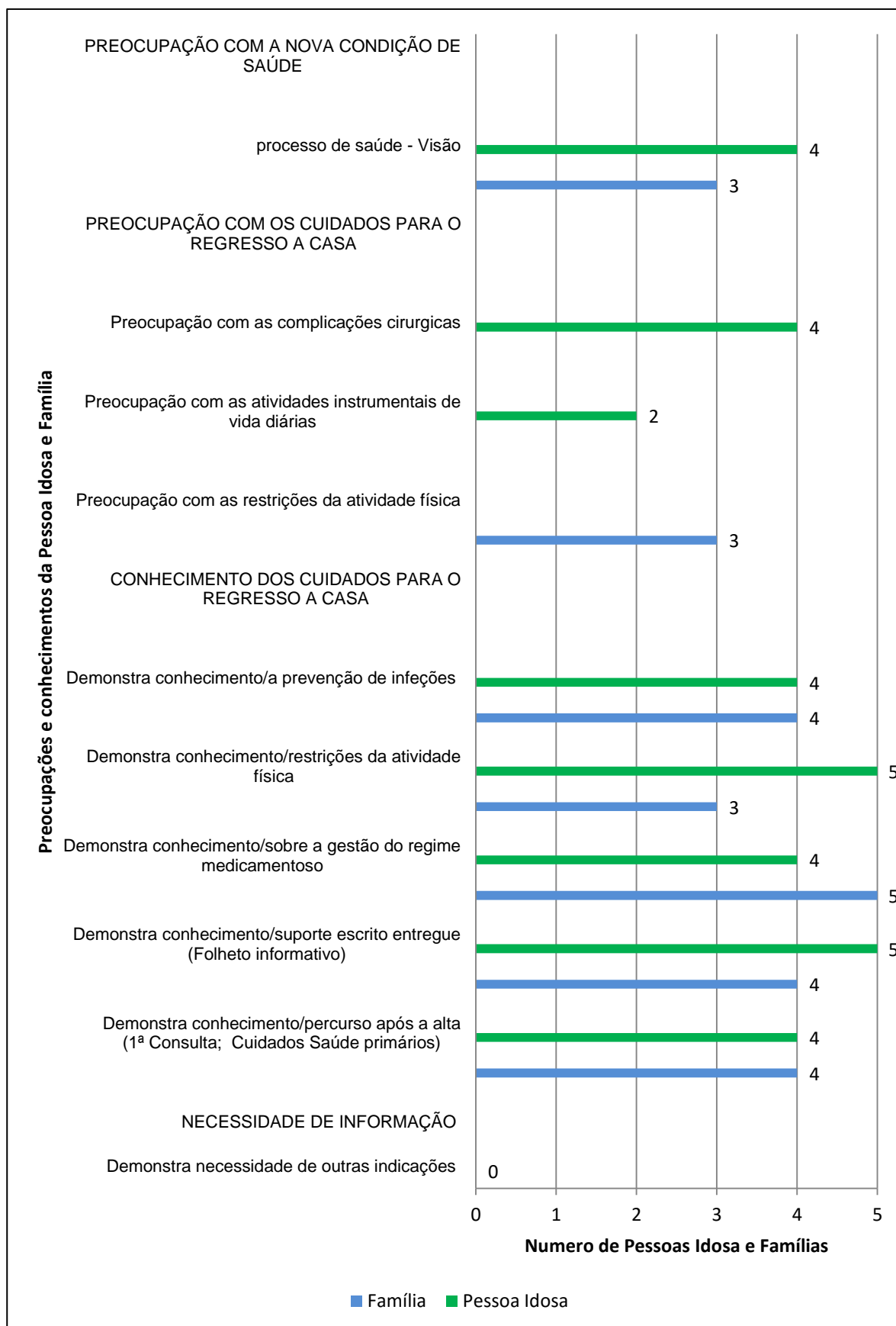
ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso	<p>“ (...) ponho as gotas, também não deve deixar o frasco tocar no olho e devo tomar atenção à horas,” – PI1</p> <p>“Destas vezes tentei por as gotas como a sua colega e consegui” – PI3</p> <p>“ (...) andei a treinar como ia por as gotas e os horários, para não andar sempre a pedir à esposa, e hoje que me vou embora voltamos a rever tudo” – PI4</p> <p>“ (...) a colocação das gotas, às vezes era difícil, mas agora acho que já vou fazer melhor.” – PI5</p>
	Demonstra conhecimento sobre suporte escrito entregue	<p>“ (...) senão souber alguma coisa posso ligar para vocês, ou vejo o que diz o folheto com as instruções” – PI1</p> <p>“ (...) folheto para lermos em casa, já me tinham dado um na consulta mas vou guardar tudo.” – PI2</p> <p>“se precisar tenho o vosso folheto para não me esquecer dos cuidados” – PI3</p> <p>“Levo aqui a minha cartinha que a enfermeira me deu, para se tiver dúvidas ler” – PI4</p> <p>“ (...) se tiver dúvidas posso telefonar ou vou ver primeiro no folheto o que diz, o meu filho também sabe...” – PI5</p>
	Demonstra conhecimento sobre percurso após a alta hospitalar	<p>“Tenho os documentos para o centro de saúde (...) para a semana tenho cá consulta. – PI1</p> <p>“ (...) o relatório para o médico e para a enfermeira quando lá for, a consulta cá” – PI2</p> <p>“Tenho os documentos, pode ser preciso ir ao Centro de Saúde (...) e para a semana estou cá na consulta.” – PI3</p> <p>“ (...) e tenho os outros documentos todos, daqui, do centro de saúde...as receitas e relatórios.” PI4</p> <p>“Tenho tudo comigo, para a semana volto para ser vista” – PI5</p>
NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO	Demonstra necessidade de outras indicações ou informação	<p>“Não, acho que correu tudo bem. (...) O primeiro banho foi o mais difícil, mas a minha filha ajudou-me para o champô não ir para a cara.” – PI1</p> <p>“Não, estes dias em casa correram bem, às vezes não me lembrava muito bem de alguma coisa e a mulher lia logo naquele folheto que levei, para saber como devíamos fazer” – PI2</p> <p>“Preocupação...preocupação, não, acho que fui informado do essencial. (...) As minhas filhas arranjaram uma pessoa para ficar em casa durante o dia com a mãe...” – PI3</p> <p>“Ó enfermeira não, correu tudo bem, sem grandes problemas...Estava sempre a ler o folheto para saber o que era normal e não era” – PI4</p> <p>“ Ó Srª Enfermeira, correu tudo bem...não tenho tido dores, tenho tido cuidados com os movimentos e tenho conseguido por as gotas a horas” – PI5</p>

Análise de Conteúdo da Entrevista realizada à Família, após a implementação das Intervenções Educativas

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
NOVA CONDIÇÃO DE SAÚDE	Demonstra preocupação com o processo de saúde - Visão	<p>“ (...) o mais importante é que ele fique a ver” – F2</p> <p>“Claro que a nossa preocupação é com o meu pai e com a sua recuperação” – F3</p> <p>“O principal é que ele volte a ver, ...mas é uma preocupação muito grande” – F4</p>
DEMONSTRA PREOCUPAÇÃO COM OS CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra preocupação com as restrições da atividade física	<p>“ (...) preocupa-me que ela fique sozinha em casa.” – F1</p> <p>“Que ele se canse da posição, sei lá...” – F2</p> <p>“Mas...ficamos sempre preocupados com a minha mãe, ela tem Alzheimer e é ele que cuida dela” – F3</p>
CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre as restrições da atividade física	<p>“ (...) como era a posição em que ele devia ficar (...) como devia por as gotas e tomar banho” – F2</p> <p>“ (...) além disso tem mesmo que cumprir a indicação de repouso” – F3</p> <p>“ (...) a importância dele manter aquela posição” – F4</p>
	Demonstra conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso	<p>“Assisti às indicações que lhe deram e a parte de ser ela a praticar a pôr as gotas” – F1</p> <p>“ (...) teve de me ensinar a mim como por as gotas e as horas porque ele não foi capaz.” – F2</p> <p>“ (...) ouvi as orientações e até o vi a colocar as gotas” – F3</p> <p>“ (...) como deve fazer a medicação” – F4</p> <p>“Até acho que a ajudou aquele treino que fizeram de pôr as gotas e falar das horas, ela às vezes tinha dificuldade” – F5</p>
	Demonstra conhecimento sobre suporte escrito entregue	<p>“ (...) temos o folheto com as informações para depois da cirurgia que podemos sempre ler ou telefonar.” – F1</p> <p>“Tenho o folheto se não me lembrar de algumas coisas” – F2</p> <p>“Qualquer dúvida, temos o folheto ou podemos telefonar.” – F3</p> <p>“ (...) e ele já ficou com o vosso folheto” – F4</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
<p>CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PARA O REGRESSO A CASA</p>	<p>Demonstra conhecimento sobre percurso após a alta hospitalar</p>	<p>“ (...) para a semana já cá estamos outra vez.” – F1 “O meu pai tem os documentos para o centro de saúde e da próxima consulta.” – F3 “Levamos tudo, a receita, os relatórios para o médico e a enfermeira do Centro de Saúde (...) com a marcação da consulta...penso que e para a semana.” – F4 “ (...) e para a semana voltamos para ser vista.” – F5</p>
<p>NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO</p>	<p>Demonstra necessidade de outras indicações ou informação</p>	<p>“Olhe, S^a Enfermeira parece impossível porque são 88 anos, mas as cisas correram bem. (...) nós que tivemos de nos adaptar, a minha irmã passa de manhã e eu ao final do dia, durante o dia telefono para relembrar a hora da medicação” – F1 “até agora, S^a Enfermeira as coisas correram bem, fiz tudo como me ensinaram, ele é muito teimoso e às vezes não se queria deitar, (...) O banho é sempre mais complicado, mas pomos pouco champô e ele inclina a cabeça.” – F2 “Não, penso que não. A informação que levamos foi importante e ajudou muito em casa.” – F3 “Penso que o meu pai percebeu perfeitamente o que lhe tinham explicado e esteve sempre muito empenhado em fazer tudo direitinho (...) procurámos ajudar com a minha mãe e com a casa para que ele ficasse mais descansado.” – F4 “Não Sr^a Enfermeira, correu tudo bem, a minha mãe esteve sempre na casa dela e conseguiu cumprir o que lhe tinham dito.” – F5</p>

Gráfico 15 - Resultados relativos às entrevistas à pessoa idosa e sua família



Reflexão

As entrevistas realizadas enquadram-se na fase de avaliação do projeto desenvolvido num serviço de oftalmologia. Têm em conta as estratégias e intervenções de enfermagem desenvolvidas e implementadas em parceria, com o objetivo de promover o cuidado de Si, na pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica.

Ao nível das **preocupações da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família no regresso a casa**, estas relacionam-se em mais de 80% das pessoas idosas entrevistadas, com o seu processo de saúde e recuperação da visão, assim como, com as possíveis complicações que possam surgir e das quais demonstram conhecimentos. A aquisição de conhecimentos ao nível da sua nova condição de saúde, aparenta estar diretamente relacionado com o fato de o processo de capacitação da pessoa idosa, se ter iniciado no momento da admissão no serviço, o que permitiu aumentar o tempo de intervenção, de um cuidado de enfermagem em parceria com a pessoa idosa no sentido desenvolver competências para a capacitar para o regresso a casa. Em duas das situações analisadas, as preocupações com as complicações cirúrgicas, encontram-se diretamente relacionadas com das atividades instrumentais de vida, uma vez que duas das pessoas idosas entrevistadas, são também elas, cuidadoras e responsáveis por atividades no domicílio, preocupando-se assim com a capacidade que terão para as manter.

As preocupações manifestadas pela família ao nível das restrições das atividades físicas, prendem-se com o comprimento ou não desta indicação poder conduzir ao aparecimento de complicações cirúrgicas.

Em relação ao **conhecimento dos cuidados para assumir ou assegurar o regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica**, cerca de 80% das pessoas idosas entrevistadas revelam ter adquirido conhecimentos ao nível de todos os indicadores, sendo que, em relação as restrições de atividade física e conhecimento do suporte escrito entregue (folheto informativo), o conhecimento demonstrado foi de 100%. O envolvimento das famílias ao longo do período de internamento, permitiu que as famílias adquirissem o mesmo nível de

conhecimentos que os seus familiares submetidos a cirurgia oftálmica. Deste modo, cerca de 80% dos familiares demonstraram conhecimentos sobre os cuidados para o regresso a casa. Sendo o folheto informativo identificado por 100% das famílias.

Na primeira consulta de seguimento, que se realiza no período aproximado de uma semana após a alta, considerou-se pertinente colocar uma terceira questão, que permitisse compreender se a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica seria capaz de assumir o cuidado de Si. Deste modo, procurou-se identificar junto da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família as **necessidades existentes de informação** ou dificuldades sentidas no regresso a casa.

Foi interessante perceber, que as pessoas idosas entrevistadas na consulta de seguimento, assumiram o cuidado de Si no regresso a casa (à exceção de 1 pessoa idosa, que o cuidado foi assegurado pela família e identificado ainda no decorrer do internamento). Identificaram o banho, como a atividade que lhes fora mais difícil de realizar e na qual tiveram ajuda. O folheto informativo foi reconhecido por todos como um importante suporte a nível de informação e ao qual recorreram para esclarecimento de dúvidas.

Naqueles, que eram cuidadores do seu cônjuge, as famílias nomeadamente, as filhas assumiram esse papel, o que lhes permitiu ter melhores condições de recuperação.

As mudanças ocorridas a nível das práticas de enfermagem, permitiram melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família, as intervenções implementadas visaram melhorar o conhecimento que se tem da pessoa idosa, do seu contexto de vida e saúde, dos problemas de correntes do envelhecimento e recursos. O modelo de parceria de Gomes (2013), permitiu à equipa contextualizar a sua prática e perceber a repercussão da sua ação. A parceria enquanto intervenção de enfermagem com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica, teve como objetivo a sua capacitação para o assumir o cuidado de Si no regresso a casa, a sua importância foi evidente após a análise das entrevistas realizadas, pelo que se considera pertinente a sua apresentação à equipa de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. In M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.

APENDICE XVIII – Plano da Sessão de Formação II

Plano da Sessão de Formação II

TEMA: A parceria como intervenção de enfermagem – contributos na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

POPULAÇÃO – ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do serviço

LOCAL: Sala de reuniões do serviço (biblioteca)

DATA: 12/2/2016 **HORA:** 15:30 **DURAÇÃO PREVISTA:** 30 minutos

FORMADORA: Patrícia Torrado

OBJETIVOS GERAIS:

- Apresentação do estudo de caso à luz do modelo de intervenção em parceria para a Promoção do Cuidado de Si.
- Apresentação dos resultados dos obtidos após a implementação do projeto de intervenção

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.
- Apresentação da análise comparativa de registo de enfermagem – avaliação final/avaliação inicial
- Identificação dos contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família
- Reflexão sobre as mudanças ocorrida ao nível das práticas de cuidados de enfermagem
- Continuidade do projeto no serviço de oftalmologia

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Apresentação do estudo de caso à luz do modelo de intervenção em parceria para a Promoção do Cuidado de Si.	A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10 min.
Apresentação dos resultados dos obtidos após a implementação do projeto de intervenção	Apresentação da análise comparativa de registo de enfermagem – avaliação final/avaliação inicial Identificação dos contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10 min.
Reflexão sobre a parceria como intervenção de enfermagem, implicações futuras no serviço	Reflexão sobre as mudanças ocorrida ao nível das práticas de cuidados de enfermagem Continuidade do projeto no serviço de oftalmologia	Método expositivo	Computador projeção em LCD	10 min.

APÊNDICE XIX – Relatório da Sessão de Formação II

Relatório da Sessão de Formação II

No dia 12 de fevereiro de 2016, foi realizada uma sessão de formação em serviço, intitulada “A parceria como intervenção de enfermagem – contributos na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.” Que decorreu na sala de reuniões do serviço (biblioteca) onde decorre o estágio das 15h e 30m às 16h.

Teve como objetivos gerais, a apresentação e contextualização do projeto de estágio à equipa de enfermagem

Objetivos gerais:

- Apresentação do estudo de caso à luz do modelo de intervenção em parceria para a Promoção do Cuidado de Si.
- Apresentação dos resultados dos obtidos após a implementação do projeto de intervenção

Dos 13 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, 9 estiveram presentes na sessão formação, perfazendo 70% da equipa de enfermagem (entre elas, 1 especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente do idoso), aos 4 enfermeiros ausentes foram realizadas apresentações informais de modo a garantir e promover todo o envolvimento da equipa de enfermagem e a continuidade do projeto.

A sua apresentação à equipa de enfermagem foi determinante para a tomada de consciência das práticas de cuidados de enfermagem, existentes e dos contributos obtidos com a implementação do modelo de parceria de Gomes (2013). Foi apresentado um estudo de caso que procurou demonstrar a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família nas suas diversas fases, exemplificando as estratégias encontradas em conjunto com a pessoa idosa para colmatar as suas necessidades e dificuldades na promoção do assumir o cuidado de Si.

A apresentação comparativa dos registos de enfermagem à equipa de enfermagem entre a fase diagnóstico e a fase final do projeto, permitiu concluir que ocorreu uma melhoria significativa ao nível da qualidade da informação registada pelos enfermeiros do serviço.

A equipa demonstrou uma maior preocupação na recolha de informação, que permitiu identificar as necessidades e capacidades da pessoa idosa, e conhecer cada um dos utentes de uma forma individualizada e na sua globalidade.

A apresentação dos resultados foi realizada à equipa de enfermagem para que a mesma tome consciência da sua evolução a nível das práticas de enfermagem, dos ganhos e benefícios do Modelo de Parceria de Gomes (2013), na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família.

O percurso que se realizou em parceria com a equipa de enfermagem e desta com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica parenta ter desenvolvido na pessoa idosa/ família competências para assumir o cuidado de Si.

Foi assumido o compromisso de que o projeto académico será transformado num projeto de e para o serviço, por ter sido considerado pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No final da sessão de formação em serviço, foi solicitado a colaboração dos enfermeiros presentes, como forma de compreender a importância que cada um atribuiu à parceria enquanto intervenção de enfermagem e o que mudou ao nível da sua prática de cuidados?

Respostas dos enfermeiros à questão:

Considera importante a implementação da parceria enquanto intervenção de enfermagem, com a pessoa idosa submetida a cirurgia oftálmica e sua família. O que mudou na sua prática de cuidados?

Enfermeiro 1 _____

Com a implementação da parceria, a intervenção de enfermagem torna-se mais próxima e facilitando a identificação de situações que necessitam de intervenção. A nível de prestação de cuidados é-me mais fácil adequar o cuidado ao doente.

Enfermeiro 2 _____

Considero importante, uma vez que o êxito da cirurgia também depende dos cuidados no domicílio. Passei a prestar mais atenção ao reforço dos ensinamentos à verificação da aplicação dos colírios, promovendo um maior envolvimento da família.

Enfermeiro 3 _____

Considero que foi uma mais-valia, pois permite-nos avaliar o grau de dependência do doente e direccionar a formação nesse sentido. Formação essa, que envolve também a família, que pode e deve ser um elemento fundamental nesta parceria. Mudei a minha prática no sentido de estar mais alerta para o grau de dependência, limitações e dificuldades no sentido de conseguir ultrapassá-las com a pessoa idosa ainda durante o período de internamento.

Enfermeiro 4 _____

A parceria é essencial enquanto intervenção de enfermagem. O envolvimento do doente e família nos cuidados permite uma continuidade dos mesmos no domicílio. A implementação dos ensinamentos/intervenções e treino no pré-operatório permite-nos um melhor conhecimento das capacidades da pessoa/família e a implementação de um plano de cuidados mais personalizado visando a independência e autonomia desta unidade.

Na minha prática tornei-me mais sensível para a importância de validar junto do utente as suas capacidades/dificuldades na aplicação de colírios iniciando ensinamentos e treinos o mais precocemente possível.

Enfermeiro 5

Considero importante. Passei a valorizar de forma diferente a parceria e autonomia do idoso no seu projeto de vida e de saúde, negociando com ele as estratégias que são mais adequadas na sua opinião e que consegue cumprir, não só na capacitação da administração da terapêutica, mas também, na prevenção de infeções.

Enfermeiro 6

O ensino dos cuidados de enfermagem é muito importante para o doente bem como para o prestador de cuidados. Quando o ensino é eficaz, o resultado do tratamento é positivo e o doente sente-se capaz de dar continuidade ao seu tratamento. Não devemos esquecer que para que seja feito um bom ensino é necessário que se faça com tempo e calma. Tempo para ensinar, treinar e para adquirir as habilidades necessárias a nível da aprendizagem.

Enfermeiro 7

Considero a implementação da parceria muito importante. É uma forma de nos aproximar mais das dificuldades reais das pessoas idosas e famílias, neste sentido, passamos a intervir de forma mais personalizada e adequada a cada situação. Fiquei mais atenta às dificuldades dos utentes em concretizarem na prática os ensinamentos que lhes transmitimos – muitas vezes não chega falar, temos que fazer com eles para percebermos as dificuldades reais e ajudá-los a encontrar estratégias mais adequadas para contornar as suas dificuldades.

Enfermeiro 8

A implementação da parceria enquanto intervenção de enfermagem na pessoa submetida a cirurgia oftálmica, parece-me uma mudança nas práticas positiva. Uma colheita de dados mais completa e o início da capacitação da pessoa idosa desde o início da sua admissão é um fator positivo para a preparação para o regresso a casa, tanto para a pessoa idosa como para a família. Através da entrevista, do conhecimento das suas limitações e conseqüentes necessidades, que atuamos e planeamos de acordo com as limitações identificadas, promovendo a integração da família consoante as capacidades ou dificuldades da pessoa idosa. Todo este processo só pode beneficiar a pessoa idosa, na medida que a sua alta se planeia com maior cuidado. A nível das práticas de cuidados denoto uma maior preocupação e pormenorização da colheita de dados, a nível da capacitação do

doente o treino com a pessoa idosa, nomeadamente da aplicação dos colírios, é algo novo e que levou a uma mudança nas atitudes e intervenções de enfermagem e que surpreendentemente está a ter resultados muito positivos, para nós e para os próprios. Com resumo, a intervenção em parceria aparenta trazer benefícios a nível da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no entanto, continua a ser necessário garantir a relação enfermeiro/tempo de cuidados.

Enfermeiro 9 _____

Considero muito importante porque o projeto proporcionou debate, o aprofundar ideias e estabelecer objetivos entre a equipa de enfermagem, tendo presente as contingências, dificuldades ou impedimentos diários para a sua operacionalização. Uma preocupação permanente, foi manter uma atuação sistematizada e o tentar adequar a minha prestação enquanto enfermeira o mais próximo dos objetivos estabelecidos. Frequentemente a mudança fica exclusivamente pela preocupação, porque as contingências não permitem mais, mas sempre que possível faço: na consulta de enfermagem, levantamento das dificuldades ou limitações da pessoa idosa e família no lar, procurando identificar as ajudas a que podem recorrer, e o auto competências para gerir a continuidade dos cuidados e a gestão do regime terapêutico. Realizo: treino da aplicação dos colírios, procuro muito embora as limitações do serviço ensinar e/ou supervisionar a aplicação dos colírios e reforço os ensinamentos dos cuidados a ter até ao momento de alta. Tento...pessoalmente! A articulação entre o hospital e recursos na comunidade, e faço a carta de alta de enfermagem.