



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

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

Isabel Almeida

2012





2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

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

Isabel Almeida

Orientadora: Prof.^a Doutora Idalina Gomes

Coorientadora: Enf.^a Especialista Maria Fátima Martins

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

2012



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes, pelo apoio, incentivo e disponibilidade durante todo o percurso. O seu entusiasmo contagiante, a riqueza de conhecimentos e a partilha realizada, foram estímulos importantes no meu crescimento, como enfermeira.

À enfermeira Fátima Salazar, que esteve sempre presente, apoiando e orientando este projeto. Grande profissional alicerçada em sólidos conhecimentos e num enorme coração.

À equipa multidisciplinar do HDIC, com a qual tem sido um privilégio trabalhar em parceria, na busca de melhores cuidados. A todos, sem exceção, o meu obrigada.

Aos doentes e suas famílias pelo carinho e abertura com que acolheram esta iniciativa e pelo seu reconhecimento face ao trabalho desenvolvido, diariamente no HDIC.

A todos os que estiveram a meu lado durante este período, pelo seu apoio, incentivo e carinho.

A ti mãe, pelo exemplo de vida, ajuda e amor, que me tornou no que sou hoje. Mano, pelas batalhas que travas e com as quais aprendo a tornar-me melhor pessoa.

Carlos, por acreditares em mim, pela força transmitida, carinho e encorajamento para chegar aqui...mil palavras não te fariam justiça.

André e Rodrigo, meus pequenos grandes tesouros, pela grandeza do vosso amor, pelos vossos sorrisos, carinhos e incentivo nos momentos mais difíceis, em que nunca duvidaram, mesmo quando, eu própria duvidei.

A todos o meu sincero e profundo bem ajam...

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma patologia crescente na sociedade atual, responsável por elevados encargos em saúde, pelos internamentos recorrentes que culminam num declínio funcional progressivo, onde se constatou a existência de uma taxa elevada de reinternamentos, nos doentes acompanhados em regime de hospital de dia de insuficientes cardíacos (HDIC) e visita domiciliária (VD). Este trabalho teve como objectivo o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, nos cuidados aos doentes idosos nomeadamente, na capacitação da pessoa idosa com IC e família, através de uma intervenção em parceria que promova o cuidado de SI, *tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada (ITE)* em contexto de HDIC.

A metodologia utilizada foi a de projeto, cujo percurso visa a resolução de problemas. Para o diagnóstico, monitorização e avaliação foram utilizados: registo de observação, ITE, análise documental e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi efetuada pela análise de conteúdo e estatística descritiva, tendo decorrido entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012. Os participantes foram, dez doentes idosos acompanhados em HDIC e VD, com internamento por descompensação da sua IC, tendo apenas finalizado o percurso oito doentes.

Após implementação da abordagem telefónica assente no modelo de parceria de Gomes (2009), os resultados mostram que os enfermeiros passaram a incluir os doentes nos seus cuidados, capacitando-os para tomar decisões. Estes demonstraram reconhecer mais precocemente os sinais de descompensação e possuir conhecimentos para atuar face aos mesmos, procurando apoio na equipa profissional de saúde. Na fase de diagnóstico de 75 reinternamentos, 25% ocorreram no primeiro mês e até ao terceiro mês contabilizam-se 37%. Após a intervenção decresceu para 10% no primeiro mês e 20% até ao terceiro mês após a alta hospitalar. Conclui-se que

a intervenção telefónica, com base em estratégias específicas e no modelo de parceria pode contribuir para reduzir o número de reinternamentos ao possibilitar o estabelecimento de compromissos que promovem a capacitação do doente e fomentam neste o assegurar o cuidado de si, na gestão da doença crónica.

Palavras-chave: doente idoso, intervenção telefónica estruturada, parceria, intervenções de enfermagem, promoção do cuidado de si.

ABSTRACT

Heart failure (HF) is an increasing disease in today's society, responsible for high costs in health, recurrent hospitalization, culminating in a progressive functional decline, which was demonstrated by the existence of a high rate of re-hospitalizations in patients followed up in Day care hospital of Heart failure (HDIC) and home visit (VD). This work aimed at developing skills as a specialist nurse in the care of elderly patients, in particular "empowering" the elderly with HF and family, through an intervention in partnership to promote the self care, with the implementation of the strategy, structured telephone intervention (ITE) in the context of HDIC. The methodology used was the project, which aims to track the resolution of problems. For the diagnosis, monitoring and evaluation were used: a record of observation, ITE, document analysis and structured interviews. Data analysis was performed by content analysis and descriptive statistics, and elapsed between October 2011 and February 2012. Participants were ten elderly patients followed in HDIC and VD, with hospitalization for decompensated HF, with only eight patients completing the course. After implementation of the telephone approach based on partnership model of Gomes (2009), the results show that nurses have included patients in their care, enabling them to make decisions. These have shown to recognize early signs of decompensation and have knowledge to act against the same, seeking support in the health care team. In the diagnostic phase of 75 re-hospitalizations, 25% occurred in the first month and until the third month count is 37%. After the intervention these rates decreased to 10% in the first month and 20% by the third month after discharge. It is concluded that telephone intervention based on specific strategies and partnership model can help to reduce the number of re-hospitalizations by enable the establishment of commitments that promote the empowerment of the patient to assure itself, the management of chronic illness.

Keywords: elderly patients, structured telephone intervention, partnership, nursing interventions, promotion of self care.

INDICE

0 - INTRODUÇÃO	1
1 – PROBLEMÁTICA – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	5
2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	10
2.1 – Contexto de envelhecimento na nossa sociedade: A pessoa idosa e a doença crónica	10
2.2 – A insuficiência cardíaca no contexto dos idosos	12
2.3 – Cuidar do doente idoso numa situação de transição causada pela insuficiência cardíaca: a intervenção telefónica como uma estratégia para intervir em parceria	14
2.4 – A comunicação com o idoso no contexto da intervenção telefónica.....	18
2.5 – O doente Idoso e o assumir o cuidado de Si nas situações de doença crónica	20
2.6 – A Parceria com o doente Idoso na promoção do Cuidado de Si	23
3 – METODOLOGIA.....	26
3.1 – Finalidade e objetivos do estudo	27
3.2 – Desenho do estudo	27
3.3 – Participantes no projeto	28
3.4 – Considerações éticas	28
3.5 – Instrumentos de colheita de dados	29
3.6 – Descrição das atividades e resultados obtidos	30
3.7 – Implicações para a prática e limitações do estudo	57
4 – CONCLUSÕES	61
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS.....	73
Anexo I - Autorização para a implementação do projeto pela direção de Enfermagem	74
Anexo II - Autorização para a implementação do projeto pela Comissão de Ética ..	76
Anexo III – Mini Mental State Exam (MMSE)	78
Anexo IV – Índice de Katz	81
Anexo V – Escala de Lawton e Brody	83
Anexo VI – Mini Nutritional Assessment (MNA)	85

Anexo VII – Escala de Morse	87
Anexo VIII – Escala de depressão geriátrica (GDS15)	89
Anexo IX – Avaliação qualitativa da enfermeira orientadora de estágio	91
APÊNDICES	93
Apêndice I - Impresso de consentimento informado	94
Apêndice II – Grelha de análise dos registos de enfermagem	96
Apêndice III – Análise inicial dos registos de enfermagem	100
Apêndice IV – Descrição e análise da nota de campo 1 de observação direta das práticas	105
Apêndice V - Descrição e análise da nota de campo 2 de observação direta das práticas	113
Apêndice VI - Descrição e análise da nota de campo 3 de observação direta das práticas	123
Apêndice VII – Revisão sistemática da literatura	132
Apêndice VIII – Impresso de registo da intervenção telefónica estruturada – avaliação inicial	149
Apêndice IX - Impresso de registo da intervenção telefónica estruturada – avaliação 4 ^a e 12 ^a semana	159
Apêndice X - Impresso de registo da intervenção telefónica	169
Apêndice XI – Guia de Aplicação da intervenção telefónica estruturada	177
Apêndice XII – Estudo de Caso	189
Apêndice XIII – Grelha de análise final dos registos de enfermagem	202
Apêndice XIV – Análise final dos registos de enfermagem	206
Apêndice XV – Análise dos Scores obtidos com a aplicação dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional	212
Apêndice XVI – Guião das entrevistas	219
Apêndice XVII – Questões orientadoras da entrevista	223
Apêndice XVIII – Transcrição de uma entrevista	225
Apêndice XIX – Grelha de categorias e unidades de registo das entrevistas aos doentes idosos	231

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 – Contatos extra realizados pelo HDIC	48
Gráfico 2 – Distribuição dos contatos extra realizados pelo doente	48
Gráfico 3 – Dados comparativos no indicador conhecimentos e recursos do doente/cuidador para fazer face à situação de doença	50
Gráfico 4 - Dados comparativos do indicador o enfermeiro promove o cuidado de si no doente idoso/cuidador	51
Quadro 1 - Classificação da Insuficiência Cardíaca segundo a New York Heart Association	5
Quadro 2 - Distribuição do número de reinternamentos e suas percentagens	7
Quadro 3 - Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de diagnóstico ...	31
Quadro 4 - Itens para análise dos registos de enfermagem	32
Quadro 5 – Itens para a análise das notas de campo da observação direta das práticas	34
Quadro 6 – Objetivos e atividades desenvolvidos na fase de implementação	43
Quadro 7 – Cronograma esquemático da intervenção telefónica estruturada	46
Quadro 8 – Objetivos e atividades desenvolvidas na fase de avaliação	49
Quadro 9 – Dados comparativos das taxas de reinternamento iniciais e finais	52
Quadro 10 - Scores obtidos na avaliação das AVD e AIVD, MNA e MMSE durante a intervenção telefónica	53
Quadro 11 – Áreas temáticas e categorias definidas pela 5ª fase do Modelo de Parceria	54

0 - INTRODUÇÃO

Vivemos atualmente o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução do número de jovens, que se agravou na última década (INE, 2011). De acordo com o Censos 2011, 19% da população residente em Portugal tem 65 ou mais anos de idade, e um índice de envelhecimento de 129, ou seja por cada 100 jovens há hoje 129 idosos, contra 102 em 2001 (INE, 2011). Salienta-se o crescimento do número dos mais idosos (superior a 80 anos), que em 2009 foi correspondente a 25% do total da população idosa em Portugal (INE, 2010). Aliando-se o agravamento do índice de dependência total nos idosos que passou de 24 em 2001 para 29 no Censo de 2011, significando que, por cada 100 idosos existem 29 dependentes (INE, 2011).

A preocupação de se desenvolverem estratégias, que visem a promoção de um envelhecimento ativo, com maior autonomia e independência, está patente na formulação de políticas e na criação de programas a serem implementados na nossa sociedade permitindo a manutenção do idoso no seu ambiente familiar e social. Espelhando esta preocupação, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI, 2006) visa a promoção da autonomia máxima das pessoas idosas. As doenças crónicas e as alterações da capacidade funcional, que acompanham o processo de envelhecimento traduzem a impossibilidade de se atingir o potencial máximo de saúde, sendo aqui o objetivo primordial a obtenção da maior autonomia e independência possível. A IC faz parte da vida de alguns idosos, e implica a instituição de certas medidas não farmacológicas para uma melhor qualidade de vida, autonomia e maior sobrevivência.

A transição de ser independente e relativamente saudável para ser doente, frágil e ocasionalmente marginalizado é muitas vezes subtil e difícil de ser percebida (Celler et al., 1995). Definida por Chick e Meleis (1986) como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”, é iniciada, em alguns casos, por eventos que vão além do controle individual. (Chick & Meleis, 1986). O internamento hospitalar, é um momento delicado onde ocorre muitas vezes declínio funcional, incapacidade provocada pela agudização do quadro clínico e sintomatologia, progressão inevitável da doença e imobilidade afetando negativamente a qualidade de vida (Naylor et al., 2004; Wheeler & Waterhouse, 2006)) A alta hospitalar é um momento transicional causador de stress que se pode traduzir de forma negativa no doente idoso, assumindo uma especial importância para a equipa de enfermagem do HDIC (Shyu 2000).

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa, foi proposta a realização de um estágio com o intuito de desenvolver competências, no cuidado diferenciado à pessoa idosa pela implementação de um projeto que se propusesse a intervir num problema identificado no contexto dos cuidados. Este relatório é referente a esse percurso cujo título é “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.” Tem como finalidade *promover o cuidado de si em parceria com o doente idoso com insuficiência cardíaca e família, em contexto de HDIC tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada.*

A contextualização das competências e a reflexão sobre o percurso realizado, permitiu a consciência das competências atuais e ambições futuras. Baseando-me no Modelo de Dreyfus, descrito por Benner (2001), a enfermeira até atingir o estadió de perita, passa por quatro estadios de desenvolvimento de competências. Inicialmente considero encontrar-me no quarto nível - enfermeira proficiente que como Benner descreve “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas”(Benner, 2001, p.55). Trabalho no HDIC há dez anos, cuidando diariamente de doentes idosos com IC e suas famílias e considero enquadrar-me neste estadió onde a aprendizagem é feita pela experiência. Em concordância com Benner (2001, p.55) que descreve que a “compreensão global melhora o seu processo de decisão” permitindo “saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes”, “capaz de reconhecer uma deterioração do estado do doente, mesmo antes das mudanças explícitas dos sinais vitais” (Benner, 2001, pp.55-57).

Para ser especialista é importante ser perita na área de especialização e perita é aquela que “já não se apoia sobre um princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado”, apreende “diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001,p.58). Age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Tendo em conta o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e o quadro referencial de competências definido pela escola Superior de Enfermagem de Lisboa para o Curso de Mestrado e pós-especialização pretendo com este estágio desenvolver competências como enfermeira especialista. A Ordem dos

enfermeiros (OE) (2010) no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e da individualização das especialidades clínicas de enfermagem define “*especialista como o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”. No meu percurso, o foco da intervenção situou-se numa etapa do ciclo de vida - a Pessoa Idosa. Aqui o âmago são os projetos de saúde do adulto e a forma como são vivenciados os processos de saúde/ doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. (OE, 2009).

Nesta vertente, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, assegura e promove o Cuidado à pessoa idosa enquadrando as alterações decorrentes do processo natural do envelhecimento e as alterações provocadas pela doença crónica, na sua capacidade funcional. O trabalho em parceria com os doentes idosos e sua família visa o “empowerment” na participação ativa, esclarecida e dirigida às necessidades, promovendo um envelhecimento ativo (ESEL, 2010).

Com base no descrito foram delineados os seguintes objectivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista, nos cuidados aos doentes idosos nomeadamente, na capacitação da pessoa idosa com ICC e sua família, através de uma intervenção em parceria que promova o cuidado de SI, *tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada* em contexto de HDIC.

- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa com ICC e sua família, através de uma intervenção em parceria que promova o cuidado de SI, *tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada* em contexto de HDIC

Este trabalho teve como contextualização teórica o Modelo de Afaf Meleis (2000) e o Modelo de Parceria (Gomes, 2009). Para Meleis o processo de transição num contexto de doença, está implícito no regresso a casa após um internamento. Esta possibilita a capacitação do individuo, para fazer face à situação de doença, implicando mudanças na dinâmica familiar, para que seja capaz de a gerir corretamente, eliminar ou modificar comportamentos de risco. A Parceria com o doente Idoso, assume papel preponderante, esta é descrita como um processo que promove o Cuidado de Si (Si próprio e o Cuidado

do outro) valorizando sempre a autonomia e liberdade de escolha, no decorrer de uma ação partilhada por ambos, mas cujo objetivo é centrar o cuidado na pessoa (Gomes, 2009). A família é um elemento fundamental no processo, pois na transição hospital casa a esta surge como um importante recurso.

O desenvolvimento deste trabalho baseou-se na metodologia de projeto, que visa a implementação de estratégias de intervenção que promovam a resolução de um problema real identificado (Ruivo et al., 2010).

Este relatório está dividido em cinco capítulos: Primeiro apresenta-se a problemática bem como a justificação do estudo, seguindo-se o enquadramento teórico que sustentou a sua elaboração, a sua implementação e a sua avaliação. A descrição das atividades e resultados atingidos em cada objetivo específico, constituem o terceiro capítulo. Seguindo-se as implicações para a prática e as limitações do estudo passando depois para a conclusão.

A bibliografia citada e consultada é descrita de acordo com a norma APA (American Psychological Association).

1 – PROBLEMÁTICA – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O HDIC teve início em 2002, acompanhando doentes com IC em classe II, III ou IV da New York Heart Association (NYHA). Esta classificação é reconhecida mundialmente e pretende a uniformização da classificação do estadiamento da doença, possibilitando assim uma globalização dos critérios clínicos de intervenção. Encontra-se dividida em quatro classes de gravidade, e cada categoria é definida de acordo com a dificuldade do doente para a realização de tarefas cada vez mais simples, descrito na tabela, apresentada em baixo:

Quadro 1 – Classificação da Insuficiência Cardíaca segundo a NYHA

Classe	Sintomatologia
Classe I	Sem limitação na atividade física. A atividade física habitual não provoca fadiga injustificada, palpitações ou dispneia.
Classe II	Ligeira limitação da atividade física. Confortável em repouso embora uma atividade física habitual resulte em fadiga injustificada, palpitações ou dispneia.
Classe III	Acentuada limitação da atividade física. Uma atividade física menos intensa que a habitual resulta em fadiga injustificada, palpitações ou dispneia.
Classe IV	A dispneia surge em repouso. O doente não é capaz de levar a cabo qualquer atividade física sem desconforto

As doenças cardiovasculares, onde se inclui a IC, são a principal causa de internamento nos idosos com idades superiores a 65 anos, e têm como causa frequente o não cumprimento das medidas não farmacológicas acrescentando o facto de os internamentos serem cada vez mais curtos, com alguma falta de tempo para a educação para a saúde (Dracup et al., 1994; GESICA, 2005; Inglis, et al., 2011; Wheeler & Plowfield, 2004; Wheeler & Waterhouse, 2006;).

O HDIC assume atualmente o acompanhamento de cerca de 290 doentes e faz o seguimento em VD, a 55 doentes. A equipa de enfermagem, promove o conhecimento efetivo da realidade de vida da pessoa que cuida para obter a confiança do doente, e conseguir que este partilhe comportamentos face à doença, sem se sentir avaliado ou sem receio de “recriminações” face a comportamentos não adequados. Esta é, uma vertente importante no desempenho da enfermagem e imprescindível na consecução de uma correta gestão do processo de doença. Este conhecimento possibilita desenvolver intervenções de forma individualizada e dirigida às necessidades reais de cada um. A flexibilização da intervenção permite englobar a doença crónica IC, as comorbilidades identificadas bem como outros problemas sociais existentes que possam contribuir para resultados pobres (Naylor et al., 2004). Cada doente possui um percurso único, com

experiências de vida diferentes, importantes de serem contextualizadas no processo de gestão da doença, fornecendo elementos determinantes no planeamento da intervenção. Existem conceitos gerais, que são adaptados à medida que se vai conhecendo o contexto e a capacidade para lidar com a doença (Boren et al., 2009). Programas de intervenção que englobem a gestão compreensiva da doença, realizados por uma equipa multidisciplinar são, de acordo com a literatura, estratégias promissoras na redução de internamentos e custos com a gestão da IC (European society of Cardiology, 2008; GESICA, 2005; Inglis, et al., 2011).

A avaliação sistemática do doente idoso em regime de HDIC permite ao longo do tempo conhecer as suas manifestações da doença, bem como as estratégias mais eficazes na reversão dos sintomas, facilitando o regresso a uma situação clínica estável. O baixo grau de escolaridade implica a utilização de estratégias de comunicação eficazes (Roque, Almeida & Faustino, 2010). A deslocação frequente ao HDIC acarreta, para muitos idosos, despesas em transportes, difíceis de comportar (importante considerar que a maioria não se desloca sozinha, duplicando as despesas) traduzindo um esforço e sacrifício acrescido (Inglis et al., 2011).

Com o internamento ocorrem mudanças no plano terapêutico e a imposição de algumas restrições, nem sempre fáceis de gerir na transição do Hospital para o domicílio criando muitas dúvidas nos doentes. Estes contactam o HDIC em regime informal para esclarecimentos, implicando por vezes o antecipar da sessão em HDIC para uma avaliação da situação.

No HDIC e VD a intervenção visa a monitorização do doente e a sua educação face à doença. As áreas abordadas englobam dieta, adesão ao plano medicamentoso instituído, monitorização de sintomas (cansaço e dispneia), controle de sinais de retenção de líquidos (aumento de peso e edemas) e atividade física, descritas como áreas fulcrais (Dracup et al.,1994; GESICA, 2005; Gray & Pack, 2011). Face a cada doente são identificadas áreas de abordagem que permitem dar resposta às necessidades individuais, facultando um crescimento do doente idoso, na habilidade de gerir o seu processo de doença. A progressão da IC e de outras condições crónicas, a fragilidade dos idosos e as sequelas das fases de descompensação, levam a que seja necessária uma intervenção constante e sistemática (Naylor et al., 2004).

O fato de a gestão da doença ser realizada pelo doente no seu contexto, sem supervisão direta dos profissionais de saúde, torna a educação num elemento

fundamental, no auxílio aos doentes e suas famílias para a implementação e compreensão de regimes terapêuticos (Washburn & Hornberger, 2008; Gray & Pack, 2011). O enfermeiro tem a “possibilidade de iniciar a maior parte das abordagens não farmacológicas” (Gray & Pack, 2011, p.100) podendo desenvolver intervenções em contexto hospitalar ou na comunidade onde lhe é possível monitorizar a toma da medicação e a sua compreensão, aspecto particularmente difícil nos idosos (Gray & Pack, 2011).

A problemática surgiu da perceção de múltiplos reinternamentos, por agravamento da sintomatologia da IC. Apesar do acompanhamento estreito a nível do número de sessões em HDIC pós internamento e pela vigilância realizada no âmbito da VD, a realidade de reinternamentos sucessivos levou-me a questionar a criação de novas estratégias de intervenção. Foi realizada uma avaliação da prevalência deste fenómeno, para perceber a realidade vivida no HDIC. Para o efeito foi efetuada uma consulta do histórico dos doentes seguidos em HDIC e VD, com idade superior a 65 anos e com internamentos, entre Janeiro de 2010 e 30 Junho de 2011. Foram identificados 61 doentes, destes 33 tiveram um ou mais reinternamentos durante o período em análise. No total ocorreram 81 reinternamentos, seis destes culminaram em morte, sendo considerados os remanescentes 75 no sentido de contabilizar a taxa de reinternamento a um mês e de um a três meses após a alta hospitalar, que constituem critérios de qualidade de acordo com as Guidelines Europeias e Americanas.

Quadro 2 – Distribuição dos reinternamentos e suas percentagens

	Nº Reinternamentos	Percentagem de reinternamentos
1º mês	19	25.33 %
Até ao 3º mês	28	37.33 %

A média de idades é de 75.96 anos, uma população bastante idosa. A taxa de reinternamento até ao final do primeiro mês foi de 25.33% (19 reinternamentos) e se considerarmos o intervalo até ao terceiro mês após a alta hospitalar, esta taxa sobe para os 37.33 % (28 reinternamentos). Após o internamento, o doente tem em média 2.12 sessões durante o primeiro mês e no período entre o primeiro e terceiro meses tem em média 2.55 sessões, permitindo concluir que existe um acompanhamento estreito destes doentes após a alta, ineficaz na taxa de reinternamento, havendo assim necessidade de delinear novas estratégias que permitam promover o cuidado de si, incentivando a sua capacidade de análise e avaliação das situações

O elevado número de sessões diárias dificulta o acompanhamento e a disponibilidade necessária para a eficaz individualização da intervenção.

A VD surgiu, como um complemento de intervenção, com o intuito de promover um melhor conhecimento do contexto de vida do doente e fornecer elementos a ter em conta no delineamento de estratégias de intervenção. O número considerável de doentes em estadio avançado da doença, classe III e IV NYHA, com importantes limitações na sua capacidade funcional fomentou a criação desta intervenção, como forma complementar do HDIC, permitindo uma maior proximidade e facilidade de acesso aos cuidados de saúde. Esta está limitada na sua resposta, pois é realizada apenas dois dias por semana com a duração de três horas, comportando três visitas (seis VD por semana), diminuto face às necessidades identificadas.

O funcionamento da equipa de enfermagem é peculiar, sendo, em minha opinião importante contextualizar para a perceção correta da mesma. A equipa é composta por quatro elementos que se encontram integrados e inseridos no serviço de internamento da cardiologia. Destes quatro elementos, dois encontram-se em exclusividade no HDIC e os restantes dois, encontram-se integrados e prestam cuidados nesta unidade, em caso de férias ou ausência de algum elemento. Nos restantes períodos, desempenham funções de apoio à chefia do serviço e funções na unidade de cuidados especiais. Com a ausência de um dos elementos fixos, por doença, os outros dois elementos vão alternando o desempenho no HDIC muitas vezes não exclusivamente, permanecendo apenas por períodos, o que causa sobrecarga no elemento presente, limitando a disponibilidade para a realização da educação para a saúde.

A Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2005) salienta que programas de gestão da doença que incluam a educação intensiva do doente, a sua participação ativa e monitorização estreita, através de seguimento telefónico ou visita domiciliária, melhoram a adesão (Inglis et al., 2011; Phillips et al., 2004). O telefone é hoje, uma ferramenta importante que permite ao doente contactar a equipa em busca de resposta às mais variadas temáticas (medicação, sinais de descompensação, sinais de hemorragia, dúvidas sobre exames, entre muitos outros), sendo um meio frequente de contato. A ITE permitiria a avaliação e acompanhamento precoce do doente pós alta. A responsabilização deste na vigilância da saúde, com supervisão pela equipa de enfermagem no decorrer da transição possibilitaria colmatar possíveis lacunas (Inglis et al., 2011). Mudar o foco das intervenções para a prevenção e os recursos de gestão em

crise para a manutenção da saúde pode ser um método suportável melhorar a qualidade de vida dos doentes idosos com IC (Inglis et al.,2011).

A demora na procura de auxílio face aos sintomas de descompensação leva muitas vezes a reinternamentos evitáveis. Após a alta, o contacto físico com o HDIC pode levar algumas semanas e ser facilitador de agravamento da situação. Sentimentos de insegurança e medo que podem levar o doente, principalmente idoso a ter dificuldade em tomar decisão sobre as medidas certas para si. A ITE surge como uma possibilidade de estabelecer um contacto com o doente idoso e sua família nesta fase de transição e intervir em regime de ambulatório, dando apoio, demonstrando disponibilidade, permitindo a colocação de questões, monitorizando a situação e promovendo a participação ativa da pessoa na gestão da doença determinante no evoluir da situação. A criação de uma folha de registo com elementos a serem avaliados permite uma maior uniformidade dos critérios bem como traduz uma maior continuidade dos cuidados.

Após a minha reflexão foi realizada uma abordagem à restante equipa no sentido de apurar as suas perceções e ideias sobre o projeto. A receção foi muito positiva pois as preocupações estão presentes, as mais valias salientadas pela equipa

A especificidade implícita numa comunicação feita por telefone, da avaliação e perceção de alguns aspetos importantes, que neste tipo de intervenção ficam alterados, emergiram como áreas importantes a desenvolver em mim e na equipa.

O prática baseada na evidência é fundamental para o correto desempenho e foi uma preocupação constante ao longo do percurso.

Dada a problemática e o papel desempenhado pela enfermagem na educação para a saúde, com vista a melhoria da qualidade de vida dos doentes idosos, este projeto, traduz a decisão partilhada com a enfermeira orientadora de estágio, restante equipa de enfermagem e Enfermeira Chefe.

2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo tem como propósito explicitar o referencial teórico e conceptual mobilizado para o presente estudo, baseado na evidência científica. Inicia com uma abordagem sobre o envelhecimento e a doença crónica, especificando a IC, no contexto dos doentes Idosos. Ulteriormente, um aprofundamento teórico, sobre a intervenção telefónica, por forma a suportar a escolha realizada e fundamentar a intervenção em Parceria com o doente Idoso delineada no projeto. A comunicação é explanada neste contexto específico, como fundamental e decisiva nesta intervenção. A temática do Cuidado de Si é desenvolvida com recurso ao Modelo da Parceria, cujo objetivo é a capacitação do doente no assumir ou assegurar o Cuidado de Si operacionalizado através das fases do Modelo de Parceria, descritas no último item.

2.1 – Contexto de envelhecimento na nossa sociedade: A pessoa idosa e a doença crónica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu terceira idade como o escalão etário acima dos 60/65 anos de idade. Envelhecer não é um evento, não existe um dia particular que marca a pessoa como velha. Trata-se de um processo de ganhos e perdas que demora tempo. A maneira como a enfermeira vê este período de tempo modela a sua intervenção com os doentes idosos e suas famílias, ou seja, a avaliação de enfermagem, os objectivos estabelecidos e as intervenções utilizadas estão intimamente ligadas à perspetiva de envelhecimento da enfermeira (Schumacher, Jones & Meleis, 1999).

O envelhecimento é parte do ciclo vital e deve ser visto como um processo progressivo e sequencial, “da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida e que gradualmente reduz a capacidade individual de fazer frente ao meio ambiente, aumentando a necessidade de apoio e cuidados de saúde” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004, p.3). Segundo Fontaine (2000) e Cancela (2007) o envelhecimento é o conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, ele defende também que cada indivíduo tem três idades diferentes que concorrem para o envelhecimento. A **idade biológica** ligada ao envelhecimento orgânico que traduz as modificações que o corpo sofre e que provocam diminuição do funcionamento ao longo da vida. A **idade social** refere-se ao papel, estatuto e hábitos das pessoas, também

influenciada pela história e pela cultura do local onde se encontram. A transição para a reforma consiste num momento problemático para muitos idosos que se consideram excluídos e subvalorizados. Por fim a **idade psicológica** que se verifica nas capacidades e competências comportamentais que o indivíduo mobiliza para dar resposta às mudanças ao longo do ciclo vital. Estes fatores podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando, o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura (Cancela, 2007). O envelhecimento não deve ser sinónimo de doença embora possa ser agravado, acelerado ou estar associado a ela (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Para Cancela (2007, p.3) senescência “é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos”. Com o avançar da idade o organismo apresenta as defesas diminuídas na resposta às agressões, especialmente em momentos de stress fisiológico, existindo uma diminuição da reserva funcional e uma capacidade de resposta e adaptação mais baixa, fenómeno esse denominado homeostase aumentando a probabilidade de falência orgânica e doença (Ocampo, 2010; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Fried & Tangen, 2001)

As diferenças biológicas nos idosos, causam frequentemente uma redução na sensibilidade e especificidade dos sintomas, levando a que por vezes estes não estejam presentes de forma marcada dificultando o diagnóstico. As apresentações comuns das doenças são a mobilidade reduzida, as quedas, as síndromes confusionais, a incontinência, a maior inatividade e a redução nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (Celler et al., 1995; Kleinpell, Fletcher, & Jennings, 2008; Botelho, 2000; Duca, Silva, & Hallal, 2009).

Nas alterações psicológicas podemos verificar que a depressão ou a presença de sintomas depressivos podem aumentar a fragilidade no idoso. Estes quando se encontram deprimidos tornam-se menos ativos, levando a uma diminuição da massa muscular bem como da força e da tolerância ao exercício, ficando mais suscetíveis.

A existência de doença crónica e de estados de debilidade física constituem um fator de desequilíbrio major na qualidade de vida dos idosos com repercussões sobre a capacidade funcional e autonomia (Oliveira et al., 2008) (Kleinpell et al., 2008; Duca, Silva & Hallal, 2009; Stewart & Blue, 2001). A dependência funcional refere-se à necessidade de assistência na realização de uma ou mais AVD e tem uma prevalência que varia de 5 a

35% na população com mais de 65 anos aumentando para valores entre os 20 e os 40% nas idades superiores a 75 anos de idade (Yu, Evans, & Sullivan-Marx, 2005).

O envelhecimento está a provocar reajustamentos nas estruturas sociais e no modo de vida, obrigando as famílias a adaptarem-se às necessidades que vão surgindo (Botelho, 2000; DGS, 2004). A prevalência das doenças crónicas tem aumentado, mudando a ênfase dos programas governamentais de saúde, para o empenho na melhoria do estado funcional e do bem-estar, promovendo a autonomia e independência da pessoa idosa pelo maior período possível, capacitando-as para o cuidado de si e “empowerment” pessoal (Paixão & Reichenheim, 2005; DGS, 2004).

As doenças crónicas têm sido a maior causa de morte da última década, e são, claramente, a principal causa de incapacidade (OMS, 2005). Segundo Escoval et al. (2010) a IC figura como patologia prioritária de intervenção na gestão dos cuidados. No sistema cardiovascular a primeira mudança, resultante do processo de envelhecimento, é a diminuição da capacidade máxima do coração, não sendo esta por si só responsável pela perturbação do estado de saúde do idoso. A diminuição da contractilidade das paredes das artérias juntamente com a diminuição do débito cardíaco leva a que haja uma diminuição no aporte de sangue a todos os órgãos e glândulas, sendo o fígado e os rins os mais afetados por esta redução. Com a perda da tonicidade venosa a possibilidade de ocorrerem edemas e retenção de líquidos aumenta consideravelmente (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

2.2 - A insuficiência cardíaca no contexto dos idosos

A prevalência da IC aumenta com o envelhecimento, e traduz um grande e crescente problema de saúde pública a nível mundial. (Inglis et al., 2011; Gray & Pack, 2011; OMS, 1995). Representa elevados custos sendo a principal causa de incapacidade e morte nos indivíduos acima dos 65 anos de idade, onde cerca de 30% dos doentes morre no decorrer do primeiro ano após o diagnóstico e 40% dos doentes internados por IC estão mortos ou são reinternados em um ano (Clark, A. et al., 2009; Ferrante et al., 2010; Gray & Pack, 2011; Herbert, 2008; Inglis et al., 2011; NICE, 2010; Stewart & Blue, 2001).

Trata-se de uma patologia crónica, progressiva e debilitante resultante de anormalidades no funcionamento cardíaco (Herbert, 2008; Ferrante et al., 2010; GESICA, 2005; Stewart & Blue, 2001). A ESC (2008) define IC como *“uma síndrome complexa, em*

que os doentes normalmente apresentam: sintomas de IC (normalmente falta de ar em esforço, repouso e/ou fadiga); sinais de retenção de líquidos (congestão pulmonar ou edema dos tornozelos) e a evidência de uma anomalia de estrutura ou de função cardíaca em repouso. Levando a uma má perfusão de oxigénio aos tecidos”.

Estes doentes são por definição indivíduos com capacidade funcional comprometida, limitação severa da atividade física e dificuldade na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), implicando muitas vezes a necessidade de um cuidador informal e traduzindo uma sobrecarga para os serviços de saúde e família (GESICA, 2005; Molloy, Johnstonb, & Withamc, 2005; Piette et al., 2008). Além das tarefas de autocuidado, o reconhecimento e a avaliação dos sintomas de descompensação, a toma correta da medicação, a gestão de uma alimentação adequada, a realização de uma atividade física e a utilização correta dos recursos, são competências necessárias nos doentes (Piette et al., 2008; Wakefield et al., 2009; Washburn & Hornberger, 2008; Oguz & Enç, 2008).

A não adesão bem como a incapacidade de procurar ajuda quando surgem os sintomas de descompensação, são reconhecidas causas de reinternamento onde os níveis de non-compliance variam de 42 a 64%. (Clark et al., 2009; Ferrante et al., 2010; GESICA, 2005; HFSA, 2010; Piette et al., 2008; Stewart & Blue, 2001;). Neste contexto têm sido desenvolvidos programas de acompanhamento a estes doentes parecendo unânime a importância de possuírem enfermeiras especialmente treinadas em IC Estas devem ser os elementos chave em qualquer intervenção, no sentido de educar o doente e o seu cuidador na gestão da doença, proporcionando ainda um fácil acesso a médicos com conhecimentos específicos (HFSA, 2010; McAlister, Stewart, Ferrua & McMurray, 2004; Piette et al.,2008; Stewart & Blue, 2001). A evidência sugere que os benefícios destes programas se mantêm por períodos superiores a 5 anos, não havendo programas ideais, apenas programas que funcionam melhor que outros (Stewart & Blue, 2001).

O doente idoso no seu contexto com boa capacidade funcional, permitindo viver com máximo de autonomia e independência, é o objetivo, incentivando a auto-vigilância da saúde, o detetar precoce de sinais de descompensação e a promoção de cuidadores informais capazes, informados e adaptados a esse cargo. (Piette et al., 2008; Stewart & Blue, 2001).

2.3 - Cuidar do doente idoso numa situação de transição causada pela insuficiência cardíaca: a intervenção telefónica como uma estratégia para intervir em parceria

As mudanças no estado de saúde podem levar a situações ameaçadoras do bem-estar expondo os doentes a riscos aumentados de doença, iniciando um processo de transição. (Meleis; Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Esta é descrita como a passagem entre dois períodos relativamente estáveis, que o individuo passa de uma fase da vida, situação ou status para outro (Schumacher, Jones & Meleis, 1999). Deve ser considerada “não como um evento mas como uma reorientação interior e uma auto redefinição, pela qual as pessoas passam por forma a incorporarem a mudança na sua vida” (Kralik, Visentin, & Loon, 2006)

Uma transição ocorre quando as suposições sobre si próprio ou sobre o mundo são desafiadas, num contexto em que os padrões comportamentais existentes já não são adequados à exigência da situação. (Young, Sikma, Trippetl, Shannon & Blachly, 2006). A transição do internamento para casa constitui um período que, por vezes, se torna problemático, sendo a enfermeira o cuidador primário dos doentes e suas famílias (Meleis et al., 2000). Esta observa as mudanças e necessidades, que a transição do processo de doença trazem à vida diária, prepara os doentes para as novas fases e promove a aprendizagem de novas habilidades na gestão da saúde e doença (Meleis et al.,2000). Neste contexto estamos perante uma transição no estado de saúde provocado pela doença, em que a recuperação e reabilitação implica mudanças nos hábitos de vida dos doentes para a melhor promoção da saúde. Cada transição é um processo complexo e multidimensional, podendo ser identificadas algumas das suas propriedades entre elas: tomada de consciência, compromisso na mudança, mudança e diferença, intervalo de tempo em que decorre e pontos e eventos críticos (Meleis et al., 2000). Em todas estas fases a presença da enfermeira é determinante e constitui um elo fundamental no trabalho em parceria com o idoso e sua família, no sentido de se atingir a mudança e a capacitação do indivíduo no Cuidado de Si. De acordo com a OE (2001, p.6) a “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, ajuda-o a ser pró ativo na consecução do seu projeto de saúde”, tornando *“premente a visão do doente como parceiro dos cuidados e alguém que participa*

ativamente na sociedade onde está inserido e onde opta de forma livre e consciente” (Gomes, 2007: p.71).

A educação para a saúde dos doentes crónicos e seus cuidadores, durante o processo de transição, pode reduzir as taxas de reinternamento (Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; Naylor et al., 2004). É vital considerar os aspetos facilitadores e inibidores da transição, a sua natureza e as capacidades de resposta do indivíduo para que a atuação em parceria seja eficaz e promova a capacitação (Young et al., 2006).

O HDIC desenvolve, nas suas sessões, a capacitação do indivíduo, através da promoção da sua autonomia, que de acordo com Gomes (2007) visam o assumir o Cuidado de Si. A VD possibilita o conhecimento do contexto de vida da pessoa idosa, facilita a adaptação de todas as intervenções às reais necessidades da pessoa idosa e sua família. Como refere Gomes (2007) “a valorização da autonomia do doente levanta outra questão importante, a relação que é preciso estabelecer entre a pessoa doente e o enfermeiro, isto só é possível numa relação de parceria, que implica o desenvolvimento de competências relacionais”.

As guidelines europeias (ESC, 2008) preconizam que o acompanhamento destes doentes seja realizado em clínicas de IC e VD, podendo reduzir as hospitalizações em 50%, através de programas de gestão da doença (Wheeler & Waterhouse, 2006, Inglis et al., 2011). As intervenções telefónicas surgem como um diferente tipo de abordagem que pode ser considerada benéfica e de baixo custo, com impacto considerável no período pós alta (Riegel et al., 2002; Inglis et al., 2011). Tendo em conta a conjuntura atual, pretende-se o desenvolvimento de uma intervenção, eficaz e de baixo custo, onde os meios disponíveis são muito limitados, sendo impreterível o uso apenas de recursos já existentes.

Estes doentes são utilizadores recorrentes do sistema de saúde, e com altas hospitalares, por vezes, precoces que não possibilitam um correto planeamento das mesmas (Inglis et al., 2011; Martins & Lopes, 2010; Wheeler & Waterhouse, 2006; Wheeler & Plowfield 2004). Nas situações mais graves de IC, existe dificuldade na retenção da informação, que resulta na incompreensão do regime terapêutico, e consequentemente o não cumprimento do mesmo, levando à necessidade de reinternamento (Wheeler & Waterhouse, 2006). A problemática das altas precoces, bem como a insuficiente comunicação entre o hospital e os cuidados de saúde primários que acolhem o doente após a alta, promovem um acompanhamento deficitário, que se tenta

colmatar com o HDIC (Phillips et al., 2004). A existência desta unidade, no entanto é promotora por si das altas precoces, uma vez que o acompanhamento provido fornece alguma tranquilidade à equipa médica, no momento da alta.

A vigilância à distância surge como um complemento às unidades de IC e VD, especialmente importante no período imediato após a alta hospitalar, onde estes doentes têm uma elevada taxa de reinternamentos. Assente em alguns estudos pode-se concluir que os doentes idosos com IC adaptam-se facilmente ao contacto telefónico ou telemonitorização, e que este tipo de intervenção é, por eles considerado como parte aceitável da sua rotina de vigilância da saúde, sendo capazes de manter a adesão, por períodos de 12 meses. (Clark, [et al], 2009). Esta abordagem é considerada promotora da continuidade dos cuidados e eficaz na redução da hospitalização, no entanto poucas clínicas testaram a eficácia desta estratégia (Riegel et al., 2002; GESICA, 2005; Ferrante et al., 2010; Holland et al., 2005; Clark et al., 2009). Em Portugal, no contexto da IC não são conhecidas intervenções telefónicas realizadas de forma estruturada com o objetivo de reduzir reinternamentos através da promoção de uma autonomia máxima que permita o “empowerment”.

A comunicação à distância comporta limitações e coloca algumas dificuldades, sendo fundamental considera-las para a implementação de qualquer intervenção deste género. O desenvolvimento de competências nesta área, especialmente quando tem por destinatários doentes idosos com alguns deficits cognitivos, auditivos, visuais, é importante (Martins & Lopes, 2010). Para Rego citado por Martins & Lopes (2010), a comunicação via telefone apresenta dificuldades nomeadamente: excesso de informação, de pormenor, falas rápidas (leva a impedimentos de processamento da informação) e ruído (aumentando as possibilidades de distorção da mensagem transmitida).

Da análise realizada foi possível observar várias formas de monitorização à distância, existindo diferenças entre elas, que podem ir desde e a intervenção telefónica com transmissão de dados via telefone para um profissional de saúde até à telemonitorização onde os dados são introduzidos via computador e enviados para uma central de tratamento e triagem. O telemonitoring permite a transmissão de vários elementos incluindo ecg, peso, tensão arterial, entre outros, bem como pode ser programado para permitir acesso a formações sobre áreas importantes na gestão correta da doença. Aqui o contacto com a equipa não ocorre com regularidade, os dados são enviados por computador para uma central que normalmente faz a triagem encaminhando

apenas aqueles que necessitam de avaliação pelos profissionais de saúde. Este tipo de intervenção não oferece normalmente diferença de eficácia em relação ao cuidado standard, nomeadamente na mortalidade e morbilidade nos doentes com IC. (Wade et al., 2011; Schwarz, Milon, Hudock & Litman, 2008; Cleland, Louis, Rigby, Janssens, & Balk, 2005).

A intervenção por telefone, seu lado implica contactos frequentes entre o doente e a equipa de profissionais permitindo um contacto mais próximo e uma avaliação dirigida às necessidades identificadas. O que leva os doentes a verbalizar satisfação com este tipo de intervenção e a apresentar uma maior adesão (Clark et al., 2009). A capacitação da pessoa idosa visa que esta seja capaz de assumir o cuidado de si e promover os cuidados necessários para gerir a sua doença. A ITE funciona como um incentivo, podendo traduzir benefícios para a sua qualidade de vida, e ser utilizada como estratégia na educação para a saúde, baseando-se na realização de atividades, pelos próprios, que promovam a sua autonomia e capacitação. Com o desempenho em HDIC, foi possível observar que a relação com o doente especialmente idoso, não se constrói repentinamente, implica trabalho em conjunto, conhecimento mútuo, e negociação constante de intervenções possíveis de serem implementadas no seu quotidiano, pois tal como refere Gomes *“para que os idosos possam ter o direito de participar no seu próprio projeto de saúde e serem parceiros ativos nos cuidados, é indispensável haver uma partilha e reciprocidade entre enfermeiro e doente”* (2007, p.85).

A ITE implica a utilização de maiores recursos humanos, sendo também mais exigente para com os profissionais (Cleland, 2006). Implica a permanência dos membros da equipa, a triagem é feita na hora exigindo um conhecimento muito detalhado da patologia e do doente, mesmo sem a presença física deste. O acompanhamento pós alta feito por uma equipa especializada em IC, traduz melhores resultados, com uma taxa de reinternamento mais baixa em cerca de 30% e de redução da taxa de mortalidade em cerca de 20% (Holland et al., 2005; Scalvini et al., 2006; Clark et al., 2009; Ferrante et al., 2010).

Esta sendo uma intervenção de baixo custo, realiza uma avaliação específica, permite o despiste de situações cardiológicas e não cardiológicas e fomenta um maior apoio emocional, fator determinante num doente idoso com doença crónica (Wheeler & Waterhouse, 2006). Enquadrado com as restrições financeiras, esta intervenção parece-me ajustada e promotora do trabalho em parceria com o doente idoso e sua família na

promoção do cuidado de si, importando o enquadramento da comunicação realizada nesta intervenção.

2.4 – A comunicação com o Idoso no contexto da intervenção telefónica.

A comunicação está presente em todas as intervenções de enfermagem e tem como finalidade orientar, informar, confortar e atender às necessidades do doente. Inerente à condição humana, permite a integração entre a prestação de cuidados, o ensino em enfermagem e a pesquisa baseada na evidência (Stefanelli, 2005). Trata-se de “um processo de criação e recreação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (Phaneuf, 2005, p.23).

Para uma comunicação efetiva é importante considerar o ambiente em que esta se desenvolve. Este aspeto pode desempenhar um papel determinante na qualidade da comunicação estabelecida e influenciar a condição emocional e física dos envolvidos no processo. A comunicação introduz uma reação nos intervenientes, sendo em ambas as partes criadas imagens do outro. De acordo com Phaneuf (2005) a primeira imagem criada é normalmente difícil de reverter, sendo determinantes os primeiros momentos da comunicação, fornecendo um tom à relação e promovendo o acolhimento da pessoa. Para a implementação de uma intervenção telefónica esta relação tem de estar já estabelecida para que a implementação e aceitação por parte do doente seja facilitada e não constitua um elemento dificultador de intervenção.

A compreensão bilateral da mensagem é fundamental, para uma boa relação terapêutica que possibilite a intervenção de enfermagem e promova no doente o cuidado de si. Cada um de nós imprime na mensagem a sua forma de ser, o seu contexto, a sua cultura e os seus valores, com todas as influências sofridas no decorrer da sua vida, fornecendo uma unicidade ao que é transmitido.

Podemos perceber que a comunicação não é feita apenas por palavras, mas de todo um contexto onde “todo o comportamento numa situação internacional, tem valor de mensagem, por muito que o individuo se esforce é-lhe impossível não comunicar. Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem” (Watzlawick et al., 1971, p.44). Esta realidade está alterada no contacto telefónico onde apenas é possível obter a comunicação verbal, estando os restantes elementos

inacessíveis, reforçando a importância do conhecimento prévio do doente, do seu contexto de vida e doença para que a comunicação seja eficaz e permita ao enfermeiro perceber a mensagem e delinear estratégias de intervenção em conformidade com os desvios identificados. Uma boa comunicação permite estabelecer uma relação terapêutica significativa. Possibilita o desenvolvimento de estratégias de intervenção dirigidas, bem acolhidas, refletidas e questionadas livremente pelo doente, em caso de dúvidas, fomentando o assumir do cuidado de si.

Na comunicação é importante considerar duas vertentes, verbal e não verbal. Neste contexto a comunicação verbal assume papel preponderante e quase exclusivo. Tem implícita a palavra que se transmite, com o intuito de possibilitar a expressão de informações, opiniões, sentimentos, vontades e questões, que impulsionam as relações. Na enfermagem a comunicação verbal é um instrumento funcional, cujo impacto no doente é determinante para a qualidade da relação estabelecida. É segundo Braga um “fator facilitador da recuperação do doente” (2010, p.24) e “influencia positivamente a sua participação no seu projeto de cuidados” (Carvalho, 2007, p.51). Deve possuir algumas características, que permitam ao emissor ser compreendido e fomentar a aceitação da mensagem enviada. Phaneuf (2005) identifica como importantes, clareza, simplicidade, brevidade, objetividade da mensagem (enquadradas com as circunstâncias existentes do doente e ambiente) e flexibilidade, de modo a poder ser adaptada à situação que se vivencia durante a interação.

Num contexto de cuidados muitas são as interferências possíveis na comunicação, de natureza externa ou interna, a sua identificação permite a conseqüente correção para a comunicação acertiva. As interferências externas estão relacionadas com o ambiente (interrupções, alarmes, telefones, televisão, ruído ambiente, entre outros), bem como a utilização de meios de proteção pessoal como máscaras e luvas podem levantar verdadeiras barreiras à comunicação. No contacto telefónico é fundamental a eliminação máxima dos fatores dificultadores da comunicação, através da criação de um ambiente calmo com o menor ruído possível.

As interferências internas prendem-se essencialmente com *deficits* físicos em qualquer um dos intervenientes, como por exemplo surdez, cansaço e falta de ar. Estas assumem um importante papel, pois podem dificultar ou até mesmo impedir a comunicação, podendo ainda originar transição errada ou insuficiente de informação. No contexto da IC a dispneia e o cansaço podem mesmo ser impeditivos da sua realização onde a

insistência pode produzir agravamento da situação clínica do doente. O défice cognitivo, presente muitas vezes nestes doentes, afeta-os diariamente na gestão da doença, fases de ansiedade e estadios depressivos podem alterar a função cognitiva, incluindo a memória, que num momento transicional como este pode apresentar alterações significativas na comunicação (Lackey, 2004). Além destas interferências, devemos valorizar outros aspetos inibidores ou dificultadores da comunicação, como a religião, cultura e crenças próprias que dificultam a comunicação e em consequência a relação doente/enfermeiro. O preconceito e estereótipos sociais constituem entraves à comunicação, devendo o profissional de enfermagem ser capaz de respeitar todas as pessoas independentemente do seu estatuto social, para que a mensagem possa ser acolhida e entendida pelo recetor e este consiga gerir a informação dada na gestão da sua doença crónica (Phaneuf, 2005).

2.5 - O doente Idoso e o assumir o cuidado de Si nas situações de doença crónica

Vários estudos apontam para os benefícios da educação dos doentes, focalizando na “compliance” e participação ativa na gestão da doença (Washburn e Hornberger, 2008). A gestão dos cuidados na IC pode reduzir as hospitalizações e os níveis de mortalidade (Piette et al., 2008). Esta patologia implica mudanças importantes no estilo de vida dos doentes e suas famílias, sendo o papel da enfermeira determinante neste contexto (Washburn & Hornberger, 2008). Para tal é necessário priorizar a pessoa na sua singularidade, contexto e grau de autonomia. De acordo com Foucault *“a valorização da vida privada, a importância reconhecida às relações familiares, às atividades domésticas, ao campo dos interesses patrimoniais, bem como a intensidade das relações a si”* (1994, p.52) *possibilita o conhecimento “das formas nas quais é chamado a ter-se a si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação, de modo a transformar-se, corrigir-se”* (Foucault, 1994, p.52).

No idoso a transição saúde/doença está intimamente ligada ao cuidado em enfermagem. É esta que normalmente o traz ao contato com o profissional de saúde (Schumacher et al., 1999). A enfermagem é a classe mais presente durante todo o processo de transição, no desenvolvimento de novas capacidades, relacionamentos e estratégias de coping (Schumacher et al., 1999). “Aprender a viver durante toda a vida

convida a transformar a existência numa espécie de exercício permanente, mesmo que seja bom começar-se cedo é importante não se relaxar nunca” Foucault (1994, p.60). A necessidade de cuidar do corpo, de cumprir os regimes de saúde e a satisfação das necessidades de forma adequada, promove a procura de conhecimentos e a reflexão sobre eles no sentido de “rememoração das verdades que já se conhecem mas em relação às quais é necessária ainda uma melhor apropriação” Foucault (1994, p.63). A auto reflexão do percurso promove a decisão em consciência face ao futuro (Foucault, 1994, p.62). A velhice é a fase da vida que possibilita a consagração “ao trabalho filosófico, na calma de uma existência agradável, à posse de si próprio” (Foucault 1994, p.62).

Os recursos existentes atualmente não permitem uma gestão compreensiva, com monitorização e chamadas de suporte na mudança de comportamento (Boren et al., 2009; Piette et al., 2008). O Modelo de Parceria permite a operacionalização desta gestão dos cuidados, com existência de um compromisso por parte de todos os que participam no processo de procura, planeamento, implementação e avaliação, promovendo no idoso a capacidade de decidir por si e participar ativamente no seu projeto de saúde (Gomes, 2007). Os processos de transição desenvolvem-se nas áreas cognitivo, comportamental e interpessoal. Numa transição saudável o doente move-se em direção à saúde, sendo que a avaliação periódica dos indicadores do processo, providenciam a forma de acompanhar o cliente durante o processo de transição. (Schumacher et al., 1999)

Oguz e Enç (2008) realizaram um estudo onde foram tentar perceber os principais sintomas identificados pelos doentes com IC e a abordagem realizada pelos mesmos, sendo os principais, o cansaço, a dispneia e a fadiga. A maioria dos homens optava pelo repouso e as mulheres tinham por norma ações mais interventivas como a toma de medicação ou a procura do médico. Este tipo de conhecimento em minha opinião é fundamental para se conseguir direcionar a educação para as áreas verdadeiramente importantes para cada doente.

O acompanhamento em HDIC e VD possibilita identificar as áreas problemáticas, a forma como cada um deles experiencia sintomas de descompensação, permitindo uma maior individualização na intervenção (Boren et al, 2009). A Parceria (Gomes, 2007) preconiza uma ação conjunta negociada, sobre a realidade conhecida e assumida com o intuito do “empowerment” do doente face à situação de saúde. Segundo Gomes (2002, p.64) este é definido como “o reconhecimento das capacidades das pessoas idosas para

tomar decisões, para assumir as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades”. Mesquita por sua vez refere-o como *“um processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte do cidadão, indutor de um acréscimo de poder e controlo, claramente explicitados através da participação e tomada de decisão efetiva”* (2007, p.157), que possibilita a *“adoção de estratégias individuais/coletivas, com vista à redução e eliminação de comportamentos capazes de comprometerem a saúde”*. (Mesquita 2007, p.157).

Este é o desempenho esperado da enfermagem, como refere Foucault (1994, p.65) quando *“se faz apelo a um outro, em relação ao qual se adivinha a aptidão para dirigir e aconselhar, exerce-se um direito; e é um dever que se cumpre quando se proporciona ajuda ao outro, ou se recebe com gratidão as lições que ele pode dar”*.

A educação sobre áreas importantes na gestão da doença, é fundamental para que, no seu contexto consiga manter a qualidade de vida, melhorar comportamentos e evitar agravamento da doença. As rotinas de vida diária têm de ser reestruturadas de forma a serem congruentes com a nova situação e permitir a recuperação do sentimento de previsibilidade, gestão e prazer na vida (Schumacher et al., 1999). A relação estabelecida deve basear-se no respeito e no direito de participar nos cuidados (Gomes, 2007:p.70).

A finalidade do Cuidado de Si na doença crónica é a participação ativa na gestão da sua saúde numa base de continuidade (Gallagher, Donoghue, Chenoweth & Stein-Parbury, J., 2008). Desenvolvendo conhecimentos e capacidades ao longo do tempo, para dar resposta às necessidades da nova situação, gerindo o impacto da doença na vida diária, mantendo o estado geral de saúde e evitando os fatores de risco (Gallagher et al., 2008; Shumacher et al.,1999). A pessoa idosa valoriza que se lhe dê voz, que se lhe permita um papel ativo no seu tratamento e recuperação (Gomes, 2007, p.107). *“A prática de si implica que o sujeito se constitua a seus olhos não apenas como individuo imperfeito que tem necessidade de ser corrigido, mas ainda como individuo que sofre de certos males e que deve trata-los seja por si mesmo, seja através de alguém que tenha competência para o fazer”* (Foucault, 1994, p70). O papel dos profissionais de saúde consiste em ajudar os doentes a desenvolver capacidades de controlo sobre a sua saúde através da educação e promoção da sua participação ativa (Mesquita, 2007).

Na transição a redefinição dos significados leva tempo e exige, a modificação e substituição das expectativas por outras concretizáveis, onde o conhecimento das

crenças, que movem as pessoas, pode levar a mudar comportamentos e atitudes (Schumacher et al., 1999; Gallagher et al., 2008). A percepção e conhecimento sobre a realidade é determinante para o compromisso face à necessidade de mudança que leva “a pessoa a submergir no processo de transição e a desenvolver atividades em busca de novos conhecimentos e apoios, de forma a ser capaz de identificar novas maneiras de viver e modificar hábitos anteriores para dar sentido às circunstâncias” (Kralik, Visentin & Loon, 2006, p.323).

Os indivíduos diferem na capacidade de adaptação face à mudança, e a continuidade em alguns aspetos de vida pode facilitar a transição, tal como a promoção da identidade, das suas relações e do seu ambiente, facilitando a integração de mudanças, através da promoção de escolhas, onde o doente tem o poder de decidir o seu trajeto de saúde e de vida (Zagonel, 1998; Schumacher et al., 1999).

2.6 – A Parceria com o doente Idoso na promoção do Cuidado de Si

De acordo com Meleis (2000) o Ser Humano é um ser ativo, tem percepções e significados atribuídos às situações de saúde e doença, importando conhecer as condições pessoais, comunitárias e sociais que facilitam ou dificultam uma transição saudável. Este processo implica redefinição dos significados de vida, modificação das expectativas, reestruturação das rotinas e desenvolvimento de conhecimentos e capacidades que culminam na descoberta de oportunidades de crescimento pessoal (Schumacher et al., 1999).

O objetivo da enfermagem é facilitar o processo, reduzir as transições patológicas e dar suporte aos indicadores. A consciência de que a transição é um processo dinâmico contínuo implica dar atenção às mudanças, monitorizar o desenvolvimento da situação do doente, vigilância regular e um contexto de cuidado saudável que suporte o contacto frequente entre a *enfermeira e o doente* (Schumacher et al., 1999). Aqui a parceria assume papel determinante uma vez que esta é um “processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objetivo comum”, (Gomes, 2002 p.210). O significado partilhado da experiência vivenciado pela pessoa ou família tem “*um duplo sentido: a construção de uma ação conjunta,*

quando o doente tem capacidade de decisão; a construção de uma ação em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, quando o doente não tem capacidade de decisão” (Gomes, 2009, p.251). Esta centralidade no doente promove a sua autonomia e permite que “possa controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e de saúde” (Gomes, 2009, p.251).

A parceria tem “como condições essenciais, num contexto de vulnerabilidade e dependência, a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e cuidado” (Gomes, 2009,p.231). Ele é o centro da intervenção, possibilitando-lhe um controlo sobre o seu projeto de saúde e de vida, criando condições para uma transição saudável e a prossecução da sua trajetória de vida (Gomes, 2009).

Este processo decorre ao longo de 5 fases (Gomes, 2009, p.251):

1ª Fase - **revelar-se** onde o enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa para a ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida em qualquer que seja a sua condição. Trata-se de conhecer a pessoa em todo o seu contexto pessoal, ambiental e social.

2ª Fase - **Envolver-se**, caracterizada pela criação de um espaço de reciprocidade onde o respeito pelo tempo e vontade de cada um é tido em conta, na promoção de uma relação de qualidade e de um ambiente seguro. O enfermeiro demonstra competência técnica e relacional, ficando-se a saber o que se espera de cada um na relação. O envolvimento permite perceber a falta de conhecimentos, a capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) bem como conhecer as motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si.

3ª Fase - **Capacitar e possibilitar** - ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. Integra a partilha dos significados da experiência na ação, possibilita progressão do projeto de vida, ou pela ação do enfermeiro que assegura o cuidado que o Outro teria se tivesse a capacidade para decidir, permite que este prossiga a sua trajetória. Tem implícita a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais. A mobilização dos conhecimentos sobre a pessoa e o seu contexto de vida são importantes para promover o Cuidado de Si ou capacitar a família para assegurar o Cuidado do outro.

4ª Fase - **Comprometer-se** - acompanhamento do percurso da transição e trabalho em parceria para que com conjugação de esforços se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real.

5ª Fase - **Assumir o controlo do Cuidado de si** ou **assegurar o Cuidado do Outro** – a pessoa assume o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, caso não o consiga fazer o enfermeiro garante que possa seguir o seu percurso de vida, promove na família a capacidade para cuidar da pessoa idosa, existindo assim partilha de poder (Gomes, 2009). Nesta fase da transição a pessoa consegue gerir a sua situação de doença procurando ajuda quando necessita.

O modelo das transições de Meleis e o modelo de Parceria de Gomes (2009, 2011) suportam os enfermeiros, no acompanhamento ao doente idoso, no processo de doença após hospitalização. Viabilizam a capacitação deste e da sua família no sentido de se conseguir o “empowerment”, garantindo a maior qualidade de vida aos doentes, ideia defendida também por Squire (2005).

O doente necessita de ter competências pessoais para no seu contexto decidir de forma esclarecida o melhor trajeto para o seu percurso de vida, necessitando de ser informado, incentivado a refletir e ser capaz de decidir por si, acompanhado por profissionais de saúde que possibilitem este crescimento e desenvolvimento pessoal (Boren et al., 2009).

O Modelo de Cuidados na Doença Crónica reforça que a interação entre um doente informado e participante e uma equipa de profissionais, preparada e proativa promove um “doente motivado, com informação, aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efetivas, na gestão da sua doença” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.36).

A capacidade de se reconhecer como doente, sofredor de uma certa doença, que precisa de adequar certos comportamentos para ser capaz de se cuidar, ou procurar ajuda quando não o conseguir sozinho, são critérios fundamentais para o Cuidado de Si, necessitando de uma auto-reflexão que lhe confira responsabilidade, no seu processo de doença (Gomes, 2009). O papel do enfermeiro passa também pela consciencialização da pessoa para este facto, partilhando as vivências durante o percurso e promovendo em conjunto, estratégias que permitam a recuperação da autonomia ou a gestão das incapacidades. A pessoa tem que se sentir como sujeito ativo no processo de cuidados e assim deve ser também encarada pelos profissionais de saúde, parceiros no Cuidado de Si (Gomes, 2009).

3 - METODOLOGIA

Segundo Ruivo et al., (2010) o trabalho de projeto é definido como um conjunto de operações explícitas que permitem reproduzir uma representação antecipada e final de um processo de transformação do real. Tem como objetivo dar resposta a um problema identificado no contexto de cuidados; promovendo a sua resolução através da implementação de estratégias e intervenções. Pressupõe o trabalho em grupo, onde todos os intervenientes são envolvidos no seu planeamento e intervenção. Processo dinâmico e flexível que se vai adaptando ao longo do percurso, de implementação de uma intervenção devidamente fundamentada. Visa o desenvolvimento de capacidades e competências pessoais, possíveis na concretização de projetos em situações reais da prática (Ruivo et al., 2010).

Engloba seis fases, o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento das atividades a implementar na fase de execução, realizando a sua avaliação e finalmente a divulgação dos dados obtidos. O diagnóstico consiste na descrição da realidade existente sobre a qual se propõe atuar, é “dinâmica, a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes” (Ruivo et al., 2010, p.10). Os objetivos apontam os resultados pretendidos podendo incluir diferentes níveis, desde o geral para o específico. No planeamento, realiza-se o desenho do trajeto a percorrer, analisando os recursos necessários e os existentes, calendarizando as atividades previstas. A sua execução é a fase “mais trabalhosa e a mais proveitosa” (Ruivo et al., 2010, p.24), aqui o orientador desempenha um papel importante na motivação e envolvimento dos participantes, visando a participação ativa no processo.

Na etapa seguinte, a avaliação, recorre-se a instrumentos de avaliação que fornecem elementos necessários para intervir na coerência, eficácia e eficiência do projeto. Em concreto foram utilizados a observação e entrevistas, que sustentaram a avaliação e a subsequente elaboração do presente relatório final.

3.1 -Finalidade e objetivos do estudo

Propusemo-nos desenvolver um projeto de intervenção no contexto da prática com a finalidade de *promover o cuidado de si em parceria com o doente idoso com IC e família, em contexto do HDIC, tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada.*

Pelo que definimos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista, nos cuidados aos doentes idosos nomeadamente, na capacitação da pessoa idosa com ICC e sua família, através de uma intervenção em parceria que promova o cuidado de SI, *tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada* em contexto de HDIC
- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa com ICC e sua família, através de uma intervenção em parceria que promova o cuidado de SI, *tendo como estratégia a implementação da intervenção telefónica estruturada* em contexto de HDIC

3.2 -Desenho do projeto

Na resolução de um problema identificado no contexto dos cuidados torna-se fundamental explicitar de que forma pensamos conseguir estudar a temática e o trajeto que pretendemos seguir. Este plano é fundamental para a transparência e credibilidade, colocando em ordem as atividades delineadas e fornecendo um fio condutor da realização efetiva do projeto de onde se obterão os resultados (Fortin,1999).Neste percurso foram delineadas atividades específicas que foram organizadas para decorrer em três fases:

Fase de diagnóstico onde se contextualizou a problemática, propondo como objetivos identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, promover o desenvolvimento de competências pessoais e da equipa, para a implementação da intervenção e a integração da restante equipa de profissionais.

Num segundo momento a **fase de implementação** da ITE, como estratégia de enfermagem na parceria com o doente idoso com IC, na promoção do cuidado de si, após a alta hospitalar.

Finalmente a **fase de avaliação** realizando a análise do percurso e seu impacto no doente, na equipa e o crescimento pessoal possibilitado pelo decurso do projeto.

3.3 - Participantes no projeto

Fortin (1999, p. 202) define participantes do estudo como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...); deve ser representativa da população visada”, traduzindo as características da população em estudo. Para a seleção dos participantes foram eleitos alguns critérios que permitissem dar resposta à problemática. Entre elas encontram-se:

- Doentes acompanhados em HDIC e VD cuja idade seja igual ou superior a 65 anos de idade, internados por descompensação da sua IC, com alta hospitalar entre 03 de outubro e 10 novembro de 2011, no serviço de Cardiologia contíguo ao HDIC.

- Doentes a quem seja possível realizar um follow-up mínimo de três meses, permitindo a avaliação de reinternamentos existentes nesse período e que falem fluentemente português ou que possuam familiares/cuidadores que aceitem assumir esse papel, no momento da intervenção telefónica

- Doentes cuja acuidade auditiva permita uma comunicação eficaz ou em caso de não se verificar esta permissão, possuam cuidadores que se disponibilizem para substituírem o doente nas intervenções telefónicas.

- Doentes que se encontrem conscientes e orientados no tempo, espaço e pessoa, possuidores de telefone fixo ou móvel, que aceitem participar no estudo fornecendo consentimento informado.

- Equipa de enfermagem do HDIC.

3.4 - Considerações éticas

A ética traduz a ciência da moral e de dirigir a conduta (Fortin, 1999,p.115). Qualquer intervenção realizada perto de seres humanos levanta questões morais e éticas e deve atender aos direitos fundamentais das pessoas: à autodeterminação, a capacidade decidir por si, à intimidade direito de restringir a informação que quer dar, devendo ser solicitado consentimento para tal, ao anonimato e à confidencialidade para que ninguém consiga identificar nenhum participante no estudo em causa, através dos dados apresentados; à proteção contra o desconforto e prejuízo, proteção contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem e finalmente tratamento justo e equitativo com o direito de informação sobre a finalidade e metodologia do estudo (Fortin:1999:113-119).

Partindo destes elementos tornou-se impreterível a minha atuação ética a nível do doente idoso internado, no serviço, potencial participante do meu estudo, através da solicitação do seu consentimento informado e esclarecido (Apêndice I). Neste documento é explanado o projeto em implementação, a colaboração pedida, a confidencialidade dos dados recolhidos ao abrigo da Lei de Proteção de dados pessoais N^o67/98, o carácter voluntário da participação e o direito de revogação em qualquer momento do consentimento fornecido.

A OE (2007), “considera consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem”. A sua eficácia depende de algumas condições e/ou requisitos, entre eles: a competência e capacidade para decidir; a informação fornecida deve ser a correta e necessária para realizar uma escolha, em verdade. A validação da compreensão da informação fornecida, deve ser verificada e assegurada –“pressupõe-se, assim, a formação de uma vontade esclarecida;” (OE, 2007). Os princípios éticos e valores do código Deontológico dos Enfermeiros foram considerados na prestação de cuidados diretos (OE, 2009b).

Institucionalmente o projeto foi encaminhado para a direção de enfermagem e comissão de ética, sendo solicitada autorização para a sua implementação. Tendo sido autorizado pelas entidades competentes (Anexo I e II).

3.5 -Instrumentos de colheita de dados

“O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes” utilizando instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 1999, p.261). A fim de perceber a realidade do serviço a nível dos registos de enfermagem foi criada uma grelha de observação dos processos, baseada em indicadores das fases do Modelo de Parceria (Apêndice II), grelha que foi também utilizada na fase de avaliação final para perceber a mudança neste indicador.

Como método de validação dos dados obtidos foram realizadas notas de campo da observação das práticas com consentimento prévio das colegas, sendo que “os métodos de observação são técnicas que permitem obter informação, relativa ao objetivo do estudo, com a ajuda da observação direta e dos registos de dados, permitindo assim obter

a informação pretendida que de outra forma não seria viável (Fortin, 1999, p.263). A análise de conteúdo das observações foi suportada nas diretrizes de Bardin (2000). As áreas temáticas foram escolhidas à priori, de forma a possibilitar a validação da análise feita aos registos, tendo sido determinadas como áreas temáticas os indicadores das várias fases do Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2011).

No decorrer da ITE, recorreu-se a instrumentos de avaliação funcional dos idosos (Índice de Katz, Índice de Lawton e Brody, Mini Nutricional Assessment (MNA) e Mini Mental State Exam (MMSE)) (anexos III, IV, V e VI), cujos scores possibilitaram a monitorização da sua capacidade funcional e a identificação de áreas de intervenção.

Foi utilizada a entrevista, semi-estruturada, onde se criam perguntas principais, possibilitando novas questões, alterar a sua sequência para obter maior quantidade de informação e a adaptação ao nível da compreensão do entrevistado, aspeto importante na população alvo, constituída por idosos, com algum declínio funcional e com baixo grau de escolaridade (Fortin, 1999; Roque et al., 2010). O intuito deste instrumento era avaliar o impacto da intervenção telefónica, na capacitação dos idosos para o assumir do cuidado de si (ou assegurar o cuidado do outro). Assente nas diretrizes de Bardin (2000), a análise é essencialmente temática, tendo neste caso recorrido ao modelo de Parceria e as fases que comporta, frequencial e quantitativa através da criação de unidades de registo (ur), que pela análise transversal, permite o recorte das entrevistas em redor de cada objeto (Gomes, 2007).

3.6 – Descrição das atividades e resultados obtidos

Para atingir a meta proposta, foi delineada a ITE, no contexto de cuidados ao doente com IC em regime ambulatorio. Esta encontra-se pouco desenvolvida, sem existência de uniformização de procedimentos e sem estudos de impacto significativos que permitam aferir a sua eficácia (Riegel et al., 2002; Scavinni et al., 2005; Schwarz et al., 2008). Pretende-se um acompanhamento estreito ao doente com IC após a alta hospitalar por descompensação cardíaca, período de maior risco de descompensação e necessidade de reinternamento (Schwarz et al., 2008; Wheeler e Waterhouse, 2006).

Na implementação foram delineadas 3 fases. A fase de diagnóstico onde se pretendia integrar a equipa no projeto, promover a sua participação e desenvolver competências para esta estratégia. A fase de implementação com a realização efetiva, da ITE, como estratégia de intervenção em Parceria com o doente idoso na promoção do

cuidado de si, e a fase de avaliação onde se realiza o cômputo do percurso. Tendo esta sido realizada no decorrer de todo o percurso, possibilitando uma monitorização contínua. Para cada uma destas fases foram criados objetivos específicos que orientaram o trabalho desenvolvido durante o estágio:

FASE DE DIAGNÓSTICO

Esta fase decorreu nos meses de Outubro e Novembro, comportando as atividades descritas, no quadro seguinte.

Quadro nº 3 objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de diagnóstico

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
Identificar as práticas de cuidados referentes à Promoção do cuidado de si, no HDIC, tendo por base o processo de Parceria, nas suas diferentes fases	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar uma avaliação inicial das práticas existentes ■ Realizar notas de campo da observação direta das práticas
Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa de enfermagem para a implementação da ITE em parceria com o doente idoso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisão da literatura ■ Apresentação à equipa dos dados obtidos e apresentar a ITE como estratégia de enfermagem ■ Elaboração dos impressos de registo da ITE de acordo com o Modelo de Parceria e as suas fases (Gomes, 2009) ■ Criação de um guia de aplicação da intervenção telefónica ■ Apresentação à equipa dos impressos de registo e das escalas utilizadas nesta intervenção possibilitadoras da avaliação multidimensional do idoso ■ Identificar dificuldades e facilidades na equipa para a realização deste tipo de intervenção, ■ Apresentação à equipa médica

Atividade - Avaliação inicial das práticas

Para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem do HDIC, era importante, perceber as já existentes. O modelo de parceria era conhecido pela equipa, introduzido no ano transato através de um estágio de mestrado. sendo pertinente proceder à avaliação dos registos através da consulta dos processos. Foram analisados 10 processos, no período entre 10 de Outubro e 10 de Novembro de 2011. Os doentes selecionados para esta avaliação foram doentes com internamento por descompensação, com critérios de inclusão na ITE, possibilitando a análise comparativa dos registos no final da intervenção. Foi criada uma grelha prévia de análise, sustentada pelo Modelo de Parceria desenvolvido por Gomes (2009,2011). No quadro abaixo apresentam-se as áreas temáticas e categorias criadas, podendo ser consultada a totalidade da grelha de análise no Apêndice II.

Quadro 4 – Itens para análise dos registos de enfermagem

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
Revelar-se	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identidade do doente idoso ✓ Contexto de vida do doente idoso ✓ Impacto da doença e o seu significado na sua vida ✓ Conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença
Envolver-se	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhece a pessoa idosa/cuidador face à sua situação de doença ✓ Partilha experiências com o doente idoso/cuidador
Capacitar e possibilitar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partilha de poder ✓ Partilha de uma ação conjunta ✓ Partilha de informação ✓ Promove o Cuidado de Si no doente idoso/cuidador
Comprometer-se	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promove o desenvolvimento de competências na pessoa idosa
Assumir ou assegurar o cuidado de si ou do cuidado do outro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garante que o doente idoso/cuidador são detentores da informação necessária para assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro

Resultados

◆ O HDIC visa a proximidade estando implícito um conhecimento profundo do doente e seu contexto. Nesta análise foi dada especial atenção à primeira e segunda fase do Modelo de Parceria e ao que, para a implementação desta intervenção é fundamental e que como refere Gomes “para existir parceria há necessidade de haver uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica à partida um conhecimento do outro, a atenção para com o outro” (2007, p.107).

◆ Após a análise, que se encontra descrita de forma detalhada no Apêndice III, conclui-se que a equipa de enfermagem regista de forma parcial os aspetos referentes à identidade do doente, apesar de estes estarem contemplados no impresso de colheita de dados em uso no HDIC. Os elementos menos registados relacionam-se com a profissão, papel que ocupa na dinâmica familiar e o grau de escolaridade.

◆ Fatores como a idade, nível de instrução e conhecimentos que a pessoa possui influenciam a participação nos cuidados; reforçando, assim a importância de tal conhecimento, para uma intervenção adequada que promova a autonomia do doente idoso (Gomes, 2002).

◆ O contexto em que o idoso se encontra inserido permite conhecer com quem vive, as condições habitacionais, como ocupa os seus dias bem como os apoios de que dispõe e mobiliza, que como Gomes refere “podem interferir na motivação e capacidade de aprender (Gomes, 2007, p.93). Verifica-se uma preocupação em conhecer com quem vive, onde, cuidador principal e fatores de risco presentes. Menos visíveis encontram-se o

conhecimento sobre como ocupam os seus dias, suporte familiar identificado, apoios presentes e a condição financeira, salientando-se no entanto que esta preocupação está já presente em alguns processos, denotando alguma mobilização dos indicadores para o estabelecimento de Parceira.

◆ O registo da capacidade funcional não foi verificada em nenhum processo e sabendo que a avaliação precoce e a monitorização das limitações permitem uma intervenção individualizada a cada doente, aumentando o seu potencial terapêutico, esta é uma lacuna que importa colmatar (Sequeira, 2010).

◆ O impacto da doença e o seu significado, estão deficitariamente registados. Verificados apenas no que concerne ao diagnóstico, antecedentes pessoais e tratamento instituído. Estes são elementos importantes todavia outros existem, que possibilitam situar o doente face à doença e perceber as expectativas que cada um possui, promovendo uma atuação dirigida e individualizada.

◆ Como último indicador era importante perceber os registos relativos aos **conhecimentos e recursos do doente idoso**, sobre a doença, o que poderiam fazer para a gestão correta da mesma, o que era realizado de forma autónoma e a avaliação da ajuda necessária. Este era de extrema importância para o projeto, pois a estratégia a implementar implica um trabalho em parceria, onde cada parte desempenha um papel e a posse de conhecimentos e ferramentas suficientes, para serem capazes de agir e decidir são fundamentais numa intervenção à distância. Foi verificado que não existia registo dos conhecimentos que os doentes possuíam para fazer face à doença, nem do que era feito por estes de forma autónoma, sendo este item registado de forma incompleta e quase exclusivamente relacionada com a toma da medicação instituída.

◆ Na área temática “envolver-se” foram criadas duas categorias, que propunham analisar os registos relativos ao conhecer o doente/cuidador face à sua situação de doença e a partilha de experiências. Em ambas as categorias estes são praticamente inexistentes, verificando-se dificuldade na concretização dos registos de aspetos não mensuráveis e de difícil classificação devido à subjetividade a eles associada, denotando algum desconhecimento e pouco familiaridade por parte da equipa. Este conhecimento é importante pois permite uma adequação na intervenção face à sua idade, formação académica, papel desempenhado na família melhorando a assertividade.

Atividade – Notas de campo de observação direta das práticas

Desenvolvendo funções no HDIC, foi fácil perceber, que os registos não espelham o trabalho realizado. Propus-me realizar notas de campo da observação direta das práticas, com o intuito de perceber os cuidados prestados ao doente idoso, como se desenvolvem as intervenções e de acordo com o Modelo de Parceria como se enquadrava a equipa nas diferentes fases. Observadas três interações junto de doentes idosos em contexto de HDIC (duas) e VD (uma) percebendo ambas as realidades de cuidados. Foi solicitada autorização prévia dos elementos do serviço, sem ser indicado período temporal para o desenvolvimento das mesmas (Apêndices IV, V e VI), minimizando influências e mantendo a sua isenção e veracidade. Foi realizada uma observação a cada um dos elementos de enfermagem obtendo uma amostra o mais verosímil possível.

As áreas temáticas consideradas foram as fases do Modelo de Parceria de Gomes (2009), tendo sido criadas categorias e unidades de registo para perceber o desempenho das enfermeiras nas várias fases do Modelo. Estas categorias definidas à “priori”, com o intuito de validar ou não dos resultados obtidos com a análise dos registos. A categorização dos dados recolhidos foi realizada durante a análise das interações.

Quadro 5 - Itens para a análise das notas de campo da observação das práticas

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA
Revelar-se	✓ Revela conhecimento da pessoa
Envolver-se	✓ Promove um ambiente seguro
	✓ Demonstra competências (informa o doente e promove a reflexão)
Capacitar e possibilitar	✓ Desenvolvimento de competências para agir (ação conjunta)
	✓ Previne complicações
Comprometer-se	✓ Promove a autonomia
Assumir ou assegurar o cuidado de si ou o cuidado do outro	✓ Partilha de poder
	✓ Permitir a manutenção do projeto de vida

Resultados

❖ Para a área temática revelar-se verifica-se que os enfermeiros se preocupam em conhecer a pessoa idosa e a mobilizar esses conhecimentos durante as intervenções (11ur), possível de constatar quando a enfermeira refere “aumentou 2 kg, desde a última vez que cá esteve”(NOP1) ou ainda “desde quando tem esse inchaço (...)”(NOP2). Verbalizam conhecer dados anteriores dos doentes e recorrem a comparações (7ur), “mas nós as duas já sabemos como é(...)” (NOP2) e “na última sessão queixou-se de dores osteoarticulares, como está agora?”(NOP1). A valorização das mudanças

observadas traduz a importância dada ao conhecimento efetivo (7ur), “parece mais cansada”(NOP3).Embora, na avaliação dos registos não transpareça, os enfermeiros demonstram conhecer os doentes e a sua situação de doença (4ur), “não se tem esquecido de nenhum como já aconteceu” (NOP2), onde a valorização e o reforço do apoio prestado por familiares atesta o conhecimento do doente e da sua família (1ur), “tem uma esposa que se preocupa consigo (...)” (NOP3).

◆ A área temática envolver-se englobava o promover um ambiente seguro e demonstra competências. A promoção de um ambiente seguro está presente nas intervenções de enfermagem, quer através do reforço positivo (1ur) quer pelo incentivo na procura de ajuda face a sinais iniciais de descompensação cardíaca (4ur), “quando aparecem os edemas e o cansaço deve contactar o HDIC para evitar chegar a este estado” (NOP2). A validação do conhecimento dos sinais de descompensação é importante, para que o doente saiba quando procurar ajuda (6ur) e as medidas não farmacológicas, são um importante e fundamental meio de prevenção (3ur). A demonstração de competências visa providenciar a informação aos pacientes (9 ur) [“era importante controlar o sal” (NOP2), “sabe que o sal leva à retenção de líquidos? (NOP2) ”temos falado muitas vezes(...) para recorrer ao HDIC” (NOP3)), promover a sua reflexão (4 ur) (“não acha importante evitar sentir-se assim?”) (NOP2) e incentivar à sua participação no processo de gestão da doença (5ur)]”a avaliação regular do peso é importante (...)” (NOP1) “o agravamento do cansaço é um sinal de alerta” (NOP1)].

◆ De acordo com o Modelo de Parceria a terceira fase permite capacitar o doente idoso com doença crónica ou possibilitar que outro possa assumir essa tarefa em situações que o idoso não seja capaz de o fazer por si próprio, promovendo a continuidade do seu percurso de vida. O desenvolvimento de competências para agir (uma ação conjunta entre os enfermeiros e os doentes/cuidadores) e a prevenção de complicações foram as categorias eleitas para analisar as práticas. Foram registadas estratégias alternativas em 4ur (utilização de sal artificial, a ingestão de lâminas de gelo para reduzir a ingestão hídrica, a utilização de caixas individuais de medicação) que promovem uma melhor adaptação à condição de doente com doença crónica e que visam a prevenção de complicações como o reinternamento por descompensação. A capacidade de identificação de sinais de descompensação (2ur) permite ao doente atuar sobre eles e procurar ajuda. A partilha de poder capacita a decisão sobre o melhor para si (3ur), sendo importante o reforço dos aspetos a valorizar no contexto de doença (6ur)

sendo exemplo: “caso aumento o cansaço ou o peso aumente tipo 2 kg numa semana deve contactar o HDIC” (NOP1).

◆ A fase seguinte – comprometer-se traduz um compromisso assumido por ambas as partes intervenientes no processo, na consecução de um objetivo (4ur) comum como por exemplo “acha que conseguia começar por ver 1 vez por semana” (NOP1), a promoção de uma maior autonomia da pessoa idosa e o poder de decisão sobre o seu trajeto de vida e doença (2ur), permite uma participação ativa do doente idoso. A negociação permite a possibilidade de escolha e decisão sobre o percurso que desejam para si (2ur) ”se ajustássemos os medicamentos ao seu horário de acordar acha que isso ajudaria” (NOP2).

◆ O assumir o controlo sobre o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro (dependendo de como está o doente, com ou sem capacidade de decisão) é o objetivo primordial da intervenção de enfermagem e de acordo com o Modelo de Parceria consiste na meta das intervenções delineadas. Aqui o doente possui conhecimentos sobre a doença, o que se espera da sua atuação, os apoios que possui estão identificados e mobilizados, sendo, o doente, o gestor do seu percurso de vida e da sua doença crónica (1ur), estimulando projetos para o futuro adequados de forma a “aproveitar a vida que ainda tem para viver”(NOP3)(2ur)

◆ Após esta análise foi possível observar que os enfermeiros conhecem os doentes e tentam conhecer o seu contexto de vida e de doença. Partilham conhecimentos e fomentam a sua autonomia no assumir do cuidado de si. Verifica-se partilha de poder, embora esta seja relativa, pois está ainda muito presente a enumeração de restrições inerentes à doença. A negociação e o compromisso com o doente e sua família são estratégias utilizadas possibilitando uma responsabilização no projeto terapêutico da promoção do cuidado de si.

◆ Depreende-se que a equipa se encontra a desenvolver ações em todas as fases do Modelo de Parceria, sendo que as últimas fases de comprometer-se e promover o assumir do cuidado de si apresentam ainda necessidade de aprofundamento.

Atividade – Revisão da literatura

O desenvolvimento de competências pessoais e na equipa impôs um aprofundamento importante de conhecimentos realizado através de **pesquisa bibliográfica para suporte da pertinência da problemática.**

Decorreu ao longo de todo o estágio no sentido de obter a máxima informação disponível na evidência sobre a temática em estudo. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura (Apêndice VII) no sentido de perceber o tipo de intervenções utilizadas noutros contextos que possibilitassem a aquisição de competências pessoais e na equipa. Para o efeito elaborou-se a questão norteadora: a ITE (intervention) como intervenção de enfermagem (Outcomes) previne os reinternamentos nos doentes idosos com IC (population) após a alta hospitalar? Efetuou-se uma pesquisa de artigos científicos com recurso à base de dados eletrónica EBSCO, nomeadamente a duas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE Plus with Full Text.

A pesquisa foi efetuada a 29/11/2011 com seleção dos artigos publicados entre Janeiro de 2001 a Novembro de 2011 e com recurso às palavras-chave: Heart Failure, Chronic Heart Disease, Telephone Intervention, Telemonitoring, Telehealth, Elderly, Older, Nursing, Nursing Interventions, Nursing Care E Nurse. Para a pesquisa as palavras-chave foram conjugadas da seguinte forma: “Heart failure” OR “Chronic heart disease”; “elderly” OR “older”; “Nursing” OR “Nursing Interventions” OR “Nursing Care” OR “Nurse”, “telephone Intervention” OR “Telemonitoring” OR “Telehealth” e (“Heart failure” OR “Chronic heart disease”) AND (“elderly” OR “older”) AND (“Nursing” OR “Nursing Interventions” OR “Nursing Care” OR “Nurse”) AND (“telephone Intervention” OR “Telemonitoring” OR “Telehealth”) de onde resultaram um total de 17 artigos, dos quais foram seleccionados 8 para análise.

Resultados

◆ Esta atividade foi importante no desenvolvimento de competências específicas enquanto enfermeira especialista, na resposta aos problemas de saúde identificados sendo demonstrado por uma adequação máxima às necessidades das pessoas (OE, 2010).

◆ As conclusões obtidas possibilitaram a fundamentação do enquadramento teórico e forneceram os alicerces para o desenvolvimento e estrutura da ITE. Esta intervenção encontra-se pouco desenvolvida e com falta de uniformidade nos procedimentos dificultando um parecer absoluto sobre a sua eficácia na redução da taxa de reinternamento. As intervenções com resultados mais favorecedores são as realizadas por enfermeiras (de forma presencial em comparação com gravações), com recurso a formas de educação para a saúde individualizadas.

◆ Aplicável como complemento de uma intervenção instituída em regime de HDIC e VD, preconizada como adenda e não como substituta de nenhuma das outras intervenções (Cruz & Pimenta 2005). Facilmente aceite e valorizada pelos doentes idosos, que não apresentam dificuldade em aderir a este tipo de contacto (Clark et al., 2009; Cleland, 2006). Verifica-se uma melhoria significativa a nível da adesão à terapêutica, medidas não farmacológicas e redução da manifestação de sintomas de depressão, verbalizando satisfação com este tipo de intervenção (Clark et al., 2009; Finkelstein, Speedie & Potthoff, 2006)

◆ No lado dos profissionais é encarada como uma intervenção promotora de autonomia do enfermeiro que permite aceder a um número superior de doentes, mantendo-os no seu contexto (Wheeler & Plowfield, 2004; Finkelstein et al., 2006). A estrutura e regularidade da intervenção telefónica varia consoante o estudo não havendo consenso sobre a melhor metodologia a ser implementada.

Atividade - Apresentação à equipa dos dados obtidos e a intervenção telefónica como estratégia de enfermagem

Cada um de nós fornece um contributo específico e indispensável em qualquer projeto, possibilitando o seu enriquecimento. As opiniões e ideias mesmo que divergentes são fonte de crescimento e desenvolvimento individual e do grupo. A necessidade identificada e validada no serviço por todos os elementos tornou óbvia a sua integração onde o apoio recebido das colegas constituiu uma mais valia que enriqueceu todo o seu trajeto e conteúdo.

Após a contextualização da problemática os dados foram apresentados à equipa. Por se tratar de uma equipa muito reduzida pareceu-me pertinente fazer a abordagem de forma informal recorrendo a momentos informais de partilha, pois a presença de mais colegas em estágio de mestrado, causaria sobrecarga de formações em serviço tornando esta metodologia mais assertiva.

O estágio decorreu no meu local de trabalho, o que permitiu, maior proximidade com a equipa e maior conhecimento da dinâmica do serviço, das suas necessidades e objetivos futuros, tendo tudo isso sido considerado no decorrer do projeto. O serviço viveu, no decurso do estágio momentos de grande incerteza e angústia face ao futuro da Unidade e mesmo relativamente à instituição, estando patente alguma desmotivação e sentimento de receio, sendo este também um dos motivos que me levou a optar por esta metodologia de intervenção junto da equipa.

Resultados

◆ Os dados apresentados constituíram uma surpresa, na medida em que a percepção existente, não comportava índices tão elevados de reinternamento precoce por descompensação.

◆ A proposta apresentada foi acolhida com interesse e expectativa. No entanto considerou que a intervenção implicava competências acrescidas, pela especificidade de uma comunicação à distância. A percepção de que no contacto telefónico realizado informalmente pelo doente para o HDIC, a comunicação e avaliação de enfermagem era já realizada pela equipa, trouxe tranquilidade e confiança, para esta implementação.

◆ O apoio da equipa médica, para o encaminhamento conveniente das situações identificadas durante a ITE, foi identificado como crucial.

Atividade - Elaboração dos impressos de registo

Na fase inicial foi desenvolvido um protótipo da folha de registo da ITE, apresentada à equipa antes do início da implementação. Após a análise individual e em grupo, foram feitas alterações no sentido do seu enriquecimento, bem como a sua reformulação com base no Modelo de Parceria, que, como descrito anteriormente a equipa conhecia através estágios anteriores, traduzindo uma mais-valia importante no enriquecimento do mesmo.

O impresso de ITE inicial (Apêndice VIII) prevê uma avaliação global, do contexto de vida da pessoa e dos apoios que possui na transição para casa. Engloba a avaliação da capacidade funcional para posterior parametrização, avaliação do seu estado cognitivo e estado nutricional para delinear estratégias de intervenção. Na avaliação da 4ª e 12ª semana (Apêndice IX), está prevista uma reavaliação a nível da capacidade funcional dos doentes, fornecendo elementos importantes na sua evolução pós alta, sendo nas restantes intervenções realizada uma avaliação geral do doente e da sua evolução, sem recorrer à utilização de escalas (Apêndice X). Todos os impressos no seu conteúdo são similares, tentando transparecer o trabalho em parceria com o doente idoso na promoção do cuidado de Si.

Resultados

◆ Esta atividade foi das mais enriquecedoras, pela mobilização de conhecimentos que lhe esteve implícita, bem como a operacionalização do modelo de parceria para a sua elaboração. A criação de um instrumento, que através de um contato telefónico,

permitisse uma avaliação do estado geral do doente, bem como a perceção de todo o contexto em que este se encontra e de que forma ele faz a gestão da sua doença crónica, foi um desafio.

Atividade – Elaboração do guia de aplicação da intervenção

Decorreu durante o primeiro mês e tinha como objetivo de promover a uniformização e funcionar como fonte de informação adicional aos profissionais atuais e futuros a serem integrados nesta intervenção (Apêndice XI). A importância de existir uma linguagem uniforme é imprescindível para a intervenção seja bem-sucedida. Neste descreve-se a intervenção telefónica, a periodicidade dos contactos, as condições necessárias ao seu desenvolvimento (consentimento informado, acordo prévio das datas e horas de contato, confidencialidade dos dados recolhidos) e as medidas não farmacológicas presentes na correta gestão da patologia, importantes a monitorizar no contato telefónico.

Resultados

◆ O guia foi considerado uma mais valia na ITE, referido como facilitador nos cuidados ao doente em contexto de HDIC. De acordo com Martins a “utilização de guias de orientação da intervenção, que ajudem na realização da avaliação e tomada de decisão do enfermeiro são essenciais” (2009, p.36), onde “a existência e utilização de linhas orientadoras é recomendada por diversos organismos na regulação profissional de enfermagem” (Martins, 2009,p.36).

◆ A esquematização com recurso a fotografias facilita a sua consulta, tornando rápido o acesso à informação durante a ITE.

Atividade – Apresentação dos impressos de registo e escalas

Os impressos foram apresentados à equipa solicitando a sua opinião e sugestões. A avaliação funcional multidimensional dos idosos constitui uma abordagem interdisciplinar que tem como principais objetivos identificar as perturbações físicas, mentais e sociais bem como contribuir para a realização de um plano de intervenção que possibilite a recuperação ou manutenção da capacidade funcional máxima remanescente, através da identificação das necessidades de ajuda (formal ou informal) para serem colmatadas de forma satisfatória (Botelho, 2000; Sequeira, 2010).

A avaliação precoce e a monitorização das limitações, permite uma intervenção direcionada e adaptada às necessidades, promovendo um maior potencial terapêutico e

permitindo a prevenção da deterioração da autonomia e independência (Sequeira, 2010). Para esta contribuem escalas que fornecem dados sobre a competência funcional, não substituindo a realização de uma entrevista estruturada para o conhecimento dos dados mais subjetivos e individuais que, são fundamentais para o planeamento de intervenções e continuidade dos Cuidados (Sequeira, 2010).

A apresentação das escalas (ANEXO III, IV e V) possuíam, em minha opinião, relevância suficiente para ser abordada separadamente. O desconhecimento da equipa para com estas era quase total, à exceção da escala de Borg modificada (utilizada na realização da prova de seis minutos de marcha em doentes com Hipertensão pulmonar) e o MNA implementado no serviço. Foram fornecidas a todos os elementos da equipa, a utilizar, explicado o seu preenchimento e os dados obtidos pelas mesmas. Após o consenso na equipa foi feito pré-teste, tentando identificar eventuais lacunas no documento.

Resultados

◆ Os impressos foram bem aceites pela equipa, tendo proposto alterações enriquecedoras e valorizadas durante a sua elaboração, nomeadamente a introdução da escala de Borg modificada para a avaliação objetiva do cansaço. O acolhimento destes novos instrumentos foi positivo e valorizada a possibilidade de comparação dos scores obtidos e a avaliação continuada do doente.

Atividade - Identificar dificuldades e facilidades na equipa

Com esta atividade pretendia-se identificar aspetos que pudessem interferir com o decorrer do projeto. Esta implementação iria interferir com a dinâmica de funcionamento do serviço, sendo importante para mim absorver a perspetiva da restante equipa, para identificação de aspetos a monitorizar durante o percurso.

Resultados

◆ A equipa considerou esta intervenção promotora de maior proximidade entre o doente e os profissionais do HDIC. Tal como refere Martins (2009) este tipo de intervenção permite ultrapassar barreiras geográficas e ter acesso a aconselhamento pelos profissionais de saúde, conhecedores da situação de doença. Permite reduzir as deslocações, sendo um meio pouco dispendioso de contato entre o Hospital e o doente, referido pelas colegas como facilitador numa população envelhecida, cujas deslocações são frequentemente causadoras de cansaço e responsáveis por encargos acrescidos,

num rendimento muitas vezes limitado. Para Benner (2001) a criação de um ambiente favorável promove uma relação que incentiva a cura, mesmo que decorrente de uma interação telefónica.

- ◆ Pela ausência de experiência anterior, as dificuldades identificadas foram apenas as relativas ao horário, tempo disponibilizado para a realização dos contactos, e a forma de logisticamente proceder ao seu registo.

- ◆ A realização de uma avaliação por telefone, sem a presença física do doente, foi fonte de preocupação na equipa. Para Martins a “não visualização da expressão facial do doente e família é um constrangimento na perceção de alguns elementos da comunicação não verbal” (2009, p.35), no entanto a consciencialização de que a equipa já realiza esta avaliação de forma informal, aquando dos contactos do doente, possibilitou uma maior tranquilidade.

- ◆ A necessidade de apoio da equipa médica foi uma preocupação manifestada pela equipa, que o considerou fundamental na sua implementação.

- ◆ Um ambiente calmo, sem ruído, interferências ou interrupções, foi manifestado por todos os colegas. Um terminal informático era também importante para o acesso aos elementos dos doentes incluindo o ficheiro informático da terapêutica, (para que fosse consultada e verificada em qualquer momento considerado necessário) e histórico do doente para validar datas de consultas e exames se necessário.

- ◆ Aquisição de um telefone sem fios, pela equipa de enfermagem facilitou a aplicabilidade da intervenção, com maior mobilidade.

- ◆ Após a apresentação da ITE seus objetivos, decidiu-se que os contactos seriam realizados da parte da tarde, período de menos movimento no HDIC, possibilitando maior disponibilidade da equipa para a intervenção, acesso ao registo informático e espaço físico livre.

Atividade - Apresentar o projeto à equipa médica

Planeada desde o início, esta intervenção não poderia ser suportada apenas pela enfermagem. A existência de situações potenciais de risco era uma preocupação real na equipa, que impunha um trabalho em parceria com a equipa médica, no sustente a situações identificadas como problemáticas (Wade et al., 2011; Wheeler & Waterhouse, 2006). O contacto telefónico, permite identificar sinais e sintomas iniciais de descompensação, promover no doente conhecimentos e fomentar a sua ação precoce para fazer face a situações potenciais de risco. Assim, era importante prover os doentes

de algumas respostas e apoios impossíveis de serem assumidos exclusivamente pela equipa de enfermagem.

O guia foi apresentado com o intuito de dar a conhecer as linhas orientadoras da intervenção e sensibilizar para o trabalho em Parceria a desenvolver com os doentes.

Resultados

◆ A equipa médica mostrou-se recetiva à estratégia e disponibilizou-se para apoiar a intervenção. Um elemento ficou como elo de contato, permitindo uma continuidade no acompanhamento dos doentes em ITE, sendo fornecido feedback das intervenções realizadas e estratégias delineadas com cada doente.

◆ Das intervenções telefónicas realizadas (N-108) foi solicitado apoio à equipa médica em nove delas, tendo ocorrido alteração de medicação em seis e a antecipação da sessão em HDIC em duas intervenções.

FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

A operacionalização do projeto pretendia a implementação efetiva da ITE no HDIC, tendo sido delineados os seguintes objetivos e atividades.

Quadro nº6 - objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de implementação

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
Definir estratégias em parceria com o idoso, no acompanhamento das situações identificadas	<ul style="list-style-type: none">■ Prestação de cuidados especializados■ Realização de um estudo de caso
Realizar a ITE, em parceria com o doente idoso, após a alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none">■ Informar os doentes idosos da intervenção■ Identificar os doentes com internamento por descompensação da IC■ Realização efetiva da ITE■ Proporcionar momentos de partilha para a monitorização da ITE.

Atividade - Prestação de cuidados especializados

Importante no meu crescimento pessoal a aplicação prática de todo o conteúdo apreendido durante o curso de pós-especialização. Cuidar de doentes idosos em diferentes contextos, HDIC, VD e intervenção telefónica, possibilitou a mobilização de estratégias de intervenção diferentes e o desenvolvimento pessoal na atuação em cenários de cuidados díspares, cada um deles com uma especificidade muito própria.

Resultados

◆ A concretização prática do apreendido na teoria veio possibilitar a perceção pessoal de mudança de comportamento e aquisição de competências. A

operacionalização do Modelo da Parceria, permitiu apreender o seu potencial em prol da qualidade de vida e autonomia dos doentes para a promoção do Cuidado de Si. A avaliação funcional do idoso, o seu contexto de vida e de doença crónica, assumiu um papel determinante no planeamento dos cuidados.

◆ A adaptação constante dos aspetos da educação para a saúde, com base no conhecimento individual, do seu contexto e das suas necessidades, permitiu um planeamento da intervenção de forma individualizada.

Atividade – Estudo de caso

A aquisição de competências como enfermeira especialista e tornar-me perita na saúde do idoso, foi um objetivo proposto para o estágio. Para a operacionalização das aprendizagens realizadas, propus-me realizar estudos de caso de que apresenta um exemplo (Apêndice XII).

Resultados:

◆ A mobilização de conhecimentos, na avaliação multidimensional do idoso com doença crónica, recursos que este possui, que necessita, que mobiliza por si e o conhecimento do idoso em todas as suas dimensões permite uma intervenção mais individualizada dirigida às necessidades específicas de cada um.

◆ A D. RF, doente do HDIC há 5 anos, selecionada de forma intencional, por ser já uma doente “conhecida” no serviço, na qual pretendia analisar de que forma esta atividade iria comprovar o ganho de competências na avaliação multidimensional do idoso. O primeiro contato para este estudo foi em contexto de domicílio realizado após esclarecimento e solicitação de consentimento pela doente e cuidador.

◆ O trabalho em Parceria promove a integração do doente e seu cuidador nas intervenções, sendo a decisão sempre destes e de acordo com o que considerarem melhor para si. Foi sem dúvida uma aprendizagem onde a decisão suprema é sempre do doente cabendo à enfermagem, informar, esclarecer, ensinar, demonstrar e aconselhar, mas aceitando a decisão do doente independentemente dos nossos valores pessoais.

Atividade - Informar os doentes da intervenção,

Informar o doente idoso e seu cuidador sobre: finalidade da intervenção, importância da sua participação em parceria com a equipa de enfermagem, benefícios esperados, dados recolhidos e necessidade de consentimento informado para a sua realização, aquando de um internamento por descompensação cardíaca era vital.

De acordo com a evidência o momento da alta hospitalar é muitas vezes responsável por elevados níveis de ansiedade e angústia o conhecimento, por parte dos doentes idosos e seus familiares da existência de um acompanhamento pós alta mesmo que realizado por telefone, poderia ajudar a controlar essa ansiedade e a sentirem um maior apoio por parte da equipa de profissionais de saúde (Wheeler & Plowfield, 2004). Esta decorreu durante todo o período de estágio, promovendo a continuidade desta intervenção mesmo após o término do projeto.

Resultados

◆ A receção, pelos doentes, foi muito positiva. Por vezes verbalizam em HDIC, que após a alta hospitalar surgem muitas dúvidas e que evitam contactar o HDIC, para não sobrecarregar aguardando pela consulta para procederem à colocação das suas dúvidas, com todas as consequências que daí poderão advir.

Atividade – Identificação dos doentes com internamento por IC.

A escolha do serviço de internamento prendeu-se com a proximidade ao HDIC possibilitando o conhecimento do internamento e momento da alta, conseqüentemente um melhor planeamento da ITE. Foram selecionados doentes com internamento entre 10 de Outubro e 10 de Novembro de 2011, permitindo o acompanhamento de três meses em intervenção telefónica, para a sua posterior avaliação.

Resultados

◆ Identificados 10 doentes idosos, acompanhados em HDIC e VD com internamentos, por agravamento da IC (dois no seguimento de infeção respiratória, um por abandono parcial da medicação e os restantes sem causas diretas identificáveis sendo atribuídos à evolução natural da doença). Destes, um teve um reinternamento antes do final do primeiro mês e um outro entre o primeiro e terceiro mês pós alta.

Atividade - Implementação da intervenção telefónica

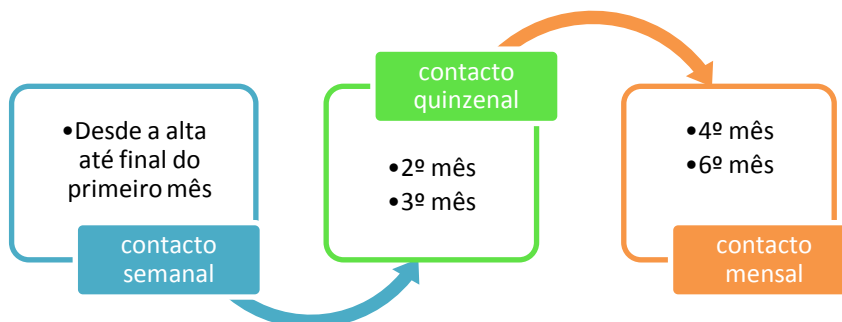
A equipa procurou promover o Cuidar de Si no doente idoso, com a ITE, aproveitando estes momentos para a educação dirigida, individualizada e focalizada em situações concretas da vida quotidiana do doente idoso

A inclusão da família no processo e incentivo à sua presença nos contactos telefónicos, foi uma preocupação constante. Esta além de um suporte importante é uma fonte insubstituível de informação que possibilita um conhecimento mais profundo da

realidade de vida do idoso. Surge muitas vezes como a voz silenciosa do doente, a voz que verbaliza os maiores medos, a voz que ilumina algumas pistas que nos levam, a nós profissionais de saúde, a um estadio de conhecimento e compromisso mais profundo.

A avaliação inicial para a ITE foi planeada para ser realizada em internamento ou em contexto de visita domiciliária, numa fase precoce pós alta. Foi delineado um cronograma que de acordo com a bibliografia consultada parecia reunir maior consenso.

Quadro nº7 – Cronograma esquemático da Intervenção telefónica estruturada



As datas propostas possuíam mero valor indicativo, prevalecendo as adaptações assentes na condição do doente e negociado em parceria com este e seu cuidador.

Durante a ITE era proposto fazer-se uma avaliação do estado geral do doente. Recorrendo a elementos considerados fundamentais na correta vigilância da doença crónica, previamente trabalhados, em contexto de HDIC, no sentido de capacitar os doentes para serem autónomos nessa avaliação e a refletirem sobre ela procurando apoio precocemente, em caso de sinais e sintomas iniciais de descompensação cardíaca.

Na avaliação inclui-se, sinais vitais, aumento progressivo ou súbito do peso, presença ou aumento de edemas, de cansaço ou falta de ar. O regime alimentar e a atividade física regular, são por vezes, áreas muito deficitárias para os doentes, a reflexão sobre as atitudes corretas, são aspetos contemplados nesta intervenção (Dracup, et al., 2011). Maioritariamente polimedicados, 50% dos doentes toma mais de seis medicamentos e a adesão é por vezes baixa (Hudson et al., 2005; Stromberg, 2006). A perceção da toma ou não da medicação e o conhecimento dos recursos do doente para a aquisição e vigilância da toma dos mesmos é fundamental e determinante na evolução da doença.

A monitorização da capacidade funcional traz aos cuidados de enfermagem um termo comparativo da evolução do doente. Tentou-se nesta intervenção, realizar uma avaliação multidimensional do idoso no contexto da doença crónica IC, assente na parceria promovendo a autonomia para assumir o cuidado de si.

Resultados

◆ Os impressos criados foram considerados extensos, para uma intervenção via telefone, traduzindo uma preocupação com o tempo disponível.

◆ Com o pré-teste, levantaram-se dúvidas relativas ao preenchimento da avaliação inicial. Planeada para ser realizada com o doente em internamento ou VD precoce, a equipa considerou que esta deveria ser feita pelos colegas do internamento. A mobilização de recursos do HDIC para o internamento pode entrar em conflito com o desempenho na unidade e a equipa do internamento mais facilmente realizaria a avaliação objetiva do doente na altura da alta.

◆ A integração desta equipa foi sugerida e ponderada para ser efetuada a posteriori, pois a manutenção da objetividade do meu estágio era importante para a implementação desta estratégia. O alargamento ao serviço de internamento implicaria intervir em dois serviços, com dinâmicas diferentes e colocaria em risco a consecução do mesmo. Este aspeto, foi valorizado por mim e partilhado com a enfermeira responsável do serviço, que considerou mais acertada a opção de manter centralizado no HDIC a intervenção telefónica, na fase atual.

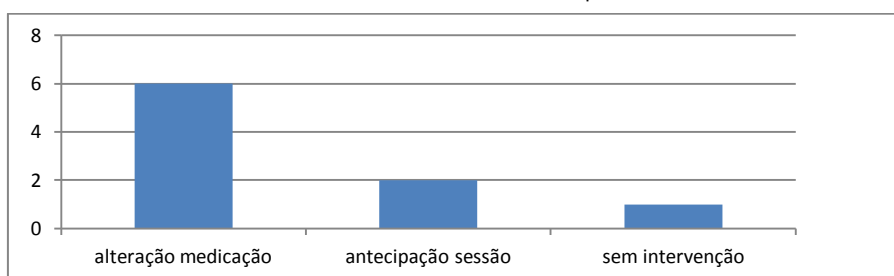
◆ A inclusão do HDIC no espaço físico do serviço de internamento possibilitava um acesso mais fácil aos doentes internados e inicialmente não foi considerada a possibilidade de existir alguma dificuldade na avaliação inicial, mas a prática veio mostrar-se diferente, pois a conjugação das dinâmicas dificultou o acesso aos doentes.

◆ Realizadas 108 intervenções telefónicas, a 10 doentes, dois deles com reinternamento tendo sido excluídos do estudo, pois ao momento da alta do reinternamento não seria possível o cumprimento do planeamento da intervenção telefónica, em tempo útil de estágio.

◆ Nos oito doentes que concluíram o percurso foram contabilizados 98 contactos telefónicos, 80 correspondem às intervenções planeadas inicialmente de acordo com o cronograma e 18 realizados extra cronograma (nove foram realizados pela equipa do HDIC, e nove pelo doente ou seu cuidador para o HDIC).

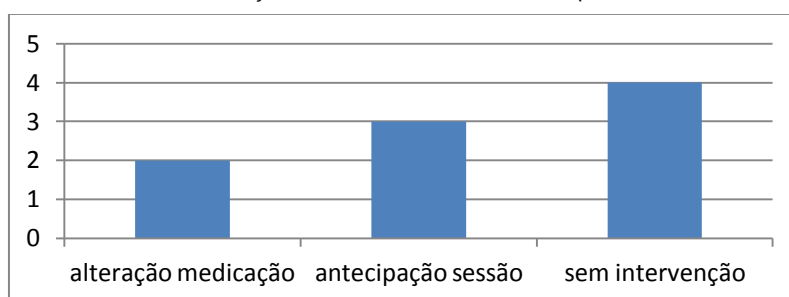
◆ Os contatos extra, realizados pela equipa do HDIC foram decorrentes de alterações detetadas durante o contato telefónico, com necessidade de apoio médico. Destes, seis levaram a mudança no plano terapêutico instituído e dois originaram reavaliações mais precoces em HDIC.

Gráfico 1 - Contatos extra realizados pelo HDIC



Os realizados pelo doente/cuidador referiam-se essencialmente a questões relativas à medicação instituída, dúvidas com o plano alimentar e reconhecimento de sintomas iniciais de descompensação. Aqui resultaram duas alterações a nível terapêutico e três antecipações de sessão em HDIC.

Gráfico 2 - Distribuição dos contatos extra realizados pelo doente



Atividade - Partilha em equipa na monitorização da intervenção telefónica

A faceta inovadora desta intervenção colocava-me alguns receios, levando a que quisesse estar presente em quase todo o seu trajeto. A aferição regular das dificuldades sentidas na realização da ITE, culminou com momentos de partilha que se tornaram num elemento de união da equipa.

Resultados

A duração média de 20 minutos para o contato telefónico foi identificado como dificultador pois implicava uma coordenação muito grande da equipa, na gestão do espaço, do tempo e do período de reflexão e análise do conteúdo da intervenção realizada, para o planeamento de estratégias futuras.

A ausência física da equipa médica, causava inicialmente alguma angústia, onde a possibilidade de confrontação com situações complexas, de difícil resolução, foi gerador de alguma insegurança, que se esbateu ao longo do percurso, com a consciência da existência de intervenções autónomas em contexto de VD e o ganho progressivo de competências.

FASE DE AVALIAÇÃO

A avaliação do percurso faz parte do processo de aprendizagem. É uma etapa importante onde se percebe o trajeto realizado, as metas atingidas, as dificuldades vivenciadas, as adaptações feitas e propostas futuras.

Pareceu-me importante fazer a avaliação em três áreas distintas, em mim, na equipa e nos idosos. Para o efeito foram estabelecidos os seguintes objetivos que compreenderam várias atividades descritas de seguida

Quadro nº8 – objetivos e atividades desenvolvidas na fase de avaliação

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
Realizar a avaliação da ITE, em parceria com o doente idoso, após a alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none">■ Análise dos registos de enfermagem■ Análise do impacto da ITE nas taxas de reinternamento■ Análise comparativa da capacidade fundamental do doente idoso■ Entrevista aos doentes idosos integrados na intervenção telefónica

Atividade - Análise final dos registos de enfermagem

Esta permite perceber se ocorreu mudança relativamente aos registos, dando visibilidade à capacitação, promoção da autonomia e no assumir de cuidado de si, fases do Modelo menos observadas nos registos iniciais. Recorreu à mesma grelha de indicadores, evitando desvios na análise (Apêndice XIII). O número de processos decresceu de 10 para 8 em virtude de dois doentes terem sido reinternados e excluídos da ITE.

Resultados

◆ Os resultados obtidos com a análise dos registos foram gratificantes, estando explanada no apêndice XIV, sendo aqui apenas referenciada uma sumula.

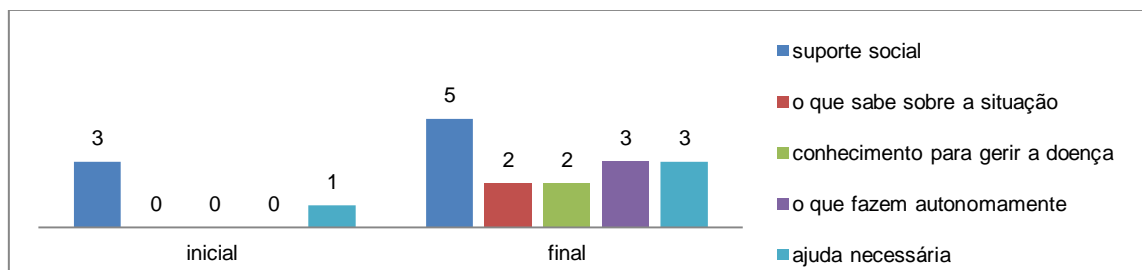
◆ Na categoria **conhecer a identidade do doente idoso**, verificou-se melhoria no registo de todos os indicadores, área em que a equipa demonstrava já um bom nível de registo, esta demonstra um crescendo de competência. Similarmente na categoria - **contexto de vida do doente idoso**, a melhoria foi marcada com todos os aspetos registados na sua quase totalidade. No registo da capacidade funcional ocorreu um aumento de 100%, pela introdução dos instrumentos de avaliação.

◆ O **impacto da doença e o significado na sua vida**, não registado na avaliação inicial denotou ligeira melhoria ficando ainda aquém de um nível satisfatório de registo.

◆ Referente ainda à primeira fase nos **conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença**, verificou-se que a implementação desta estratégia permitiu uma melhoria dos registos de enfermagem. O

conhecimento do contexto de vida do doente, seus hábitos e rotinas, é imprescindível para poder intervir, levando o enfermeiro a valorizar estes aspetos.

Gráfico 3 - Dados comparativos do indicador - conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença



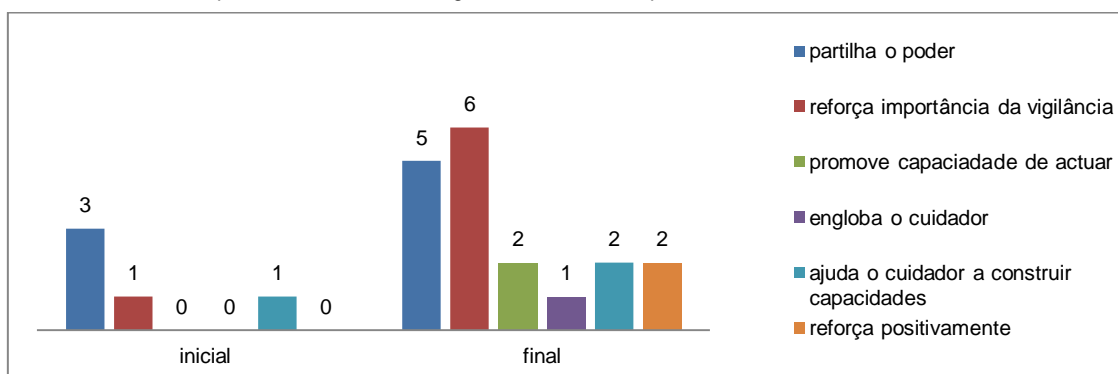
❖ Para a segunda fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) foram criadas as categorias: o enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de doença e o enfermeiro partilha experiência com o doente idoso e seu cuidador, onde foi visível inicialmente falta de efetivação a nível dos registos, contraposta pela análise das práticas, onde a equipa delinea estratégias e desenvolve intervenções que vão de encontro às categorias descritas, não as traduzindo nos registos que realiza.

❖ Na categoria **o enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de doença**, verifica-se uma melhoria, não significativa, mas que espelha o crescimento da equipa e a preocupação em fazer transparecer o trabalho que desenvolve com o doente idoso. Concordo com Carvalho (2007, p.47) quando diz que *“muitas pessoas não estão suficientemente esclarecidas, estão muito vulneráveis pela doença ou simplesmente não querem envolver-se no seu processo de saúde-doença”*.

❖ No registo da **partilha de experiências pelo enfermeiro com o doente idoso** observou uma melhoria. A filosofia do HDIC, assenta na informação do doente, no retirar de dúvidas e no seu envolvimento no processo terapêutico. *“A informação dada aos doentes, baseada nas necessidades individuais, aumenta a autonomia e o controlo, reduz a ansiedade e a dor e aumenta de forma significativa a sua recuperação”* (Carvalho 2007, p.55). Na análise inicial, verificou-se que os registos não espelhavam o trabalho desenvolvido, estimulando a reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem e em como eles traduzem o nosso desempenho, muitas vezes de maneira errada.

❖ A categoria - **o enfermeiro promove o cuidado de si no doente idoso/cuidador**, relativa à terceira fase, assume especial importância, pois o trabalho desenvolvido com o doente e seu cuidador permite a autonomia e possibilita assumir o cuidado de si. Aqui foi visível uma mudança de atitude, com efetivação nos indicadores.

Gráfico 4 – dados comparativos relativos à categoria - O enfermeiro promove o cuidado de si no doente idoso/cuidador



◆ A **promoção da reflexão**, o respeito pelo **ritmo da pessoa** e a **promoção da autonomia** não verificou diferenças nos registos de enfermagem sendo nulos em ambas as avaliações.

◆ A 4ª fase do modelo de Parceria de Gomes, área temática comprometer-se, suporta as categorias **o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir para possibilitar o cuidado de si**, com os indicadores ajuda e dá suporte nas escolhas do doente e família e negocia novas intervenções. *“Quando o doente é reconhecido e respeitado como um ser singular, na sua dimensão. Aceita e torna legítimo o poder do enfermeiro como um profissional competente, responsável para tomar conta do seu processo de cuidados”* (Carvalho, 2007, p.50). Observou-se a nível da ajuda e suporte nas escolhas do doente/família uma mudança positiva com três doentes com registos contrapondo com zero na avaliação inicial. No registo da negociação de novas intervenções é visível uma maior mudança de um para cinco doentes com registo neste indicador. A ITE veio constatar a importância do registo das intervenções negociadas com os doentes como forma de prover a continuidade dos cuidados.

◆ Na última fase – o assegurar o cuidado de Si foi analisada a categoria **assumir e assegurar o cuidado de si**, onde foram inseridos três indicadores, cujos valores obtidos não traduziram grande variação.

Atividade - Avaliar do impacto da intervenção telefónica nas taxas de reinternamento.

Entre 03 a 17 Fevereiro de 2012 foi realizado o levantamento do número de reinternamentos no primeiro mês e até ao terceiro mês, para avaliar o impacto da ITE nas taxas.

Resultados

❖ Do universo dos doentes seguidos no HDIC e VD avaliados na fase de diagnóstico e inseridos no projeto obtiveram-se as seguintes percentagens, esquematizadas no quadro apresentado em baixo.

Quadro nº9 – dados comparativos das taxas de reinternamento inicial e final

	Dados iniciais		Dados finais	
	Nº reintern.	Percentagem	Nº reintern.	Percentagem
Reinternamentos ao 1º mês	19	25.33%	1	10%
Reinternamentos até 3º mês	28	37.33%	2	20%

❖ Constata-se percentagem marcadamente inferior de reinternamentos, por descompensação cardíaca. A amostra bastante pequena, não permite afirmar de forma categórica a eficácia da ITE, mas os valores obtidos deixam um clima animador para a continuidade da sua implementação e a necessidade de realizar estudos posteriores que permitam aferir a eficácia deste tipo de metodologia de intervenção.

Atividade – Análise comparativa da capacidade funcional do doente idoso

Para perceber a evolução da capacidade funcional destes doentes foram analisados os scores obtidos nos diferentes instrumentos de avaliação funcional, esquematizados na tabela apresentada em seguida.

Quadro nº10 - scores obtidos na avaliação das AVD e AIV, estado nutricional e cognitivo durante a intervenção telefónica

	Índice de Lawton e Brody				Índice de Katz				MNA		MMSE
	Basal	alta	4ª sem	12ª sem	basal	Alta	4ª sem	12ª sem	Alta	12ª sem	Aval inicial
Dte. 1	19	19	22	22	16	16	18	18	18	23	26-déf cognit. Ligeiro
Dte 2	12	7	11	20	14	11	14	17	19	20.5	23-s/ défice cognitivo
Dte 3	24	24	24	24	18	18	18	18	24	27.5	30-s/ défice cognitivo
Dte 4	7	8	9	9	10	10	15	15	20	25	17-s/ défice cognitivo
Dte 5	19	19	19	19	18	18	18	18	26	26	29-s/ défice cognitivo
Dte 6	9	9	10	10	11	12	14	16	24	24	24-s/ défice cognitivo
Dte 7	24	16	21	21	18	9	18	18	20	26.5	28-s/ défice cognitivo
Dte 8	9	6	12	13	16	13	15	18	18.5	28	27-s/ défice cognitivo

Na tabela encontram-se os scores obtidos na avaliação das AVD e AIVD em quatro momentos diferentes. A **avaliação basal** (classificação retrospectiva do doente antes do agravamento da doença), **momento da alta**, (imediatamente após o internamento), fim de **um mês** e **três meses** respetivamente. A avaliação do estado nutricional permite perceber alterações que produzam mudanças no estado de saúde do idoso e o MMSE surge como determinante na escolha da abordagem de intervenção de acordo com as

capacidades cognitivas. A totalidade da análise pode ser consultada na totalidade no Apêndice XV.

Resultados

◆ Alguns doentes no momento da alta apresentam declínio funcional face à classificação basal, de acordo com a bibliografia que refere o internamento como responsável pelo declínio funcional dos idosos (Lackey, 2004). Scores iniciais mais pobres apresentam maior declínio funcional com o internamento, sendo necessária especial atenção pelos profissionais de saúde para com estes doentes.

◆ A maior recuperação da capacidade funcional decorre no primeiro mês após a alta hospitalar e aos três meses alguns doentes atingem scores superiores aos basais.

◆ As AVD mais afetadas são: vestir-se, tomar banho e transferência de posição. Nas AVD as limitações mais marcadas encontram-se na realização de compras, uso de transportes, preparação de refeições e lida da casa. Qualquer um destes aspetos é importante no quotidiano do doente, e a sua limitação implica adaptações nas intervenções de enfermagem, para que sejam eficazes.

◆ Deficit cognitivo ligeiro em um doente, implicou a identificação de um cuidador presente e disponível para colaborar, com a equipa. Este aspeto possibilitou o trabalho em parceria também com este para que se assegurasse o cuidado do doente.

◆ A identificação das áreas deficitárias, permite a adequar a intervenção e promove uma maior aceitação. A individualização das ações enquadrada com a realidade e contexto, determina o grau de envolvimento do doente, onde a partilha de informação é determinante (Carvalho, 2007).

Atividade – Entrevistas aos doentes idosos.

A perceção do impacto desta intervenção, nos doentes idosos era fundamental. A metodologia escolhida foi a da entrevista, realizada aos doentes que concluíram os três meses de ITE. Tinha como objetivo avaliar o impacto desta no assumir do cuidado de Si e a avaliação destes para com a intervenção.

Foi criado o guião da entrevista (Apêndice XVI) e questões orientadoras da mesma (Apêndice XVII). Foram transcritas (apêndice XVIII) com a maior brevidade possível para manter a sua autenticidade e fidedignidade máxima.

As áreas temáticas e as categorias basearam-se nos indicadores da 5ª fase do modelo para possibilitar a perceção da consecução do assumir do cuidado de si do

doente idoso submetido à ITE, para o efeito foi elaborada grelha de análise com o recorte das unidades de registo (ur) (Apêndice XIX).

Quadro 11 – Áreas temáticas e categorias definidas através da 5ª fase do Modelo de Parceria

Área temática	Categoria
Conhecimento da situação de doença	Demonstram conhecimentos sobre a doença
	Identificam sinais de descompensação antecipando o que lhe vai acontecer
	A informação é adequada
	Aceitam a doença
	A informação permite assegurar o trajeto de vida
Participação na gestão do processo de doença	Medidas face a sinais de descompensação
	Identificam aspetos a vigiar na doença, tomam
	Atitudes que ajudem no controlo da doença
	Identificam a medicação que tomam e conhecem os seus efeitos
	Riscos face à sua não adesão à terapêutica
Participação nos cuidados	Participam nos cuidados
	Sentem confiança
	Consideram a ajuda fornecida suficiente
Articulação com serviços de saúde	Assumem o controle do cuidado de si
ITE	Avaliam a ITE

Resultados

❖ No conhecimento da situação de doença, identificaram-se 5 categorias: demonstram conhecimentos sobre a doença; identificam sinais de descompensação antecipando o que lhe vai acontecer; a informação é adequada; aceitam a doença e a informação permite assegurar o trajeto de vida.

❖ A **demonstração de conhecimento sobre a doença** verificou-se em 10ur. Os doentes conseguiram nomear parcial ou na totalidade a sua doença cardíaca. **Identificam os sinais e sintomas iniciais de descompensação** cardíaca (13ur): [“é a falta de ar, o cansaço e as pernas inchadas” (AC2); “tenho muita falta de ar e o coração assim a bater (doente bate no peito com grande rapidez)”(BC2)].

❖ Consideram a **informação adequada** (9ur): [“à medida que as coisas acontecem, vão-nos dando orientações” (CC3) “Têm-me ajudado a viver um dia de cada vez” (BC3)] e como refere Gomes (2007, p.93) “a informação reduz a incerteza, tornando mais fácil a adesão”, o importante, reforça a autora, é que seja prestada considerando o caráter individual, as suas estratégias de coping e sem esquecer que o doente é ele e o seu contexto de vida.

❖ A **aceitação da doença** crónica possibilita a consciência da mesma e capacitação para intervir de forma autónoma, através da aquisição de conhecimentos e estratégias que permitam assumir o cuidado de si. Observou-se que a aceitação não é fácil (4ur) [“a

doença é extremamente difícil de aceitar” (AC4); “não tem sinais físicos exteriores, nada de mal” (AA4)] e que a presença de sinais de resignação não permitem concluir que o doente vive bem com a sua doença crónica, alertando para a necessária intervenção neste aspeto. O conhecimento do sofrimento do doente permite ao enfermeiro estimular a sua participação no processo de gestão da doença (Gomes, 2007)

◆ Na categoria – **a informação permite assegurar o trajeto de vida** – foram identificadas 24ur onde o conhecimento da doença, suas manifestações e evolução permitem, uma avaliação real e consciente da condição de saúde permitindo autonomia para decidir sobre o seu projeto de vida. Os doentes verbalizam ter sido importante a informação dada e que esta foi determinante na sua trajetória de vida (5ur). Alguns, manifestaram não possuir grandes planos para a sua vida considerando que mantiveram inalterada a sua trajetória apesar da informação recebida (2ur).

◆ A segunda área temática participação na gestão do processo de doença está relacionada com a capacitação do doente idoso e engloba cinco categorias: medidas face a sinais de descompensação; identifica aspetos a vigiar na doença; toma atitudes que ajudam no controlo da doença; identifica a medicação, tomas e efeitos e os riscos face à não adesão à terapêutica.

◆ A capacitação promove a reflexão e permite a promoção da autonomia para assegurar o cuidado de si (Gomes, 2009). **Identificar medidas a tomar face a sinais de descompensação** traduz o conhecimento e as intervenções que realiza para fazer face à doença. A maioria identifica o repouso (4ur) e pedir ajuda (4ur).

◆ Quando questionados sobre **aspetos a vigiar na doença** identificam: os edemas (7ur), a falta de ar (1ur), o cansaço (3ur), tensão arterial (6ur), peso (4ur), toma da medicação (2ur), quantidade de líquidos e sal ingeridos (2ur), denotando conhecimento sobre os aspetos importantes a vigiar. No que concerne às **atitudes que ajudam no controlo da doença** mencionam: restrição de sal (5ur), de água (5ur), toma correta da medicação (2ur), dieta equilibrada (4ur) e atividade física regular (1ur)

◆ Para a correta gestão da doença é importante a **identificação da medicação e os seus efeitos**, tendo-se verificado que os doentes conhecem alguma da sua medicação (6ur) e seus efeitos, tendo dificuldade em nomeá-la na íntegra, observado apenas em 1ur. A folha de medicação fornecida no HDIC ou as caixas unidose são referenciados como apoios importantes (7ur), em muitas situações não são os idosos a assumir a sua preparação mas sim os seus cuidadores ou familiares diretos (5ur). O **risco de não tomar**

a medicação está associado a um agravamento do seu estado (8ur) e a um risco acrescido de morte (2ur).

◆ A análise da sua participação nos cuidados constituía a terceira área temática. Os idosos “valorizam que se lhes dê voz, que lhes permitam ter um papel ativo e valorizam o diálogo que lhes possibilite pronunciarem-se e assumirem parte ativa no seu tratamento e recuperação” (Gomes, 2007, p.107) Aqui eles referem que lhes é dada possibilidade de **participar nos cuidados** (10ur), que a equipa tenta ajustar as indicações à sua realidade de vida (6ur), que a sua vontade é tida em conta (5ur) e que participam na negociação de intervenções (1ur). **Confiam na equipa** (8ur), de profissionais e após a alta sentem-se mais acompanhados (3ur) e com um ponto de referência (1ur). Afirmam que a **ajuda fornecida corresponde às suas necessidades** (8ur), que a equipa está presente sempre que necessário (3ur) e promove de um acompanhamento próximo (1ur): “aqui encontro o que não tenho em casa” (AC3).

◆ Para assumir o cuidado de si é importante conhecer os recursos na comunidade e articula-los de acordo com as necessidades individuais. Em caso de dúvidas sobre a sua doença crónica 8ur referem que recorreriam ao HDIC. Para outras situações de cuidados 3ur mantêm também aqui o seu foco, 3ur no centro de saúde e outros referem não saber (2ur).

◆ A ITE, foi desenvolvida com o intuito de promover o cuidado de si e neste contexto era pertinente inquirir os doentes sobre o impacto desta intervenção na sua transição para casa e obter a sua opinião sobre este tipo de estratégia de intervenção. O sentimento de acompanhamento (6ur), apoio (5ur), preocupação por parte dos profissionais de saúde (5ur), disponibilidade (6ur) juntamente com a educação para a saúde realizada durante a intervenção (2ur) são aspetos referidos como promotores da continuação do seu projeto de vida e do assumir o cuidado de si, após a alta hospitalar.

◆ Para existir Parceria, de acordo com Gomes (2007, p.107) é necessária uma verdadeira interação entre doente e enfermeiro “o que implica à partida o conhecimento do outro, de modo a pôr em sinergia ações e decisões que possam beneficiar ambos.”

3.7 – Implicações para a prática e limitações ao estudo

A duração do estágio foi sem dúvida uma limitação ao estudo, três meses foram manifestamente curtos para a implementação de uma intervenção que visa a mudança de comportamentos e a aquisição de competências pessoais, na equipa e no doente.

O facto de conhecer a equipa, sua dinâmica de funcionamento e objetivos possibilitou a criação de um projeto realista. A afirmação enquanto aluna foi o aspeto mais difícil. Para os doentes era difícil separar os dois papéis, dificultando por vezes a minha dedicação exclusiva ao projeto delineado, ocasionando um sentimento de sobrecarga e dificuldade em gerir o meu desempenho, em alguns momentos. Este foi um fator de crescimento pessoal, confrontando-me com situações em que a gestão pessoal era determinante para a consecução do trabalho desenvolvido neste projeto.

A receção para com a intervenção foi facilitadora, por ser dirigida à população com quem trabalho diariamente e pela qual me sinto recompensada e reconhecida, no meu desempenho. A amostra composta por 8 doentes, é manifestamente diminuta para concluir de forma categórica a sua eficácia, mas pelos resultados obtidos é possível afirmar que este apoio permite um acompanhamento efetivo do doente após a alta e que promove a sua autonomia no contexto individual, capacitando-o para decidir o seu percurso de vida e prosseguir com o seu projeto de vida e assumir o cuidado de si.

A revisão bibliográfica que suportou e acompanhou todo o trajeto, sustentando as práticas e as atividades desenvolvidas, foi determinante no desenvolvimento de competências, nomeadamente no processo de transição, nas intervenções de enfermagem e na gestão da doença crónica. A mobilização do modelo de Parceria (Gomes, 2007) possibilitou a operacionalização da intervenção, um processo dinâmico, com recurso à negociação para um objetivo comum de assumir/assegurar o cuidado de si, numa perspetiva de continuidade do projeto de vida da pessoa.

O percurso possibilitou o **desenvolvimento de competências** em várias áreas. No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, a intervenção promoveu a resolução de um problema do contexto, com a implementação de uma estratégia em parceria com o doente idoso, partindo do conhecimento e experiência, da realidade do HDIC. A apropriação de elementos baseados na evidência científica (pesquisa bibliográfica; revisão sistemática da literatura), possibilitaram resposta adequada, fundamentada, construída em equipa e suportada no código deontológico.

O desenvolvimento de competências de liderança, na monitorização da intervenção e na tomada de decisão através da análise constante dos dados obtidos. Esta análise permite identificar as práticas e promover medidas apropriadas para o aumento da segurança das mesmas (análise dos registos e observação direta das práticas, pré-teste da ITE e ITE).

No que concerne à **melhoria da qualidade**, o desenvolvimento desta intervenção almejava a melhoria dos cuidados prestados aos doentes idosos com IC após internamento, pela implementação de uma intervenção promotora da melhoria dos cuidados cujo resultado possibilitasse a redução das taxas de reinternamento. Para elaborar esta intervenção recorreu-se à evidência científica para fundamentar o trajeto escolhido. A monitorização do mesmo foi realizada com base em instrumentos de avaliação e indicadores que possibilitam a análise das práticas, alicerçando possibilidades de melhoria (análise dos registos, análise de observação das práticas).

O trabalho em parceria promoveu um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção do doente idoso, tendo para o efeito sido mobilizada a equipa e incentivado o aprofundamento de conhecimento no processo de parceria.

No domínio da **gestão** a mobilização realizada, da equipa multidisciplinar promoveu o uso de recursos eficientes na promoção da qualidade. A inclusão de todos os elementos da equipa foi importante na sua motivação. O acompanhamento constante da equipa, no percurso foi promotor de um ambiente favorável à prática. A mobilização da equipa médica foi determinante na adequação dos recursos às necessidades de cuidados. A realização de supervisão clínica aos colegas da equipa foi uma vivência que possibilitou a consciência das necessidades formativas na equipa e a determinação da melhor forma de prover essa formação (guia de aplicação da ITE).

As **aprendizagens profissionais** foram fulcrais. O autoconhecimento permitiu perceber os limites pessoais, confrontando-me com situações de pressão onde a gestão de sentimentos e emoções, possibilitou uma resposta eficiente.

A faceta inovadora da intervenção gerou a necessidade de formação na equipa, assente em dados colhidos na evidência científica, permitindo um ganho de competências na equipa e sua capacitação para participarem ativa e esclarecidamente no desenvolvimento e implementação da ITE. As necessidades formativas da equipa foram colmatadas em momentos informais de partilha e no incentivo contínuo à sua participação na estratégia, valorizando os seus contributos e sugestões.

As reuniões tutoriais foram momentos formativos importantes onde a capacidade de reflexão e análise sobre as práticas, percurso realizado, objetivos propostos e atingidos, incentivou o desenvolvimento de um sentido auto crítico promotor de crescimento pessoal e na equipa.

A prestação de cuidados especializados ao doente idoso em contexto de HDIC, VD e ITE, possibilitou diferentes ambientes terapêuticos e contato com diferentes contextos de cuidados, onde se desenvolveram diferentes capacidades.

A realização de vários estudos de caso, traduziu a operacionalização dos conhecimentos adquiridos na avaliação multidimensional do idoso e na prestação e cuidados individualizados e dirigidos à pessoa e seu contexto de vida.

A constatação de que os doentes são efetivamente parceiros, se soubermos trabalhar com eles e aceitar cada um como único, especial, com crenças próprias que importa considerar para o sucesso das intervenções. Eles consideram a intervenção promotora de um acompanhamento efetivo, de maior confiança na equipa, maior capacidade em gerir eficazmente a doença crónica e de prevenir a ocorrência de reinternamentos por descompensação.

A aceitação pela equipa foi gratificante, a preocupação constante com o decorrer do projeto, as ideias e melhoramentos foram acolhidas com satisfação e reconhecimento de uma equipa que tem o bem-estar do doente no centro da sua intervenção, pretendendo a autonomia máxima destes para assumirem o cuidado de si, no dia a dia, nas opções e decisões respeitantes à sua saúde.

A ITE está inserida na rotina do HDIC e é considerada uma estratégia complementar. A parceria possibilita o conhecimento do outro, do seu contexto e com ele trabalhar para a sua autonomia na gestão do percurso de vida e de decisão consciente e esclarecida, em minha opinião, a excelência da enfermagem. Habitados muitas vezes a fazer por ou a dar indicações a enfermagem necessita de se desenvolver e olhar o doente como parceiro de cuidado, com toda uma história de vida, uma experiência única com a qual podemos aprender e crescer todos os dias enquanto pessoas e enfermeiros.

4 – CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional exige a reestruturação das prioridades em saúde. As implicações e alterações que advêm do processo de envelhecimento, na capacidade funcional e cognitiva exige profissionais conhecedores e hábeis na gestão da doença crónica, quase sempre presente neste grupo etário. É disto exemplo a IC responsável por reinternamentos sucessivos, potenciadores do declínio funcional progressivo. Esta foi a realidade despoletadora, para a ITE, onde os reinternamentos obtinham taxas elevadas de 25% no primeiro mês e 37% até ao terceiro mês.

A consciencialização da individualidade de cada um, permite desenvolver um trabalho em parceria onde profissional e doente se comprometem a desenvolver estratégias que possibilitem a autonomia para decidir sobre o trajeto de saúde e de vida. A capacitação remete para a aquisição de competências individuais na gestão da doença e possibilita um processo transicional saudável.

Os conhecimentos adquiridos, a reflexão realizada sobre o referencial teórico e as experiências vivenciadas permitiram a perceção de uma nova realidade do eu enquanto pessoa e enfermeira. O desenvolvimento de competências pessoais na avaliação multidimensional do doente idoso, no trabalho em parceria com este/ família e recursos da comunidade possibilitou um alargamento de horizontes na área de intervenção em enfermagem, traduzindo o ganho de competências como enfermeira especialista perita na área da saúde do idoso, que “compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema” “agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p.58).

A implementação de uma forma inovadora de prover cuidados possibilitou a consciência da constante mudança da sociedade e da vital capacidade de nos adaptarmos e promovermos formas de intervir adequadas ao contexto. A ITE foi realizada com oito doentes idosos após internamento por descompensação da IC. Durante três meses, efetuaram-se contatos telefónicos regulares pré estabelecidos, visando a capacitação para a autonomia no controle da doença crónica, possibilitando o assumir o cuidado de si e dar continuidade ao seu projeto de vida. Dos resultados obtidos observa-se um decréscimo na taxa de reinternamento para 10% durante o primeiro mês e considerando o período de 3 meses decresce para 20%, salientando-se que os enfermeiros incluem os doentes nos cuidados, promovendo a capacidade de decisão

estes por sua vez demonstram reconhecer precocemente sinais de descompensação e mobilizar conhecimentos para atuar face a estes, procurando apoio na equipa de profissionais.

Considero atingidos os objetivos propostos, a ITE encontra-se implementada, a equipa integrada com a sua finalidade, objetivos e desenvolvimento, percebendo-se uma uniformidade na intervenção realizada. Teve início num projeto pessoal mas fica atualmente como uma intervenção da equipa, na melhoria dos cuidados. O modelo de Parceria (Gomes, 2009) entrou no quotidiano da equipa sendo mobilizados os seus conceitos e observada a preocupação em conhecer, incluir, respeitar, capacitar e negociar com o doente o seu percurso de vida. Como refere Benner (2001, pp.105-113) é fundamental perceber quando o doente está pronto para aprender, ajuda-lo a interiorizar as implicações da doença na sua vida. Perceber como ele interpreta a sua doença e ajudar na compreensão do seu estado, explicando as razões dos tratamentos instituídos e ajuda-lo a desenvolver capacidades para a controlar melhor, aceitar e triunfar face ao que lhes pode acontecer e que eles desconhecem. A enfermagem desempenha papel fundamental neste percurso, sendo a classe de eleição no desenvolvimento de estratégias promotoras da gestão adequada do processo de doença.

A nossa sociedade exige novas formas de intervenção, acesso facilitado a novos meios de comunicação/informação são recursos a rentabilizar em estratégias que melhorem a eficácia do trabalho em parceria. A ITE permite, manter uma vigilância regular, incentivar a autonomia e capacitar para assumir o cuidado de si.

O percurso foi considerado muito positivo pela enfermeira orientadora de estágio (Anexo IX), aspeto que foi muito positivo, gratificante e demonstrativo do ganho de competências.

O presente projeto encontra-se em desenvolvimento na UIDE, no contexto de um grupo de trabalho, cuja finalidade visa a promoção do cuidado de si, do doente idoso com doença crónica e sua família na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, recorrendo ao modelo de parceria e foi aceite no V Congresso Ibero Americano de pesquisa qualitativa em Saúde.

5 – BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2ª Edição ed.). Lisboa: Formasau Ed.
- ACC/AHA. (2005). Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure.
- Azevedo, Mário (2009). *Teses, Relatórios e Trabalhos escolares - Sugestões para a estruturação da escrita*. (7ª Edição). Lisboa: Universidade católica Portuguesa.
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosa: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boren, S., Wakefield, B. J., Gunlock, T. L., & Wakefield, D. S. (2009). Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence. *Int J Evid Based Healthc* , 7, pp. 159-168.
- Botelho, M. A. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Porto: Laboratório Bial.
- Briga, S. C. (2010). A comunicação Terapêutica - Enfermeiro/ Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente. *Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem* . Universidade do Porto.
- Cancela, D. M. (16 de Maio de 2007). *O processo de envelhecimento*. Obtido em 10 de Março de 2012, de psicologia.com.pt - o portal dos psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carvalho, R. (2007). A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade à participação ativa no seu processo de cuidados. In I. Gomes, *Parceria e Cuidados de Enfermagem: uma questão de cidadania* (pp. 21-66). Coimbra: Formassau.
- Celler, B.G.; Earnshaw, W.; Ilsar, E.D.; Betbeder-Matibet, L.; Harris, M.F.; Clark, R.; Hesketh, T.; Lovell, N.H. (1995). Remote monitoring of health status of the elderly at home. A multidisciplinary project on aging at the university of new south wales. *Intenational journal of Bio-Medical Computing* , 40, pp. 145-155.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing research Methodology* , pp. 237-257.

- Clark, R.A. [et al]. (9 de 2009). Adherence, adaptation and acceptance of elderly Chronic heart failure patients to receiving healthcare via telephone-monitoring. *European Journal of Heart failure* , pp. 1104-1111.
- Clark, R. A. ; Inglis, S.C.; MaAlister, F.A.; Cleland, J.G.; Stewart, S. (2007) Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.39156.536968.55 (published 10 April 2007)
- Cleland, J., Louis, L., Rigby, A., Janssens, U., & Balk, A. &-H. (2005). Noninvasive Home Telemonitoring for Patients With Heart Failure at HighRisk of Recurrent Admission and Death: The Trans-EuropeanNetwork-Home-Care Management System (TEN-HMS) study. *J. Am. Coll. Cardiol.* , pp. 1654-1664.
- Cleland, J. (14 suppl. 1 de 2006). The Trans-European Network - Home-care management System (TEN-HMS) Study: an investigation of the effect of telemedicine on outcomes in Europe. *Disease management Health & outcomes* , pp. 23-26.
- Coleman, E.; Parry, C.; Chalmers, S.& Min, S. (25 de Setembro de 2006). The Care Transitions Interventions - results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* , pp. 1822-1828.
- Cruz, D. (Maio/ Junho de 2005). Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning (Portuguese). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 13(3), pp. 415-422.
- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2006). Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. (*Circular normativa nº 03/DSPCS* . Lisboa.
- Dracup, K., Baker, D., Dunbar, S. D., Brooks, N., Jonhson, J., Oken, C., et al. (31 de Maio de 2011). Management of Heart Failure. *JAMA* , pp. 1442-1446.
- Duca, G. F., Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária em Idosos. *Revista de Saúde Pública* , pp. 796-805.

- Escoval, A., [et al]. (2010). Gestão integrada da doença: Uma abordagem experimental da gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública , temático 9*, pp. 105-116.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). Regulamento do Mestrado. Publicado em 30 de Novembro de 2011. Acedido a 10 de Janeiro de 2012. Disponível em:
http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/Regulamentos/RegulamentoUCI_soladas.htm
- European society of Cardiology (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal , 29*, pp. 2388-2442.
- Ferrante, D.; Varini, S.; Macchia, A.; Sonfen, D.; Barde, R.; Nul, D.I; Grancelli, H., Duval; H. (Agosto de 31 de 2010). Long-term Results After a Telephone Intervention in Chronic Heart Failure. *Journal of American College of Cardiology ,* pp. 372-378.
- Finkelstein, S., Speedie, S., & Potthoff, S. (2006). Home telehealth improves clinical outcomes at lower costs for home telehealth. *Telehealth and telemedicine ,* pp. volume 12, number 2 pp.128-136.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forster, A.J.; Boyle, L.; Shojania, K.G.; Feasby, T.E.; van Walraven, C. (Abril de 2009). Identifying Patients with Post-discharge Care Problems Using an Interactive Voice Response System. *J. Gen. Intern. Med. ,* pp. 520-525.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: lusociência.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade III - O Cuidado de Si*. Lisboa: Relógio D`água Editores .
- Fried, L., & Tangen, C. (2001). Frailty in older adults: evidence for a Phenotype. *Journal of gerontology , 56A*, pp. 146-156.
- Galbreath, A. [et al]. (7 de Dezembro de 2004). Long-Term Healthcare and Cost Outcomes of Disease Management in a Large, Randomized, Community-Based Population With Heart Failure. *circulation ,* pp. 3518-3526.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. (Maio- Junho de 2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um estudo de Caso clínico. Pp. 371-375.

- Gallagher, R; Donoghue, J.; Chenoweth, L.; Stein-Parbury, J. (2008). "Self-management" in older patients with chronic illness- research paper. *International journal of Nursing Praticice* , pp. 373-382.
- Grupo de Estudio de Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en la Argentina (2005). Randomised trial of telephone intervention in Chronic Heart failure. *BMJ* .publicado a 01 de agosto de 2005 acedido a 29 de novembro de 2011 em <http://www.bmj.com/content/331/7514/425.pdf%2Bhtml>
- Gomes, I. D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "O erro de Narciso"*. Dissertação de Mestrado. . Lisboa: Universidade Aberta.
- Gomes, I. D. (2007). o cenceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso - da submissão à acção negociada. In I. Gomes, *Parceria e cuidado de enfermagem- uma questão de cidadania* (pp. 67-113). Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si. A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa., Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. , Lisboa.
- Gomes, I. D.(2011). Meeting the Elderly Patient in the Renal clinic: A Partnership in care with the multidisciplinary team. In *Caring for the Elderly Renal Patient*.
- Gray, R., & Pack, L. (2011). *Doenças Cardiovasculares no Idoso- Manual Prático*. Venda do Pinheiro: Oxford University Press.
- Herbert, P., & Sisk, J. (2008). Challanges facing nurse-led disease management for heart failure. *Disease Management & Health Outcomes*. Volume 16. pp 1-6
- Heart Failure Society Of America. (2010). HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure* , pp. e1-e194.
- Heart Failure Society Of America (2010). Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure* , 16, pp. 475-539.
- Holland, R.; Battersby, J.; Harvey, I.; Lenaghan, E.; Smith, J.; Hay, L. (2005). Systematic Review of Multidisciplinary Interventions in Heart failure. *Heart Journal* , pp. 899-906.
- Hudson, L.; Hamar, B.; Orr, P.; Johnson, J.; Neftzger, A.; Chung, R.; Williams, M.; et al. (2005). Remote Behavioral Physiological Monitoring: Clinical, financial, and

- Behavioral Outcomes in a Heart Failure Population. *Disease management* , pp. 372-381.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista dos estudos Demográficos Nº48* , pp. 101-146.
 - Instituto Nacional de Estatística (Dezembro de 2011). Censos 2011 - resultados provisórios. *destaque à comunicação social* .
 - Instituto Nacional de Estatística (2012). destaque - informação à comunicação social. 1-7.
 - Inglis, S.; McAlister, F.; Ball, J.; Lewinter, C.; Stewart, S.; Cleland, J. (2011, issue 6). Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *The cochrane collaboration* .
 - Kleinpell, R.; Fletcher, K., & Jennings, B. (2008). *Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly*. Obtido em 14 de Janeiro de 2011, de Agency for healthcare research and quality: <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>
 - Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (28 de Novembro de 2006). Transition: a literature review. *The Authors Journal Compilation* , pp. 320-329.
 - Lackey, J. (14 de Julho de 2004). Cognitive impairment and congestive heart failure. *Nursing Standart* , 18, pp. 33-36.
 - Lopes, S. (2011). *Avaliação do estado Nutricional: estratégia de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa com insuficiência Cardíaca na Promoção do Cuidado de Si*. Dissertação Tese de Mestrado, Lisboa.
 - Martins, M. M. (2009). *A consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao doente/família com dor crónica*. dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
 - Martins, M., & Lopes, M. A. (1º semestre de 2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doentes e família com dor crónica numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem* .Volume 14. Nº1; pp. 39-57.
 - McAlister F.; Stewart, S.; Ferrua. S.; McMurray, J. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)* .

- McCauley, K. M., Bixby, B. M., & Naylor, M. D. (2006). Advanced Practice Nurse Strategies to Improve Outcomes and Reduce Cost in Elders with Heart Failure. *Disease management* , pp. 302-310.
- Meleis, A; Sawyer, L; Im ,E.; Messias, D.;Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging Middle-range Theory. *Advance Nursing Science* , pp. 12-28.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing development and Progress*. Philadelphia. Lippincott.
- Mesquita, C. (2007). Empowerment e associativismo no doente crónico. In I. Gomes, *Parceria e o Cuidado de Enfermagem - Uma questão de cidadania* (pp. 155-210). Coimbra: Formasau.
- Molloy, G., Johnstonb, D., & Withamc, M. (2005). Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. . *The European Journal of Heart Failure* , pp. 592-603.
- Naylor, M. D.; Brooten, D. A.; Campbell, R. L.; Maislin, G.; McCauley, K. M; Schwartz, J S. (2004). Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *JAGS (Journal of the American Geriatrics Society)* , pp. 675-684.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *CHRONIC HEART FAILURE National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care*.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ocampo, J. (2010). Self related health: Importance of use in elderly adults. *Columbia Med. Universidad del Valle* , 41, pp. 275-289.
- Oguz, S., & Enç, N. (2008). Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal compilation, International Council of Nurses.* , pp. 462-467.
- Oliveira, Catarina R.; Rosa, Manuel S.; Pinto, Anabela M.; Botelho, Maria A.; Morais, António; Verissimo, Manuel T. (2008). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa (EPEPP)*. Coimbra: GERPI.
- Organização Mundial de Saúde (1995). *Concise Guide to the Management of Heart Failure*.

- Ordem Dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Publicado em 2001. Acedido a 10 de outubro de 2011. Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt
- Ordem Dos Enfermeiros. (2003). parecer cj- 67/2003 sobre problemática da assinatura dos alunos de enfermagem, nos impressos de registo clínico de enfermagem de 21 Julho de 2003 acedido em 12 Fevereiro de 2012 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_67-2003.Pdf
- Ordem Dos Enfermeiros. (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. *Revista ordem dos enfermeiros - Suplemento da Revista Número 26* .
- Ordem Dos Enfermeiros (março de 2007). Enunciado de posição - consentimento informado de 15 de março de 2007 acedido em 10 outubro de 2011. disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2009a). *Modelo de desenvolvimento profissional - Caderno temático*. Publicado em dezembro de 2009 acedido a 16 outubro de 2011. Disponível Em [Www.Ordemdosenfermeiros.Pt](http://www.Ordemdosenfermeiros.Pt)
- Ordem Dos Enfermeiros (2009b). *Código deontológico* .Publicado em Setembro de 2009. Acedido em 10 de dezembro de 2011. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt
- Ordem Dos Enfermeiros (29 de Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Caderno temático)*. Lisboa.
- Paixão, C. M., & Reichenheim, M. E. (Jan-Fev de 2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* , 21(1), pp. 7-19.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusciência.
- Phillips, C. O.; Wright, S. M.; Kern, D. E.; Singa, R. M.; Shepperd, S.; Rubin, Haya R (2004). Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure - A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* , 291, pp. 1358-1367.

- Piette J.; Gregor, M.; Share, D.; Heisler, M.; Bernstein, S.; Koelling, T.; Chan, P. (2008). Improving Heart Failure Self-management Support by Actively Engaging Out-of-Home Caregivers: Results of a feasibility Study. *Le JACQ*. Jan-Feb, pp-12-18.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências sociais* (1ª Edição ed.). Gradiva.
- Riegel, B.; Carlson, B.; Kopp, Z.; LePetri, B.; Glaser, D.; Unger, A. (27 de March de 2002). Effect of a standartized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med* , pp. 705-712.
- Reis, F. L. (2010). Como elaborar uma dissertação de Mestrado segundo Bolonha - Guia prático. Lisboa. Ed. PACTOR
- Roccaforte, R.; Demers, C.; Baldassarre, F.; Koon, T.K.; Salim, Y. (2005) Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *The European Journal of Heart Failure* , 7, pp. 1133-1144.
- Roglieri, J.L.; Futterman, R.; McDonought, K.L.; Malya, P. A.; Karwath, K.R.; Bowman, D.; Skelly, J.; Warburton, S. (1997). Disease manegement interventions to improve outcomes in congestive heart failure. *American Journal Management care* , pp. (3) pp.1831-1839.
- Roque, B., Almeida, I. & Faustino, M. (2010). Cuidar com o doente/ família com insuficiência cardíaca.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., Assenhas, A., Mirante, A., Silva, C., et al. (Janeiro-Março de 2010). metedologia de projecto: Colectanea descritiva de etapas. *Percursos* , pp. 1-37.
- Santos, H.E. & Cunha, M. (2011). Regras de escrita de Dissertações de Mestrado-segundo as normas da APA. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra. Acedido em 02 de março de 2012 em: http://www.ismt.pt/pt-files/pdf/RegrasRedacaoTrabalho_Mestrado.pdf
- Scalvini, S.; Capomolla, S.; Zanelli, E.; Benigno, M.; Domenighini, D.; Paletts, L.; Glisenti, F.; Giordano, A. (2005). Effect of home-based telecardiology on chronic heart failure: costs and outcomes. *Journal of telemedicine and telecare* , pp. 16-18.
- Scalvini, S.; Zanelli, E.; Palleta, L.; Benigno, M.; Domeneghini, D.; Giuli, F.; Giordano, A.; Glisendi, F. (2006). Chronic heart failure home-based management

- with a telecardiology system: a comparison between patients followed by general practitioners and by a cardiology department. *Journal of Telemedicine and Telecare* , pp. 46-48.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In K. L. Schumacher, & P. S. Jones, *Transitions in the Older Adults* (pp. 1-26).
 - Schwarz, K. A., Milon, L. C., Hudock, D., & Litman, G. (Winter de 2008). Telemonitoring of Heart Failure Patients and their Caregivers: A pilot randomized controlled trial. *Progress in cardiovascular nursing* , pp. 18-26.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, S. (2007). *Management of chronic heart failure: a national clinical guide*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
 - Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel Editora.
 - Shyu, Y.(2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing* , pp. 619-625.
 - Staples, P., & Earle, W. (2008). The Nature of Telephone Nursing Interventions in a Heart Failure Clinic Setting. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* , pp. 27-33.
 - Stefanelli, M. C. (2005). *Stefanelli, M.C., Carvalho, E.C Comunicação em enfermagem. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, A Comunicação nos diferentes*. São Paulo: Manole.
 - Stewart, S., & Blue, L. (2001). *Improving Outcomes in Chronic heart failure*. London: BMJ books.
 - Stromberg, A. (2006). Patient-related factors of compliance in Heart Failure: some insights into an old problem. *European Heart Journal* , pp. 379-381.
 - Wade, M. J.; Desai, A. S.; Spettell, C. M.; Snyder, A. D.; McGowan-Stackewicz, V.; Kummer, P. J.; Maccoy, M.C.; Krakauer S. (2011). Telemonitoring with case management for seniors with heart failure. *The American Journal of Managed Care* , pp. vol.17 N°3 pp.e71-e79.
 - Wakefield, B.J.; Holman, J.E.; Ray, A.; Scherubel, M.; Burns, T.L.; Kienzle, M.G.; Rosenthal, G.E. (2009). Outcomes of a home telehealth intervention for patients with heart failure. *Journal of telemedicine and telecare* , 15, pp. 46-50.

- Washburn, S. C., & Hornberger, C. A. (2008). Nurse Educator Guidelines for Management of Heart Failure. *The Journal of Continuing Education in Nursing* , pp. 263-267.
- Watzlawick, P. B. (1971). Pragmática da comunicação.
- Wheeler, E. C., & Plowfield, L. (Janeiro/ fevereiro de 2004). caring for patients with congestive heart failure. *Nursing Education Perspectives* , pp. 16-21.
- Wheeler, E. C., & Waterhouse, J. K. (2006). Telephone Interventions by Nursing Students: Improving Outcomes for Heart Failure Patients in the Community. *Journal of Community Health Nursing* , pp. 137-146.
- Wong, J. (Jul-Sep de 2005). The role of a Heart Failure Specialist Nurse in Singapore. *Singapore Nursing Journal* , pp. 12-14.
- Young, H. M., Sikma, S. K., Trippetl, L. S., Shannon, J., & Blachly, B. (2006). Linking Theory and Gerontological Nursing Practice in Senior Housing. *Geriatric Nursing* , pp. 346-354.
- Yu, F., Evans, L. K., & Sullivan-Marx, E. M. (2005). Funtional Outcomes for Olders Adults with cognitive impairment in a Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility. *Journal of the American Geriatrics Society* , pp. 1599-1606.
- Zagonel, I. P. (1998). O Cuidado de Enfermagem na Perspectiva dos Eventos Transicionais Humanos. *Acta Paul. Enfermagem* , pp. 56-63.
- Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem* , 7 n.3, pp. 25-32.

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



Exma Sr^a
Enf^a Grad. Isabel M^a Santos Almeida

Hospital Dia Insuficiência Cardíaca

ASSUNTO: Autorização para a realização de um projecto de intervenção a desenvolver no Hospital Dia de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Cardiologia, subordinado ao tema “Intervenção telefónica estruturada: estratégia de Enfermagem na Parceria com o doente idoso com Insuficiência Cardíaca, no cuidar de si, após a alta hospitalar”.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a realização de um projecto de intervenção a desenvolver no Hospital Dia de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Cardiologia II, subordinado ao tema “Intervenção telefónica estruturada: estratégia de Enfermagem na Parceria com o doente idoso com Insuficiência Cardíaca, no cuidar de si, após a alta hospitalar”, integrado no Curso de Mestrado de Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 26 de Dezembro de 2011

A Enfermeira Directora

(Catarina Batuca)

\AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

1

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

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR
PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



Exma. Senhora
Enf.^a Isabel Maria dos Santos de Almeida
Serviço de Cardiologia II
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Ref^a PCA - 19.DEZ.2011 - 0905

Assunto: Projecto "Intervenção telefónica estruturada: estratégia de Enfermagem na parceria como doente idoso com insuficiência cardíaca, no cuidar de si, após a alta hospitalar".

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

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

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

www.chln.pt

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

www.chln.pt

1

ANEXO III

MINI MENTAL STATE EXAME
(MMSE)

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: _____

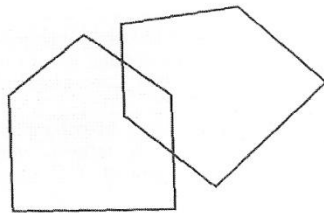
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO IV

INDICE DE KATZ

(Avaliação das atividades de vida diárias)

INDICE KATZ - Atividades de vida diária	Score
<p>Tomar banho e lavar-se</p> <p>0 – Não se lava</p> <p>1 – Requer ajuda para:</p> <p><input type="checkbox"/>var + de 1 parte corporal (Quais _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Entrar <input type="checkbox"/> Sair <input type="checkbox"/> Estar</p> <p>2 - Requer ajuda para</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar 1 parte corporal (Qual _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Lava-se sozinho usando apoios mecânicos (quais _____)</p> <p>3 - Lava-se sozinho sem apoio</p>	
<p>Vestir-se</p> <p>0 – Não se veste</p> <p><input type="checkbox"/> Fica despido totalmente <input type="checkbox"/> Fica despido parcialmente</p> <p>1 – Requer ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> Escolher <input type="checkbox"/> Preparar <input type="checkbox"/> Vestir</p> <p>2 – Requer ajuda apenas para atar os sapatos</p> <p>3 – Escolhe, tira a roupa dos armários e veste-se sozinho</p>	
<p>Usar os sanitários</p> <p>0 – Não vai aos sanitários</p> <p>1 – Requer ajuda para</p> <p><input type="checkbox"/> Ir <input type="checkbox"/> Sentar/levantar <input type="checkbox"/> Limpar-se <input type="checkbox"/> Arranjar a roupa <input type="checkbox"/> Tratar do bacio</p> <p>2 – Capaz mas usa:</p> <p><input type="checkbox"/> Bacio à noite <input type="checkbox"/> Apoio mecânico (Qual? _____)</p> <p>3 – Usa sanitários sem ajuda</p>	
<p>Transferir-se de posição (levantar/deitar; sentar/levantar)</p> <p>0 – Não se transfere de posição/ acamado</p> <p>1 – Requer ajuda para se transferir</p> <p><input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>2 – Transfere-se com apoios mecânicos</p> <p><input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>3 – Transfere-se sem ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p>	
<p>Controle do esfíncter urinário e fecal</p> <p>0 – Incontinência total</p> <p>0 – Incontinência Parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Esforço</p> <p>0 – Incontinência pelo uso de:</p> <p><input type="checkbox"/> Urinol <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Arrastadeira <input type="checkbox"/> Clisteres</p> <p>0 – Continência mediante supervisão de terceiros</p> <p>3 – Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes</p>	
<p>Comer e alimentar-se</p> <p>0 – Não se alimenta <input type="checkbox"/> ou usa sondas alimentares <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Requer ajuda para levar os alimentos à boca</p> <p>2 – Requer ajuda para:</p> <p><input type="checkbox"/> Cortar carne ou peixe <input type="checkbox"/> Barrar o pão</p> <p>3 – Alimenta-se sem ajuda</p>	
	SCORE -

<p>PONTUAÇÃO :</p> <p>0 – ausência de prática ou incapacidade em efetuar a tarefa; incontinência dos esfíncteres urinário e/ou fecal</p> <p>1 – Recurso à ajuda de 1 ou mais pessoas</p> <p>2 – recurso a apoios mecânicos ou à ajuda ocasional de terceiros</p> <p>3 – Capaz de efetuar a tarefa sem ajuda; sem incontinência</p>
<p>CLASSIFICAÇÃO</p> <p>Dependente em autonomia física – presença de pontuações 0 ou 1</p> <p>Independente em autonomia física – todas as pontuações 2 ou 3.</p>

Adaptada por Botelho in “Autonomia Funcional em Idosos”, 2000

ANEXO V

ESCALA DE LAWTON E BRODY
(Avaliação das atividades instrumentais de vida diária)

AUTONOMIA INSTRUMENTAL

Como consegue fazer as seguintes tarefas:

Usar o telefone

não tem telefone

- 0 não usa o telefone
- 2 atende o telefone, mas não faz telefonemas
- 3 atende o telefone e liga números de telefone conhecidos
- 3 atende o telefone, procura e liga números de telefone

Fazer compras

- 0 incapaz de fazer compras
- 1 requer companhia para fazer qualquer compra
- 1 faz sozinho pequenas compras
- 3 faz sozinho todas as compras necessárias

Gerir o seu dinheiro

- 0 incapaz de se servir do dinheiro
- 2 faz pequenas contas do dia a dia, ajuda nas maiores
- 3 governa tudo: saldos cheques paga renda paga contas

Tomar medicamentos

- 0 incapaz de tomar os seus medicamentos
- 1 toma a sua medicação se for preparada em doses separadas
- 3 toma os seus medicamentos na dose e tempo certos

Usar transportes

- 0 não se desloca em transportes
- 1 só se desloca se acompanhado, apenas em táxi ou carro
- 2 só se desloca se acompanhado, em transportes públicos
- 3 desloca-se sozinho, apenas em táxi
- 3 desloca-se sozinho, em transportes públicos
- 3 guia carro

Preparar refeições

- 0 necessita das refeições preparadas e servidas
- 1 aquece e serve refeições preparadas
- 1 faz refeições com dieta inadequada
- 1 prepara refeições adequadas, se lhe derem os ingredientes
- 3 planeia, prepara e serve refeições adequadas

Fazer a lida da casa

- 0 não participa em tarefas domésticas
- 2 requer ajuda em tarefas domésticas leves e pesadas
- 2 apenas faz tarefas leves diárias (com / sem limpeza adequada)
- 3 faz todas as tarefas, com ajuda ocasional em tarefas pesadas

Lavar/tratar da roupa

- 0 a roupa é toda tratada por outros
- 2 apenas lava pequenas peças de roupa
- 3 trata completamente da sua roupa

PONTUAÇÃO:

- 0 – ausência de prática ou incapacidade em efetuar a tarefa.
- 1 – Recurso à ajuda de 1 ou mais pessoas
- 2 – recurso a apoios mecânicos ou à ajuda ocasional de terceiros
- 3 – Capaz de efetuar a tarefa sem ajuda; sem incontinência

CLASSIFICAÇÃO

Dependente em autonomia instrumental – presença de pontuações 0 ou 1

Independente em autonomia física – todas as pontuações 2 ou 3.

Adaptada por Botelho in "Autonomia Funcional em Idosos", 2000

ANEXO VI

MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT (MNA)
(Avaliação do estado nutricional)

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

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

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudanos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m] ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	

Avaliação global	
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospitalar) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 459-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Savie A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001; 56A: M365-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 468-467.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12/09 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O paciente consome: <ul style="list-style-type: none"> • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escore da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escore total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

ANEXO VII
ESCALA DE MORSE

Escala de Morse

Item	escala	Score
1. História de queda recente ou nos últimos 3 meses	Não - 0 Sim - 25	_____
2. Diagnóstico secundário	Não - 0 Sim - 15	_____
3. Deambulação Caminha sem apoios/ anda em cadeira de rodas/ Acamado/ dependente de apoio Canadianas/ bengala/ andarilho Apoio nos móveis	0 15 30	_____
4. perfusão Heparina ev	Não - 0 Sim - 20	_____
5. equilíbrio na Marcha Normal Fraqueza Limitação em se levantar da cadeira	0 10 20	_____
6. Estado Mental orientado desconhece as limitações	0 15	_____

Nível de risco	Score escala Morse
Sem risco	0 - 24
baixo risco	25 - 50
Risco elevado	≥ 51

ANEXO VIII

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
(GDS15)

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim	Não
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim	Não
3. Sente a sua vida vazia?	Sim	Não
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim	Não
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim	Não
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas	Sim	Não
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim	Não
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim	Não
Não 12. Sente-se inútil?	Sim	Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim	Não
14. Sente que para si não há esperança?	Sim	Não
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)?	Sim	Não

Pontuação:

1 ponto por cada resposta **SIM** nas perguntas, 2, 3, 4, 6,8,9,10, 12,14 e 15

1 ponto por cada resposta **NÃO**, nas perguntas – 1,5,7,11e 13

Classificação

Scores superiores a **5 pontos** – sugestivo de depressão a ser encaminhado para reavaliação

Scores superiores a **10 pontos** – são quase sempre sugestivos de depressão.

ANEXO IX

AVALIAÇÃO QUALITATIVA
DA ENFERMEIRA CO-ORIENTADORA DO ESTÁGIO

AVALIAÇÃO DE ESTAGIO

Formanda: ISABEL MARIA DOS SANTOS DE ALMEIDA

Orientadora de estágio: MARIA DE FATIMA SALAZAR MARTINS

O projeto de estágio teve como tema “Intervenção telefónica estruturada: estratégia de Enfermagem na Parceria com o doente idoso com Insuficiência cardíaca, no cuidar de si, após a alta hospitalar” e como finalidade “ promover o Cuidar de Si na Parceria com o Doente Idoso com Insuficiência cardíaca: a intervenção telefónica estruturada como estratégia de Enfermagem, visando uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, aos idosos acompanhados em HDIC e VD, após a alta hospitalar.

A pertinência do trabalho realizado foi de encontro ao que a Sociedade Europeia de cardiologia define e de encontro as necessidades sentidas no serviço. Este facto só revela o grande interesse e envolvimento da formanda quer no serviço como nas necessidades sentidas por toda a equipa, não só de enfermagem como médica.

Teve a preocupação de envolver toda a equipa do HD no projeto elaborado tendo presente os benefícios e competências na equipa para em parceria com o doente idoso e seu cuidador promover um acompanhamento pós alta com maior capacitação do doente e família, na promoção do Cuidado de Si.

Através da pesquisa feita, da discussão do trabalho (teórico e pratico) das conversas informais no local de trabalho com particular preocupação pelo envolvimento por parte de toda a equipa, desenvolveu competências como enfermeira especialista, na área do doente idoso, promovendo o “self-empowerment” após a alta hospitalar dos doentes.

Teve sempre presente as competências que um enfermeiro especialista deve possuir, segundo o plano de estudos do Curso de Mestrado e que vão ao encontro das funções do enfermeiro especialista segundo Decreto-Lei nº 431/91 de 8 de Novembro e alterações dadas pelo Decreto-Lei nº 412/98 de 30-12, o Artigo 7º do Conteúdo funcional das categorias do enfermeiro, do enfermeiro graduado e enfermeiro especialista.

Pelas razões apresentadas justifico a nota de **Excelente** para o estágio realizado.

APÊNDICES

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo tem por finalidade avaliar o impacto de uma intervenção telefónica estruturada nos doentes com Insuficiência cardíaca acompanhados em Hospital de dia e Visita domiciliária, do Hospital de Pulido valente – CHLN, EPE, após um internamento hospitalar.

Para o efeito pede-se a sua participação no presente estudo, na resposta a contactos telefónicos a serem efetuados, após a alta hospitalar, pela equipa de Hospital de Dia, em datas previamente acordadas, por ambas as partes.

Toda a informação obtida (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº67/98 de 26 de Outubro.

A sua participação no presente estudo tem carácter voluntário, podendo em qualquer momento negar o seu consentimento.

Eu _____ (nome), doente acompanhado em regime de Hospital de Dia e Visita domiciliária, declaro ter compreendido a informação que me foi dada, sobre a natureza do estudo e forma de funcionamento da mesma. Fui esclarecido(a) sobre aspetos que considero importantes. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação, em qualquer momento de respetivo estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto a minha participação voluntária, no mesmo.

Lisboa ____/_____/____

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

(Enf.ª Isabel Maria Almeida)

APÊNDICE II

GRELHA DE
OBSERVAÇÃO INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

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

N – 10 doentes idosos com internamento por IC entre 03 de Outubro e 10 Novembro 2011,
acompanhados em regime de H dia

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
1 - Identidade do doente idoso internado				
1.1 - Como prefere ser chamado	4	6	0	0
1.2 – Idade	8	2	0	0
1.3 - Estado civil	6	4	0	0
1.4 – Escolaridade	3	7	0	0
1.5 – Profissão	3	2	5	0
1.6 – Papel que ocupa na família	2	8	0	0
2 - Contexto de vida do doente idoso				
2.1 – Onde reside	5	3	2	0
2.1 - Com quem reside	6	4	0	0
2.3 - Condições habitacionais	6	4	0	0
2.4 - Condições de acesso (elevadores, pavimentos irregulares, planos inclinados)	3	7	0	0
2.5 – Como ocupa os seus dias	2	6	2	0
2.6 - Cuidador principal (identificação, contactos, grau de escolaridade)	5	4	1	0
2.7 - Suporte familiar (identificação, contactos e grau de escolaridade)	3	5	2	0
2.8 – Hábitos de vida / comportamentos aditivos	4	2	4	0
2.9 – Fatores de risco identificados	7	3	0	0
2.10 - Capacidade funcional (AVD's e AIVD's)	0	10	0	0
2.11 -Rede de apoio fora do H dia (centro de saúde, apoio domiciliário; fornecimento de alimentação)	4	6	0	0
2.12 –Condição financeira indicativa de dificuldades em fazer face às despesas inerentes à doença	4	6	0	0
2.13-Experiências anteriores que influenciam a experiência atual	0	7	3	0
3 – Impacto da doença e o seu significado na sua vida				
3.1 – Diagnóstico	9	1	0	0
3.2 – Prognóstico	0	10	0	0
3.3 - Antecedentes pessoais	9	1	0	0
3.4 - Tratamento instituído	8	2	0	0
3.5 – Religião e espiritualidade	0	10	0	0
3.6 - O lugar que a doença ocupa na sua vida	0	8	2	0
3.7 – Expectativas sobre o desempenho dos profissionais de saúde	0	10	0	0
3.8 - Expectativas sobre o desempenho dos familiares	0	10	0	0

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
4 – Conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença				
4.1 – Suporte social (ocupação de tempos livres, amigos, cultos; centro de dia, voluntariado)	3	7	0	0
4.2 – O que a pessoa idosa e família sabem sobre a situação	0	7	3	0
4.3 – Conhecimentos sobre o que podem fazer na gestão da doença (restrição hídrica, restrição de sal; atividade física, alimentação, sono e repouso, cumprimento do plano terapêutico)	0	6	4	0
4.3 – O que já fazem de forma autónoma	0	8	2	0
4.4 – Que ajuda necessitam	1	6	3	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
1 - 0 enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de saúde.				
1.1 – Avalia o conhecimento do doente face à sua doença crónica	0	6	4	
1.2 – Capacidade funcional (AVD e AIVD)	0	8	0	
1.3 – Reação do doente face a doença	2	4	4	
1.4 - Determina conhecimentos demonstrados pelo doente e cuidador	0	5	3	
1.5 – Determina medos, receios e angústias face à situação de doença	1	5	4	
2 - 0 enfermeiro partilha experiências com o doente idoso/cuidador				
2.1 – Aspetos fundamentais a avaliar em cada momento e seu significado	2	4	4	
2.2 – Esclarece dúvidas e fornece suporte face a receios identificados	3	4	3	
2.3 - Partilha informação (riscos e benefícios do regime terapêutico medicamentoso)	3	4	3	
2.4 - Envolve o doente idoso/cuidador na gestão da doença crónica e reforça as suas capacidades	2	5	3	
2.5 - Estabelece uma relação de confiança	0	10	0	

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
0 enfermeiro promove o cuidado de Si no doente idoso/cuidador:				
1.1 - Partilha o poder. Informa/esclarece	3	5	2	0
1.2 - Reforça a importância da vigilância da saúde	1	5	4	0
1.3 - Promove a reflexão da pessoa idosa sobre os cuidados necessários a uma correta gestão da doença	0	10	0	0
1.4 - Promove a capacidade de atuar em conformidade com a situação de doença	0	10	0	0
1.5 - Engloba o cuidador em todo o processo de gestão da doença	0	7	3	0
1.6 - Ajuda o cuidador a construir capacidades para cuidar da pessoa idosa (dieta, atividade física, medicação)	1	6	3	0
1.7 – Respeita o ritmo e tempo da pessoa	0	10	0	0
1.8 - Promove a autonomia	0	10	0	0
1.9 - Reforça positivamente	0	10	0	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
0 enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o Cuidado de Si				
1.1 – Ajuda e dá suporte nas escolhas do doente e família	0	8	2	0
1.2 – Negoceia novas intervenções	1	8	1	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Assumir e assegurar o controle do Cuidado de Si				
1.1 – Permitir que a pessoa idosa tenha controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde	0	10	0	0
1.2 – Capacita a pessoa idosa e seu cuidador com a informação necessária para o cuidar	0	10	0	0
1.3 – Antecipa complicações	0	10	0	0

APÊNDICE III

ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

RESULTADOS

→ A primeira fase do Modelo de Parceria – revelar-se relacionava-se com o **conhecer a identidade do doente idoso**, e foi possível observar que o registo da idade, profissão e estado civil se encontram registados na maioria dos processos não sendo isso verificado em relação à profissão, papel que ocupa na dinâmica familiar ou nome pelo qual prefere ser chamando, embora estes aspetos se encontrem contemplados na folha de colheita de dados em uso no HD.

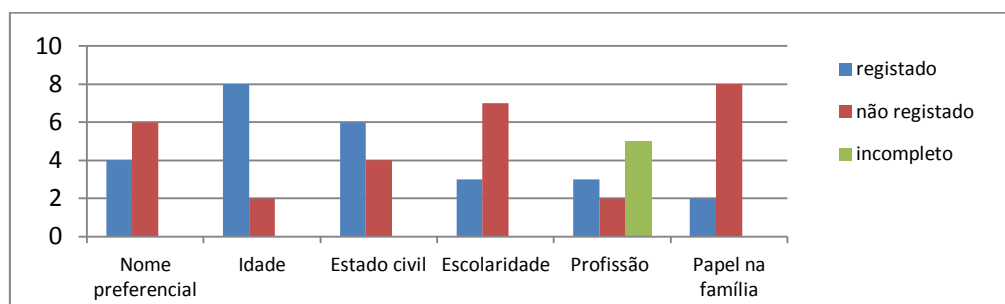


Gráfico. 1 – Resultados relativos à categoria “Conhecer a identidade do doente Idoso”

→ O **conhecimento do contexto de vida do doente idoso**, foi outro elemento estudado e foi possível constatar que se verifica alguma preocupação em conhecer onde vive, com quem vive e as condições habitacionais. O conhecimento do cuidador principal é também denotado nos registos bem como a identificação dos fatores de risco presentes, são registados na quase totalidade dos processos

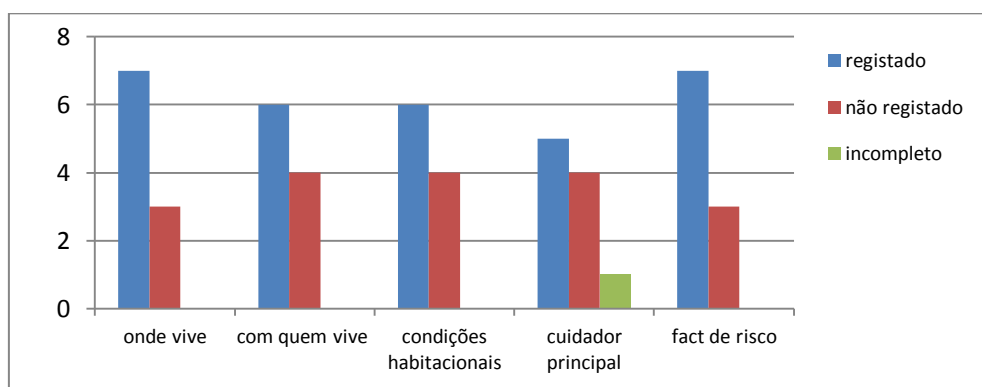


Gráfico 2 – resultados relativos à categoria “Contexto de vida do doente idoso”

→ Por seu lado no que concerne ao conhecimento sobre as condições de acesso à casa, ocupação dos seus dias, suporte familiar e de saúde fora do HD, condições económicas deficitárias e capacidade funcional carecem de registo. A capacidade funcional dos idosos não foi registada na totalidade dos processos, o que reforçou a importância da introdução esta metodologia na dinâmica do serviço. Como refere Sequeira (2010) a avaliação precoce e a monitorização das limitações permitem

uma intervenção individualizada a cada um dos doentes, aumentando assim o seu potencial terapêutico.

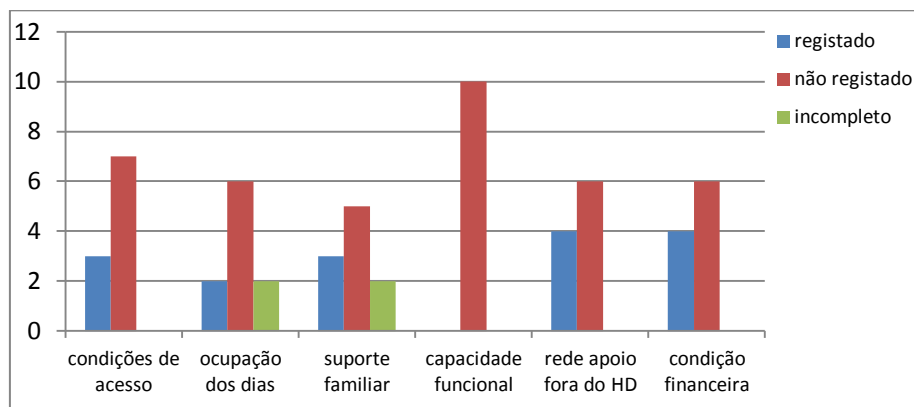


Gráfico 3 – resultados relativos à categoria “Contexto de vida do doente Idoso”(cont.)

→ Um outro indicador que foi analisado referia-se ao **impacto da doença e o seu significado na sua vida** onde apesar de se registar quase na totalidade o diagnóstico, antecedentes pessoais e o tratamento instituído não havia qualquer menção ao prognóstico, lugar ocupado pela doença na sua vida e expectativas face aos profissionais de saúde e familiares.

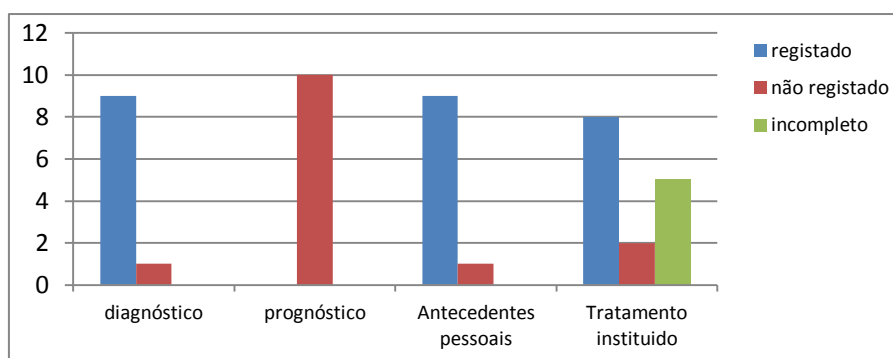


Gráfico 4 – resultados relativos à categoria “impacto da doença e o seu significado na sua vida”

→ Relativamente à espiritualidade e lugar ocupado pela doença na sua vida, não foram verificados registos, bem como não eram conhecidas as expectativas do doente face ao desempenho da sua família e dos profissionais de saúde.

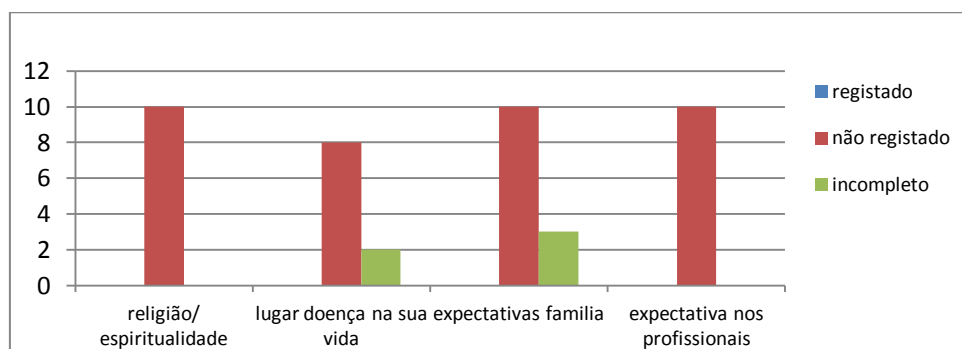


Gráfico 5 – resultados relativos à categoria “impacto da doença e o seu significado na sua vida”(cont.)

→ Como último indicador da primeira fase do modelo de Parceria que me pareceu importante conhecer eram os **conhecimentos e recursos do doente idoso**, nomeadamente o que conheciam sobre a doença, sobre o que poderiam fazer para a gestão correta da mesma, o que era realizado de forma autónoma e a avaliação da ajuda necessária. Este indicador era de extrema importância para este projeto, pois a estratégia a implementar implica um trabalho em parceria, onde cada parte desempenha um papel determinante para o sucesso do mesmo. Sendo esta uma intervenção distância é fundamental que o doente e seus cuidadores possuam conhecimentos e ferramentas suficientes para serem capazes de agir/ decidir em conformidade com a situação. Neste item foi verificado que não existia registo dos conhecimentos que os doentes possuíam para fazer face à doença, nem do que era feito pelos doentes de forma autónoma, sendo este item registado de forma incompleta e quase exclusivamente relacionada com a toma da medicação instituída.

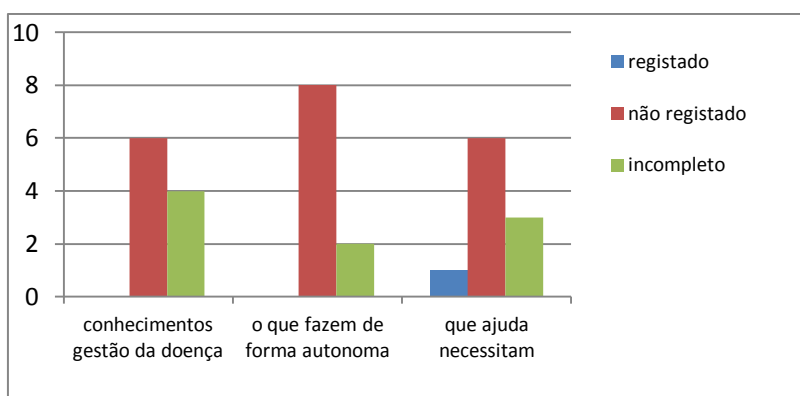


Gráfico 6 -conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador

→ No que respeita à fase do Modelo de Parceria envolver-se, o indicador **o enfermeiro conhece o doente/cuidador face à sua situação de saúde** foi possível constatar que não existem quase registos do conhecimento do enfermeiro sobre o modo como o doente encara a sua situação de doença, incluindo medos e angustias face à mesma. A avaliação dos conhecimentos detidos pelos doentes também não era registada.

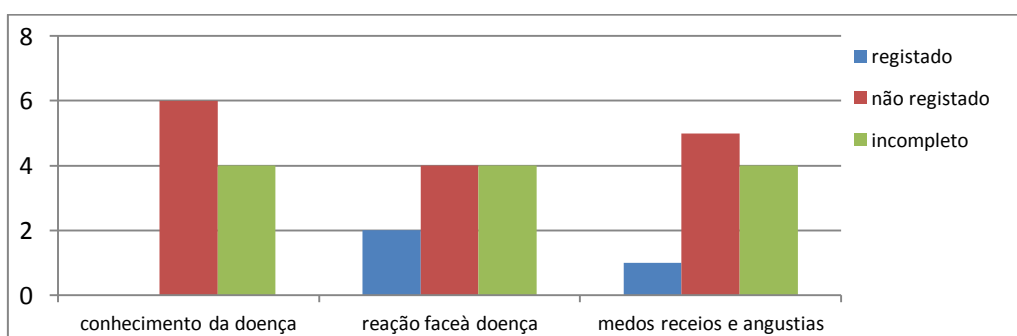


Gráfico 7 – resultados da categoria “o enfermeiro conhece o doente/cuidador face à sua situação de saúde”

→ Relativamente à partilha de experiências com o doente idoso/cuidador foi verificado que se regista de forma incompleta os aspetos fundamentais a avaliar, no contexto da doença, a partilha de informação, bem como o esclarecimento de dúvidas, que é feita de forma abstrata. O registo do estabelecimento de uma relação de confiança, não foi verificado.

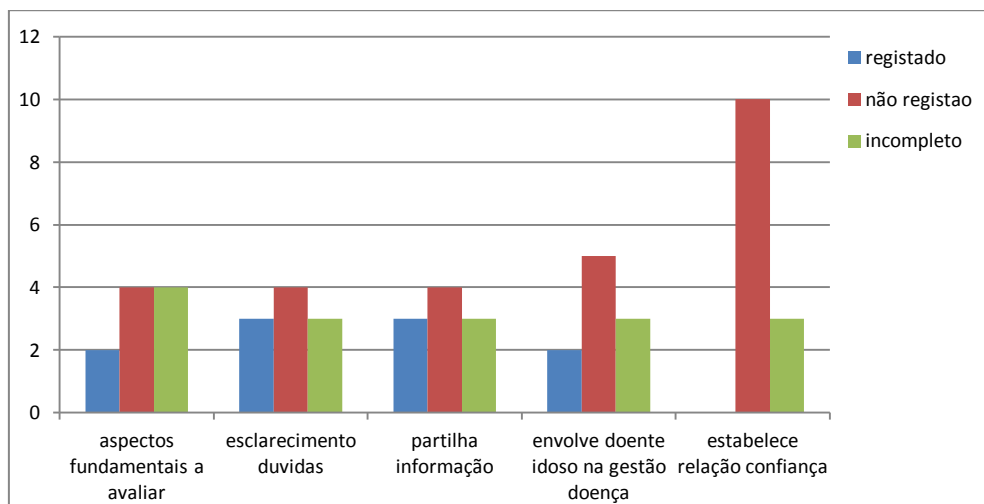


Gráfico 8 – resultados da categoria “o enfermeiro conhece o doente/cuidador face à sua situação de saúde”

→ Os indicadores identificados para as restantes fases do processo de Parceria permitiram perceber que a nível dos registos de enfermagem não lhes é dada qualquer visibilidade, sendo por isso uma área a desenvolver com a equipa de enfermagem na aquisição de competências.

APÊNDICE IV

DESCRIÇÃO E ANÁLISE
DA
NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRATICAS 1

Nota de Observação das práticas 1

Data – novembro de 2011

Local – Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos

Hora – 10h 30

Interação – Avaliação de um doente em sessão de Hospital de Dia

Objetivo – Observação da prestação de cuidados da enfermeira no Hospital de dia tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentário do investigador Análise e reflexão da situação
<p>O doente Sr. M é doente do H. dia há cerca de 5 anos, tem 71 anos, vem habitualmente sozinho ao H dia, sem internamentos por descompensação cardíaca. Vem ao H. dia com uma regularidade de 3 meses, sendo um doente que se tem mantido estável na sua doença, sem presença de sintomas de descompensação cardíaca.</p> <p>A enfermeira recebe o Sr M à porta do H dia, cumprimentando-o</p> <p>Enf^a -Olá, bom dia, sr M, como tem passado?</p> <p>Sr. M.- Vamos andando.</p> <p>Enf^a - A esposa está boa?</p> <p>Sr. M.- sim obrigada</p> <p>Enf^a - Então como se tem sentido? Parece mais cansado!</p> <p>Sr. M.- Sim, ultimamente tenho andado mais cansado</p> <p>Enf^a - Há quanto tempo se sente assim?</p> <p>Sr. M.- Desde há 1 semana.</p> <p>Enf^a – Em que medida esse cansaço o tem limitado no seu dia-a-dia</p> <p>Sr. M. – Não consigo andar como antes, canso-me mais, para chegar até aqui parei 2 vezes e costumava fazer tudo de seguida</p> <p>Enf^a – Fez bem em parar, quando o cansaço aparece deve descansar até recuperar por completo e depois retomar, esse é o comportamento certo.</p> <p>Enf^a - Além do cansaço, tem tido mais alguma alteração?</p> <p>Sr. M.- Não.</p>	<p>Tendo por base o modelo de Parceria de Gomes (2009) e após a observação da interação entre a enfermeira e o doente considero que esta demonstrou disponibilidade e partilha de poder com o doente na tomada de decisão. Transmitiu informação englobando o doente em todo o processo.</p> <p>Segundo Gomes a parceria é um processo dinâmico, que visa a promoção de um ambiente seguro, adaptado às necessidades individuais de cada doente idoso com doença crónica. Este é possível através da demonstração de competências espelhadas nas intervenções desenvolvidas com o intuito de capacitar e possibilitar o doente no cuidado de si.</p> <p>Para isso ocorre um comprometimento de ambas as partes no sentido de se atingirem objetivos que permitam à pessoa</p>

<p>Enf^a - Posso ver a sua tensão?</p> <p>Sr. M.- Claro</p> <p>A enfermeira coloca a braçadeira e enquanto avalia a tensão observa os valores analíticos</p> <p>Enf^a - A sua tensão está ótima 103/67 e o seu pulso é de 74 ppm com uma saturação de 96%. Em casa como tem estado?</p> <p>Sr. M.- Não tenho visto.</p> <p>Enf^a - Então porquê?</p> <p>Sr. M.- Sabe, até tenho aparelho e tudo, mas nunca me lembro, só se me sentir mal.</p> <p>Enf^a - Não lhe parece importante vigiar a tensão?</p> <p>Sr. M.- Sim (silencio)</p> <p>Enf^a - É importante avaliar regularmente os sinais vitais e o peso, pois são muitas vezes os primeiros a indicar de que algo pode não estar bem. Acha que se conseguia começar por ver 1 vez por semana</p> <p>Sr. M.- Acho que sim.</p> <p>Enf^a - Coloque o aparelho num local visível e peça apoio à esposa para o ajudar a lembrara-se de ver a tensão, o que lhe parece?</p> <p>Sr. M.- Vou tentar.</p> <p>Enf^a - Depois não se esqueça de registar os valores para poder ver se existem alterações. Vamos pesar?</p> <p>Sr. M.- Vamos</p> <p>Enf^a - 78 kg, aumentou 2 kg desde a última vez que cá estive,</p> <p>Enquanto o doente regressa para o cadeirão</p> <p>Sr. M.- Não sei como...</p> <p>Enf^a - Tem tido os pés inchados?, posso ver as suas pernas? A avaliação regular do peso é importante por isso mesmo, pois por vezes o aumento de peso é um indicador de que está a ocorrer retenção de líquidos.</p> <p>Sr. M.- Pode ver, mas não tenho tido os pés inchados, só ao fim do dia é que incham um pouco mas isso já é normal</p>	<p>idosa assumir controlo sobre o seu projeto de vida.</p> <p>Na situação descrita considero que a enfermeira demonstrou conhecer bem o doente com quem estava a interagir ao notar alteração no seu grau de cansaço, bem como a valorização de queixas em sessões anteriores. Fazendo a sua avaliação na prossecução da continuidade dos cuidados e da avaliação global do doente. Assim demonstrou também um conhecimento profundo do processo de doença do idoso em interação. A postura calma da enfermeira bem como a disponibilidade mostrada para a colocação de dúvidas demonstra capacidade de envolver-se com a pessoa, tentando perceber o potencial existente no doente para a gestão do seu processo de doença.</p> <p>A terceira fase do Modelo de Parceria de gomes – Capacitar e possibilitar – visa-se o desenvolvimento de estratégias que promovam as capacidades pessoais no contexto de doença. A promoção da reflexão da pessoa sobre os seus comportamentos ou falta deles contribuem para a mudança de atitude, assim como a negociação</p>
--	---

<p>Enf^a - De manhã como estão?</p> <p>Sr. M.- sequinhos</p> <p>Enf^a - acha que este aumento de peso pode ter a ver com a alimentação?</p> <p>Sr. M.- Penso que não, não tenho comido quase nada, nem me apetece, muitas vezes fico-me pela sopa e fruta. Cada vez que como alguma coisa parece que comi um banquete</p> <p>Enf^a - isso pode ter a ver com a acumulação de líquidos a nível abdominal. Alguns doentes fazem retenção de líquidos no abdómen e não nos membros inferiores e essa sensação de enfartamento é um sinal, que deve valorizar.</p> <p>Sr. M.- Não sabia, mas é isso que eu sinto, sim</p> <p>Enf^a - Tem bebido muitos líquidos?</p> <p>Sr. M.- Não, tenho feito como me têm dito aqui, pouco</p> <p>Enf^a - E o sal?</p> <p>Sr. M.- Aí não tenho hipótese, é a minha mulher quem cozinha e ela tem muito cuidado com isso,</p> <p>Enf^a - E o sr, adapta-se bem à dieta com pouco sal?</p> <p>Sr. M.- Ao princípio foi difícil, agora já nem noto</p> <p>Enf^a - Tem tomado a medicação?</p> <p>Sr. M.- Sim</p> <p>Enf^a - E o Lasix tem tomado certinho?</p> <p>Sr. M.- Sim, não falha</p> <p>Enf^a - Tem urinado bem, na mesma quantidade?</p> <p>Sr. M.- Não tenho sentido diferença...</p> <p>Enf^a - Na última sessão o sr M queixou-se de dores osteoarticulares, como está agora?</p> <p>Sr. M.- Melhor, ultimamente nem tenho tido queixas.</p> <p>Enf^a - Muito bem, tem alguma questão ou problema de que queira falar?</p> <p>Sr. M.- Não. Fora o cansaço, sinto-me bem</p> <p>Enf^a - As suas análises estão boas, à exceção da análise que avalia a IC que está um pouco alta e que pode explicar os seus sintomas. O agravamento do cansaço é</p>	<p>de metas a atingir promovem a participação ativa do doente e a sua responsabilização face a si mesmo.</p> <p>O delineamento conjunto de ações promove a sua capacitação para a realização das mesmas de forma autónoma (ex.: colocação do aparelho de tensão em local visível, tornando mais fácil o tomar consciência da importância da sua participação no processo). O esforço de ambas as partes, visível na negociação para a mudança de atitude face à avaliação e registo dos sinais vitais, traduz de acordo com o Modelo de Parceria a fase do comprometer-se.</p> <p>A capacitação da pessoa no sentido de perceber e enquadrar as alterações sentidas no contexto da doença crónica, é vital, para que este as identifique no futuro e possa agir em conformidade com as alterações identificadas e em caso disso pedir ajuda, assumindo o cuidado de Si.</p> <p>Tendo presente todo o desenrolar da interação descrita considero que a enfermeira interveniente conseguiu fazer uma avaliação correta da pessoa em causa, enquadrado no contexto da sua doença crónica, bem como promover a sua capacitação no</p>
---	---

<p>um sinal de alerta nesta doença que tem que vigiar e que tem que avaliar em casa, juntamente com a tensão, pulso e peso. Caso aumente o cansaço ou o peso aumente muito tipo 2 kg numa semana deve contactar o H dia para ser observado.</p> <p>Sr. M.- Sim enfermeira</p> <p>Enf^a- Em casa tem que ser o Sr M a controlar a doença e a perceber quando as coisas começam a não estar bem, para procurar ajuda.</p> <p>Sr. M. – Pois claro.</p> <p>Enf^a - Por favor Sr. M aguarda um pouco lá fora que depois já o chamamos para ser observado pelo Dr. Até já</p> <p>Sr. M.- Até já enfermeira</p>	<p>processo de gestão da doença</p>
---	-------------------------------------

ANALISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 1 – ENFERMEIRA X

Quadro 1 – 1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – REVELAR-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE	REVELA CONHECIMENTO DA PESSOA	<p>“Então como se tem sentido? Parece mais cansado!” (<i>comparação com avaliações anteriores presença de agravamento do cansaço</i>) (NOP1)</p> <p>“78 kg, aumentou 2 kg desde a última vez que cá esteve” (<i>conhecimento da evolução ponderal do doente</i>) (NOP1)</p> <p>“Na última sessão o sr M queixou-se de dores osteoarticulares, como está agora?” (<i>valorização das queixas manifestadas pelo doentes em sessões anteriores, sua valorização e enquadramento no contexto atual</i>) (NOP1)</p>

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

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE	PROMOVE UM AMBIENTE SEGURO	<p>“Fez bem em parar, quando o cansaço aparece deve descansar até recuperar por completo e depois retomar, esse é o comportamento certo” <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> (NOP1)</p> <p>“Coloque o aparelho num local visível e peça apoio à esposa para o ajudar a lembrar-se de ver a tensão, o que lhe parece?” (NOP1)</p>
	DEMONSTRA COMPETENCIAS	<p>“(…)A avaliação regular do peso é importante por isso mesmo, pois por vezes o aumento de peso é um indicador de que está a ocorrer retenção de líquidos” <i>(sensibiliza para aspetos importantes a avaliar em ambulatório)</i> (NOP1)</p> <p>“(…)com a acumulação de líquidos a nível abdominal. Alguns doentes fazem retenção de líquidos no abdómen e não nos membros inferiores e essa sensação de enfartamento é um sinal, que deve valorizar” <i>(demonstra conhecimentos sobre as manifestações da doença e formas de as identificar)</i> (NOP1)</p> <p>“ (….)O agravamento do cansaço é um sinal de alerta nesta doença que vamos ter que vigiar e que o Sr M vai ter que avaliar em casa, juntamente com a tensão, pulso e peso” <i>(demonstra de que forma o doente pode participar no processo de gestão da doença)</i> (NOP1)</p>

Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – CAPACITAR E POSSIBILITAR

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR	DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DE AGIR (ação conjunta)	<p>Coloque o aparelho num local visível e peça apoio à esposa para o ajudar a lembrar-se de ver a tensão, o que lhe parece?” (NOP1)</p> <p>“(…)Caso aumente o cansaço ou o peso aumente muito tipo 2 kg numa semana deve contactar o H dia para ser observado.” (NOP1)</p> <p>“O agravamento do cansaço é um sinal de alerta nesta doença (...) que o Sr M vai ter que avaliar em casa, juntamente com a tensão, pulso e peso” (NOP1)</p>
	PREVINE COMPLICAÇÕES	“Caso aumente o cansaço ou o peso aumente muito tipo 2 kg numa semana deve contactar o H dia para ser observado.” (NOP1)

Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

COMPROMETER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE	PROMOÇÃO DA AUTONOMIA	<p>“(…) Acha que se conseguia começar por ver 1 vez por semana” (NOP1)</p> <p>“(…) O agravamento do cansaço é um sinal de alerta nesta doença que tem que vigiar e que tem que avaliar em casa, juntamente com a tensão, pulso e peso” (NOP1)</p>

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) –

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

Área temática	Categorias	Unidades de registo
<p>ASSUMIR O CONTROLE DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO</p>	<p>PODER PARTILHADO</p>	<p>“ Em casa tem que ser o Sr M a controlar a doença e a perceber quando as coisas começam a não estar bem, para procurar ajuda.” (NOP1)</p> <p>“Fez bem em parar, quando o cansaço aparece deve descansar até recuperar por completo e depois retomar, esse é o comportamento certo” <i>(reforço positivo dos comportamentos e atitudes corretas)</i> (NOP1)</p> <p>“ (...) Acha que se conseguia começar por ver 1 vez por semana” (NOP1)</p>
	<p>PERMITIR A MANUTENÇÃO DO PROJECTO DE VIDA</p>	<p>“Em casa tem que ser o Sr M a controlar a doença e a perceber quando as coisas começam a não estar bem, para procurar ajuda” (NOP1)</p>

APÊNDICE V

DESCRIÇÃO E ANÁLISE
DA
NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2

Nota de Observação das práticas 2

Data – novembro de 2011

Local – Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos

Hora – 8H45

Interação – Avaliação de um doente em sessão de Hospital de Dia

Objetivo – Observação da prestação de cuidados da enfermeira Y no Hospital de dia tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentário do investigador Análise/reflexão da situação
<p>Esta interação decorre no H dia entre a enfermeira e uma doente que recorre ao H dia sem marcação nem contacto prévio, por descompensação cardíaca</p> <p>É uma doente de 81 anos, acompanhada em H dia e VD há 3 anos, com períodos recorrentes de descompensação cardíaca e com alguns internamentos.</p> <p>Vive sozinha, tem algum apoio de uma vizinha e uma sobrinha que dá apoio esporádico.</p> <p>A doente entra no Hospital de Dia, vem polipneica, com cansaço a pequenos esforços. Vem sozinha e deambula com o auxílio de uma canadiana.</p> <p>D. A:- Bom dia Enfermeira</p> <p>Enf^a:- Bom dia D A., parece muito cansada, hoje não tem consulta marcada pois não?</p> <p>D. A - Não, mas estou muito cansada, já não aguento, por isso resolvi vir ao H dia.</p> <p>Enf^a - Pode sentar-se e descansar um pouco que já falamos, quando estiver mais calma</p> <p>D. A - Obrigada</p> <p>Enfermeira avalia os sinais vitais e coloca oxigénio a baixo débito por óculos nasais para recuperação do cansaço.</p> <p>Enf^a - A D. A., sabe que não deve recorrer ao H dia sem contacto prévio, pode ser um dia em que não seja possível ser observada pelo médico e depois fica tudo mais complicado. Já falamos nisso várias vezes. (olha para a doente com um olhar terno)</p>	<p>Esta interação colocou a enfermeira Y em contacto com uma situação de cuidados difícil de gerir. Neste tipo de intervenção o modelo de Parceria surge como uma forma de operacionalização dos cuidados sendo benéfica e permitindo um melhor conhecimento de todo um contexto de cuidados.</p> <p>A dinâmica do modelo de Parceria permite uma adequação constante à realidade do doente, promovendo assim a maior capacitação possível deste para assumir o cuidado de Si.</p> <p>Foi possível perceber que a enfermeira conhecia bem a doente em questão bem como o seu contexto de vida e a sua situação de doença, demonstrando conhecimentos presentes mas também anteriores da doente que</p>

<p>D. A - Desculpe enfermeira, mas estava tão aflita e aqui é o meu porto de abrigo, que não penso recorrer a outro sitio quando estou aflita.</p> <p>Enf^a - Sim mas imagine, que por algum motivo não era observada, a situação depois ainda era mais complicada.</p> <p>D. A - Sim, enfermeira tem razão</p> <p>Enf^a – Agora, vamos ver o que podemos fazer por si. Desde quando tem esse cansaço? As pernas têm inchado muito? Hoje estão bastante inchadas</p> <p>D. A - começou há mais ou menos 2 semanas mas tem estado a aumentar a cada dia que passa, as pernas também, de manhã não tenho nada mas à hora de almoço já estão uns trambolhos</p> <p>Enf^a - Temos falado várias vezes para que quando aparecem os edemas e o cansaço contactar o H dia para evitar chegar a este estado. Não acha importante evitar sentir-se assim?</p> <p>D. A - Sim, mas pensei que melhorasse sem ter que vir incomodar, mas como não melhorei nada resolvi vir cá hoje</p> <p>Enf^a – Mas, nós as duas, já sabemos como é. Normalmente não melhora sozinha e quanto mais tarde procurar ajuda mais difícil é conseguirmos controlar a situação sem ter que ficar internada.</p> <p>Enf^a - Tem tomado a medicação toda?</p> <p>D. A - Sim, tenho cumprido tudo</p> <p>Enf^a - De certeza, não se tem esquecido de nenhum, como já aconteceu noutras alturas? Sorri</p> <p>D. A - às vezes como acordo muito tarde, não tomo os medicamentos do pequeno-almoço</p> <p>Enf^a - Porquê?</p> <p>D. A - Depois são muitos e fico com o estômago às voltas</p> <p>Enf^a - Mas por certo que se levanta para ir à casa de banho, poderia aproveitar uma dessas vezes para tomar os comprimidos e depois voltar para a cama</p> <p>Enf^a - Quantos lasix® está a tomar atualmente</p> <p>D. A - 2 comprimidos, um em jejum e outro antes do lanche,</p>	<p>possibilitam uma melhor contextualização da situação de cuidados. Podendo perceber que de acordo com o Modelo de Parceria (Gomes, 2009) a enfermeira encontrase bem situada, na fase de Revelar-se.</p> <p>No decorrer desta intervenção foi possível verificar que a enfermeira tentou promover um ambiente seguro para a doente, encontrando aí alguma resistência, por parte da mesma, que embora aceitando e parecendo compreender, não demonstra comportamentos de mudança na adesão à medicação, restrição hídrica e alteração de comportamentos alimentares incorretos A enfermeira tenta Envolver-se promovendo um ambiente seguro, que a doente parece reconhecer e valorizar.</p> <p>De acordo com a 3ª fase do Modelo de Parceria – Capacitar e Possibilitar, a enfermeira tentou desenvolver ações conjuntas com a doente quando a sensibiliza para a importância da adesão ao regime farmacológico e não farmacológico, tentando dar informações sobre várias</p>
---	--

<p>mas parece que não tem feito tanto efeito, pois tenho feito menos “xi-xi”</p> <p>Enf^a - E líquidos, que quantidade tem bebido</p> <p>D. A - O normal</p> <p>Enf^a - O que é para si o normal?</p> <p>D. A - Tenho bebido o menos possível de água</p> <p>Se calhar durante todo o dia deve rondar 1.5 litros</p> <p>Enf^a - e a comida, como tem sido em relação ao sal?</p> <p>D. A - aí é o mais complicado para mim, não consigo comer sem sal, nem com as ervas aromáticas que a enfermeira já me falou, o comer não é a mesma coisa.</p> <p>Enf^a - Sabe que o sal leva à retenção de líquidos no organismo?</p> <p>D. A - Sim a enfermeira já me disse várias vezes mas não consigo reduzir mais. Por vezes, como sabe, como fora de casa no café da minha vizinha e aí como o que já está preparado e a quantidade de sal é o normal.</p> <p>Enf^a - Por isso mesmo era importante controlar o sal sempre que come em casa para que não exceda a dose recomendada, Porque não utiliza aquele sal artificial? Já seria mais fácil?</p> <p>D. A. - Posso tentar, mas onde arranjo esse tipo de sal?</p> <p>Enf^a – nas lojas de produtos dietéticos e até mesmo em muitos supermercados, já se encontra à venda esse tipo de sal</p> <p>Posso ver a sua tensão?</p> <p>D. A - Claro</p> <p>Apos avaliar a tensão</p> <p>Enf^a - os valores estão muito altos, ainda não tomou os medicamentos hoje?</p> <p>D. A – não, saí em jejum, não tomei nada</p> <p>Enf^a - Trouxe a medicação consigo?</p> <p>D. A - Também não, esqueci-me</p> <p>Enf^a - D A. É fundamental que se faça acompanhar pela sua medicação cada vez que sai de casa pois os medicamentos têm um tempo de efeito e se não os tomar o efeito que se</p>	<p>possibilidades de intervenção, promovendo o conhecimento para uma decisão esclarecida.</p> <p>A alteração do horário da medicação para se adequar ao ritmo biológico da doente em questão é um outro elemento importante na capacitação desta doente.</p> <p>A enfermeira tenta várias ações conjuntas que contribuam para uma melhor adaptação à doença e para uma melhor gestão da mesma. Pode observar-se nesta interação uma negociação feita entre a doente e a enfermeira no sentido de haver uma redução na ingestão diária de sal, com recurso a alternativas, explicadas à doente de forma simples e muito acessível, podendo afirmar que se pode identificar a 4^a fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se.</p> <p>O facto de a enfermeira aceitar e compreender os comportamentos desajustados da doente sem atitudes de censura ou repreensão permite uma relação de confiança onde os desajustes fazem parte da realidade existente e são considerados</p>
--	---

<p>pretende não existe, como agora que está com tensão elevada 162/106 mmhg</p> <p>D. A - Desculpe enfermeira</p> <p>Enf^a - Não peça desculpa a mim, pois está a fazer mal é a si mesma. Tem que tentar arranjar daquelas caixinhas que dão nas farmácias para poder colocar lá os medicamentos para que quando sai os leve sempre consigo. Vou falar com o dr para lhe receitar alguma coisa para descer a tensão, quer tomar o pequeno-almoço?</p> <p>D. A - agradecia</p> <p>A enfermeira regressou pouco depois com a medicação prescrita e a assistente operacional trouxe o pequeno-almoço à doente</p> <p>Após o pequeno-almoço</p> <p>Enf^a - Estes valores da tensão também lhe causam cansaço, pois o coração está a fazer um esforço maior que juntamente com a retenção de líquidos faz com que a D.A. não se sintam bem. Era importante que percebesse isso D.A.</p> <p>D.A. – Eu percebo, mas não sei se consigo mudar</p> <p>Enf^a – Se tentássemos ajustar os medicamentos ao seu horário de acordar acha que isso ajudaria?</p> <p>D.A. - Desde que não fiquem muitos de manhã, acho que posso tentar</p> <p>Enf^a – Vamos ver o que podemos ajustar para facilitar a toma dos medicamentos.</p> <p>Após a observação médica e em parceria foi ajustada terapêutica de forma a reduzir a sobrecarga de terapêutica durante a manhã, tendo esta sido reajustada ao longo do dia.</p>	<p>como intervenientes no processo da doença. Existe sempre a tentativa de correção dos mesmos, mas sem colocar na doente a sensação de falha, são apontados erros mas sem comportamentos ou atitudes recriminatórias. Existe a confrontação da doente face a atitudes menos corretas mas existe também o apoio para a mudança.</p> <p>Em minha opinião esta postura é fundamental para que se possa verdadeiramente conhecer o outro e no seu contexto atuar de forma individualizada, promovendo gradualmente mudanças de comportamentos.</p>
---	---

ANALISE DOS DADOS
NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 2 – ENFERMEIRA Y

Quadro 1 – 1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

REVELAR-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE	REVELA CONHECIMENTO DA PESSOA	<p>“Bom dia D A., parece muito cansada” <i>(comparação com avaliações anteriores presença de agravamento do cansaço)</i> (NOP2)</p> <p>“Desde quando tem esse cansaço? As pernas têm inchado muito? Hoje estão bastante inchadas” <i>(comparação com avaliações anteriores presença de agravamento do cansaço)</i> (NOP2)</p> <p>Mas nós as duas já sabemos como é. Normalmente não melhora sozinha e quanto mais tarde procurar ajuda mais difícil é conseguirmos controlar a situação sem ter que ficar internada. <i>(demonstra conhecimento do contexto de doença da doente)</i> (NOP2)</p> <p>De certeza, não se tem esquecido de nenhum, como já aconteceu noutras alturas? <i>(conhecimento sobre adesão da doente ao regime terapêutico)</i> (NOP2)</p>

Quadro 2 – 2ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

ENVOLVER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE	PROMOVE UM AMBIENTE SEGURO	<p>“Temos falado várias vezes para que quando aparecem os edemas e o cansaço contactar o H dia para evitar chegar a este estado. Não acha importante evitar sentir-se assim?” (NOP2)</p> <p>“Mas nós as duas já sabemos como é. Normalmente não melhora sozinha e quanto mais tarde procurar ajuda mais difícil é conseguirmos controlar a situação sem ter que ficar internada”. <i>(Promove um ambiente seguro ao reforçar a necessidade de procurar ajuda precocemente)</i> (NOP2)</p> <p>“O que é para si o normal?” <i>(validação dos conhecimentos da doente sobre a restrição hídrica)</i> (NOP2)</p> <p>“D A. É fundamental que se faça acompanhar pela sua medicação cada vez que sai de casa pois os medicamentos têm um tempo de efeito e se não os tomar o efeito que se pretende não existe, como agora que está com tensão elevada 162/106 mmhg” <i>(sensibilização para a importância da toma correta da medicação instituída)</i> (NOP2)</p> <p>“Não peça desculpa a mim, pois está a fazer mal é a si mesma” (NOP2)</p>

	<p>DEMONSTRA COMPETENCIAS</p> <p>Informa a doente</p>	<p>“Sabe que o sal leva à retenção de líquidos no organismo?” (NOP2)</p> <p>“Por isso mesmo era importante controlar o sal sempre que come em casa para que não exceda a dose recomendada, Porque não utiliza aquele sal artificial? Já seria mais fácil?” (NOP2)</p> <p>“Os medicamentos têm um tempo de efeito e se não os tomar o efeito que se pretende não existe, como agora que está com tensão elevada 162/106 mmhg” (NOP2)</p> <p>“Temos falado várias vezes para que quando aparecem os edemas e o cansaço contactar o H dia para evitar chegar a este estado. Não acha importante evitar sentir-se assim?” (NOP2)</p> <p>“Estes valores da tensão também lhe causam cansaço, pois o coração está a fazer um esforço maior que juntamente com a retenção de líquidos faz com que a D.A. não se sinta bem. Era importante que percebesse isso D.A” (NOP2)</p>
--	---	---

Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

CAPACITAR E POSSIBILITAR

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR	DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DE AGIR (ação conjunta)	<p>“Mas nós as duas já sabemos como é. Normalmente não melhora sozinha e quanto mais tarde procurar ajuda mais difícil é conseguirmos controlar a situação sem ter que ficar internada”. (NOP2)</p> <p>“Temos falado várias vezes para que quando aparecem os edemas e o cansaço contactar o H dia para evitar chegar a este estado. Não acha importante evitar sentir-se assim?” (NOP2)</p> <p>“ (...) Tem que arranjar daquelas caixinhas que dão nas farmácias para poder colocar lá os medicamentos para que quando sai os leve sempre consigo” (NOP2)</p> <p>“Porque não utiliza aquele sal artificial?” (NOP2)</p>
	PREVINE COMPLICAÇÕES	Se tentássemos ajustar os medicamentos ao seu horário de acordar acha que isso ajudaria? (NOP2)

Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

COMPROMETER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE	PROMOÇÃO DA AUTONOMIA	<p>“Se tentássemos ajustar os medicamentos ao seu horário de acordar acha que isso ajudaria?” (NOP2)</p> <p>“Temos falado várias vezes para que quando aparecem os edemas e o cansaço contactar o H dia para evitar chegar a este estado. Não acha importante evitar sentir-se assim?” (NOP2)</p> <p>“ (...) Tem que arranjar daquelas caixinhas que dão nas farmácias para poder colocar lá os medicamentos para que quando sai os leve sempre consigo” (NOP2)</p>

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

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

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ASSUMIR O CONTROLE DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	PODER PARTICILHADO	<p>“Por isso mesmo era importante controlar o sal sempre que come em casa para que não exceda a dose recomendada, Porque não utiliza aquele sal artificial? Já seria mais fácil?” <i>(fornecimento de alternativas promovendo a decisão em consciência) (promoção da reflexão da doente)</i> (NOP2)</p> <p>“Se tentássemos ajustar os medicamentos ao seu horário de acordar acha que isso ajudaria?” (NOP2)</p>

APÊNDICE VI

DESCRIÇÃO E ANÁLISE
DA
NOTA DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 3

Nota de Observação das práticas 3

Data – 16 de dezembro de 2011

Local – Domicílio Sr. J

Hora – 9h 30

Interação – Visita domiciliária de um doente do Hospital de Dia

Objetivo – Observação da prestação de cuidados da enfermeira no Hospital de dia tendo em conta o Modelo de Parceria de Gomes

Descrição da situação	Comentário do investigador Análise e reflexão da situação
<p>O doente Sr. J é doente do H. dia há cerca de 4 anos, tem 79 anos, sendo acompanhado em Visita domiciliária desde há mais ou menos 1 ano. O doente estava já informado da minha presença na visita e tinha permitido a realização da mesma. Fomos recebidas à porta do domicílio pela esposa, do Sr. J., tendo-nos encaminhado para a sala de estar onde se encontrava o Sr. J.</p> <p>Encontrava-se sentado no seu sofá com oxigénio por óculos nasais, ligeiramente polipneico, fácies triste, edemas marcados dos membros inferiores. Estava ainda de pijama.</p> <p>Enf.^a -Olá, bom dia, Sr. J, como tem passado?</p> <p>Sr. J.- Muito mal, Sra. enfermeira, esta falta de ar não me deixa.</p> <p>Enf.^a – parece mais cansado, há quantos dias se sente assim?</p> <p>Sr. J.- Há mais ou menos 2 semanas</p> <p>Esposa – Eu disse para ir ao hospital ou para me deixar ligar-lhes mas ele não me deixou, diz que não quer andar sempre a aborrecer as senhoras enfermeiras, já não sabia o que fazer, ele tem piorado a cada dia que passa...</p> <p>Enf.^a - Então Sr. J. porque não procurou ajuda mais cedo?</p> <p>Sr. J.- Estou sempre a importuna-las, queria ver se isto passava sem ter que lá ir.</p> <p>Enf.^a – Tem avaliado o seu peso?</p> <p>Sr. J.- sim.</p> <p>Enf.^a – E qual é a diferença desde a ultima vez que esteve no</p>	<p>De acordo com o Modelo de Parceria de Gomes (2009), esta visa a promoção do ambiente seguro do doente, procurando a individualização máxima das intervenções que procurem dar resposta às necessidades específicas de cada doente idoso. Trata-se de um processo conjunto e dinâmico que se vai adaptando às necessidades que vão sendo identificadas, no decorrer do processo de interação entre o doente e enfermeiro, e cujo objetivo final é a capacitação do doente e sua família para a promoção do cuidado de si.</p> <p>Assim e após a observação da interação entre a enfermeira e o doente considero que esta demonstrou disponibilidade e partilha de poder com o doente na tomada de decisão. Transmitiu informação englobando o doente em todo o</p>

<p>H dia?</p> <p>Sr. J. – Estou com 10 kg a mais, mas não é pelo que como pois nem consigo comer nada,</p> <p>Enf.^a – Sr. J este aumento de peso e aumento do cansaço tem a ver com os líquidos que se estão a acumular no seu organismo, nas pernas ficando inchadas e na barriga dificultando a respiração e tirando-lhe o apetite. Temos falado muitas vezes para que quando ocorrer um aumento de 2kg de peso numa semana contactar o H dia, porquê não o fez?</p> <p>Sr. J – Estou farto desta doença, porquê a mim, não consigo estar um tempo sem ir ao hospital, peço desculpa Sra. enfermeira, mas não quero dar-vos trabalho</p> <p>Esposa – Disse-lhe várias vezes para telefonar mas ele zanga-se comigo...</p> <p>Sr. J - Não é isso...as enfermeiras têm muito trabalho e eu não quero incomodar.</p> <p>Enf.^a - Posso ver a sua tensão?</p> <p>Sr. J.- Claro</p> <p>A enfermeira coloca a braçadeira e enquanto avalia a tensão fala com o Sr. J dizendo.</p> <p>Enf.^a - Sr. J o Hospital de Dia existe para podermos acompanhar melhor os doentes e evitar que seja preciso interna-los. Faz parte do nosso trabalho, o facto de o Sr. nos contactar o mais cedo possível, quando aparecem os primeiros edemas permite controlar mais cedo a situação e evitar este sofrimento e cansaço que está a sentir agora. Estamos lá para trabalhar e para o ajudar a gerir o melhor possível a sua doença, mas para isso precisamos da sua colaboração</p> <p>Sr. J – Desculpe enfermeira</p> <p>Enf.^a – Não tem que pedir desculpa, quero apenas que perceba que esse é o nosso trabalho e que o seu contacto nunca será entendido como chatice. Já nos conhecemos a alguns anos, alguma vez se sentiu incompreendido no H dia?</p> <p>Sr. J. – Não pelo contrário, vocês são umas santas, já me ajudaram muitas vezes, mas eu estou cansado e farto desta</p>	<p>processo, solicitando a sua participação e validando as indicações dadas.</p> <p>Promoveu um comprometimento de ambas as partes no sentido de se atingirem objetivos (regressão dos edemas e do cansaço) que permitam à pessoa idosa assumir controlo sobre o seu projeto de vida.</p> <p>Neste contexto foi possível verificar que a enfermeira demonstrou conhecer bem o doente com quem estava a interagir ao notar alteração no seu grau de cansaço, a presença de edemas e a alteração do seu estado psicológico. A avaliação realizada demonstrou o intuito de dar continuidade aos cuidados realizados em H Dia bem como a realização da avaliação global do doente. Sendo possível afirmar que existe um conhecimento profundo do processo de doença do idoso em interação.</p> <p>A capacidade demonstrada para a enfermeira envolver-se com a pessoa e com a sua situação de doença procurando perceber o seu potencial para assumir a gestão do seu processo de doença e de vida. A postura calma da enfermeira bem como a disponibilidade mostrada para a colocação de dúvidas demonstra</p>
---	--

<p>doença, porquê a mim?</p> <p>Enf.^a – Sr. J não tenho resposta para essa sua pergunta, as doenças não são castigos, decorrem muitas vezes dos excessos de trabalho do passado e da vida que levamos, que causaram desgaste no coração...</p> <p>Sr. J – pois é Sra. enfermeira trabalhei muito, ganhei muito dinheiro e agora estou aqui sem nada, nem saúde</p> <p>Enf.^a – já olhou em seu redor? Tem uma esposa que se preocupa muito consigo, que o acompanha sempre, está sempre disponível para si, tem uma casa sua, tem conforto, não lhe parecem importantes estes aspetos?</p> <p>Sr. J - sim enfermeira tem razão, mas não consigo deixar de pensar no que tive no passado e em como o perdi</p> <p>Enf.^a – compreendo, mas não se pode agarrar só a isso, a vida não ficou lá atrás continua e o Sr. J tem que aproveitar a vida que tem e o que ainda pode viver. Não tem nada que gostasse de fazer?</p> <p>Sr. J- Ah! Enfermeira claro que sim... gostava de poder regressar à madeira (origem da esposa) gostava de conseguir passear mais, com a minha esposa, pois ela acaba por estar muito presa aqui em casa, por minha causa...</p> <p>Enf.^a - esses seus objetivos não são impossíveis, é claro que neste momento não está em condições de fazer grandes passeios, mas quando se encontra sem edemas o Sr. J. tem condições para poder passear com a sua esposa, teve agora um período em que esteve bem, sem cansaço ou edemas, o importante é saber reconhecer os sinais iniciais de descompensação e actuar o mais cedo possível para evitar chegar a situações como esta agora.</p> <p>Sr. J – Sim...</p> <p>Enf.^a – Vamos fazer assim, eu vou dar-lhe agora 1 injeção de lasix[®] e logo à tarde vai ter connosco ao H Dia para fazermos análises e nova injeção de lasix[®]. Pode ser? Dá para si?</p> <p>Sr. J – Claro que sim. Obrigada</p> <p>Enf.^a – Vejo aqui uma garrafa de 1.5 l de água. Que quantidade de água está a beber por dia?</p>	<p>esta capacidade.</p> <p>De acordo com a terceira fase do Modelo de Parceria de gomes – Capacitar e possibilitar – visa-se o desenvolvimento de estratégias que promovam as capacidades pessoais no contexto de doença. A promoção da reflexão da pessoa sobre os seus comportamentos ou falta deles (excesso de ingestão hídrica) contribuem para a mudança de atitude, assim como a negociação de metas a atingir promovem a participação ativa do doente e a sua responsabilização face a si mesmo, promovendo a responsabilização do doente na participação do processo traduzindo a fase de Comprometer-se de acordo com o modelo de Parceria.</p> <p>Esta reflexão pessoal do doente, a negociação de estratégias o comprometimento de ambas as partes para que é esperado, permite ao doente assumir o cuidado de si, promovendo a sua capacitação, no sentido de perceber e enquadrar as alterações sentidas no contexto da doença crónica, permitindo que as identifique no futuro e possa agir em conformidade com as alterações verificadas e em</p>
--	--

<p>Sr. J – Oh, sra enfermeira esta garrafa é apenas tomar os medicamentos</p> <p>A enfermeira olha para a esposa, percebendo que esta não concorda com a resposta do marido e continua.</p> <p>Enf.^a – mas para isso não precisa de uma garrafa tão grande, pois assim não consegue medir o que bebe. Mais vale ter das pequenas</p> <p>Sr.J – Mas eu bebo pouco, esta assim dá-me para 2 dias</p> <p>Enf.^a – Mesmo assim 2 dias dá quase 1 litro só de água depois com a sopa, o leite e o que bebe à refeição passa em muito o que deve beber</p> <p>Sr. J – Mas tenho tanta sede...</p> <p>Enf.^a – Compreendo... mas pode optar por fazer as lâminas de gelo que lhe tiram mais a sede e têm pouca quantidade de água, assim bebe menos</p> <p>Sr. J. – está bem...enfermeira</p> <p>Após a administração de lasix[®] a enfermeira continua</p> <p>Enf.^a – então está combinado, às 14h no H Dia?</p> <p>Sr. J- Sim enfermeira, lá estarei.</p> <p>Enf.^a – porte-se bem (sorri)</p> <p>A esposa acompanha-nos à porta confidenciando o excesso de ingestão de água do marido, mas demonstra medo que ele saiba da sua confidência. A enfermeira tranquilizou-a dizendo que vai fazer com que o marido perceba que não pode beber tanto sem que ele pense que ela nos tenha dito algo.</p> <p>A enfermeira despediu-se e abandonou o domicílio</p>	<p>caso disso pedir ajuda, precocemente e dirigida.</p> <p>Reanalizando a situação descrita considero que a enfermeira interveniente conseguiu fazer uma avaliação correta da pessoa em causa, enquadrado no contexto da sua doença crónica, bem como promover a sua reflexão sobre a sua situação de doença, estratégias de atuação promovendo a sua capacitação no processo de gestão da doença</p>
--	---

ANALISE DOS DADOS

NOTAS DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS 3 – ENFERMEIRA Z

Quadro 1 – 1ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – REVELAR-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
REVELAR-SE	REVELA CONHECIMENTO DA PESSOA	<p>“Temos falado muitas vezes para que quando ocorrer um aumento de 2kg de peso numa semana contactar o H dia” (NOP3)</p> <p>“Parece mais cansado, há quantos dias se sente assim” <i>(conhecimento do estágio do cansaço do doente)</i> (NOP3)</p> <p>“Tem uma esposa que se preocupa muito consigo, que o acompanha sempre, está sempre disponível para si” <i>(valorização e reforço do apoio prestado pela esposa, integrando-a nos cuidados)</i> (NOP3)</p> <p>“Teve agora um período em que esteve bem, sem cansaço ou edemas” (NOP3)</p>

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

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ENVOLVER-SE	PROMOVE UM AMBIENTE SEGURO	<p>“Tem avaliado o seu peso?” (NOP3)</p> <p>“Sr. J este aumento de peso e aumento do cansaço tem a ver com os líquidos que se estão a acumular no seu organismo, nas pernas ficando inchadas e na barriga dificultando a respiração e tirando-lhe o apetite” (NOP3)</p> <p>“Temos falado muitas vezes para que quando ocorrer um aumento de 2kg de peso numa semana contactar o H dia” (NOP3)</p>
	DEMONSTRA COMPETENCIAS	<p>“O facto de o Sr. nos contactar o mais cedo possível, quando aparecem os primeiros edemas permite controlar mais cedo a situação e evitar este sofrimento e cansaço que está a sentir agora” <i>(sensibiliza para aspetos importantes a avaliar em ambulatório)</i> (NOP3)</p> <p>Estamos lá para trabalhar e para o ajudar a gerir o melhor possível a sua doença, mas para isso precisamos da sua colaboração” <i>(demonstra conhecimentos sobre a importância da participação do doente na gestão do processo de doença)</i> (NOP3)</p> <p>“as doenças não são castigos, decorrem muitas vezes dos excessos de trabalho do passado e da vida que levamos, que causaram desgaste no coração...” <i>(demonstra conhecimento das causas de surgimento da doença)</i> (NOP3)</p> <p>(olha para a esposa, percebendo que esta não concorda com a resposta do marido e continua) (NOP3)</p>

Quadro 3 – 3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)
CAPACITAR E POSSIBILITAR

Área temática	Categorias	Unidades de registo
CAPACITAR E POSSIBILITAR	DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DE AGIR (ação conjunta)	<p>“Estamos lá para trabalhar e para o ajudar a gerir o melhor possível a sua doença, mas para isso precisamos da sua colaboração” (NOP3)</p> <p>“Compreendo... mas pode optar por fazer as lâminas de gelo que lhe tiram mais a sede e têm pouca quantidade de água, assim bebe menos.” (NOP3)</p> <p>“Quando se encontra sem edemas o Sr. J. tem condições para poder passear com a sua esposa” (NOP3)</p> <p>“o importante é saber reconhecer os sinais iniciais de descompensação e atuar o mais cedo possível para evitar chegar a situações como esta agora.” (NOP3)</p>
	PREVINE COMPLICAÇÕES	<p>“Porque não procurou ajuda mais cedo?” (NOP3)</p> <p>“O importante é saber reconhecer os sinais iniciais de descompensação e atuar o mais cedo possível para evitar chegar a situações como esta agora.” (NOP3)</p> <p>“Compreendo... mas pode optar por (...)” (NOP3)</p>

Quadro 4 – 4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

COMPROMETER-SE

Área temática	Categorias	Unidades de registo
COMPROMETER-SE	PROMOÇÃO DA AUTONOMIA	“(…)mas para isso não precisa de uma garrafa tão grande, pois assim não consegue medir o que bebe. Mais vale ter das pequenas” (NOP3)

Quadro 5 – 5ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

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

Área temática	Categorias	Unidades de registo
ASSUMIR O CONTROLE DO CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	PODER PARTILHADO	<p>“Então está combinado, às 14h no H Dia?” (NOP3)</p> <p>“Eu vou dar-lhe agora 1 injeção de lasix[®] e logo à tarde vai ter connosco ao H Dia para fazermos análises e nova injeção de lasix[®]. Pode ser? Dá para si?” (NOP3)</p>
	PERMITIR A MANUTENÇÃO DO PROJECTO DE VIDA	<p>“Mas não se pode agarrar só a isso, a vida não ficou lá atrás continua e o Sr. J tem que aproveitar a vida que tem e o que ainda pode viver. Não tem nada que gostasse de fazer?” (NOP3)</p> <p>“Tem que aproveitar a vida que tem e o que ainda pode viver” (NOP3)</p>

APÊNDICE VII

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

A IC constitui um problema crescente de saúde pública representando elevados custos em saúde, sendo responsável por um elevado número de reinternamentos.

De acordo com a bibliografia várias têm sido as estratégias desenvolvidas no sentido de minorar o rácio de reinternamentos bem como promover uma qualidade de vida máxima a estes doentes (ESC, 2008, Inglis et al., 2011).

A intervenção em H dia e Visita domiciliária constitui um importante alicerce no acompanhamento dado aos doentes, com uma vigilância mais regular e próxima. Possibilitando um conhecimento mais profundo do contexto de vida da pessoa e assim realizar uma intervenção mais direcionada e individualizada para cada caso.

No entanto e apesar destas intervenções foi possível verificar que o H dia de Insuficientes Cardíacos do CHLN, Polo Pulido Valente, possuía um a taxa de reinternamentos elevada sendo esta de 25 % ao primeiro mês e 37.5% entre o primeiro e terceiro mês.

Neste contexto pareceu pertinente desenvolver novas estratégias que pudessem promover um acompanhamento estreito destes doentes no período pós alta, tentando melhorar os níveis de reinternamentos e consequentemente a sua qualidade de vida.

Uma intervenção via telefone surge como uma possibilidade de manter o doente no seu contexto e promover um acompanhamento sistemático, com a avaliação à distância da condição geral do doente, bem como instituir mudanças promotoras de um equilíbrio, fundamental para a correta gestão da doença.

De acordo com a bibliografia consultada, este tipo de intervenção pode ser muito diversificado e implicar o uso de equipamentos mais ou menos sofisticados para a transmissão de dados que podem ir de um simples telefone a avançados sistemas e aparelhos de transmissão de dados via internet.

Com o intuito de alargar a pesquisa realizada optou-se por pesquisar vários tipos de intervenção com o objetivo de obter o máximo de informação possível bem como ter acesso a intervenções mistas que possibilitassem o conhecimento de várias experiências e resultados obtidos.

Perante esta realidade/problemática, o objetivo desta revisão sistemática é a de identificar as intervenções telefónicas realizadas pela equipa de enfermagem que previnem a ocorrência do reinternamento por descompensação cardíaca no pós internamento.

Para a revisão sistemática da literatura e como ponto de partida à sua realização, foi formulada a questão de investigação em formato PICO: A intervenção telefónica/telemonitoring como intervenção de enfermagem (Intervention) pode prevenir a ocorrência de reinternamento (Outcome) no doente idoso com IC? (Quadro 1).

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente idoso após internamento por descompensação da IC	Palavras-chave: - heart failure - chronic heart disease -elderly - Older - Nursing - Nursing Interventions - Nursing Care - Nurse -telephone intervention - telemonitoring - telehealth
I	Intervenções	O que foi feito?	Identificação das intervenções por telefone realizadas pela enfermagem que previnem a ocorrência de reinternamento	
(C)	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/ efeitos ou consequências	Efeitos/consequências sobre a ocorrência de reinternamentos	

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação em formato PI[C]O

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Para resposta à pergunta de investigação, efetuou-se uma pesquisa de artigos científicos com recurso à base de dados eletrónica EBSCO, nomeadamente a duas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE Plus with Full Text.

A pesquisa foi efetuada a 29/11/2011 com seleção dos artigos publicados entre Janeiro de 2001 a Novembro de 2011 e com recurso às palavras-chave: Heart Failure, Chronic Heart Disease, Telephone Intervention, Telemonitoring, Telehealth, Elderly, Older, Nursing, Nursing Interventions, Nursing Care E Nurse. Para a pesquisa as palavras-chave foram conjugadas da seguinte forma: “Heart failure” OR “Chronic heart disease”; “elderly” OR “older”; “Nursing” OR “Nursing Interventions” OR “Nursing Care” OR “Nurse”, “telephone Intervention” OR “Telemonitoring” OR “Telehealth” e (“Heart failure” OR “Chronic heart disease”) AND (“elderly” OR “older”) AND (“Nursing” OR “Nursing Interventions” OR “Nursing Care” OR “Nurse”) AND (“telephone Intervention” OR “Telemonitoring” OR “Telehealth”) de onde resultaram um total de 17 artigos, dos quais foram selecionados 8 para análise.

Como forma de selecionar os artigos que melhor dessem resposta aos objetivos do estudo e pergunta de investigação, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão que se encontram descritos no quadro 2.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Sujeitos adultos e idosos com internamento por Insuficiência cardíaca	Crianças (idade inferior aos 18 anos) e adultos (idade inferior a 65 anos), hospitalizadas ou não
Intervenções	Artigos com enfoque nas intervenções de enfermagem realizadas por telefone que previnem a ocorrência reinternamentos	Artigos sem enfoque na problemática estudada; Artigos com repetição nas duas bases de dados.
Desenho do estudo	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa ou revisões sistemáticas da literatura.	Artigos com metodologia pouco clara; Artigos sem metodologia qualitativa, quantitativa ou que não sejam revisões sistemáticas da literatura
Data de Edição	Artigos publicados entre Janeiro de 2001 a Novembro de 2011	Artigos publicados antes de Janeiro de 2001

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos a analisar

Para avaliarmos os níveis de evidência presentes nos artigos selecionados utilizaram-se cinco níveis de evidência (Cruz, 2005):

- Nível 1 – Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados, bem delineados;
- Nível 2 – Evidência forte de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado;
- Nível 3 – 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;
- Nível 4 – Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa;
- Nível 5 – Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comités de especialistas.

Para uma melhor compreensão do percurso metodológico e, respetivamente da seleção dos artigos para a revisão sistemática da literatura, efetuou-se a sua esquematização e a elaboração da figura 1.

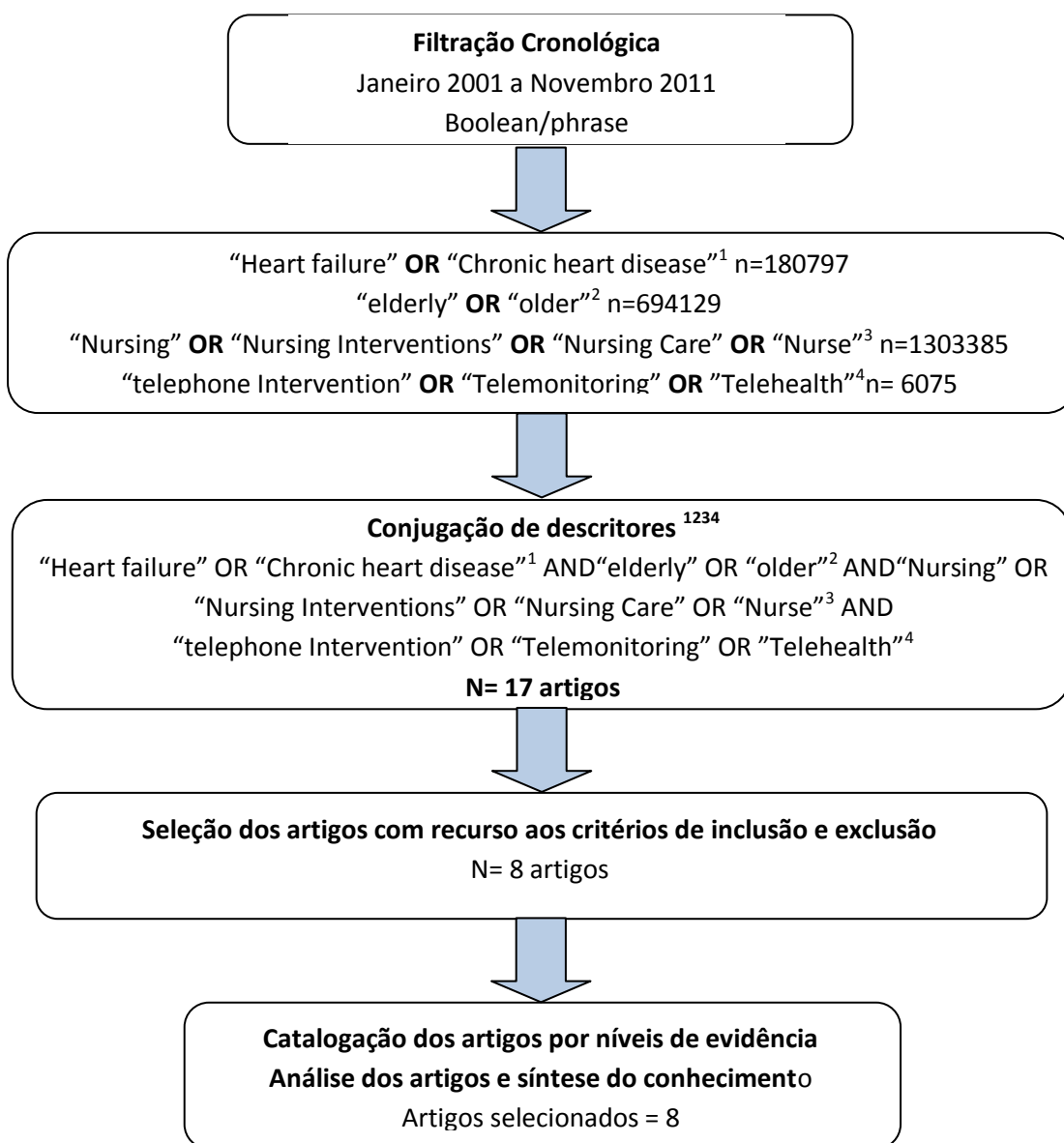


Figura 1: Percurso metodológico de pesquisa e seleção dos artigos

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como forma de clarificar a metodologia e os artigos que constituem o corpus de análise à realização da presente revisão sistemática da literatura, elaborou-se um quadro (Quadro 3) onde se apresentam os conteúdos, o nível de evidência e os resultados que emergem de cada artigo.

Autor	▪ Clark, R [et al]
Título do estudo	▪ <i>Adherence, adaptation and acceptance of elderly chronic heart failure patients to receiving health care via telephone monitoring</i>
Ano	▪ 2007
Publicação	▪ <i>European Journal of Heart Failure</i>

Nível de evidência	▪ 2
Objetivo do estudo	▪ Determinar a adesão, adaptação e aceitação a uma monitorização a nível Nacional via telefone coordenada por uma enfermeira na gestão da IC.
Nº participantes	▪ 79 participantes idosos.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de intervenção recebeu o cuidado standard mais monitorização por telefone coordenada por enfermeira, durante 12 meses. ▪ Treino inicial para o software e contacto telefónico inicial. ▪ Doentes eram instruídos para contactar mensalmente ou com a regularidade que considerasse necessária . ▪ Doentes respondiam a questões realizadas pelo computador através do teclado telefónico.
Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triangulação descritiva das estatísticas, questionários sobre o feedback ▪ Análise qualitativa das notas
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doentes idosos com IC podem adaptar-se facilmente ao contacto telefónico e monitorização ▪ Consideram a Intervenção telefónica como uma parte aceitável da sua rotina de vigilância de saúde e são capazes de manter uma boa adesão pelo menos durante 12 meses.

Autor	▪ Scalvini, S. <i>[et al]</i>
Título do estudo	▪ Chronic Heart Failure home-based management with a telecardiology system: a comparison between patients followed by general practitioners and by a cardiology department
Ano	▪ 2006
Publicação	▪ Journal of telemedicine and telecare
Nível de evidência	▪ 2
Objetivo do estudo	▪ Monitorizar 1 grupo de doentes com IC seguidos pelos médicos de família com sistema de telecardiologia e monitorizar um 2º grupo de doentes por protocolo de telemonitorização com supervisão medica e de enfermagem.
Nº participantes	▪ 438 participantes, divididos em 2 ramos (acompanhamento standard e acompanhamento por telefone).
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interação telefónica com os pacientes no grupo de intervenção de forma bilateral. ▪ Avaliação dos conhecimentos dos doentes, e aconselhamento sobre estado de saúde, sintomas, peso, diurese. ▪ Ajuste terapêutico. ▪ Encaminhamento de situações tríadas na intervenção telefónica para acompanhamento médico.

Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo quantitativo. ▪ Criação de 2 grupos de follow-up – standard e acompanhamento por telefone. ▪ Seguimento de 12 meses.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No grupo de intervenção ocorrerem menos hospitalizações (24%) do que no grupo standard (32%). ▪ O nº de mortes foi de 13% no grupo standard e 8% no grupo intervencionado.
Autor	▪ Wheeler, E; Plowfield, L.
Título do estudo	▪ Clinical Education initiative in the community: Caring for patients with congestive Heart Failure
Ano	▪ 2004
Publicação	▪ Nursing Education Perspectives
Nível de evidência	▪ 3
Objetivo do estudo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a saúde dos doentes com IC. ▪ Providenciar experiências significativas na comunidade a alunos finalistas de enfermagem.
Nº participantes	▪ 29 participantes (22 Mulheres e 7 Homens).
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita inicial no domicílio para conhecer doentes, família e ambiente. ▪ Contactos telefónicos 1 a 2 vezes por semana, durante 14 semanas. ▪ Reforço na educação. ▪ Encorajamento na adesão à medicação e dieta instituídas. ▪ Identificar sinais e sintomas de descompensação cardíaca. ▪ Encaminhamento.
Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	▪ Estudo descritivo.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos 29 doentes apenas 2 foram hospitalizados por exacerbação dos sintomas. ▪ 1 doente foi descoberto em IC aguda na avaliação inicial. ▪ 1 doente faleceu durante o sono. ▪ Doentes beneficiaram nas áreas de educação, informação, adesão ao tratamento e apoio emocional. ▪ Os alunos beneficiaram de desenvolvimento do seu pensamento crítico. ▪ Desenvolvimento de competências culturais. ▪ Bem como satisfação no papel independente da enfermagem. ▪ Promoveu ainda o interesse do cuidado de enfermagem no domicílio.

<p>Autor</p> <p>Título do estudo</p> <p>Ano</p> <p>Publicação</p> <p>Nível de evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scalvini, S.; [et al] ▪ Effect of Home-based telecardiology on Chronic Heart Failure: Costs and Outcomes ▪ 2005 ▪ Journal of Telemedicine and Healthcare ▪ 2
<p>Objetivo do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar os custos de uma intervenção no domicílio com sistema de telecardiometria nos doentes com IC.
<p>Nº participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 426 participantes. ▪ 196 doentes receberam o cuidado usual. ▪ 230 doentes receberam telecardiometria em ambulatório.
<p>Intervenções</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento telefónico + ecg. ▪ Contacto livre do doente para a equipa de profissionais de saúde. ▪ 2894 chamadas telefónicas agendadas foram solicitadas para recolha de dados clínicos, aconselhamento, avaliação da compliance e otimização terapêutica. ▪ Principais ações desenvolvidas: telemonitorização (271); modificação da medicação (322) e mais investigação (98). ▪ Ações desenvolvidas em relação às queixas dos doentes: monitorização (45), modificação terapêutica (96), contacto com médico de família (29), hospitalização (39) e consulta der cardiologia (281).
<p>Tipo de estudo e métodos de colheita de dados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo quantitativo. ▪ Avaliação inicial constituída por: exame e história clínica, ECG, prova de 6 min de marcha, Questionário da qualidade de vida do Minnesota e testes psicológicos.
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria na qualidade de vida dos doentes do grupo de intervenção (20 para 29) e no grupo do cuidado usual de 17 para 24. ▪ 503 Eventos reportados nas interações e 6 eventos de arritmia. ▪ 873 Contactos realizados pelos doentes com sintomas cardíacos ou não cardíacos. ▪ Queixas referidas pelos doentes: Instabilidade (192) hipotensão (86), palpitações (13); dor no peito (28); aconselhamento (110) e outros sintomas (168). ▪ Redução dos custos em 24%. ▪ Redução substancial nas taxas de reinternamento.

Autor	▪ Schwatz, K.; [et al]
Título do estudo,	▪ Telemonitoring of heart failure patients and their caregivers: A pilot randomized controlled trial
Ano	▪ 2008
Publicação	▪ Progress in Cardiovascular nursing
Nível de evidência	▪ 2
Objetivo do estudo	▪ Avaliar se a telemonitorização por uma enfermeira de prática avançada, reduz os reinternamentos, as deslocações aos serviços de urgência, os custos e o risco de readmissão.
Nº participantes	▪ 102 doentes com idade superior a 65 anos e seus cuidadores.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registo diário do peso e questões de resposta simples sobre sinais de descompensação cardíaca, medicação, uso de sal, os dados são inseridos e enviados para uma central. ▪ Quando se verificava desvio dos parâmetros normais dos doentes este era contactado por telefone, para avaliar a situação bem como para a transmitir ao médico assistente.
Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo piloto randomizado. ▪ Entrevista inicial e no final de 3 meses de intervenção. ▪ Levantamento dos dados dos doentes nos processos clínicos.
Resultados	▪ Não foram evidenciadas diferenças significativas entre os doentes com telemonitoring e cuidado standart.

Autor	▪ Wade, M.; [et al]
Título do estudo	▪ Telemonitoring with case management for senior with heart failure
Ano	▪ 2011
Publicação	▪ The American journal of managed care
Nível de evidência	▪ 3
Objetivo do estudo	▪ Avaliar o impacto da suplementação da ação de enfermagem com telemonitorização através da ligação à internet nos resultados obtidos numa população idosa com IC.
Nº participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 164 Participantes na telemonitorização. ▪ 152 Doentes em acompanhamento standart.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorização de peso e tensão arterial durante 6 meses. ▪ Colocação de questões sobre adesão e sobre o regime não farmacológico. ▪ Chamadas para esclarecimento das necessidades identificadas. Inicialmente 2 a 3 vezes por semanas sendo alargado à medida que as questões eram resolvidas.

Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo prospetivo. ▪ Avaliação feita telefonicamente no início e final do estudo, através de questionário.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não existe impacto significativo na mortalidade e morbilidade. ▪ Não existe diferença significativa nos rácios do internamento, visita ao serviço de urgência ou morte. ▪ A telemonitorização aumentou a vigilância necessária. ▪ A satisfação e a adesão foram superiores no grupo intervencionado. ▪ Redução de 42% nos dias de internamento comparando com os anos anteriores sugere um maior impacto no acompanhamento. ▪ Sem diferença significativa na redução da hospitalização e morte dos doentes. ▪ Sem diferença significativa no nº de dias de internamento, admissão cardiovascular, cuidados de saúde primários.

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de evidência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wheeler, E.; Waterhouse, J. ▪ Telephone interventions by nursing students: Improving outcomes for heart failure patients in the community ▪ 2006 ▪ Journal of community health nursing ▪ 3
Objetivo do estudo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a eficácia de uma intervenção telefónica regular, realizada por alunos de enfermagem nos resultados dos doentes com IC em ambulatório.
Nº participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 Doentes idosos.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto telefónico realizado semanalmente no início e mais espaçado à medida que os problemas são resolvidos.
Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo piloto em contexto académico.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doentes que recebem a intervenção telefónica tiveram uma taxa de reinternamento de 13% contrapondo com os 35% do grupo de comparação. ▪ Os doentes a quem foi implementada a Intervenção telefónica apresentaram menos manifestações de sintomas de IC.

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de evidência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cleland, John ▪ The trans-european network – home-care management system (TEN-HMS) study: an investigation of the effect of telemedicine on outcomes in Europe ▪ 2006 ▪ Disease manage health outcomes ▪ 2
---	---

Objetivo do estudo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparar os efeitos da gestão da IC com aconselhamento especializado mas cuidado standard administrado pelos médicos de saúde primários sem aconselhamento especializado em gestão da IC versus aconselhamento especializado por enfermeira especialista e aconselhamento especializado por enfermeira especialista e suportado por telemonitorização.
Nº participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 426 Doentes com IC.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação inicial por cardiologista com delineamento e planeamento da intervenção. ▪ Grupo standard – cuidado usual pelo médico dos cuidados saúde primários ▪ Grupo intervenção por enfermeira especialista – chamadas telefónicas mensais mais serviço de respostas telefónicas. ▪ Grupo intervenção por enfermeira especialista suportado por telemonitorização – avaliação diária de peso, tensão arterial e uso de pulseiras electrocardiográficas para avaliação de pulso e ritmo.
Tipo de estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo randomizado 3 braços.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A maioria dos doentes sentiu-se reconfortado em vez de ansioso com a monitorização no domicílio. ▪ 81% dos doentes tiveram mais de 80% de adesão a pelos menos uma avaliação diária e 55% obtiveram mais de 870% de adesão às duas avaliações diárias. ▪ 95.6% Dos doentes referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. ▪ Estudo interrompido precocemente devido a uma maior mortalidade no grupo standard (45% no fim do ano 1) comparado com os outros 2 grupos (28%). ▪ Mortalidade foi similar em ambos os grupos de intervenção. ▪ Nº de dias de internamento similares entre grupos, sendo este causado em parte pela elevada mortalidade do grupo standard (a morte constitui uma forma eficaz embora desagradável de reduzir os dias de internamento). ▪ Em termos de resultados verificou-se pequena diferença nos grupos de intervenção no que concerne a dias de internamento e morte. ▪ A monitorização em casa pode promover uma alta mais precoce. ▪ A monitorização em casa pareceu encorajar um uso mais dinâmico e flexível de mais variedade de recursos adequados as necessidades dos doentes.

Quadro 3: Corpus de análise

O aumento da prevalência da IC, implicou o desenvolvimento de novas formas de intervenção que permitam acompanhar o maior número de doentes de forma eficaz, mantendo sempre a perspetiva do controlo de custos (Clark, et al., 2009, Cleland, 2006, Finkelstein, Speede & Potthoff, 2006, Inglis et al., 2011; Scalvini et al., 2005, Scalvini et al., 2006; Wheeler & Plowfield,

2004). Cerca de 50% das hospitalizações poderiam ser evitadas através de programas de gestão da doença, bem desenhados (Wheeler & Waterhouse, 2006).

As guidelines europeias (ESC, 2008) preconizam que o acompanhamento destes doentes seja realizado em clínicas de IC e VD sendo que as intervenções telefónicas surgem como um diferente tipo de abordagem que pode ser considerada benéfica e de baixo custo, podendo atingir uma redução de 24% dos custos totais no grupo de doentes submetidos a estas intervenções por um período de 1 ano (Riegel et al., 2002; Scalvini et al., 2005; Schwarz, Milon, Hudock, & Litman, 2008).

A comunicação à distância apresenta vantagens tanto para o doente e família, bem como para as organizações e para a sociedade que são relevantes para as pessoas com doença crónica. Estes doentes são utilizadores recorrentes do sistema de saúde, com todos os prejuízos a isso inerentes (Martins & Lopes, 2010).

As altas hospitalares são por vezes, dadas de forma precoce não possibilitando um correto planeamento das altas dos doentes, que em situações graves de insuficiência cardíaca podem apresentar dificuldade em se concentrarem o suficiente para reter toda a informação (Wheeler & Waterhouse, 2006). Esta falta de entendimento pode resultar num aumento de re-hospitalizações, pela incompreensão do seu regime terapêutico (Schwarz, et al., 2008, Wheeler & Waterhouse, 2006). Cerca de 50% dos doentes não adere à medicação de acordo com Stewart, Vandenbroek, Pearson and Horowitz citado por Wheeler & Waterhouse (2006).

A vigilância à distância surge como um complemento às unidades de IC e visita domiciliária, especialmente importante no período imediato após a alta hospitalar, uma vez que estes doentes têm uma elevada taxa de reinternamentos antes dos 3 meses após a alta sendo também verificada uma taxa significativa até aos 6 meses (Scalvini et al., 2005; Schwarz, et al., 2008) Tendo em consideração a população idosa, e de acordo com alguns estudos pode-se concluir que os doentes idosos com IC podem adaptar-se facilmente ao contacto telefónico ou telemonitorização, bem como este tipo de intervenção é por eles considerada como parte aceitável da sua rotina de vigilância da saúde, sendo capazes de manter a adesão a este tipo de intervenção por períodos de 12 meses (Clark, et al., 2009, Cleland, 2006).

Por seu lado a intervenção telefónica é considerada uma abordagem promotora da continuidade dos cuidados e na redução da hospitalização, no entanto poucas clínicas testaram a eficácia desta estratégia (Riegel et al., 2002).

Importante considerar que a comunicação à distância comporta algumas limitações e coloca algumas dificuldades relevantes sendo fundamental considera-las para a implementação de qualquer uma intervenção deste género, implicando o desenvolvimento de competências a nível da comunicação, especialmente quando tem por destinatários doentes idosos com alguns déficits cognitivos, auditivos, visuais (Martins & Lopes, 2010).

De acordo com Rego cit. por Martins & Lopes (2010), a comunicação via telefone apresenta dificuldades entre elas: o excesso de informação, de pormenor, falas rápidas (leva a impedimentos de processamento da informação) e ruído (aumentando as possibilidades de distorção da mensagem transmitida).

Nos vários estudos obtidos foi possível observar várias formas de monitorização à distância, existindo diferenças entre elas, que podem ir desde e a intervenção telefónica com transmissão de dados via telefone para um profissional de saúde até à telemonitorização onde os dados são introduzidos via computador e enviados para uma central de tratamento e triagem dos dados. Neste último tipo de intervenção muitas vezes não existe contacto verbal entre o doente e seus cuidadores sendo tudo feito via internet, apenas sendo contactado o doente caso os valores recebidos se encontrem fora da margem de segurança estabelecida para o doente em causa (Schwarz, et al., 2008; Wade et al., 2011).

A telemonitorização implica a utilização de equipamento mais ou menos sofisticado e implica a existência de uma linha de internet para o envio de elementos para equipa de profissionais, nos estudos apresentados foi possível concluir que os idosos se adaptam de forma simples às tecnologias necessárias para a implementação destas intervenções (Clark, et al, 2009, Wade et al., 2011). O telemonitoring permite a transmissão de vários elementos incluindo ECG, peso, tensão arterial, entre outros, bem como pode ser programado para permitir acesso a formações sobre áreas importantes na gestão correta da doença. No entanto o contacto com a equipa não ocorre com regularidade, pois os dados são enviados por computador para uma central que normalmente faz a triagem dos dados considerados normais e aqueles que necessitam de avaliação pelos profissionais de saúde.

Este tipo de intervenção isolado não oferece normalmente diferença de eficácia em relação ao cuidado standard, nomeadamente na mortalidade e morbidade nos doentes idosos com IC (Schwarz, et al., 2008, Wade et al., 2011).

A intervenção por telefone, por seu lado implica contactos frequentes entre o doente e a equipa de profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento, pelo que permite um contacto mais próximo e uma avaliação mais completa e dirigida para as necessidades identificadas, sendo este um fator que leva a que os doentes verbalizem satisfação com este tipo de intervenção e apresentem uma maior adesão, bem como apresentem maior conhecimento sobre a sua doença, sinais de descompensação da doença, dieta e plano terapêutico promovendo assim uma melhoria na sua qualidade de vida (Clark, et al., 2009; Scalvini et al., 2005, Wheeler & Plowfield, 2004).

Um outro aspeto que é determinante na evolução destes doentes são os profissionais responsáveis pelo acompanhamento pós alta, tendo-se concluído em diferentes estudos que o facto de ser feito o follow-up por uma equipa especializada em IC, traduz melhores resultados,

com uma taxa de reinternamento mais baixa (Cleland, 2006; Scalvini et al., 2005; Scalvini et al., 2006, Schwarz, et al., 2008).

A intervenção telefónica implica a utilização de maiores recursos humanos e maiores demandas por parte dos profissionais, pois pressupõe a permanência dos membros da equipa, e a triagem é feita na hora implicando um conhecimento muito detalhado da patologia e do doente que permitam uma avaliação correta, mesmo sem a presença física do doente (Cleland, 2006).

Esta surge como uma intervenção de muito baixo custo e que permite uma avaliação mais específica, permitindo o despiste de situações cardiológicas e não cardiológicas, fomentando também um maior apoio emocional fator determinante num doente idoso com doença crónica (Inglis et al., 2011, Riegel et al., 2002; Roglieri et al., 1997, Schwarz, et al., 2008, Wheeler & Waterhouse, 2006).

A maior satisfação por parte dos profissionais, pode ser constatada com este tipo de intervenção sendo valorizado a maior autonomia no seu desempenho, que exige uma capacidade de reconhecer nos doentes alterações do seu estado de saúde que possam levar a um episódio de descompensação e intervir precocemente, revertendo o processo (Wheeler & Plowfield, 2004).

O facto deste tipo de intervenção permitir um contacto verbal, traduz nos doentes melhores resultados, uma vez que a partilha de informação não é pré-programada mas vai sendo adequada à situação real do doente naquele momento (Scalvini et al., 2005; Scalvini et al., 2006, Wheeler & Plowfield, 2004).

Este tipo de intervenção encontra-se ainda pouco explorada, sendo os varios estudos não uniformes no que concerne ao conteúdo, regularidade dos contactos, areas a avaliar, dados recolhidos, levando a que seja difícil avaliar correctamente o impacto deste tipo de intervenção (Inglis et al., 2011). Aparentemente e recorrendo à bibliografia disponível parece ser possível afirmar que a intervenção telefonica surge como uma intervenção eficaz de monitorização à distância, sendo mais acessível, fácil de implementar e mais valorizada pelos doentes (Clark, et al., 2009, Wade et al., 2011, Wheeler & Plowfield, 2004).

CONCLUSÃO

Com esta revisão sistemática da literatura é possível concluir que a intervenção telefónica constitui uma opção de intervenção de baixo custo, com uso de tecnologias mais ou menos complexas, com resultados positivos na redução dos reinternamentos de doentes idosos com IC, bem como na redução da mortalidade e morbilidade destes doentes (Clark, et al., 2009, Cleland, 2006, Finkelstein, Speede & Potthoff, 2006, Inglis, 2011, Riegel et al., 2002; Scalvini et al., 2005, Schwarz, et al., 2008, Wade et al., 2011, Wheeler & Plowfield, 2004., Wheeler & Waterhouse, 2006). Este tipo de intervenção é aplicável como complemento de uma intervenção instituída em regime de Hospital de dia e visita domiciliária, estando preconizada como adenda e não como substituta de nenhuma das outras intervenções (Cruz, 2005).

Este tipo de intervenção é facilmente aceite e valorizada pelos doentes idosos, que não apresentam dificuldade em aderir a este tipo de contato (Clark, et al., 2009, Cleland, 2006).

Verifica-se uma melhoria significativa a nível da adesão à terapêutica e medidas não farmacológicas, bem como a redução da manifestação de sintomas de depressão, verbalizando satisfação com este tipo de intervenção (Clark, et al., 2009, Finkelstein, Speede & Potthoff, 2006).

No lado dos profissionais esta é encarada como uma intervenção promotora de autonomia do enfermeiro que permite aceder a um número superior de doentes, possibilitando a estes manterem-se no seu contexto (Finkelstein, Speede & Potthoff, 2006, Wheeler & Plowfield, 2004).

De salientar ainda que a estrutura e regularidade da intervenção telefónica varia consoante o estudo não havendo consenso sobre a melhor metodologia a ser implementada.

BIBLIOGRAFIA

1. Boren, A. S., Wakefield, B. J., Gunlock, T. L., & Wakefield, D. S. (2009). Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence. *Int J Evid Based Healthc* , 7, pp. 159-168.
2. Celler, B., Earnshaw, W., Ilsar, E., Betbeder-Matibet, L., Harris, M., Clark, R., et al. (1995). Remote monitoring of health status of the elderly at home. A multidisciplinary project on aging at the university of new south wales. *Intenational journal of Bio-Medical Computing* , 40, pp. 145-155.
3. Clark, R. A., Yallop, J. J., Croucher, J., Tonkin, A., Stewart, S., & Krum, H. (9 de 2009). Adherence, adaptation and acceptance of elderly Chronic heart failure patients to receiving healthcare via telephone-monitoring. *European Journal of Heart failure* , pp. 1104-1111.
4. Cleland, J. (14 suppl. 1 de 2006). The Trans-European Network - Home-care management System (TEN-HMS) Study: an investigation of the effect of telemedicine on outcomes in Europe. *Disease management Health & outcomes* , pp. 23-26.
5. Cruz, D. &. (Maio/ Junho de 2005). Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning (Portuguese). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 13(3), pp. 415-422.
6. European society of Cardiology (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal* , 29, pp. 2388-2442.
7. Finkelstein, S., Speede, S., & Potthoff, S. (2006). Home telehealth improves clinical outcomes at lower costs for home telehealth. *Telehealth and telemedicine* , pp. volume 12, number 2 pp.128-136.
8. Galbreath, A. D., Krasuski, R. A., Smith, B., Stajduhar, K. C., Kwan, M. D., Ellis, R., et al. (7 de Dezembro de 2004). Long-Term Healthcare and Cost Outcomes of Disease Management in a Large, Randomized, Community-Based Population With Heart Failure. *circulation* , pp. 3518-3526.
9. Inglis, S., McAlister, F., Ball, J., Lewinter, C., Stewart, S., & Cleland, J. (2011, issue 6). Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *The cochrane collaboration* .
10. Martins, M., & Lopes, M. A. (1º semestre de 2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doentes e família com dor crónica numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem* , pp. 39-57.
11. McCauley, K. M., Bixby, B. M., & Naylor, M. D. (2006). Advanced Practice Nurse Strategies to Improve Outcomes and Reduce Cost in Elders with Heart Failure. *Disease management* , pp. 302-310.

12. Riegel, B., Carlson, B., Kopp, Z., LePetri, B., Glaser, D., & Unger, A. (27 de March de 2002). Effect of a standartized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med* , pp. 705-712.
13. Roccaforte, R., Demers, C., Baldassarre, F., K.Teo, K., & Yusuf, S. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *The European Journal of Heart Failure* , 7, pp. 1133-1144.
14. Roglieri, J.L.; Futterman, R.; McDonought, K.L.; Malya, P. A.; Karwath, K.R.; Bowman, D.; Skelly, J.; Warburton, S. (1997). Disease manegement interventions to improve outcomes in congestive heart failure. *American Journal Management care* , pp. (3) pp.1831-1839.
15. Scalvini, S., Capomolla, S., Zanelli, E., Benigno, M., Domenighini, D., Paletts, L., et al. (11 (suppl.1) de 2005). Effect of home-based telecardiology on chronic heart failure: costs and outcomes. *Journal of telemedicine and telecare* , pp. 16-18.
16. Scalvini, S., Zanelli, E., Palleta, L., Benigno, M., Domeneghini, D., Giuli, F., et al. (12(suppl.1) S1 de 2006). Chronic heart failure home-based management with a telecardiology system: a comparison between patiens followed by general practitioners and by a cardiology department. *Journal of Telemedicine and Telecare* , pp. 46-48.
17. Schwarz, K. A., Milon, L. C., Hudock, D., & Litman, G. (Winter de 2008). Telemonitoring of Heart Failure Patients and their Caregivers: A pilot randomized controlled trial. *Progress in cardiovascular nursing* , pp. 18-26.
18. Staples, P., & Earle, W. (vol 18 nª4 de 2008). The Nature of Telephone Nursing Interventions in a Heart Failure Clinic Setting. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* , pp. 27-33.
19. Wade, M. J., Desai, A. S., Spettell, C. M., Snyder, A. D., McGowan-Stackewicz, V., Kummer, P. J., et al. (March de 2011). Telemonitoring with case management for seniors with heart failure. *The american Journal of managed care* , pp. vol.17 Nª3 pp.e71-e79.
20. Wheeler, E. C., & Plowfield, L. (Janeiro/ fevereiro de 2004). caring for patients with congestive heart failure. *Nursing Education Perspectives* , pp. 16-21.
21. Wheeler, E. C., & Waterhouse, J. K. (2006). Telephone interventions by nursing students: Improving outcomes for heart failure patients in the community. *Journal of community health nursing* , pp. 23(3). 137-146.
22. Wong, J. (Jul-Sep de 2005). The role of a Heart Failure Specialist Nurse in Singapore. *Singapore Nursing Journal* , pp. 12-14.

APÊNDICE VIII

IMPRESSO DE AVALIAÇÃO INICIAL NA INTERVENÇÃO TELEFONICA
ESTRUTURADA

AVALIAÇÃO INICIAL PARA A INTERVENÇÃO TELEFONICA ESTRUTURADA EM PARCERIA COM O DOENTE
IDOSO APOS A ALTA HOSPITALAR

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

CONTEXTO DE VIDA

Nome por que gosta de ser chamado _____

Idade _____ profissão _____ Anos de reforma _____

Como ocupa os seus tempos livres _____

Morada _____

_____ Localidade _____

Acesso à habitação (escadas, elevadores, térreo) _____

Rede de apoios:

Transportes Farmácia Supermercado Centro de Saúde Hospital

Nº telefone fixo _____ Nº telemóvel _____ Outro contacto _____

Vive com _____

Quem lhe dá apoio no dia-a-dia (nome idade, profissão, tipo de relação) _____

Quem dá apoio em caso de necessidade _____

No seu dia-a-dia em que atividades necessita de ajuda _____

Que impacto teve este internamento para si

Atualmente com este internamento considera que necessita de:

Mais apoio Em que atividades _____

Igual apoio Em que atividades _____

Menos apoio Em que atividades _____

Como faz normalmente as suas deslocações às consultas/tratamentos _____

Tem acompanhamento? _____ Por quem? _____

CONHECIMENTO DA DOENÇA

O que sabe sobre a sua doença?

O que gostaria de saber?

Que alterações, trouxe a doença à sua vida?

Considera que a sua doença pode interferir com o seu projeto de vida, com os seus planos para o futuro?

CONTROLO DE SINAIS E SINTOMAS

Como se sente

TA: _____ / _____ mmhg FC: _____ ppm

Tem sentido:

Palpitações

Tonturas

Angor

Episódios de Síncope

Se sim, o que fez

Retenção de líquidos (edemas)

Não

Sim. Locais? _____

O que costuma fazer para tentar diminuir os edemas _____

Peso atual _____ kg Aumento de peso: Sim Não. Diferença _____ kg

Notou a diferença _____

Débito urinário: Mantido aumentado Reduzido

Dose de diurético _____

AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL

Índice de Katz (Anexo I)

Score antes do internamento _____

Score atual _____

Índice de Lawton e Brody (Anexo II)

Score antes do internamento _____

Score atual _____

Mini Mental State Exam

Score _____

CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO

Antecedentes pessoais

Terapêutica instituída no momento da alta

Diferenças no plano terapêutico

Cumpre o plano terapêutico?

Sim

Não. Porquê?

Conhece os medicamentos que toma e qual o seu efeito?

Tem dúvidas sobre algum dos medicamentos que toma? Quais?

Quem gere e prepara a sua medicação habitualmente?

Quem é responsável por vigiar e verificar a sua toma?

Toma algum anticoagulante oral?

Não

Sim. Qual? _____

Conhece os cuidados a ter com este tipo de medicação?

Onde realiza o seu controle de INR? _____

Último valor _____ Dose instituída _____

Data do próximo controle _____

Tem toda a medicação prescrita

Sim

Não. Quais é que não tem? _____

Tem dificuldade económica para a aquisição dos seus medicamentos?

Sim

Não

Tem algum tipo de apoio para a aquisição de medicação

Sim

Não

GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR

Nº refeições por dia _____ Que tipo de alimentação faz? _____

Quem confecciona as refeições? _____

Alterações na alimentação

Dificuldade na mastigação dos alimentos

Alteração do paladar

Falta de peças dentárias

Prótese dentária _____

Outra _____

Uso de sal

Normal

Pouco sal

Sem sal

Glicémia capilar _____ mg/dl

Mini Nutricional Assessment (MNA)

Não

Sim. Resultado obtido _____

Perímetro abdominal _____ Peso _____ IMC _____

Próxima avaliação _____

Ingere bebidas alcoólicas?

Não

Sim. Quais? _____

HIDRATAÇÃO DO DOENTE

Quantidade líquidos ingeridos

Água _____ Leite _____ Sumos _____ café/chá _____

Sopa _____ Outros _____

TOTAL DIÁRIO _____

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Pequenos esforços _____

Médios esforços _____

Grandes esforços _____

Gestão do esforço

Quando surge o cansaço o que faz

Pára até recuperar ou continua a realizar o esforço

Apoio respiratório

Não Sim. Que tipo de apoio _____

Com quantas almofadas dorme? _____

Costuma ter episódios de

Ortopneia

Dispneia paroxística noturna

Escala de Borg modificada para a avaliação da Dispneia

No seu dia-a-dia como classifica a sua falta de ar aquando a realização de um esforço

Score	Descrição	Auto Class.
0	Absolutamente nada	
0.5	Pouquíssima, quase nada	
1	Muito pouca	
2	Pouca	
3	Média regular	
4	Um pouco forte	
5	Forte	
6		
7	Muito forte	
8		
9	Fortíssima	
10	Máxima	

Que atividade física tem realizado

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

Áreas de intervenção	Diagnóstico de enfermagem	Estratégias definidas em parceria para capacitar o assegurar o cuidado de si
CONHECIMENTO DA DOENÇA		
CONTROLO DE SINAIS E SINTOMAS		
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO		
GESTÃO REGIME ALIMENTAR		
HIDRATAÇÃO		
GESTÃO DO ESFORÇO		
OUTRAS		

Observações

Data ____/____/____ Enfermeira _____

Data do próximo contato ____/____/____

AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL

Antes da agudização da doença	INDICE KATZ Actividades de vida diária	Momento da alta hospitalar
	<p>Tomar banho e lavar-se</p> <p>0 – Não se lava</p> <p>1 – Requer ajuda para: <input type="checkbox"/> Lavar + de 1 parte corporal (Quais _____) <input type="checkbox"/> Entrar <input type="checkbox"/> Sair <input type="checkbox"/> Estar</p> <p>2 - requer ajuda para <input type="checkbox"/> Lavar 1 parte corporal (Qual _____) <input type="checkbox"/> Lava-se sozinho usando apoios mecânicos (quais _____)</p> <p>3 - Lava-se sozinho sem apoio</p>	
	<p>Vestir-se</p> <p>0 – Não se veste <input type="checkbox"/> Fica despido totalmente <input type="checkbox"/> Fica despido parcialmente</p> <p>1 – Requer ajuda <input type="checkbox"/> Escolher <input type="checkbox"/> Preparar <input type="checkbox"/> Vestir</p> <p>2 – Requer ajuda apenas para atar os sapatos</p> <p>3 – Escolhe, tira a roupa dos armários e veste-se sozinho</p>	
	<p>Usar os sanitários</p> <p>0 – Não vai aos sanitários</p> <p>1 – Requer ajuda para <input type="checkbox"/> Ir <input type="checkbox"/> Sentar/levantar <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Arranjar a roupa <input type="checkbox"/> Tratar do bacio</p> <p>2 – Capaz mas usa: <input type="checkbox"/> Bacio à noite <input type="checkbox"/> Apoio mecânico (Qual? _____)</p> <p>3 – Usa sanitários sem ajuda</p>	
	<p>Transferir-se de posição (levantar/deitar; sentar/levantar)</p> <p>0 – Não se transfere de posição acamado</p> <p>1 – Requer ajuda para se transferir <input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>2 – Transfere-se com apoios mecânicos <input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>3 – Transfere-se sem ajuda <input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p>	
	<p>Controle do esfíncter urinário e fecal</p> <p>0 – Incontinência total</p> <p>0 – Incontinência Parcial <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Esforço</p> <p>0 – Incontinência pelo uso de: <input type="checkbox"/> Urinol <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Arrastadeira <input type="checkbox"/> Clisteres</p> <p>0 – Continência mediante supervisão de terceiros</p> <p>3 – Controle total <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes</p>	
	<p>Comer e alimentar-se</p> <p>0 – Não se alimenta <input type="checkbox"/> ou usa sondas alimentares <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Requer ajuda para levar os alimentos à boca</p> <p>2 – Requer ajuda para: <input type="checkbox"/> Cortar carne ou peixe <input type="checkbox"/> Barrar o pão</p> <p>3 – Alimenta-se sem ajuda</p>	
SCORE -		SCORE -

Antes da agudização da doença	Índice de Lawton e Brody Atividades instrumentais de vida diária	Momento da alta hospitalar
	Usar o telefone 0 – Não usa o telefone 2 – Atende o telefone, mas não faz telefonemas 3 – Atende o telefone e marca números de telefone conhecidos 3 – Atende o telefone, procura e liga números	
	Fazer compras 0 - Incapaz de fazer compras 1 – Requer companhia para fazer qualquer compra 1 – Faz sozinho pequenas compras 3 – Faz sozinho todas as compras necessárias	
	Gerir o seu dinheiro 0 – Incapaz de se servir do dinheiro 2 – Faz pequenas contas do dia-a-dia, ajuda nas maiores 3 – Governa tudo: <input type="checkbox"/> Saldos <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Paga renda <input type="checkbox"/> Paga contas	
	Tomar os medicamentos 0 - Incapaz de tomar os seus medicamentos 1 – Toma a sua medicação se for preparada em doses separadas 3 – Toma os seus medicamentos na dose e tempo certos	
	Usar transportes 0 – Não se desloca em transportes 1 – Só se desloca se acompanhado, apenas em táxi ou carro 2 – Só se desloca se acompanhado em transportes públicos 3 – Desloca-se sozinho apenas em táxi 3 – Desloca-se sozinho em transportes públicos 3 – Guia carro	
	Preparar refeições 0 – Necessita das refeições preparadas e servidas 1 – Aquece e serve refeições preparadas 1 – Faz refeições com dieta inadequada 1 – Prepara refeições adequadas se lhe derem os ingredientes 3 – Planeia, prepara e serve refeições adequadas	
	Fazer a Lida da casa 0 – Não participa nas tarefas domésticas 2 – Requer ajuda em tarefas domésticas leves e pesadas 2 – Apenas faz tarefas leves diárias (com/sem limpeza adequada) 3 – Faz todas as tarefas com ajuda ocasional em tarefas pesadas	
	Lavar/tratar da roupa 0 – A roupa é toda tratada por outros 2 – Apenas lava pequenas peças de roupa 3 – Trata completamente da sua roupa	
SCORE -		SCORE -

APÊNDICE IX

IMPRESSO PARA A AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO TELEFÓNICA À 4ª E 12ª
SEMANA

REGISTO DA INTERVENÇÃO TELEFONICA ESTRUTURADA EM PARCERIA COM O DOENTE IDOSO APOS A ALTA
HOSPITALAR (4ª e 12ª semana)

SEMANA _____

Contacto com _____

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

CONTROLO DE SINAIS E SINTOMAS

Como se sente

TA: _____ / _____ mmhg FC: _____ ppm

Tem sentido:

- Palpitações
 Tonturas
 Angor
 Episódios de Síncope

Se sim, o que fez

Retenção de líquidos (edemas)

- Não
 Sim. Locais? _____

O que costuma fazer para tentar diminuir os edemas _____

Peso actual _____ kg Aumento de peso: sim Não. Diferença _____ kg

Notou a diferença _____

Débito urinário: Mantido aumentado Reduzido

Dose de diurético _____

CONTEXTO DE VIDA

Como ocupa os seus tempos livres _____

Vive com _____

Quem lhe dá apoio no dia-a-dia (nome idade, profissão, tipo de relação) _____

Quem dá apoio em caso de necessidade _____

No seu dia-a-dia em que atividades necessita de ajuda _____

Que impacto teve este internamento para si

Atualmente considera que necessita de:

Mais apoio Em que atividades _____

Igual apoio Em que atividades _____

Menos apoio Em que atividades _____

Como faz normalmente as suas deslocações às consultas/tratamentos _____

Tem acompanhamento? _____ Por quem? _____

CONHECIMENTO DA DOENÇA

O que sabe sobre a sua doença?

O que gostaria de saber?

Que alterações trouxe a doença à sua vida?

Considera que a sua doença pode interferir com o seu projeto de vida, com os seus planos para o futuro?

AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL

Índice de Katz

Ultimo Score _____

Score atual _____

Próxima avaliação _____

Índice de Lawton e Brody

Ultimo score _____

Score atual _____

Próxima avaliação _____

CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO

Diferenças no plano terapêutico

Cumpre o plano terapêutico?

Sim

Não. Porquê?

Conhece os medicamentos que toma e qual o seu efeito?

Tem dúvidas sobre algum dos medicamentos que toma? Quais?

Quem gere e prepara a sua medicação habitualmente?

Quem é responsável por vigiar e verificar a sua toma?

Toma algum anticoagulante oral?

Não

Sim. Qual? _____

Conhece os cuidados a ter com este tipo de medicação? _____

Onde realiza o seu controle de INR? _____

Último valor _____ Dose instituída _____

Data do próximo controle _____

Tem toda a medicação prescrita

Sim

Não. Quais é que não tem? _____

Tem dificuldade económica para a aquisição dos seus medicamentos?

Sim

Não

Tem algum tipo de apoio para a aquisição de medicação

Sim

Não

GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR

Nº refeições por dia _____ Que tipo de alimentação faz? _____

Quem confeciona as refeições? _____

Alterações na alimentação

Dificuldade na mastigação dos alimentos

Alteração do paladar

Falta de peças dentárias

Prótese dentária _____

Outra _____

Uso de sal

Normal

Pouco sal

Sem sal

Glicémia capilar _____ mg/dl

Mini Nutricional Assessment (MNA)

Não

Sim. Resultado obtido _____

Perímetro abdominal _____ Peso _____ IMC _____

Próxima avaliação _____

Ingere bebidas alcoólicas?

Não

Sim. Quais? _____

HIDRATAÇÃO DO DOENTE

Quantidade líquidos ingeridos

Água _____ Leite _____ Sumos _____ café/chá _____

Sopa _____ Outros _____

TOTAL DIÁRIO _____

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Pequenos esforços _____

Médios esforços _____

Grandes esforços _____

Gestão do esforço

Quando surge o cansaço o que faz

Pára até recuperar ou continua a realizar o esforço

Tosse:

Não

Sim

Expetoração:

Não

Sim. Características _____

Apoio respiratório

Não

Sim. Que tipo de apoio _____

Com quantas almofadas dorme?

Costuma ter episódios de

Ortopneia

Dispneia paroxística noturna

Escala de Borg modificada para a avaliação da Dispneia

No seu dia-a-dia como classifica a sua falta de ar aquando a realização de um esforço

Score	Descrição	Auto Class.
0	Absolutamente nada	
0.5	Pouquíssima, quase nada	
1	Muito pouca	
2	Pouca	
3	Média regular	
4	Um pouco forte	
5	Forte	
6		
7	Muito forte	
8		
9	Fortíssima	
10	Máxima	

ATIVIDADE FISICA

Que atividade física tem realizado

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

Áreas de intervenção	Diagnóstico de enfermagem	Estratégias definidas em parceria para capacitar o assegurar o cuidado de si
CONTROLO DE SINAIS E SINTOMAS		
CONHECIMENTO DA DOENÇA		
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO		
GESTÃO REGIME ALIMENTAR		
HIDRATAÇÃO		
GESTÃO DO ESFORÇO		
OUTRAS		

Observações

Data ____/____/____ Enfermeira _____

Data do próximo contato ____/____/____

AValiação da Autonomia Funcional

INDICE KATZ Atividades de vida diária	Data atual
<p>Tomar banho e lavar-se</p> <p>0 – Não se lava</p> <p>1 – Requer ajuda para:</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar + de 1 parte corporal (Quais _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Entrar <input type="checkbox"/> Sair <input type="checkbox"/> Estar</p> <p>2 - requer ajuda para</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar 1 parte corporal (Qual _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Lava-se sozinho usando apoios mecânicos (quais _____)</p> <p>3 - Lava-se sozinho sem apoio</p>	
<p>Vestir-se</p> <p>0 – Não se veste</p> <p><input type="checkbox"/> Fica despido totalmente <input type="checkbox"/> Fica despido parcialmente</p> <p>1 – Requer ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> Escolher <input type="checkbox"/> Preparar <input type="checkbox"/> Vestir</p> <p>2 – Requer ajuda apenas para atar os sapatos</p> <p>3 – Escolhe, tira a roupa dos armários e veste-se sozinho</p>	
<p>Usar os sanitários</p> <p>0 – Não vai aos sanitários</p> <p>1 – Requer ajuda para</p> <p><input type="checkbox"/> Ir <input type="checkbox"/> Sentar/levant <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Arranjar a roupa <input type="checkbox"/> Tratar do bacio</p> <p>2 – Capaz mas usa:</p> <p><input type="checkbox"/> Bacio à noite <input type="checkbox"/> Apoio mecânico (Qual? _____)</p> <p>3 – Usa sanitários sem ajuda</p>	
<p>Transferir-se de posição (levantar/deitar; sentar/levantar)</p> <p>0 – Não se transfere de posição acamado</p> <p>1 – Requer ajuda para se transferir</p> <p><input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>2 – Transfere-se com apoios mecânicos</p> <p><input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>3 – Transfere-se sem ajuda</p> <p><input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p>	
<p>Controle do esfíncter urinário e fecal</p> <p>0 – Incontinência total</p> <p>0 – Incontinência Parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Esforço</p> <p>0 – Incontinência pelo uso de:</p> <p><input type="checkbox"/> Urinol <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Arrastadeira <input type="checkbox"/> Clisteres</p> <p>0 – Continência mediante supervisão de terceiros</p> <p>3 – Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes</p>	
<p>Comer e alimentar-se</p> <p>0 – Não se alimenta <input type="checkbox"/> ou usa sondas alimentares <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Requer ajuda para levar os alimentos à boca</p> <p>2 – Requer ajuda para:</p> <p><input type="checkbox"/> Cortar carne ou peixe <input type="checkbox"/> Barrar o pão</p> <p>3 – Alimenta-se sem ajuda</p>	
	SCORE -

Índice de Lawton e Brody Atividades instrumentais de vida diária	Data atual
<p>Usar o telefone</p> <p>0 – Não usa o telefone</p> <p>2 – Atende o telefone, mas não faz telefonemas</p> <p>3 – Atende o telefone e marca números de telefone conhecidos</p> <p>3 – Atende o telefone, procura e liga números</p>	
<p>Fazer compras</p> <p>0 - Incapaz de fazer compras</p> <p>1 – Requer companhia para fazer qualquer compra</p> <p>1 – Faz sozinho pequenas compras</p> <p>3 – Faz sozinho todas as compras necessárias</p>	
<p>Gerir o seu dinheiro</p> <p>0 – Incapaz de se servir do dinheiro</p> <p>2 – Faz pequenas contas do dia-a-dia, ajuda nas maiores</p> <p>3 – Governa tudo:</p> <p><input type="checkbox"/> Saldos <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Paga renda <input type="checkbox"/> Paga contas</p>	
<p>Tomar os medicamentos</p> <p>0 - Incapaz de tomar os seus medicamentos</p> <p>1 – Toma a sua medicação se for preparada em doses separadas</p> <p>3 – Toma os seus medicamentos na dose e tempo certos</p>	
<p>Usar transportes</p> <p>0 – Não se desloca em transportes</p> <p>1 – Só se desloca se acompanhado, apenas em táxi ou carro</p> <p>2 – Só se desloca se acompanhado em transportes públicos</p> <p>3 – Desloca-se sozinho apenas em táxi</p> <p>3 – Desloca-se sozinho em transportes públicos</p> <p>3 – Guia carro</p>	
<p>Preparar refeições</p> <p>0 – Necessita das refeições preparadas e servidas</p> <p>1 – Aquece e serve refeições preparadas</p> <p>1 – Faz refeições com dieta inadequada</p> <p>1 – Prepara refeições adequadas se lhe derem os ingredientes</p> <p>3 – Planeia, prepara e serve refeições adequadas</p>	
<p>Fazer a Lida da casa</p> <p>0 – Não participa nas tarefas domésticas</p> <p>2 – Requer ajuda em tarefas domésticas leves e pesadas</p> <p>2 – Apenas faz tarefas leves diárias (com/sem limpeza adequada)</p> <p>3 – Faz todas as tarefas com ajuda ocasional em tarefas pesadas</p>	
<p>Lavar/tratar da roupa</p> <p>0 – A roupa é toda tratada por outros</p> <p>2 – Apenas lava pequenas peças de roupa</p> <p>3 – Trata completamente da sua roupa</p>	
	SCORE -

APÊNDICE X

IMPRESSO PARA O REGISTO DA INTERVENÇÃO TELEFÓNICA

REGISTO DA INTERVENÇÃO TELEFONICA ESTRUTURADA EM PARCERIA COM O DOENTE IDOSO APOS A ALTA
HOSPITALAR

SEMANA _____

Contato com _____

VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

CONTROLO DE SINAIS E SINTOMAS

Como se sente

TA: _____ / _____ mmhg FC: _____ ppm

Tem sentido:

- Palpitações
 Tonturas
 Angor
 Episódios de Síncope

Se sim, o que fez

Retenção de líquidos (edemas)

- Não
 Sim. Locais? _____

O que costuma fazer para tentar diminuir os edemas _____

Peso atual _____ kg Aumento de peso: sim Não. Diferença _____ kg

Notou a diferença _____

Débito urinário: Mantido aumentado Reduzido

Dose de diurético _____

CONTEXTO DE VIDA

Como ocupa os seus tempos livres _____

Vive com _____

Quem lhe dá apoio no dia-a-dia (nome idade, profissão, tipo de relação) _____

Quem dá apoio em caso de necessidade _____

No seu dia-a-dia em que atividades necessita de ajuda _____

Atualmente considera que necessita de:

Mais apoio Em que atividades _____

Igual apoio Em que atividades _____

Menos apoio Em que atividades _____

Como faz normalmente as suas deslocações às consultas/tratamentos _____

Tem acompanhamento? _____ Por quem? _____

CONHECIMENTO DA DOENÇA

O que sabe sobre a sua doença?

O que gostaria de saber?

Que alterações trouxe a doença à sua vida?

Considera que a sua doença pode interferir com o seu projeto de vida, com os seus planos para o futuro?

AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL

Índice de Katz

Score na alta _____

Próxima avaliação _____

Índice de Lawton e Brody

Score na alta _____

Próxima avaliação _____

CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO

Diferenças no plano terapêutico

Cumpre o plano terapêutico?

Sim

Não. Porquê?

Conhece os medicamentos que toma e qual o seu efeito?

Tem dúvidas sobre algum dos medicamentos que toma? Quais?

Quem gere e prepara a sua medicação habitualmente?

Quem é responsável por vigiar e verificar a sua toma?

Toma algum anticoagulante oral?

___ Não

___ Sim. Qual? _____

Conhece os cuidados a ter com este tipo de medicação?

Onde realiza o seu controle de INR? _____

Último valor _____ Dose instituída _____

Data do próximo controle _____

Tem toda a medicação prescrita

Sim

Não. Quais é que não tem? _____

Tem dificuldade económica para a aquisição dos seus medicamentos?

Sim

Não

Tem algum tipo de apoio para a aquisição de medicação

Sim

Não

GESTÃO DO REGIME ALIMENTAR

Nº refeições por dia _____

Tipo de alimentação faz?

-

Quem confeciona as refeições? _____

Alterações na alimentação

Dificuldade na mastigação dos alimentos

Alteração do paladar

Falta de peças dentárias

Prótese dentária _____

Outra _____

Uso de sal

Normal

Pouco sal

Sem sal

Glicémia capilar

_____ mg/dl

Mini Nutricional Assessment (MNA)

Não

Sim. Resultado obtido _____

Perímetro abdominal _____ Peso _____ IMC _____

Próxima avaliação _____

Ingere bebidas alcoólicas?

Não

Sim. Quais? _____

HIDRATAÇÃO DO DOENTE

Quantidade líquidos ingeridos

Água _____ Leite _____ Sumos _____ café/chá _____

Sopa _____ Outros _____

TOTAL DIÁRIO _____

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Pequenos esforços _____

Médios esforços _____

Grandes esforços _____

Gestão do esforço

Quando surge o cansaço o que faz

Pára até recuperar ou continua a realizar o esforço

Tosse:

Não

Sim

Expectoração:

Não

Sim. Características _____

—

Apoio respiratório

Não

Sim. Que tipo de apoio _____

Com quantas almofadas dorme? _____

Costuma ter episódios de

Ortopneia

Dispneia paroxística noturna

Escala de Borg modificada para a avaliação da Dispneia

No seu dia-a-dia como classifica a sua falta de ar aquando a realização de um esforço

Score	Descrição	Auto Class.
0	Absolutamente nada	
0.5	Pouquíssima, quase nada	
1	Muito pouca	
2	Pouca	
3	Média regular	
4	Um pouco forte	
5	Forte	
6		
7	Muito forte	
8		
9	Fortíssima	
10	Máxima	

ATIVIDADE FISICA

Que atividade física tem realizado

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

Áreas de intervenção	Diagnóstico de enfermagem	de	Estratégias definidas em parceria para capacitar o assegurar o cuidado de si
CONTROLO DE SINAIS E SINTOMAS			
CONHECIMENTO DA DOENÇA			
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO			
GESTÃO REGIME ALIMENTAR			
HIDRATAÇÃO			
GESTÃO DO ESFORÇO			
OUTRAS			

Observações

Data ____/____/____ Enfermeira _____

Data do próximo contacto ____/____/____

APENDICE XI

Guia para Realizar A INTERVENÇÃO TELEFÓNICA ESTRUTURADA



Guia para Realizar
A
INTERVENÇÃO TELEFÓNICA ESTRUTURADA

Lisboa, 2011

A taxa de reinternamentos, no H dia no período decorrido entre Janeiro de 2010 e Junho de 2011, foi de 25.3% ao 1º mês e 35.7% no intervalo entre o primeiro e terceiro mês após a alta. Sendo estes padrões de qualidade que importa melhorar, foi desenvolvido o presente projeto de intervenção.

A **Intervenção Telefónica Estruturada**, surge como uma estratégia a ser implementada no Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca do CHLN- pólo Pulido Valente, nos doentes acompanhados em Hospital de dia e Visita domiciliária, como complemento de intervenção e acompanhamento, numa fase pós hospitalar.

Esta está protocolada para ser aplicada aos doentes que preencham os critérios designados anteriormente e que sejam internados por qualquer motivo de saúde, num serviço do Centro Hospitalar, ou outra instituição, desde que a equipa de enfermagem tome conhecimento desse internamento em tempo útil.

Antes da inclusão dos doentes neste tipo de intervenção é necessário proceder ao pedido de consentimento informado e esclarecido.

A realização dos contactos com dos doentes deve ser realizada preferencialmente:

3º Dia após a alta hospitalar em contexto de visita domiciliária ou no momento da alta hospitalar;

Semanalmente até ao final do primeiro mês após a alta;

Quinzenalmente entre o primeiro e terceiro mês após a alta;

Mensalmente até ao 6º mês após o internamento.

Devendo ser previamente acordada a data e hora para o contacto seguinte, de acordo com as possibilidades do doente e disponibilidade da equipa do Hospital de Dia.

Esta intervenção foi delineada com o objetivo de realizar uma vigilância estreita dos doentes após um internamento hospitalar, tentando evitar e prevenir o reinternamento, mas também na tentativa de promover o “empowerment” destes doentes, responsabilizando-os e solicitando a sua participação ativa neste processo.

Para facilitar a realização desta intervenção foi elaborado o presente guia que fornece indicações simples e permite uma melhor do instrumento.

Para apoio foi também criado um instrumento de utilização rápida e sistematizada, com algumas perguntas tipo, facilitadoras da intervenção.

AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial deverá ser feita preferencialmente em regime de internamento, uma vez que serão privilegiados os internamentos ocorridos no CHLN- pólo Pulido Valente, permitindo realizar a avaliação global do estado do doente antes de ir para o seu domicílio. Caso seja possível esta avaliação em doentes internados noutros serviços, também estes serão incluídos na intervenção telefónica estruturada.

Na avaliação inicial será realizada:

- Avaliação idêntica à da sessão em H Dia,
- Solicitação do consentimento informado,
- Registo dos valores de BNP no momento da alta hospitalar,
- Atualização da folha de medicação do H dia com a medicação instituída no internamento.

No momento da alta hospitalar o doente deverá estar devidamente informado sobre:

- O objetivo da intervenção telefónica,
- Esclarecido de quaisquer dúvidas sobre a operacionalização desta intervenção,
- Confidencialidade do processo,
- Dados necessários a avaliar pelo doente no domicílio,
- Possibilidade de ser uma pessoa nomeada por ele a responder às questões.

NAS INTERVENÇÕES SEGUINTE

- Aplicação do instrumento de intervenção telefónica estruturada;
- Sessão em hospital de dia mensal, sendo sempre adequada à situação clínica do doente; e antecipada sempre que esta justifique acompanhamento efetivo em H dia.

INTERVENÇÃO FINAL

- Aplicação do instrumento de intervenção telefónica estruturada;
- Registo dos valores de BNP do momento;
- Atualização da folha de medicação do H dia;
- Entrevista sobre os aspetos considerados positivos e negativos pelo doente com esta intervenção.


Aqui descrevem-se os vários aspetos a avaliar em cada item delineado na Intervenção Telefónica Estruturada.




A maioria das questões encontra-se esquematizada com resposta S (sim) N (não), devendo ser assinalada a resposta adequada ao doente em questão.





IDENTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO


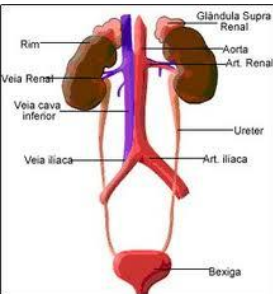
Item A avaliar	Observações
Data	Dia em que é feita a intervenção telefónica
Com quem é realizada	<p>Dependendo da pessoa com quem estamos a realizar a intervenção pode ser necessário dirigir de forma diferente a abordagem realizada.</p> <p>No caso de ser o cuidador é importante aferir as dificuldades que está a sentir no cuidar ao doente no domicílio e se necessita de algum tipo de apoio.</p> <p>Caso se trate de outra pessoa determinar de quem se trata qual o vínculo ao doente.</p>

AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL





Item A avaliar	Observações
Como se sente Melhor / Pior / Igual	- Permite uma perceção de como está a decorrer o processo de transição do internamento bem como a capacidade de adaptação à nova realidade.
Classe NYHA I II III IV	<p>- Esta classificação, atribuída pela enfermeira é feita através da perceção da mesma sobre a capacidade ao esforço manifestada pelo doente.</p> <p>- Permite uma comparação posterior no que concerne à capacidade face ao esforço.</p>
Peso Aumento Diminuição Notou Diferença	<p>- O peso consiste num elemento fundamental na gestão da IC, as variações de peso são importantes no despiste de sintomas iniciais de descompensação.</p> <p>- A variação de 1 kg em 2 dias ou 2.5 kg em 1 semanas, é um critério de agravamento e descompensação.</p> <p>- O facto de se abordar o valor da diferença permite que o doente vá interiorizando a importância do peso sistemático e da sua correta interpretação, procurando ajuda sempre que estes valores se encontrem fora dos parâmetros considerados normais.</p> <p>O questionar o doente sobre a sua perceção do aumento do peso, permite uma maior consciencialização da sua sintomatologia e o seu reconhecimento pessoal dos sintomas mesmo sem serem precisos valores precisos (balança).</p>
	

Item A avaliar	Observações
<p>Valores tensionais</p>  <p>Tonturas</p>	<p>Na fase inicial solicitar ao doente que em dias alternados avalie a sua tensão arterial, é um comportamento favorecedor na sua recuperação, não só pela vigilância na saúde como também promotora de atividade física e contacto social, caso tenha que se deslocar a uma farmácia ou C. Saúde.</p> <p>Após 2 semanas de follow-up esta avaliação pode ser alargada para semanal.</p> <p>Os valores tensionais ótimos para estes doentes são relativamente baixos, promovendo a poupança do músculo cardíaco. Caso o doente se apresente assintomático, os valores tensionais.</p> <p>Sistólicos de 90/100</p> <p>Diastólicos de 50/60</p> <p>São considerados normais para estes doentes.</p> <p>Por vezes são reflexo dos valores tensionais demasiadamente baixos, sendo um sinal de alerta.</p> <p>Importante caracterizar o momento em que ocorre para poder realizar ensino sobre a melhor forma de atuar perante a ocorrência.</p>
<p>Frequência Cardíaca</p> <p>Palpitações</p> 	<p>Importante monitorizar pelo tipo de terapêutica instituída, que muitas vezes promove FC baixas sintomáticas.</p> <p>As palpitações por seu lado pode ser manifestação de arritmias importantes, a avaliar em contexto clínico.</p>
<p>Edemas</p> <p>Tornozelos</p> <p>Pernas</p> <p>Abdómen</p> <p>Face</p> <p>Anasarca</p> 	<p>Os edemas são outra manifestação importante da IC, a sua localização, extensão, compressão são indicadores a ter em consideração na avaliação destes doentes.</p> <p>São normalmente os primeiros sinais indicativos de descompensação cardíaca.</p> <p>A generalização destes torna o quadro clínico mais grave e de difícil reversão, implicando muitas vezes o internamento hospitalar.</p>




Item A avaliar	Observações
<p>Cansaço Grande / Médio ou Pequeno esforço</p>  <p>Como aparece o cansaço Atividades de vida diária Como se classifica de 0-10</p>	<p>O cansaço é importante para avaliar a capacidade ao esforço.</p> <p>Sendo que a capacidade vai reduzindo com o aumento do cansaço.</p> <p>A capacidade de realizar as atividades de vida diária é um aspeto a ter em consideração na autonomia e independência da pessoa.</p> <p>A auto-classificação permite um termo de comparação que ao longo do tempo possibilita a perceção da evolução do cansaço com a situação clínica.</p> <p>Deve ser explicado ao doente que nesta escala: 0 – equivale à ausência de cansaço; 10 – Cansaço máximo mesmo em repouso.</p>
<p>Angor Em repouso Em atividade</p>  <p>O que fez?</p>	<p>Importante obter o maior número de dados que permita avaliar corretamente a dor em questão.</p> <p><u>Perguntar ao doente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Como era a dor? - Se ficava no peito ou irradiava para algum local? - Se aumentava com a inspiração profunda? - Se ocorreu alguma situação de stress que pudesse despoletar a dor? - Se tomou medicação? - Se procurou ajuda?
<p>Sincope</p> 	<p><u>Perguntar ao doente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sentiu que ia desmaiar? - Se sentiu algo antes? - Como se encontrava, em pé, repouso, a andar? - Se procurou ajuda? <p>Informar de como proceder.</p>
<p>Tosse e expetoração</p> 	<p>Contextualização da tosse, se ocorre em repouso sem expetoração, importante avaliar em contexto da terapêutica em uso.</p> <p>A tosse produtiva pode ser indicativa de infeção respiratória, que habitualmente, se for prolongada, leva a um agravamento da IC e muitas vezes à necessidade de internamento hospitalar.</p>

Item A avaliar	Observações
<p>Aumento do cansaço Ortopneia Dispneia paroxística noturna</p>  <p>Nº almofadas com que dorme</p>	<p>O aumento do cansaço traduz normalmente um agravamento da sintomatologia de descompensação da IC.</p> <p>A ortopneia surge na tentativa dos doentes de permanecerem em decúbito baixo, levando a sensação de falta de ar com conseqüente aumento do plano superior da cama.</p> <p>Dispneia paroxística noturna, quando o doente acorda com uma súbita falta de ar, necessitando de se sentar e assim permanecer até à sua recuperação.</p> <p>Esta situação ocorre devido à retenção de líquidos no organismo que com a posição de deitado originam sobrecarga pulmonar levando a má perfusão com conseqüente sensação e falta de ar.</p> <p>O número de almofadas que o doente utiliza para dormir é uma medida fácil de avaliação deste parâmetro, permitindo ainda uma comparação ao longo do tempo.</p>
<p>Débito urinário Mantido Diminuído Aumentado</p> 	<p>Estes doentes estão normalmente medicados com diuréticos que facilitam a eliminação dos líquidos retidos no organismo pela dificuldade cardíaca em bombear o sangue.</p> <p>O controle do débito urinário é uma tarefa importante a incutir nos doentes pois permite a perceção de que a excreção se está a fazer dentro dos valores normais para o doente.</p>
<p>Náuseas</p>	<p>Muitas vezes associadas à intolerância alimentar causada pela acumulação de líquido no espaço peritoneal, causando compressão a nível do estômago originando sensação de enfartamento e náuseas.</p>
<p>Vómitos e diarreia</p>	<p>Aspeto importante a considerar pelo risco de descompensação eletrolítica rápida (especialmente nos doentes mais idosos).</p> <p>Valorizar também a redução na absorção da terapêutica bem como no efeito desejado da medicação, podendo levar a descompensação cardíaca.</p>


NUTRIÇÃO

Item A avaliar	Observações
<p style="text-align: center;">Dieta</p> 	<p>A avaliação da dieta que o doente faz no domicílio é importante na avaliação do risco de desnutrição destes doentes.</p> <p>A necessidade de ingerirem proteínas e fruta diariamente deve ser uma preocupação da enfermagem.</p> <p>No entanto esta deve ser enquadrada com os restantes problemas do doente e suas especificidades (Insuficiência renal, diabetes, hipercolesterolemia, Hiperuricemia, entre outras).</p> <p>As perguntas sobre a dieta dos dias anteriores pode fornecer elementos importantes e concretos sobre o tipo de alimentação que a pessoa faz em sua casa.</p>
<p style="text-align: center;">Restrição de sal</p> 	<p>O sal é um elemento importante nestes doentes e onde muitos têm dificuldade em aderir.</p> <p>O processo deve ser gradual e com informação sobre as possibilidades de substituição deste componente nas comidas como a utilização de ervas aromáticas, limão, e substituto artificial do sal (que deve ser evitado com doentes com Insuficiência renal pelo seu alto teor em potássio).</p>
<p style="text-align: center;">Restrição de álcool</p> 	<p>As propriedades vasodilatadoras do álcool promovem alterações hemodinâmicas nos doentes, que podem levar a processos de descompensação.</p> <p>A alteração da função hepática provocada pela ingestão regular de bebidas alcoólicas provoca também alteração na metabolização de alguns fármacos, dificultando o efeito terapêutico pretendido.</p> <p>O consumo de álcool, nos doentes acompanhados em Hospital de dia está limitado a 2 dl de vinho por dia.</p>
<p style="text-align: center;">Restrição hídrica</p> 	<p>A restrição hídrica consiste na grande batalha, principalmente em doentes idosos, constantemente incentivados a beberem muitos líquidos, sendo contra-indicado para o doente com IC pela sobrecarga que provoca.</p> <p>Restrição limitada a 1 l por dia incluindo todos os líquidos ingeridos (sopa, leite, chá, sumos, etc).</p>

MEDICAÇÃO

Item A avaliar	Observações
<p>Alteração na medicação Sim Não</p> <p>Se tem e se toma toda a medicação</p> 	<p>Validar se existiu alteração na medicação instituída com a alta hospitalar</p> <p>Se possui toda a medicação e se a toma toda ou se existe algum que não esteja a tomar e porquê. Permite um real conhecimento da terapêutica instituída e promove a confiança entre profissionais e doente.</p> <p>Estes doentes normalmente estão medicados com uma grande variedade de medicamentos, sendo importante um acompanhamento estreito da sua toma</p>
<p>Alteração na dose dos diuréticos</p> <p>Validação da medicação tomada e prevista para tomar</p> 	<p>Ensino sobre o efeito pretendido dos medicamentos e possíveis efeitos secundários que devem ser comunicados à equipa de profissionais de saúde</p> <p>Validação da medicação permite verificar se o doente está a par do seu plano terapêutico e se não esta a cometer nenhum erro</p>
<p>Efeitos secundários</p> <p>Analgésicos ou anti-inflamatórios</p> 	<p>A verificação de efeitos secundários é importante para a substituição e prevenção de situações de descompensação.</p> <p>Os doentes idosos devido a muitos problemas osteoarticulares, frequentemente fazem uso de medicação analgésica e anti-inflamatória, sendo que esta ultima agrava a sua condição cardíaca, sendo importante a correta monitorização</p>
<p>Dificuldade em comprar a medicação</p>	<p>Importante avaliar a situação económica do doente para a compra da terapêutica, que muitas vezes é deixada para segundo plano por incomportabilidade financeira. Encaminhar para recursos de apoio na comunidade</p>

ACTIVIDADE E EXERCÍCIO

Item A avaliar	Observações
<p>Descrição da atividade realizada</p> 	<p>Parâmetro individual, no contexto da idade, comorbilidades e estado geral pós internamento.</p> <p>Importante avaliar se existe um aumento gradual da do exercício e se este é realizado de forma regular.</p> <p>Promotor de convívio social</p>

REFORÇO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Item	Observações
<p>Conceitos gerais</p> <p>- Quando contactar o HDIC</p> <p>- Importância do peso diário</p> <p>- Medidas favorecedoras da redução dos edemas</p> <p>- Importância do repouso</p>	<p>- Registrar apenas o que for realizado com o doente.</p> <p>- Explicar situações e sinais ou sintomas indicativos de que deve procurar ajuda como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso repentino; • Agravamento do cansaço; • Aumento marcado dos edemas e diminuição do débito urinário; • Alterações sintomáticas dos parâmetros vitais; • Alterações na respiração, ortopneia ou dispneia paroxística noturna; <p>- Valorizar o peso diário na vigilância da sua doença</p> <p>- Referir medidas promotoras da redução dos edemas, nomeadamente a elevação dos membros inferiores e a atividade física regular.</p> <p>- Fomentar o repouso para diminuição do trabalho cardíaco</p>
<p>Medicação</p> <p>- Ensino sobre a medicação / efeito dos medicamentos / efeitos secundários</p> <p>- Horários mais adequados</p> <p>- Como atuar em caso de omissão de uma toma</p> <p>- Anticoagulantes</p>	<p>Registrar o ensino que for realizado</p> <p>Efeito dos medicamentos na doença, horários mais adequados e porquê.</p> <p>Como atuar face a sinais secundários dos medicamentos ou no caso de omissão de 1 ou mais tomas terapêuticas.</p> <p>Medicação anticoagulante, ensino sobre o seu efeito, sinais de hemorragia e como atuar.</p> <p>Importância do controle regular do INR.</p>

Item	Observações
Nutrição	<p>Sensibilizar para a importância de uma dieta hipossalina e medidas facilitadoras da redução do sal.</p> <p>Salientar a importância da ingestão regular de fruta e proteínas enquadradas nas restantes patologias associadas.</p> <p>Restrição de gorduras especialmente em doentes com dislipidémia, adaptando o ensino ao tipo de alteração registada.</p> <p>Fracionamento das refeições no sentido de evitar a sobrecarga cardíaca.</p> <p>Restringir o consumo de álcool.</p> <p>Outros cuidados específicos individualizados a cada doente e sua situação clínica e de contexto.</p>
Atividade física	<p>Promoção de uma atividade física regular.</p> <p>Aumento gradual dessa atividade.</p> <p>Auto monitorização do cansaço e estratégias de intervenção face a sintomatologia sugestiva de cansaço (suspensão do exercício e repouso até completo restabelecimento).</p> <p>Sensação de falta de ar, respiração rápida, pulso aumentado ou palpitações, peso no peito, dores musculares nos membros inferiores, devem conduzir à suspensão da atividade física.</p>

ANALISE E PLANEAMENTO

Item	Observações
Barreiras identificadas	Áreas problemáticas identificadas em parceria com o idoso e sobre as quais vão incidir as atividades planeadas em conjunto visando a sua resolução.
Estratégias delineadas	Atividades programadas em parceria com a pessoa idosa visando a resolução das lacunas identificadas.
Data do novo contacto	Negociado com o doente e sua família, data e hora de contacto.
Áreas a avaliar	Áreas onde se fez intervenção e onde é necessário validar o efeito das estratégias para se necessário intervir novamente e reavaliar.

O doente informado é o melhor parceiro da enfermeira na vigilância da doença e promoção da saúde. A autonomia e independência possível em cada idoso no Cuidar de Si são o objetivo dos Cuidados de Enfermagem.



APÊNDICE XII

ESTUDO DE CASO

ESTUDO DE CASO

No decorrer do estágio, a realização de um estudo de caso permite a aquisição de competências como enfermeira especialista e perita na saúde do idoso.

Um estudo de caso é um processo específico no desenvolvimento de uma investigação qualitativa, particularista uma vez que visa conhecer de forma profunda a situação em estudo. Yin (1994:13) citado por Galdeano, Rossi, & Zago (2003) define-o como um processo de investigação empírica com o qual se pretende estudar um fenómeno contemporâneo no contexto real em que este ocorre, sendo particularmente adequado ao seu uso quando as fronteiras entre o fenómeno em estudo e o contexto em que ele ocorre não são claramente evidentes.

De acordo com Galdeano, Rossi e Zago (2003) *“O estudo de caso proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o doente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas” contribuindo para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem”*.

Esta metodologia permite que o enfermeiro observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência, importantes na tomada de decisão. Esta pressupõe um grande envolvimento do profissional implicando uma exaustiva colheita de dados, levantamento de problemas identificados, delineamento de intervenções e avaliação decorrente da sua implementação. A expectativa é que o profissional adquira conhecimento e experiência para tomar decisões e resolver os problemas identificados no estudo de caso.

Para suportar o presente estudo de caso foi utilizado o Modelo Teórico de Afaf Meleis (Meleis et al, 2000), para quem a intervenção de enfermagem desempenha um papel facilitador, nos processos de transição, decorrentes do ciclo de vida de cada pessoa. Para que estas transições ocorram de forma benéfica para o doente, o enfermeiro deve desenvolver com ele um trabalho em Parceria (Gomes 2009), no sentido da ocorrência de mudanças comportamentais que promovam a autonomia e o cuidado de si.

Para gomes as intervenções de enfermagem têm como objetivo principal promover a adaptação do individuo à sua situação de doença, estimulando o desenvolvimento de competências pessoais que lhe permitam decidir no sentido da melhoria da sua qualidade de vida.

Ambas as autoras defendem o “empowerment” do doente para uma melhor resposta face à doença e para prosseguirem com o seu projeto de vida.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

REVELAR-SE

Identificação da pessoa idosa

A Sra. RF é acompanhada no HDIC há 5 anos.

Tem 73 anos de idade, biótipo humano branco, nascida em Castelo Branco, residente em Lisboa desde os 18 anos de idade.

Nunca frequentou a escola e não consegue reconhecer letras ou números, apenas identifica o valor do dinheiro mas em contas de baixo valor.

E Casada tem 2 filhos que residem perto dão apoio sempre que é necessário, Católica mas não praticante

Contexto de vida da pessoa idosa

Vive em Odivelas, com o marido (principal cuidador), em casa arrendada.

Residem num primeiro andar sem elevador, a casa possui três assoalhadas de pequenas dimensões, tendo sido remodelada recentemente pelos inquilinos. Possui boas condições de salubridade.

A sra RF passa grande parte dos seus dias em casa, faz pequenas tarefas, necessitando de ajuda para as mais complexas, como passar a ferro, lavar vidros ou lavar o chão, sendo estas realizadas pelo marido.

O sr P tem 76 anos de idade, tem a 4ª classe de escolaridade, mas apresenta dificuldades em ler fluentemente.

Durante o dia permanece em casa a maior parte do tempo, saindo por pequenos períodos, para pequenas compras e após o almoço para acompanhar o marido até ao café.

Gosta de estar em casa, refere ter perdido muitos amigos, residentes perto e que atualmente não possui muitos amigos e por isso não tem grandes motivos para sair de casa.

Tem o apoio do HDIC, estando também integrada na VD. Não tem outros apoios fora do HDIC, possuindo médico de família mas a quem a doente refere nunca recorrer.

A situação sócio-económica do casal não é indicadora de problemas embora refiram que a situação se está a complicar nos últimos meses, mas verbalizam que vai dando para fazer face às suas despesas.

Impacto da doença e o seu significado na sua vida

A D. RF seguida no HDIC há 5 anos, por IC, classe NYHA III

Tem como Antecedentes Pessoais:

- + Miocardiopatia dilatada com má função do VE (FEVE 35%)
- + Hipertensão pulmonar secundária à IC
- + Hipotireoidismo
- + Insuficiência mitral moderada
- + - Febre reumática em 1995
- + Fratura punho esquerdo, por queda no domicílio, com correção cirúrgica em 2005
- + 2 herniorrafias (umbilical e inguinal)
- + Hiperuricemia
- + Pacemaker de ressincronização desde 2010

Medicada com:

- + Lasix® 40 mg - 1 comp em jejum
- + Nitradisc® 10 mg – disco transdérmico, coloca de manhã e retira à noite
- + Aldactone® 25 mg – 1 comp ao pequeno almoço
- + Coversyl® 5mg – 1 comp ao pequeno almoço
- + Alopurinol 100 mg – 1 comp ao jantar
- + Varfine® 5 mg – dose instituída de acordo com o valor do INR
- + Nebivolol 5 mg – ½ comp. Ao jantar

A doente verbaliza falhas no cumprimento do plano terapêutico instituído, referindo que por vezes os medicamentos acabam e não tem a preocupação de os comprar de imediato.

Além do esquema terapêutico existem várias indicações dadas pelos profissionais no sentido de manter a doença controlada evitando períodos de agravamento cardíaco. Entre elas encontram-se

- ✚ Importância da restrição hídrica
- ✚ Restrição salina
- ✚ Avaliação regular da tensão arterial e pulso
- ✚ Peso diário
- ✚ Atividade física regular
- ✚ Restrição na ingestão de carnes vermelhas, optar pelas carnes brancas e peixe
- ✚ Vigilância de sinais de hemorragia (gingivorragia, epistáxis, equimoses e hematomas sem causa aparente, hematúria ou perdas de sangue sem motivo

Neste contexto é possível observar que a doente cumpre a indicação de restrição hídrica e salina, tendo dificuldade em ingerir apenas carnes brancas pois refere serem mais caras e não poder tomar essa opção sempre.

Relativamente à vigilância da doença, não costuma habitualmente ver a tensão arterial e pulso, pois implica a saída do domicílio e opta por avaliar apenas quando tem consulta. Tem balança fazendo a avaliação semanalmente, referindo não se lembrar

A doente identifica sinais de alerta face a hemorragias ou sangramentos injustificados.

A doença para a D. RF é responsável pelo isolamento e limitativa na sua autonomia, conta com o apoio do marido e verbaliza estar dependente da sua ajuda no dia a dia

Quando questionada sobre as expectativas que possui face à equipa do HDIC a doente refere que esta unidade é o seu local de referência e que espera que a equipa dê resposta às suas necessidades de saúde. Relativamente a outros recursos refere ter médica de família que acompanha a sua situação, mas quando precisa é ao HD que recorre.

No que concerne às suas expectativas relativas aos seus familiares, refere que o marido é o seu grande suporte, “mesmo nas coisas da casa” “embora não faça a minha maneira, é melhor que nada”. Diz ainda que se sente apoiada pelo marido e que quando necessário algo mais complicado, os filhos aparecem sempre.

A D.RF sabe que a sua doença é crónica e que se trata de uma doença incapacitante à medida que vai progredindo.

Conhecimentos e recursos do doente idoso

A D. R passa grande parte dos dias em sua casa. Sai apenas acompanhada pelo marido para pequenas compras ou para consultas médicas.

Verbaliza não se importar e até preferir, pois diz que “sinto-me bem aqui, vejo televisão, é a minha companhia e depois vou até à minha varanda ver quem passa”. Continua “tinha um grupo de amigas, que moravam aqui perto, mas foram morrendo...sabe, tinha uma amiga, com quem falava mais e até sobre a minha vida, não é com qualquer pessoa que se pode falar disso, mas com ela podia, era muito minha amiga e escutava-me” ...”mas morreu há 2 anos e isso também me fez ficar mais por casa. Quem se encontra aí na rua não me interessa e prefiro ficar sossegada no meu canto”

“saio com o meu marido de vez em quando, ele ateima comigo, mas eu é que não quero, sabe, acho que ele não gosta de ir sozinho, também, mas eu não posso fico muito cansada, as pernas parece que me puxam para trás e que nunca mais chego, é um martírio”

No que toca à sua doença ela consegue identificar medidas não farmacológicas importantes na gestão da doença, embora manifeste dificuldade em algumas delas nomeadamente no controlo do sal “a comida não me sabe a nada, já tentei as ervas e o limão mas não é a mesma coisa, não consigo comer sem sal”, na dieta adequada “a vida está difícil, não podemos comer só peru ou frango e o peixe então nem falo nisso, vamos comendo de tudo, vamos vivendo, pode não ser o melhor mas é o que se consegue fazer” e a atividade física.

Cumprir o plano terapêutico instituído, sendo o marido que assumiu esse papel desde que a D. R ficou doente, uma vez que ela não sabe ler.

ENVOLVER-SE

De acordo com Gomes (2009) esta fase é, caracterizada pela criação de um espaço de reciprocidade e onde o respeito pelo tempo e espaço de cada um é tido em conta, na promoção de uma relação de qualidade. Promove-se o ambiente seguro, o enfermeiro demonstra competência técnica e relacional, ficando-se a saber o que se espera de cada um na relação.

A falta de conhecimentos, a sua capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) bem como conhecer as suas motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si, são possíveis nesta fase.

Conhecer o doente idoso/cuidador face à situação de doença

A D.R sabe que tem uma doença crónica e que vai tê-la sempre “vai estar comigo até eu morrer, não é?”, associa as limitações que tem a essa mesma doença.

Na vigilância da doença, não a realiza mesmo possuindo balança e aparelho de medição da tensão arterial, “Não me lembro, só quando estou assim mais tonta é que peço ao meu marido para ver”

Em casa encontra-se sentada na sala a ver TV, pernas pendentes com edemas presentes até ao joelho, não realizando elevação dos membros “não aguento estar com as pernas altas, sabe estou sempre a mexer-me daqui para a varanda, e para a casa de banho, por causa do Lasix®.

Este isolamento surge segundo a doente pela baixa tolerância ao esforço, provocado pela doença.

Para definir as intervenções de enfermagem individuais e adequadas às necessidades da D. R foi importante realizar a avaliação da sua capacidade funcional e cognitiva.

No que concerne às AVD foi avaliada com recurso ao Índice de Katz (ANEXO IV) com um score de 16 em 18 possíveis, apresentando limitação severa em tomar banho e lavar-se necessitando de apoio para entrar e sair da banheira, sendo independente nas restantes AVDs.

Para avaliar a capacidade funcional relativa às AIVD foi utilizado o Índice de Lawton e Brody (ANEXO V) com um score de 17 em 24 possíveis, salientando-se a dependência severa da doente para fazer compras, tomar a medicação e utilizar transportes.

A avaliação do estado cognitivo, pareceu-me pertinente neste contexto, para perceber a dependência do marido e de que forma se poderia incentivar a autonomia desta doente. A escala utilizada foi o MMSE (ANEXO III) com um score de 20 que para a população analfabeta indica ausência de deficit cognitivo.

A aplicação da escala de depressão geriátrica (GDS15) (ANEXO VIII) prendeu-se com o isolamento em que a doente se encontra e do qual não faz tentativas de sair,

parecendo-me pertinente o despiste de alguma síndrome depressiva. O Score obtido foi 6 correspondendo a depressão que pode ser observado quando a doente verbaliza sentir a vida vazia, sensação de inutilidade e tristeza grande parte do tempo.

O cuidado, Sr L. demonstra conhecer a medicação da esposa, as doses e horário das tomas. Tem presente as datas das próximas consultas e exames e incentiva a esposa a sair de casa por pequenos períodos (“mas sabe lá o que custa tira-la daqui”) e a fracionar as atividades domésticas para não experienciar cansaço.

Refere que, o facto, da esposa não querer sair limita a sua vida, pois nunca se pode afastar muito de cada, e este aspeto foi já responsável pelo afastamento do SR. L em relação aos seus amigos, com os quais costumava encontrar-se e que agora pela distância evita. Os horários das refeições, a toma da medicação e as tarefas domésticas ocupam grande parte do seu tempo, privando-o de algumas atividades que gostava de fazer anteriormente.

A D.R. manifesta receio face ao aumento da sua incapacidade para fazer as suas atividades domésticas, verbaliza angústia face à progressão da doença e questiona-se sobre a qualidade de vida que vai ter no futuro

CAPACITAR E POSSIBILITAR

Esta é uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, integrando a partilha dos significados da experiência na ação, possibilitando progressão do seu projeto de vida, ou pela ação do enfermeiro que assegura o cuidado que o Outro teria se tivesse a capacidade para decidir, permitindo assim que este prossiga a sua trajetória de vida (Gomes, 2009).

Tem implícita a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais. A mobilização dos conhecimentos presentes sobre a pessoa e o seu contexto de vida são importantes para promover o Cuidado de Si ou capacitar o assumir do cuidado do outro

Neste enquadramento foi avaliado o estado geral da doente, através dos sinais vitais, aproveitando para reforçar a importância da sua avaliação regular e o seu enquadramento na sua doença.

A presença de edemas nas pernas podem ocasionar sobrecarga cardíaca e uma medida simples como elevar os pés quando se encontra sentada pode facilitar o regresso

do sangue ao coração e reduzir os edemas, face a estas explicações a doente refere perceber, mas verbaliza que se esquece e não é prático. O aumento de peso é fundamental para o despiste de uma situação de agravamento

Na presença dos edemas reforça-se também o controlo da ingestão do sal, potenciando a retenção de líquidos.

A educação para a saúde realizada foi feita em conjunto com o marido, seu cuidador, no sentido de prover este de conhecimentos que lhe possibilitem atuar face à doença da esposa.

O reforço na atividade física é muito importante, na regressão de edemas, na manutenção da musculatura a nível dos membros inferiores e facilitadora da regressão do estadio depressivo. O marido era neste contexto um importante apoio da equipa e da doente, cujo desempenho era importante estimular.

A intolerância á atividade física encontrava-se também relacionada com uma má postura corporal que dificultava a correta expansão pulmonar.

A alimentação foi outra área detetada onde seria necessário intervir, a correta gestão da alimentação realizada poderia melhorar o seu aporte nutricional sem agravar a situação económica do casal.

COMPROMETER-SE

Para Gomes (2009) comprometer-se diz respeito à conjugação de esforços no sentido de se cumprirem os objetivos definidos. Acompanhamento do percurso da transição e trabalho em parceria para que se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real.

Este pressupõe um plano de cuidados para a promoção do cuidado de si. Este foi delineado recorrendo a linguagem CIPE.

Com o presente plano de cuidados propunha-se promover o cuidado de si, na doente e seu cuidador, cuja realidade pessoal se encontra limitada pela dependência da esposa.

A promoção de uma capacitação da D.R face aos sinais da doença, que não gere corretamente possibilitaria uma maior autonomia e capacidade de decisão sobre o seu percurso de vida. Neste estudo de caso o cuidador foi também alvo dos cuidados, não só

pelo apoio à doente mas também pela manutenção da qualidade de vida deste para que possa manter o seu projeto de vida e ajudar a esposa a assumir controlo sobre o seu.

Diagnóstico de Enfermagem	Ações/intervenções de Enfermagem
Stress do prestador de cuidados em grau moderado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar as alterações, no quotidiano do cuidador, com a prestação de cuidados ✓ Avaliar a interpretação que o cuidador dá à situação ✓ Isolar sintomas e sentimentos de sobrecarga ✓ Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados ✓ Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel. ✓ Encorajar o envolvimento da família. ✓ Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções. ✓ Elogiar envolvimento do prestador de cuidados ✓ Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade ✓ Discutir os efeitos que o presente horário e responsabilidade têm sobre ele. ✓ Incentivar relação dinâmica do prestador de cuidados com a família
Dispneia funcional em grau moderado frequente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar situações geradoras de dispneia ✓ Ensinar a doente a realizar posturas corporais corretas que permitam boa expansão pulmonar ✓ Planear a atividade física ✓ Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento ✓ Incentivar repouso
Edema em grau moderado muito frequente, no abdómen e membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar entrada e saída de líquidos ✓ Monitorizar local do corpo com edema ✓ Monitorizar perímetro abdominal ✓ Monitorizar peso corporal ✓ Elevar as pernas ✓ Informar sobre a ingesta dietética e hábitos que possam contribuir para a retenção de água (ex: sal) ✓ Alimentos enlatados ou congelados <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bebidas gaseificadas ✓ Aconselhar para: <ul style="list-style-type: none"> ■ A não utilização de cintas ■ A não utilização de meias até ao joelho ■ Não permanecer de pernas cruzadas

Diagnóstico de Enfermagem	Ações/intervenções de Enfermagem	
Risco de queda em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> Utilização de equipamento para prevenção das quedas Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas Ensinar técnicas para a redução da hipotensão ortostática Incentivar a caminhar pelo menos 2 a 3 vezes semana Iniciar a caminhada com alguém ao lado se necessário
Auto-cuidado: Atividade Recreativa, alterado em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> Discutir atividades realizadas anteriormente Estimular a partilha de sentimentos e emoções Incentivar a realização conjunta do planeamento da rotina diária Incentivar pequenos passeios e contacto com antigos amigos Planear atividades recreativas disponíveis na comunidade

Após esta interação a doente foi observada em HD um mês depois, sensivelmente. Esta encontrava-se mais ativa, realizava já pequenas caminhadas com o marido, não diariamente mas com alguma regularidade, segundo a doente fica cansada, denotando uma correta gestão do esforço realizado.

A sua participação nas atividades domésticas aumentou, demonstrando maior autonomia, embora nos scores das AVD e AIVD, não tenha ocorrido qualquer alteração.

A atitude do cuidador, na sessão do HD foi manifestamente diferente fazendo-se sentir mais presente e interessado, colocando dúvidas e validando aspetos focados nas intervenções, esta validação frente à doente, denota alguma necessidade de reforço e de aferição das indicações dadas.

Para este a melhoria da participação da esposa, veio aliviar a sensação de “prisão”, sentida pelo cuidador pois o fato da D R. ser capaz de por ex: iniciar os preparativos para as refeições, permite ao marido alguma flexibilização nos horários das suas saídas e contatos sociais (referidos como importantes para ele).

A doente mantém edemas (menos acentuados) nos membros inferiores e refere melhoria desde que começou os pequenos passeios e que tem feito elevação dos membros (não sempre mas quando vê que estão mais inchados, lembra-se).

A doente mantém a recusa para a utilização de auxiliares da marcha.

Demonstra conhecimentos sobre os cuidados necessários a nível da restrição hídrica e salina, sendo que a nível alimentar mantém uma dieta pouco fracionada e

recorrendo a alimentos mais económicos (nem sempre os mais indicados) para conseguir fazer face a todas as despesas familiares.

Relativamente à vigilância da doença, foi possível verificar ligeira melhoria através dos registos que traz para a sessão do HD. Pesa-se duas vezes por semana sensivelmente e avalia a sua tensão artéria quando sai com o marido para as caminhadas (não o faz sempre mas tenta avaliar uma vez por semana).

A doente verbaliza que estas caminhadas têm contribuído para retomar antigos contatos e pequenas conversas, diz ainda que por vezes permanece no banco de jardim, por curtos períodos e que isso lhe dá prazer.

Relativamente à mobilização dos filhos para apoio nas atividades domésticas ambos (doente e cuidador) referem que para já não querem (eles têm a sua vida e nós vamos conseguindo, ultrapassar as coisas juntos)

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

De acordo com Gomes (2009), nesta fase, a pessoa assume o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, caso não o consiga fazer o enfermeiro garante que possa seguir a sua percurso de vida, promove na família a capacidade para cuidar da pessoa idosa, existindo assim partilha de poder. Nesta fase da transição a pessoa consegue gerir a sua situação de doença e atuar face à mesma, procurando ajuda quando dela necessita, trabalha em parceria com a equipa de saúde na gestão da sua doença.

Neste caso particular é possível perceber que a doente apresenta uma maior autonomia e procura assumir o cuidado de si, estando ainda carenciada de apoio e intervenção em várias áreas (atividade física, correta gestão do esforço). O marido enquanto cuidador principal tem um papel primordial no assegurar o controlo pelo cuidado da esposa, possibilitando o seu trajeto de vida (nomeadamente na preparação da medicação, apoio na higiene e substituição da doente nas atividades que ela não consegue fazer por si)

Denota-se ainda lacunas na postura da doente face a sua situação, exigindo uma intervenção continuada e adaptada em cada momento.

REFLEXÃO

O conhecimento profundo da situação de vida e de doença de um doente, possibilita um crescimento pessoal e o desenvolvimento de competências, que promove uma mudança comportamental face aos doentes idosos. A centralidade dos cuidados no doente, presente no modelo de parceria, possibilita uma perspetiva muito detalhada dos cuidados ao doente idoso, na promoção da sua autonomia para melhor fazer face à situação e doença e ser capaz de assumir o seu trajeto de vida e de saúde. Quando este não for capaz de o fazer por si a estratégia passa por desenvolver uma ação conjunta, onde o enfermeiro ou cuidador asseguram o controlo do cuidado do outro, permitindo a continuação do seu trajeto de vida.

Neste caso concreto é possível afirmar que os doentes participam nos cuidados se lhe for dada possibilidade para isso e que estes gostam de participar na tomada de decisão.

O enfermeiro tem de compreender a importância de aceitar todos resultados das intervenções e a liberdade do doente em gerir a sua doença como considerar melhor para si. Embora por vezes as decisões que o doente toma não sejam as ideais face ao seu estado de saúde, é necessário respeitar a sua decisão e dentro dela procurar obter o máximo rendimento, informando e promovendo a reflexão em busca da mudança.

APÊNDICE XIII

GRELHA
DE OBSERVAÇÃO FINAL
DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

GRELHA DE OBSERVAÇÃO FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

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

N – 8 doentes idosos com internamento por IC entre 03 e 17 de fevereiro de 2012, acompanhados em regime de H dia.

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
1 - Identidade do doente idoso internado				
1.1 - Como prefere ser chamado	5	3	0	0
1.2 – Idade	8	0	0	0
1.3 - Estado civil	8	0	0	0
1.4 – Escolaridade	6	2	0	0
1.5 – Profissão	5	1	2	0
1.6 – papel que ocupa na família	4	4	0	0
2 - Contexto de vida do doente idoso				
2.1 – Onde reside	6	2	0	0
2.1 - Com quem reside	8	0	0	0
2.3 - Condições habitacionais	6	2	0	0
2.4 – Condições de acesso (elevadores, pavimentos irregulares, planos inclinados)	6	2	0	0
2.5 – como ocupa os seus dias	6	2	0	0
2.6 - Cuidador principal (identificação, contactos, grau de escolaridade)	5	0	3	0
2.7 - Suporte familiar (identificação, contactos e grau de escolaridade)	3	1	4	0
2.8 – Hábitos de vida / comportamentos aditivos	5	0	3	0
2.9 – Fatores de risco identificados	6	2	0	0
2.10 - Capacidade funcional (AVD's e AIVD's)	8	0	0	0
2.11 - Rede de apoio fora do H dia (centro de saúde, apoio domiciliário; fornecimento de alimentação)	5	3	0	0
2.12 – Condição financeira	7	0	1	0
2.13- Experiências anteriores que influenciam a experiência atual	0	3	5	0
3 – Impacto da doença e o seu significado na sua vida				
3.1 – Diagnóstico	8	0	0	0
3.2 – Prognóstico	1	7	0	0
3.3 - Antecedentes pessoais	8	0	0	0
3.4 - Tratamento instituído	8	0	0	0
3.5 – Religião e espiritualidade	2	6	0	0
3.6 - O lugar que a doença ocupa na sua vida	4	0	4	0
3.7 – Expectativas sobre o desempenho dos profissionais de saúde	0	8	0	0
3.8 -Expectativas sobre desempenho de familiares	0	8	0	0

4 – Conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença				
4.1 – Suporte social (ocupação de tempos livres, amigos, cultos; centro de dia, voluntariado)	5	3	0	0
4.2 – O que a pessoa idosa e família sabem sobre a situação	2	6	0	0
4.3 – Conhecimentos sobre o que podem fazer na gestão da doença (restrição hídrica, restrição de sal; atividade física, alimentação, sono e repouso, cumprimento do plano terapêutico)	2	6	0	0
4.3 – O que já fazem de forma autónoma	3	5	0	0
4.4 – Que ajuda necessitam	3	5	0	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
1 - 0 enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de saúde.				
1.1 – Avalia o conhecimento do doente face à sua doença crónica	2	4	2	0
1.2 – Capacidade funcional (AVD e AIVD)	8	0	0	0
1.3 – Reação do doente face a doença	4	2	2	0
1.4 – Determina conhecimentos demonstrados pelo doente/cuidador	1	4	3	0
1.5 – Determina medos, receios e angústias face à situação de doença	4	2	2	0
2 - 0 enfermeiro partilha experiências com o doente idoso/cuidador				
2.1 – Aspetos fundamentais a avaliar em cada momento e seu significado	5	2	1	0
2.2 – Esclarece dúvidas e fornece suporte face a receios identificados	5	1	2	0
2.3 - Partilha informação (riscos e benefícios do regime terapêutico medicamentoso)	5	1	2	0
2.4 - Envolve o doente idoso/cuidador na gestão da doença crónica e reforça as suas capacidades	3	2	3	0
2.5 - Estabelece uma relação de confiança	0	8	0	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
0 enfermeiro promove o cuidado de Si no doente idoso/cuidador:				
1.1 - Partilha o poder. Informa/esclarece	5	2	1	0
1.2 - Reforça a importância da vigilância da saúde	6	2	0	0
1.3 - Promove a reflexão da pessoa idosa sobre os cuidados necessários a uma correta gestão da doença	0	6	2	0
1.4 - Promove a capacidade de atuar em conformidade com a situação de doença	2	4	2	0
1.5 - Engloba o cuidador em todo o processo de gestão da doença	1	5	2	0
1.6 - Ajuda o cuidador a construir capacidades para cuidar da pessoa idosa (dieta, atividade física, medicação)	2	3	3	0
1.7 - Respeita o ritmo e tempo da pessoa	0	8	0	0
1.8 - Promove a autonomia	0	5	3	0
1.9 - Reforça positivamente	2	6	0	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
0 enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o Cuidado de Si				
1.1 - Ajuda e dá suporte nas escolhas do doente e família	3	5	0	0
1.2 - Negoceia novas intervenções	5	3	0	0

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

INDICADORES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Assumir e assegurar o controle do Cuidado de Si				
1.1 - Permitir que a pessoa idosa tenha controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde	1	7	0	0
1.2 - Capacita a pessoa idosa e seu cuidador com a informação necessária para o cuidar	1	7	0	0
1.3 - Antecipa complicações	1	7	0	0

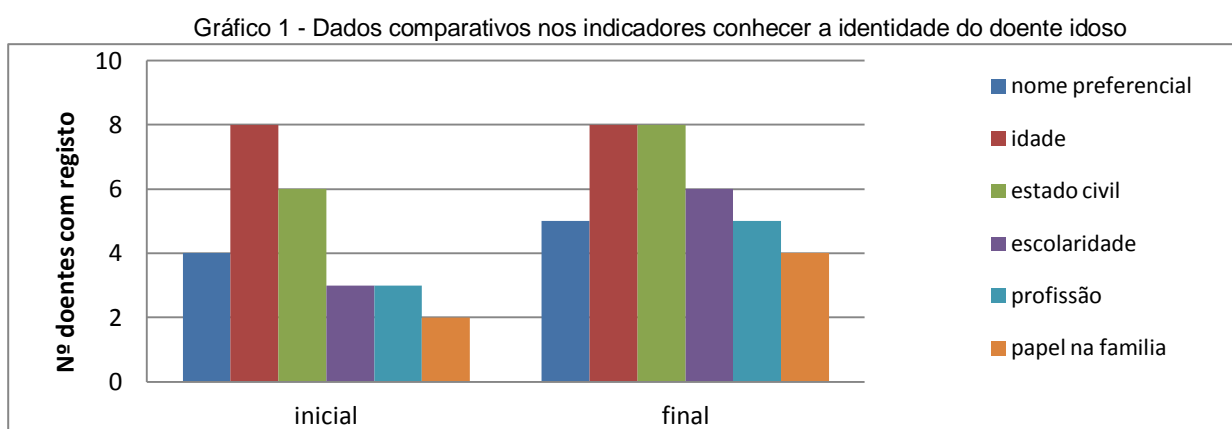
APÊNDICE XIV

ANÁLISE FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

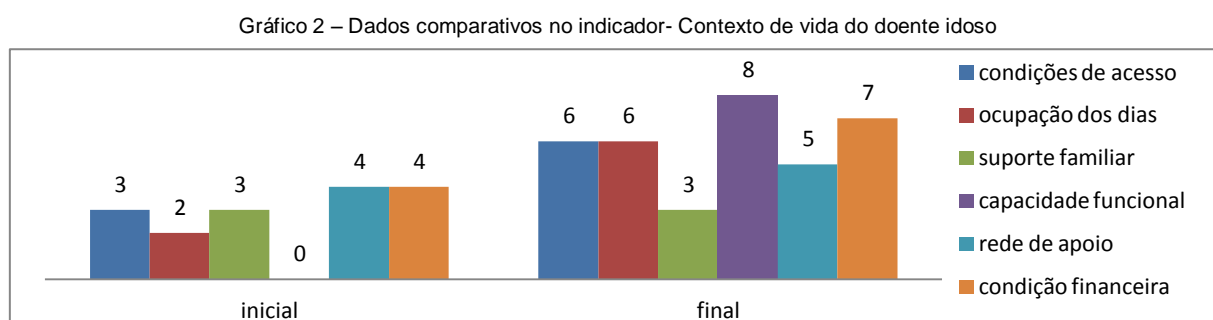
Resultados

❖ Para que a descrição não seja tão exaustiva apresentarei só as diferenças constatadas na análise dos registos de forma a relevar as mudanças verificadas na equipa a nível dos registos.

❖ Relativamente à primeira fase do Modelo de Parceria – revelar-se, na primeira categoria identificada – **conhecer a identidade do doente idoso** é possível verificar um cuidado no registo destes elementos. Como podemos observar no gráfico em baixo a escolaridade, profissão e o papel que o doente idoso desempenha no seu seio familiar, foram elementos com mudança significativa.



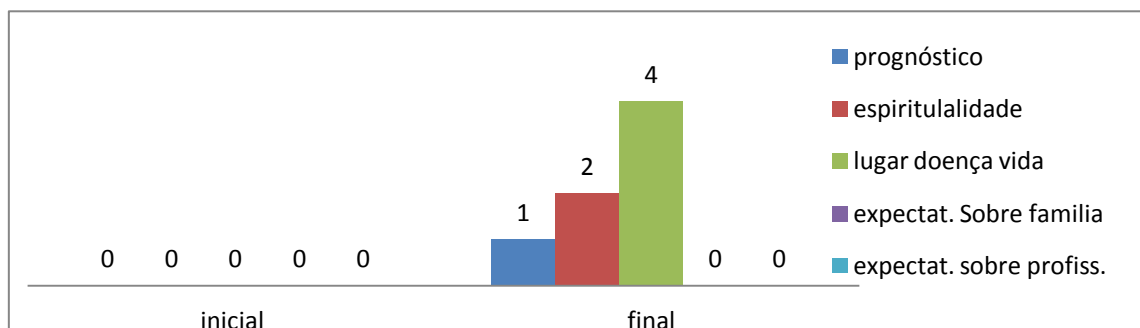
❖ No **contexto de vida do doente idoso**, permitiu perceber que quase todos os aspetos avaliados obtiveram uma melhoria no seu registo, sendo de salientar a avaliação da capacidade funcional que foi avaliada em todos os doentes com o recurso às escalas introduzidas na intervenção telefónica estruturada.



❖ O **impacto da doença e o seu significado na sua vida** foi também objeto de estudo, e os resultados obtidos pela análise permite verificar um ligeiro aumento na preocupação de inquirir os doentes sobre temáticas como o prognóstico, a espiritualidade, o lugar da doença na sua vida e as suas expectativas face à família e profissionais de

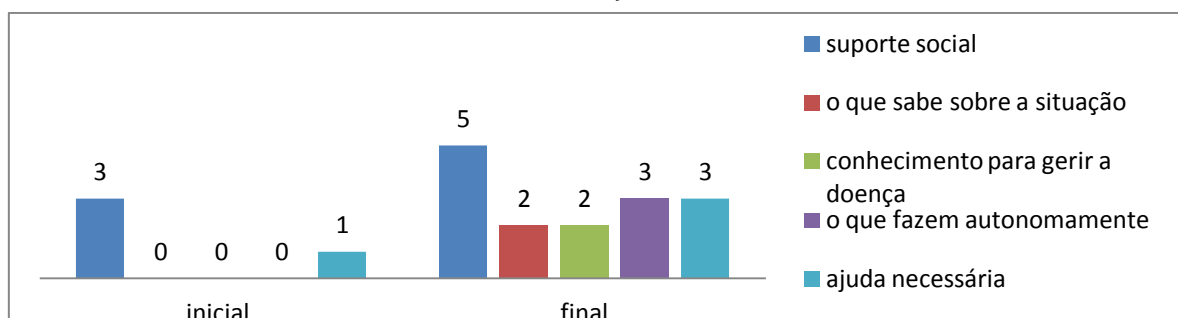
saúde, no entanto considero que ainda insuficiente para permitir concluir a mudança de atitude face ao registo deste indicador.

Gráfico 3 – dados comparativos do indicador - impacto da doença e o seu significado na sua vida



◆ O último indicador referente à primeira fase consiste na perceção dos **conhecimentos e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença**. Inicialmente foi constatado que a equipa efetivamente não registava praticamente nada destes indicadores, a implementação desta estratégia permitiu uma melhoria dos registos de enfermagem. Importa salvaguardar que na análise inicial verificava-se uma tentativa de registo nestes indicadores existindo muitos doentes com registos incompletos nestas áreas Embora se trate de uma intervenção à distância, o fato do enfermeiro se encontrar isolado, sem ruído, interferências ou interrupções permite uma maior disponibilidade para o idoso e uma maior capacidade de estar, promovendo momentos de partilha diferentes daqueles vivenciados em HDIC. A necessidade de conhecer o contexto de vida do doente, os seus hábitos e rotinas, é imprescindível para poder intervir, levando assim o enfermeiro a valorizar estes aspetos tão importantes da vida do doente com doença crónica.

Gráfico 4 - Dados comparativos do indicador - **conhecimentos** e recursos do doente idoso/cuidador para fazer face à situação de doença

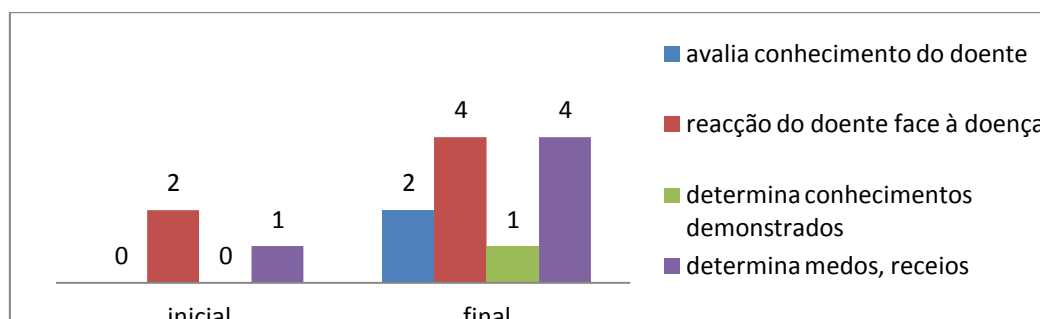


◆ Para a segunda fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) foram criados os indicadores: o enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de doença

e o enfermeiro partilha experiência com o doente idoso e seu cuidador. Também nestes era visível uma falta de efetivação a nível dos registos. Uma vez que pelo descrito anteriormente na análise das práticas, a equipa de enfermagem delinea estratégias e desenvolve intervenções que vão de encontro aos indicadores descritos, não os traduzindo nos registos que realiza.

Assim e realizando a análise comparativa dos registos é possível observar que relativamente ao primeiro indicador o enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de doença, verifica-se uma melhoria dos registos. Esta melhoria não foi significativa, mas espelha o crescimento da equipa e a sua preocupação em fazer transparecer o trabalho que desenvolve com o doente idoso. Este conhecimento é fulcral para o sucesso da intervenção pois *“muitas pessoas não estão suficientemente esclarecidas, estão muito vulneráveis pela doença ou simplesmente não querem envolver-se no seu processo de saúde-doença. Neste propósito as enfermeiras precisam reconhecer estas diferenças e atuar de acordo com as mesmas (Carvalho, 2007, p.47)* Uma outra dificuldade identificada na realização dos registos é a terminologia específica do Modelo, com que a equipa contacta à relativamente pouco tempo.

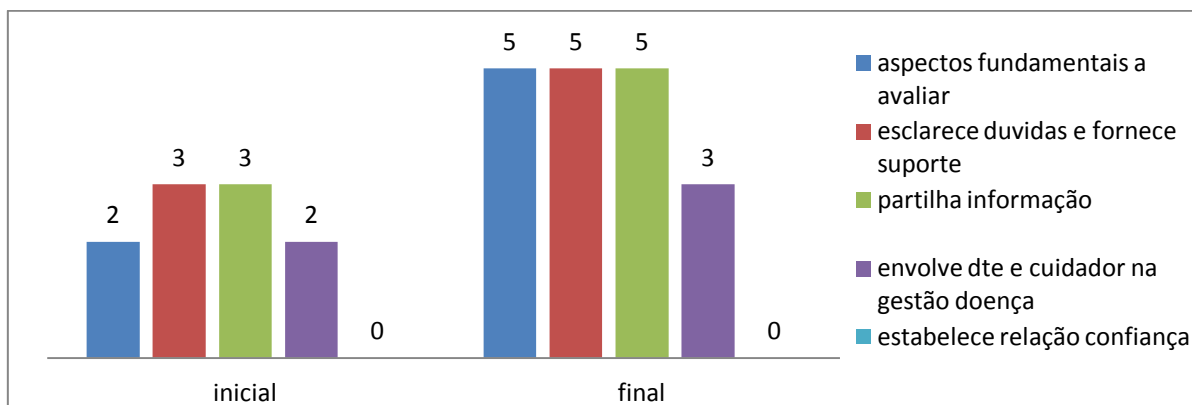
Gráfico 5 – dados comparativos do indicador - O enfermeiro conhece o doente idoso/cuidador face à sua situação de saúde



A **partilha de experiências pelo enfermeiro com o doente idoso**, foi um indicador onde se percebeu uma melhoria dos registos. O trabalho no HDIC, assenta muito na informação do doente, no retirar de dúvidas e no envolvimento do doente no seu processo terapêutico. Para Carvalho (2007, p.55) “ a informação dada aos doentes, baseada nas necessidades individuais, aumenta a autonomia e o controlo, reduz a ansiedade e a dor e aumenta de forma significativa a sua recuperação”. Mas aquando da análise inicial dos registos, foi possível verificar que os registos não espelhavam a filosofia da unidade, nem o trabalho nela, desenvolvido. Foi algo que me fez refletir sobre a importância dos registos de enfermagem e em como eles espelham o nosso desempenho, muitas vezes de maneira errada. De acordo com a OE (2003 p.1) “por

registos de enfermagem entende-se o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados”.

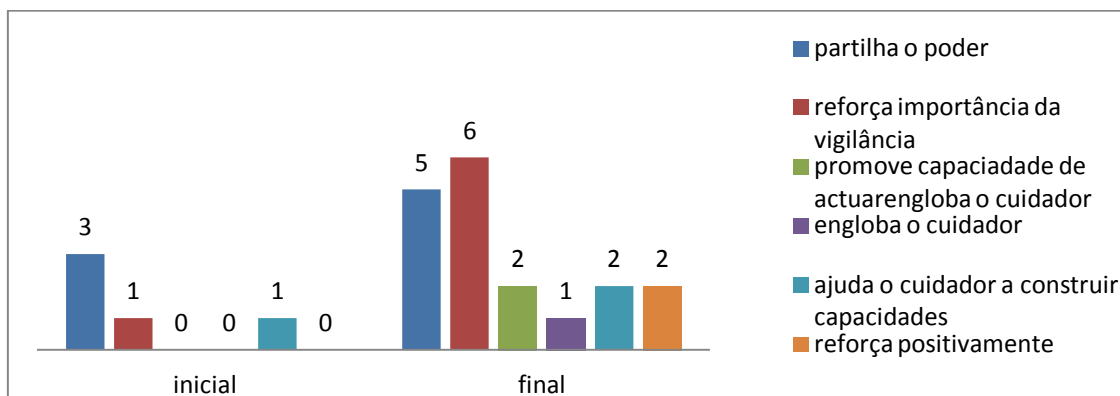
Gráfico 6 – dados comparativos do indicador - O enfermeiro partilha experiências com doente/cuidador



◆ Na fase seguinte do Modelo de Parceria promove-se a capacitação do idoso na consecução da sua autonomia. Assim o indicador para esta fase - **o enfermeiro promove o cuidado de si no doente idoso/cuidador**, assume uma importância especial, pois é este trabalho desenvolvido com o doente e seu cuidador que vai permitir a autonomia máxima do doente e possibilitar o assumir do cuidado de si.

◆ Na avaliação inicial optei por não esquematizar este indicador cujos dados obtidos traduziam a quase inexistência de registos nesta área, sendo que na avaliação final é visível uma mudança de atitude no sentido da realização e registos de enfermagem mais completos. O fato destes doentes terem sido acompanhados em intervenção telefónica estruturada, possibilitou uma sistematização mais completa dos registos, permitindo a sua categorização nas várias fases do modelo. É importante salientar que existem aspetos que não sofreram alterações com o decorrer do meu estágio, a nível da efetivação dos registos. Por considerar importante aborda-los foram considerados no gráfico seguinte:

Gráfico 7 – dados comparativos relativos ao indicador - O enfermeiro promove o cuidado de si no doente idoso/cuidador



◆ Relativamente à promoção da reflexão, ao respeitar o ritmo da pessoa e na promoção da autonomia não se verificaram diferenças nos registos de enfermagem sendo estes nulos em ambas as avaliações.

◆ Para a 4ª fase do modelo de Parceria de Gomes – comprometer-se, a categoria criada foi **o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir para possibilitar o cuidado de si**. Foram analisados dois indicadores que na avaliação inicial não eram registados, que eram: ajuda e dá suporte nas escolhas do doente e família e negocia novas intervenções. Para tal e concordando com Carvalho (2007, p.50) *“quando o doente é reconhecido e respeitado como um ser singular, em toda a sua dimensão. Aceita e torna legítimo o poder do enfermeiro como um profissional competente, responsável para tomar conta do seu processo de cuidados”* Após esta segunda avaliação foi possível observar que a nível da ajuda e suporte nas escolhas do doente e família a mudança foi positiva com 3 doentes com registos neste indicador contrapondo com 0 na avaliação inicial. Ao analisarmos o segundo indicador é visível ainda uma maior mudança a nível de registos, de apenas um registo para 5 doentes com registo neste indicador. Considero que a intervenção telefónica estruturada veio constatar a importância de registo das intervenções negociadas com os doentes como forma de prover a continuidade dos cuidados.

◆ Na última fase do modelo de Parceria – assegurar o cuidado de Si foi analisada a categoria **assumir e assegurar o cuidado de si**, onde foram inseridos 3 indicadores, cujos valores obtidos não traduziram grande variação.

APÊNDICE XV

ANÁLISE DOS SCORES
OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS
DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Para a perceber o comportamento dos scores obtidos com a avaliação funcional dos idosos foi esquematizado em quadros possibilitando uma análise mais sensível e detalhada.

ÍNDICE DE LAWTON E BRODY

Quadro 1 – scores obtidos na avaliação da capacidade funcional relativa às instrumentais de vida diária

ÍNDICE DE LAWTON E BRODY				
	Basal	Alta	4ª Semana	12ªSemana
Doente 1	19	19 <u>Limitação ligeira</u> no uso de transportes e na realização de compras	22 <u>Independente</u> nas AIVD exceto na realização das compras	22
Doente 2	12	7 <u>Limitação total</u> - preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa e compras <u>Limitação grave</u> – toma da medicação; uso de transportes	11 <u>Limitação total</u> – tratamento da roupa <u>Limitação grave</u> – nas compras, toma da medicação e preparação das refeições	20 <u>Limitação grave</u> na realização de compras <u>Limitação ligeira</u> na lida da casa
Doente 3	24	24 Independente nas AIVD	24 Independente nas AIVD	24 Independente nas AIVD
Doente 4	7	8 <u>Limitação total</u> – uso de transportes, preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa e compras <u>Limitação grave</u> – toma da medicação;	9 <u>Limitação total</u> – uso de transportes, preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa e compras <u>Limitação grave</u> – toma da medicação	9 <u>Limitação total</u> – uso de transportes, preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa e compras <u>Limitação grave</u> – toma da medicação
Doente 5	19	19 Independente nas AIVD	19 Independente nas AIVD	19 Independente nas AIVD
Doente 6	9	9 <u>Limitação total</u> – preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa e toma da medicação <u>Limitação grave</u> –fazer compras	10 <u>Limitação total</u> – preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa <u>Limitação grave</u> –fazer compras e tomar a medicação	10 <u>Limitação total</u> – preparação refeições, lida da casa, tratamento de roupa <u>Limitação grave</u> –fazer compras e tomar a medicação
Doente 7	24	16 <u>Limitação grave</u> – fazer compras, uso de transportes	21 <u>Limitação grave</u> – realizar compras	21 <u>Limitação grave</u> – realizar compras
Doente 8	9	6 <u>Limitação total</u> – em todas as AIVD exceto uso do telefone e gestão do dinheiro	12 <u>Limitação total</u> - lavar e tratar roupa <u>Limitação grave</u> -na realização de compras, toma da medicação e preparação da medicação <u>Limitação ligeira</u> na lida da casa e uso dos transportes	13 <u>Limitação grave</u> -na realização de compras, toma da medicação e preparação da medicação, lavar e tratar da roupa <u>Limitação ligeira</u> na lida da casa e uso dos transportes

Para Botelho (2000, p.58) autonomia instrumental foi definida como a “a capacidade de execução de tarefas relacionadas com a adaptação ao meio ambiente”.

Da análise realizada é possível observar que as atividades instrumentais mais afetadas são o uso de transportes, cuida da roupa, lida da casa e realização de compras. Estas dependências traduzem isolamento do doente idoso no seu domicílio, implicando desajustes em outros aspetos da doença como atividade física, alimentação, gestão do esforço responsáveis por grande declínio funcional nestes doentes.

Dos oito doentes cinco apresentaram dependência grave ou total em três ou mais atividades instrumentais de vida diária, denotando uma população com grande grau de dependência.

Nos scores basais mais baixos verifica-se maior agravamento da autonomia funcional com o internamento.

No fim do primeiro mês regista-se uma melhoria dos scores que é progressiva e se mantém até ao terceiro mês, sendo que a quase totalidade dos doentes apresenta ao fim do terceiro mês scores superiores aos basais (antes do internamento).

ÍNDICE DE KATZ

Quadro 2 – scores obtidos nas avaliação da capacidade funcional relativa as atividades de vida diária

ÍNDICE DE KATZ				
	Basal	Alta	4ª Semana	12ª Semana
Doente 1	16	16 Requer ajuda para tomar banho	18 Independente nas AVD	18 Independente nas AVD
Doente 2	14	11 <u>Limitação grave</u> para tomar banho, vestir-se e transferência de posição <u>Limitação ligeira</u> no uso do sanitário	14 <u>Limitação grave</u> , vestir-se <u>Limitação ligeira</u> para tomar banho e transferência de posição	17 <u>Limitação ligeira</u> , vestir-se
Doente 3	18	18 Independente nas AVD	18 Independente nas AVD	18 Independente nas AVD
Doente 4	10	10 <u>Limitação grave</u> para vestir-se, usar sanitários e transferência de posição	15 <u>Limitação ligeira</u> para vestir-se, usar sanitários e transferência de posição	15 <u>Limitação ligeira</u> para vestir-se, usar sanitários e transferência de posição
Doente 5	18	18 Independente nas AVD	18 Independente nas AVD	18 Independente nas AVD
Doente 6	11	12 <u>Limitação grave</u> para tomar banho, vestir-se <u>Limitação ligeira</u> na transferência de posição	14 <u>Limitação grave</u> para, vestir-se <u>Limitação ligeira</u> na transferência de posição e tomar banho	16 <u>Limitação ligeira</u> para vestir-se e tomar banho
Doente 7	18	9 <u>Limitação grave</u> a tomar banho, vestir-se, uso dos sanitários	18 Independente nas AVD	18 Independente nas AVD
Doente 8	16	13 <u>Limitação grave</u> a tomar banho <u>Limitação ligeira</u> na transferência de posição, uso dos sanitários e vestir-se	15 <u>Limitação ligeira</u> a tomar banho, vestir-se, uso dos sanitários	18 Independente nas AVD

De acordo com Botelho (2000, p.58) a autonomia física é definida como “a capacidade de execução de tarefas relacionadas com cuidados pessoais diários”.

Pelo quadro representativo dos scores obtidos podemos constatar que dos oito, seis apresentam dependência na realização de pelo menos uma atividade de vida diária.

As atividades de vida mais afetadas foram: tomar banho, vestir-se e transferências, traduzindo nos doentes um grau de dependência considerável. O desenvolvimento de estratégias que possibilitem aos doentes de forma gradual recuperarem a sua autonomia foi uma preocupação constante durante todo o trajeto.

A criação de apoios físicos no wc e banheira, bem como auxiliares de marcha na fase de transição imediatamente após a alta, ensino de técnicas de vestir menos exigentes a nível de esforço para o doente e cuidador, mudança gradual de posição,

foram áreas abordadas com o doente e cuidador na promoção da sua autonomia para o assumir do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro.

Metade dos doentes apresentou declínio na sua capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária, com o internamento. Durante esta intervenção foi possível verificar de um modo geral, uma melhoria ligeira nos scores obtidos, ocorrendo esta na sua maioria durante o primeiro mês após a alta hospitalar.

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Quadro 3 -. Scores obtidos na avaliação inicial e final dos doentes relativamente ao seu estado nutricional

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA®		
	SCORE NA ALTA	SCORE 12ª SEM
Doente 1	18	23
Doente 2	19	20.5
Doente 3	24	27.5
Doente 4	20	25
Doente 5	26	26
Doente 6	24	24
Doente 7	20	26.5
Doente 8	18.5	28

De acordo com Lopes (2011) a desnutrição no idoso aumenta a incapacidade física, diminuindo a qualidade de vida e aumentando a morbilidade e consequentemente a mortalidade. O internamento é muitas vezes responsável pelo aumento da debilidade física do doente, atrofia muscular, verificando-se muitas vezes alterações nutricionais importantes.

O MNA, permite avaliar o estado nutricional do doente e dos oito doentes avaliados, cinco apresentava risco de desnutrição, na avaliação inicial, sendo um aspeto importante na intervenção com os doentes.

Na avaliação final verificou-se melhoria em todos os doentes, no entanto dois mantiveram ainda scores considerados como risco de desnutrição.

Os contactos frequentes com os doentes permitem aferições regulares dos hábitos alimentares possibilitando intervenções dirigidas a situações concretas do contexto do doente.

MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

Quadro 2 – scores obtidos com a avaliação do estado cognitivo

MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)		
	HABILIT. LITERÁRIAS	SCORE DO MMSE
Doente 1	12º ano	26 - défice cognitivo ligeiro
Doente 2	3ª classe	23 - sem défice cognitivo
Doente 3	6º ano	30 – sem défice cognitivo
Doente 4	Iliteracia	17 - sem défice cognitivo
Doente 5	9º ano	29 - sem défice cognitivo
Doente 6	Liceu	24 - sem défice cognitivo
Doente 7	12º ano	28 - sem défice cognitivo
Doente 8	Iliteracia	27 - sem défice cognitivo

A avaliação do défice cognitivo possibilita uma melhor compreensão do doente com quem vamos intervir e perceber as suas capacidades de memória, compreensão, aprendizagem e processamento das informações fornecidas.

Scores alterados nesta validação surgem muitas vezes como indicador da necessidade de ajuste da linguagem, da quantidade de informação transmitida, da validação frequente da retenção da informação e da necessidade da existência de um cuidador com quem se possa, em parceria, desenvolver a capacitação do doente ou substituí-lo no que ele não for capaz de fazer por si.

Nos doentes intervencionados, apenas um apresentava défice cognitivo ligeiro, tendo sido mobilizado o marido, enquanto cuidador principal, para a participação em algumas atividades, identificadas como problemáticas nomeadamente, alimentação e atividade física.

APÊNDICE XVI
GUIÃO DA ENTREVISTA

ESTRUTURA DO GUIÃO DA ENTREVISTA

Para a realização das entrevistas foi elaborada um guião da entrevista que foi estruturado em três blocos:

BLOCO A – onde é feita a legitimação da entrevista, explicitando o tema em estudo, solicitando a sua participação reforçando a importância da mesma, com o intuito de motivar o entrevistado para a importância do tema.

BLOCO B – recolha dos dados sócio demográficos, para a caracterização da amostra; garantir a confidencialidade das entrevistas.

BLOCO C – perceber os conhecimentos do doente face à sua situação de doença, recurso que utilizam, expectativas e sugestões face à intervenção telefónica.

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES FORMULADAS	OBSERVAÇÕES
<p><u>Bloco A</u></p> <p>Legitimação da entrevista</p> <p>Motivar a participação do entrevistado.</p>	<p>Legitimar a entrevista</p> <p>Motivar a participação do entrevistado, para o tema em estudo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição sucinta dos objetivos do estudo e percurso percorrido • Solicitar permissão para a realização da entrevista • Solicitar autorização para gravar integralmente a entrevista • Assegurar a confidencialidade da entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista programada para ter a duração de 15 a 20 min • Esclarecer eventuais questões do entrevistado
<p><u>Bloco B</u></p> <p>Aquisição dos dados sociodemográficos da amostra.</p>	<p>Caraterizar a amostra em estudo.</p>	<p>Idade</p> <p>Sexo</p> <p>Escolaridade</p> <p>Estado civil</p> <p>Com quem reside</p> <p>Cuidador principal</p>	
<p><u>Bloco C</u></p> <p>Abordar o tema da entrevista com o doente sobre a sua doença crónica.</p>	<p>Promover a reflexão dos doentes face aos conhecimentos que possuem sobre sua situação de doença, gestão que realizam da mesma, recursos que mobilizam, expectativas que possuem.</p> <p>Obter feedback sobre a intervenção realizada,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento/informação que possui acerca da sua doença? • Qual o conhecimento/ informação que tem sobre a gestão do seu processo de doença? • Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados? • Qual o conhecimento /informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde, se necessário? • Qual a sua opinião sobre a intervenção realizada, consigo, pelo telefone, após o internamento hospitalar? 	

Foi utilizada a entrevista, semi-estruturada, em que o entrevistador cria perguntas principais, podendo introduzir novas questões e alterar a sua sequência, para obter maior quantidade de informação. Esta permite ainda ao entrevistador adaptar o instrumento ao nível da compreensão do entrevistado (Fortin, 1999). Aspeto importante uma vez que a

minha população alvo é constituída por idosos, com algum declínio funcional e com baixo grau de escolaridade (Roque et al., 2010).

Baseado nas diretrizes de Bardin (2000), a análise das entrevistas é essencialmente temática, tendo neste caso recorrido ao modelo de Parceria e as fases que comporta (Gomes, 2007). A análise é também frequencial e quantitativa através da criação de unidades de registo (ur), que pela análise transversal, permite o recorte das entrevistas em redor de cada objeto, traduzindo as suas frequências.

As entrevistas foram identificadas com letras de A a H e as questões foram igualmente identificadas com as letras correspondentes ao bloco em que se situam.

Assim e de acordo com Bardin (2000) o processo de análise inicia-se com a leitura superficial, iniciando-se a codificação dos dados, que de acordo com a mesma autora segue três etapas:

- Recorte com as escolhas das unidades;
- Enumeração com as regras de contagem;
- Classificação e agregação com a escolha das categorias.

Aqui começa o processo de fragmentação das entrevistas nas unidades de registo que Bradin define como “o segmento de conteúdo a considerar como unidade de base” (1997, p.104) que tem como finalidade a categorização e a contagem frequencial. A codificação foi realizada, correspondendo uma letra a cada entrevista, uma segunda letra respeitante ao bloco da questão em análise e um nº respeitante à questão. O corpus de análise assim constituído, permitiu a agrupamento das unidades de registo de acordo com as semelhanças de significado que posteriormente foram agrupadas nas categorias definidas à priori e que têm por base as fases do Modelo de Parceria.

Na primeira área temática objetivou-se a análise do conhecimento/informação que os doentes possuem sobre a sua doença, determinar se os doentes conseguem identificar a sua doença, sinais e sintomas de descompensação, bem como perceber se consideram a informação suficiente e em que medida esta foi importante na sua trajetória de vida, foram as áreas abordadas.

Na segunda área pretendeu-se avaliar os conhecimentos/informação que o doente possui sobre o seu processo de doença (sinais e sintomas de descompensação, medidas de vigilância, medicação instituída, seus benefícios e consequências em caso de não adesão).

Seguidamente a área temática respeitante à participação do doente no seu processo de doença, focalizando na perceção do doente sobre a possibilidade de participar nas decisões não farmacológicas, a relação com o profissional de saúde e se o apoio recebido responde às suas necessidades.

Numa quarta fase procedeu-se à análise da articulação do doente com os serviços de saúde que dispõe, tentando perceber quem contacta em caso de aparecimento de sinais e sintomas de descompensação da doença, em caso de dúvidas relativamente ao seu regime terapêutico e se precisar de receitas ou ligação a outro serviço de saúde que não seja o HDIC, a quem recorre.

Termina com a apreciação do doente para com esta intervenção.

APÊNDICE XVII

QUESTÕES ORIENTADORAS PARA A
ENTREVISTA

QUESTÕES ORIENTADORAS

1.^a Qual o conhecimento/informação que possui acerca da sua doença?

- ✓ Sabe que doença tem?
- ✓ Consegue identificar sinais e sintomas de descompensação da doença?
- ✓ As informações fornecidas foram adequadas?
- ✓ O conhecimento/informação trouxe algum contributo para a aceitação da sua doença?
- ✓ O conhecimento/informação ajudaram-no a definir a sua trajetória de vida?

2.^a Qual o conhecimento/informação que tem sobre a gestão do seu processo de doença?

- ✓ Sabe quais as medidas que deve tomar face a sinais de descompensação da doença?
- ✓ Quais os aspetos que deve vigiar/avaliar regularmente na sua doença?
- ✓ Consegue identificar 3 medidas (restrições/ limitações) que ajudem no controle da doença?
- ✓ Sabe identificar a medicação que toma?
- ✓ Conhece os benefícios dos medicamentos?
- ✓ Conhece os riscos que corre se não tomar os medicamentos?

3.^a Foi-lhe oferecida a possibilidade de participar nos cuidados?

- ✓ Sente que lhe é dada a possibilidade de participar nas decisões não farmacológicas?
- ✓ Sente confiança no enfermeiro?
- ✓ A ajuda prestada pelo enfermeiro do HDIC foi de encontro às suas necessidades?

4.^a Qual o conhecimento/informação que tem acerca da articulação com os serviços de saúde, se necessário?

- ✓ Sabe quem contactar em caso de aparecimento de sinais e sintomas de descompensação da doença?
- ✓ Sabe quem contactar em caso de dúvidas relativamente ao seu regime terapêutico?
- ✓ Sabe quem contactar se precisar de receitas ou ligação a outro serviço de saúde que não seja o HDIC?

5.^a - Qual a sua opinião sobre a intervenção realizada consigo, pelo telefone, após o internamento hospitalar?

APÊNDICE XVIII
TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA

PRÉ-TESTE

Entrevista A

Enf^a – Bom dia. Obrigada por ter aceite dar-me esta entrevista e responder a algumas questões sobre a sua situação de doença. Sabe a doença que tem?

Dte – não.

Enf^a – Não sabe?

Dte – Não.

Enf^a – O coração dilatado? Diz-lhe alguma coisa?

Dte – Sim Tenho miocardiopatia dilatada, mas também tenho Insuficiência renal e insuficiência cardíaca.

Enf^a – Sabe então qual é a doença que tem no coração?

Dte – Sei.

Enf^a – Consegue identificar sinais de descompensação da doença? O que começa a aparecer quando a doença começa a descompensar?

Dte – É a falta de ar, o cansaço e as pernas inchadas, mas principalmente a falta de ar e o cansaço. O cansaço é o que me assusta mais e me limita no meu dia a dia.

Enf^a – Acha que as informações fornecidas foram suficientes ao longo do processo e que ajudaram?

Dte – Tem sido ao longo do processo mas muito lentamente.

Enf^a – **Sim?** Havia alguma coisa que gostaria de ter sabido mais cedo?

Dte – Acho que havia de haver mais clareza logo de inicio.

Enf^a – Ainda no internamento?

Dte – Sim ainda no internamento.

Enf^a – O que gostaria de ter sabido mais cedo?

Dte – As limitações que a doença iria causar, é difícil adaptarmo-nos a esta doença.

Enf^a – Este conhecimento trouxe algum contributo para ajudar o Sr. A. A aceitar a doença?

Dte – A doença é extremamente difícil de aceitar, porque é uma doença onde tens um ótimo aspeto, não tens sinais físicos exteriores, nada de mal e, portanto psicologicamente afeta-te muito, e as pessoas que vivem à nossa volta não entendem aquilo que se está a

passar portanto. Como nos veem bem não conseguem... vêem-nos com ótima cara e não percebem... mas pronto.

Enf^a – E acha que as informações que lhe tem sido ditas sobre a doença o tem ajudado a orientar a sua trajetória de vida? A adaptar os seus projetos de vida?

Dte – Claro que têm, mas ainda não é o suficiente. Ainda não estou esclarecido até que ponto é que esta doença é crónica, mas o que é que isso quer dizer, que vai piorar que vai estabilizar, que vai...portanto não sei...

Enf^a – Esta é uma doença que tem períodos de oscilação.

Dte – Sim, isso já reparei.

Enf^a – E portanto, existem períodos de agravamento que muitas vezes levam ao internamento e há períodos em que recupera, mas o que acontece é que normalmente nunca se recupera para o patamar em que se estava, fica-se sempre um bocadinho mais abaixo. Sendo este o trajeto da doença que vai progredindo ao longo do tempo. O ideal é evitar essas quedas, ou seja, quando começa a haver um movimento de queda atuar logo para que ela não seja tão marcada e manter o máximo os períodos de estabilidade, mas a doença vai sempre progredindo.

Dte – Então o que se fará para evitar esse período de queda tão grande?

Enf^a –A vigilância da doença é fundamental.

Dte – Pronto OK, eu vigio a doença e começo a sentir-me mal, lentamente começo a sentir-me mal, tenho que procurar ajuda?

Enf^a – sim.

Enf^a – Quería falar agora sobre o seu conhecimento da gestão da sua doença. Se sabe quais são as medidas que deve tomar quando começam a aparecer os sinais de descompensação?

Dte – Ligar para a enf^a Isabel, doente ri...

Enf^a –E não só, que mais?

Dte – É só isso, cortar no sal e na água mas isso é mais difícil, se o sal é difícil a água ainda mais.

Enf^a – Sabe quais os aspetos importantes a avaliar no contexto da sua doença?

Dte – Os inchaços, a falta de ar e o cansaço.

Enf^a – O peso?

Dte – O peso está sempre mais ou menos na mesma.

Enf^a – Como pode dizer isso sem avaliar?

Dte. – Porque não noto alteração nas pernas nem no furo do cinto e por isso deve estar mais ou menos na mesma.

Enf^a – Mas agora não está?

Dte – Não.

Enf^a – Porquê?

Dte – Porque descompensei, mas eu sei o que causou, quase de certeza, foi a água, os líquidos. Por exemplo quando ficamos constipados temos tendência a beber mais líquidos e foi o que me aconteceu. Eu agora desde há 2 dias, que estou aqui a fazer o lasix na veia, deixei de beber líquidos praticamente. Só bebo líquidos às refeições e para tomar os comprimidos mais nada.

Enf^a –mas o importante é lembrar-se mesmo nesses momentos que não pode abusar, não é?

Dte – Sim mas abusar é o quê? É tudo muito subjetivo. Dizem-me 1,5 l de líquidos por dia, no total, é mais ou menos isso que bebo por dia. A questão do sal também não é clara para mim, o que é que é o sal? Vocês dizem que o normal é 6 grs de sal por dia, mas para nós é 2 grs de sal por dia, mas é sódio ou sal?

Enf^a – É sal.

Dte – Mas depois existem aqueles que têm mais sódio ou menos sódio.

Enf^a – Mas esses já são sais modificados, que por vezes são ricos em potássio que no seu caso também não é aconselhável.

Dte – Eu compro sal magnésio, não tem potássio e tem menos sódio.

Enf^a – Consegue identificar 3 medidas ou seja 3 restrições ou limitações que deve ter, ou cuidados que deve ter que o ajudem a controlar a doença.

Dte – Vigiar o sal, controlar a água e o resto eu não faço.

Enf^a – tomar a medicação não faz?

Dte – Claro que sim, refiro-me ao fumar e beber esses comportamentos eu não tenho...

Enf^a – Sabe qual é a medicação que toma?

Dte – Sei, já conheci melhor, agora por vezes, estou um bocado baralhado, já são muitos, mas o registo que me dão aqui facilita e evita baralhações.

Enf^a – conhece os benefícios dos medicamentos?

Dte – Alguns não.

Enf^a - Quais é que não sabe?

Dte – Epinitril e Enalapril.

Enf^a – São ambos para a tensão arterial, são vasodilatadores, servem para controlar a tensão arterial.

Dte – De resto tudo bem.

Enf^a – Conhece os riscos que corre se não tomar os medicamentos?

Dte – Sim, claro, descompensação e tenho que ser internado.

Enf^a – Foi-lhe oferecido a possibilidade de participar nos cuidados, acha que lhe foi dada possibilidade de participar nas decisões a nível da gestão da sua doença. Por exemplo quando falamos no sal e na água acha que lhe é dada a possibilidade de participar ou são muito impositivos?

Dte – Não acho impositivos, até acho que são pouco impositivos. Excetuando um médico que me disse “nem uma ponta de sal, nem uma pinga de vinho” o doente ri... Não, falando sério, considero que aqui são dadas orientações e acho que até tentam ajustar à pessoa a quem falam, por exemplo no meu caso o uso dos picantes, que embora faça mal é tolerado parcialmente por vós, acho que compreendem as necessidades dos doentes e tentam adaptar ao máximo.

Enf^a – Sente confiança no enfermeiro?

Dte – Em todos, especialmente em ti. Agora até me deixaste emocionado... (olhos lacrimejantes) Gosto muito do Hospital Pulido Valente. Acho que são aquilo que deve ser um Hospital. A parte técnica pode não ser XPTO e o tratamento humano aqui é XPTO. É um hospital com a dimensão que eu acho que deve ter um hospital. Esta coisa de fazer hospitais muito grandes, a ligação entre o doente e as equipas perde-se e isso acho que faz parte do tratamento.

Enf^a – É importante?

Dte – É super importante, por isso quando me falam nessa coisa dos mega hospitais é difícil, por exemplo Santa Maria nunca fui maltratado, mas eu quando saio de lá não saio tão bem como quando saio daqui.

Enf^a – Não sai com referência...

Dte – Não saio com referência nenhuma, é como se fosse ao mecânico e me tratassem das peças.

Enf^a – Acha que a ajuda prestada aqui pelos enfermeiros do HD foi de encontro as suas necessidades?

Dte – Acho que não.

Enf^a – Não?

Dte – Não, acho que excederam as minhas expectativas (doente ri). Até estava a dizer á minha mulher que aqui encontrei aquilo que não encontro nem em casa (emocionado) aqui encontrei uma compreensão da doença que eu tenho e as coisas aqui não são como dizíamos a bocado impostas, são-me expostas e faladas. Eu acho ótimo. Excedeu, pronto. Pequenos mimos.

Enf^a – Sabe quem é que há-de contactar quando surgem os sinais de descompensação?

Dte – A enf^a XXXX (ri), bom a última vez que eu tive uma descompensação grande fui para o Hospital, ter com o meu medico cardiologista particular, que me enviou para o H Caldas que depois me enviou para Peniche que era a minha área de residência e aí mandaram-me para trás que eu não tinha nada, em Peniche não sabiam o que haviam de fazer e eu disse para ligarem para o Pulido Valente.

Enf^a – Então e por exemplo se tiver alguma dúvida em relação a algum medicamento, a quem é que recorre para tentar obter ajuda?

Dte – Aqui, com o HDIC

Enf^a – E se precisar de receitas ou qualquer exame se não for ao H dia a quem recorre?

Dte – Ao centro de Saúde, que está a zero praticamente nisto.

Enf^a – Mas se calhar até era bom o seu médico assistente estar a par da sua situação de saúde.

Dte – Mas o médico é meu amigo, comemos juntos e já bebemos juntos muitas vezes.

Enf^a – então ele sabe?

Dte – Sim ele está a par de tudo, (ri)...

Enf^a – relativamente à intervenção telefónica que foi desenvolvida consigo nos últimos 3 meses, considera que foi benéfica para si?

Dte- então não, foi muito bom e ajudou-me imenso, alteraram a medicação por 2 vezes, e isso evitou que ficasse pior. Depois é importante porque surgem dúvidas em casa, às vezes até sem jeito, mas é bom ter alguém que nos ajude e esclareça...

Enf^a – Considera ser uma estratégia manter?

Dte- Sem dúvida, é um acompanhamento muito bom e que dá segurança pois sabemos que vocês estão do outro lado para nos ajudar a qualquer momento.

APÊNDICE XIX

GRELHA DE
CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO
DAS ENTREVISTAS AOS DOENTES

GRELHA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO DAS ENTREVISTAS AOS DOENTES

Quadro 1 – Conhecimento que o doente idoso possui sobre a sua situação de doença

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Conhecimento da situação de doença	Demonstram conhecimento sobre a doença	“tenho miocardiopatia dilatada, mas também insuficiência renal e insuficiência cardíaca” AC1
		“é arritmia” BC1
		“é arritmia e coração” CC1 “o mau funcionamento das artérias e o coração dilatado” CC1
		“insuficiência cardíaca” DC1 “coração dilatado” DC1
		“arritmia e insuficiência cardíaca” EC1
		“Fui operada à válvula e à aorta” FC1
		“é insuficiência cardíaca” GC1
		“sei que tenho o pacemaker, o problema na valvula e o coração muito fraco” HC1
		Antecipam o que lhe vai acontecer
	“tenho muita falta de ar e o coração assim abater (a doente bate no peito com grande rapidez) BC2	
	“sinto-me muito fraco e com umas picadas aqui” CC2 “as pernas ficam muito inchadas, até as partes baixas e a barriga” CC2 “parece que não apresento reação perco as forças” CC2	
	“falta de ar, cansaço, mas normalmente eu falta de ar não tenho, mas o cansaço sim, e as pernas por vezes incham” DC2	
	“Por vezes incham os pés, mas também tem a ver com a má circulação” EC2	
	“sinto-me mais descaída e com mais falta de ar, às vezes dá-me um aperto que vai até às costas” FC2 “Edemas aparecem mas nem sempre” FC2	
	“sinto-me fraca e com picadas aqui (aponta para a região esternal) GC2 “às vezes também sinto cansaço e depois fico stressas” GC2	
	“dor nas costas e cansaço, o cansaço é o pior” HC2 “dantes inchavam as pernas, agora não” HC2	

Quadro 1 – Conhecimento que o doente idoso possui sobre a sua situação de doença (cont.)

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Conhecimento da situação de doença	A informação é adequada	“Tem sido ao longo do processo mas lentamente” AC3
		“Óptimas, têm sido meus pais” BC3
		“Têm-me ajudado a viver um dia de cada vez” BC3
		“ajuda a ultrapassar o que estamos a passar naquele momento” CC3
		“a medida que as coisas acontecem vão-nos dando orientações que nos ajudam” CC3
		“têm, as vezes sou um bocado despistada, mas tem sim” DC3
		“sim e o acompanhamento também” EC3
		“Sim ajuda muito mesmo” FC3
		“sim não tenho nada a dizer” GC3
	“eu acho que sim, o que me tem valido é o hospital de dia” HC3	
	Aceitam a doença	“A doença é extremamente difícil de aceitar” AC4
		“não tens sinais físicos exteriores, nada de mal” AC4
		“Sim muito” BC4
		“que remédio, com certa resinação(ri)” CC4
		“O que é que agente vai fazer?” CC4
		“sim, embora sempre tenha aceite a doença” DC4
		“quando chegar a minha hora chega” DC4
		“Têm e sinto-me apoiado” EC4
“sim” FC4		
“qualquer problema sei que posso falar convosco” FC4		
“esta doença faz parte da minha vida” GC4		
“tenho aprendido algumas coisas para me ajudar” GC4		
“tem ajudado muito, se não fosse o vosso apoio já tinha morrido” HC4		

Quadro 1 – Conhecimento que o doente idoso possui sobre a sua situação de doença (cont.)

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Conhecimento da situação de doença	A informação permite assegurar o trajeto de vida	“Claro que têm, mas ainda não é o suficiente” AC5
		“A minha vida é aqui por casa, só saio para as compras” BC5 “Este ano fui à minha terra foi muito bom BC5 “Levei as caixinhas com os medicamentos e correu tudo bem” BC5
		“Mudei muita coisa” CC5 “agora com o frio não faço tanto mas com o tempo melhor de vez em quando vou, lá cantar uns fadinhos” CC5 “ajuda um bocadinho” CC5 “ ajudam a andar mais em cima das coisas, sentimo-nos mais acompanhados e vigiados” CC5 “ainda este fim de semana estive na casa do artista CC5
		É a mesma coisa, aquilo que tinha pensado continuo a pensar “ DC5 “Não vale a pena sofrer por antecipação” DC5 “gostava de ver os meus netos criados” DC5 “gostava de cá estar, para dentro das minhas possibilidades poder ajudar” DC5
		“bastante, eu sempre fui um bocado descuidado e aqui comei realmente a ter a noção de que tinha que ter cuidado EC5 “aqui realmente comecei a ter cuidado com as coisas” EC5
		Sim, penso que vou para melhor FC5 Que ainda vou fazer muitas coisas FC5 O meu desejo é voltar a cozinhar para o meu marido, agora não consigo, mas espero ainda vir a poder faze-lo FC5
		“também já não tenho muitos, sinto-me muito desanimada” GC5 “peço a deus que me leve e que não dê trabalho a ninguém” GC5 “vou fazendo o que posso em casa” GC5 “gostava de ir ver os meus filhos à Austrália, mas é muito longe GC5 Mesmo para o Porto desde que comecei a ficar doente nunca mais lá fui” GC5
		“não quero fazer mais nada, só quero ter saúde e não dar trabalho aos meus filhos” HC5

Quadro 2 – Participação na gestão do seu processo de doença

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Participam na gestão do processo de doença	Medidas a tomar face a sinais de descompensação	“disseram que tinha que parar...baixar a cabeça e respirar fundo e fazer as bombinhas” BC1
		“ligo muitas vezes para o HD para pedir ajuda” BC1
		“descanso e se ficar muito aflita ligo para aqui” DC1
		“andar, caminhar, alimentar-me e tomar o lasix” FC1
		“vigiar o peso e a tensão” FC1
		“descanso com o oxigénio, depois quando estou melhor levanto-me” GC1
	Identificam aspetos a vigiar na doença	“tenho que ficar quieta” HC1
		“tenho cá vindo várias vezes” HC1
		“respiro fundo e peço ajuda à minha filha” HC1
		“cortar no sal e na água” AC2
		“Vigiar os inchaços, a falta de ar e o cansaço” AC2
		“alteração nas pernas nem no furo do cinto” AC2
		“eu compro sal magnésio, não tem potássio e tem menos sódio” AC2
		“ a tensão arterial, que o meu filho vem tirar dia sim dia não” BC2
		“todos os dias esfrego as pernas, e não estão inchadas” BC2
		“se aparece cansaço” CC2
		“o inchaço nas pernas, a tensão arterial e o peso” CC2
		“tensão vejo todos os dias” DC2
“também me peso todos os dias” DC2		
“vou vendo se incho ou não” DC2		
“medir a tensão todos os dias e a diabetes Bem como o peso” FC2		
“tomar os medicamentos que isso é sagrado” FC2		
“ver se o cansaço aumenta” GC2		
Tomar a medicação certa” GC2		
“ver a tensão arterial, quando me sinto mais esmorecida peço á minha nora para ver” GC2		
“vejo sempre a tensão, os diabetes e o peso, e se as pernas inchem” HC2		
“este mês a minha nora comprou o aparelho para ver a tensão, vou-me pesando dia sim dia não” HC2		

Quadro 2 – Participação na gestão do seu processo de doença (cont.)

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Participam na gestão do processo de doença	Tomam atitudes que ajudem no controle da doença	“Vigiar o sal, e controlar a água” AC3 “a medicação...claro que sim” AC3
		“andar mais calma e descansar” BC3 “beber pouca água” BC3 “comer salada e sopa quase sem sal” BC3
		“evitar o sal, a água e tomar os medicamentos corretamente” CC3
		“comer menos, andar mais e controlar a quantidade de água” DC3 O sal Já à muito anos que não uso” DC3
		“vigiar a tensão” EC3 “comer como deve de ser” EC3
		“deixei de beber sumos, agora só bebo água” GC3 “O sal também ponho muito menos” GC3
		“não comer sal, não comer guisados” HC3 “Não beber muita água, apenas bebo uma garrafinha daquelas pequenas” HC3
	Identifica a medicação que toma e conhece os seus efeitos	“Sei, já conheci melhor” AC4 “mas o registo que me dão aqui facilita e evita baralhações” AC4 “Alguns não sei” AC4
		“eu lembrar-me, não sei” BC4 “lembro-me do varfine” BC4 “as enfermeiras arranjaram asa caixinhas e preparam-ma” BC4 “essa ideia foi uma grande ajuda” BC4 “alguns mas poucos, sei que tomo alguns para o sangue , outro para arritmia, para dormir” BC4
		“é a minha esposa que toma conta disso” CC4 “ele quer tomar conta mas depois baralha tudo e não pode ser” CC4 “eu tomo bem conta deles” CC4 “sei mais ou menos para que servem” “eutirox para a tiroide, varfine para o sangue...” CC4
		“Sei da tensão, do lasix, do revatio e bosentan, para a hipertensão pulmonar, os outro para a diabetes e o varfine” DC4 “Sim mais ou menos sei” DC4
		“Sei que não sei fixar, nem sou eu que o faço” EC4 “tenho uma caixinha com divisárias e é a inha filha que vai lá preparar” EC4 “se que tomo alguns para a diabetes, outro para a arritmia” EC4 “tenho o papelinho que me dão aqui e a minha filha é que toma conta” EC4 “é para ajudar a recuperação e estabilizar a doença” EC4
		“Não, a minha filha e a minha nora preparam tudo naquelas caixinhas e eu quando chega a hora tomo” FC4 “conheço sim, não posso passar sem eles” FC4

Quadro 2 – Participação na gestão do seu processo de doença (cont.)

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Participam na gestão do processo de doença	Identifica a medicação que toma e conhece os seus efeitos (cont)	“tenho o diulo, o lasix (...) conheço-os todos” GC4 “tomo-os certinhos de acordo com a folha do H. Dia” GC4 “Sei, os que é para a tensão, para adiabetes, arritmia GC4
		“Não sei o nome, sigo a folhinha do H dia” HC4 “ as minas noras deixam preparado Sei que tomo para a Diabetes, a insulina e um para fazer xixi” HC4 “servem para me aliviar, agora dizer que é apra isto ou aquilo, não sei” HC4
	Conhece os risco de não tomar medicação	“sim claro, descompenso e tenho que ser internado” AC5
		“fico pior do cansaço posso morrer” BC5
		“sim pode ser prejudicial à saúde” CC5
		“O risco é voltar tudo para traz” DC5 A medicação para mim é sagrada” DC5
		“é ele que ma prepara, mas mesmo assim confirmo sempre” DC5
		“é bater a bota Ou ficar aleijado numa situação complicada” EC5
		“Os riscos não são nada bons” FC5
		“sei, fico pior” GC5
	“fico mal, por isso tenho as caixinhas para as horas” HC5	

Quadro 3 – Possibilidade de participar nos cuidados

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Participação nos cuidados	Sentem que participam nos cuidados	<p>“aqui são dadas orientações e acho que até tentam ajustar a pessoa com quem falam” AC1</p> <p>“por exemplo no meu caso, o uso dos picantes, embora faça mal é tolerado por vós” AC1</p> <p>“compreendem as necessidades dos doentes e tentam adaptar ao máximo” AC1</p>
		<p>“acompanham sim, e dao-me indicações” BC1</p> <p>“quando estou aflita ligo e as meninas valem-me muito” BC1</p>
		<p>“acho que existe uma comunicação aberta” DC1</p> <p>Aliás estas coisas agente só faz se quer” DC1</p>
		<p>“eu tento seguir as indicações embora as vezes não consiga” EC1</p> <p>“a maneira como expõe os problemas são fáceis de compreender” EC1</p> <p>Não é aquela imposição EC1</p> <p>“é a maneira da gente saber negociar” EC1</p> <p>“saber psicologicamente que tipo de doente t~em e saber trabalhar com ele” EC1</p>
		<p>“eu sinto que me deixam participar, e eu gosto” FC1</p> <p>“gosto de dizer o que penso” FC1</p>
		<p>“acho que sim, que tentam sempre perceber a vontade do doente e tentar encontrar o meio-termo” GC1</p>
		<p>Eu faço tudo o que me dizem aqui, é para meu bem” HC1</p>

Quadro 3 – Possibilidade de participar nos cuidados (cont.)

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Participação nos cuidados	Sentem confiança na equipa	“em todos” AC2
		“esta coisa de fazer hospitais muito grandes, a ligação entre o doente e a equipa perde-se e isso para mim é importante” AC2
		“não saio tão bem como quando daqui” AC2
		“falando de outra instituição ...não saio com referencia nenhuma é como se fosse ao mecânico e me tratassem das peças” AC2
		“sim em todos” BC2
		“tenho confiança, sim até me trancarem lá em cima(ri)” CB2
		“Sim” DC2
		“sim , sinto-me apoiado” EC2
		“Já sei que se tiver algum problema ligo para cá” EC2
Participação nos cuidados	A ajuda corresponde às necessidades	“Excederam as minhas expectativas” AC3
		“Aqui encontrei o que não encontro nem casa” AC3
		“as coisas aqui são-me expostas e faladas” AC3
		“Sim, senhora se não fossem vocês, estava para aí metida na cama” BC3
		“sim” CB3
		“sim” DC3
		“sim, EC3
		“acho que está bem” FC3
		“tem estado sempre presente quando eu preciso” FC3
“sim, acho que sim” GC3		
“acho que sim, fazem tudo o que se pode” HC3		

Quadro 4 – capacidade de articulação com serviços de saúde

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Articulação com os serviços de saúde	Assumem o controlo do cuidado si	Recorro aqui AC1 Ao centro de saúde (receitas) AC1
		“telefone às senhoras enfermeiras” BC1 “Já não me lembro de ter ido ao centro de saúde” BC1
		“Aos médicos e enfermeiros do Hospital de dia” CC1 “Lá vocês vêem tudo e isso deixa-nos confiante” CC1
		“Quem contacto? Aqui o hospital de dia” DC1 “também tenho o médico de família” DC1
		“Ligo para o serviço e peço para falar consigo ou com uma colega” EC1 “normalmente vou ao HD e depois vocês encaminham” EC1
		“O hospital de dia para vir cá” FC1 “A minha filha é que toma conta dessas coisas, é aqui que ela pede ajuda” FC1 Não vou ao médico de família porque quando lá vou manda-me logo para o hospital” FC1
		“tenho que telefonar para aqui” GC1 Se precisar de contactar outro serviço, não sei...” GC1 Não tenho médico de família” GC1
		“telefone para cá” HC1 Receitas, à minha médica de família já tenho consulta” HC1

Quadro 5 – opinião sobre a intervenção realizada

Área temática	Categoria	Unidade de registo
Valorização da intervenção telefónica após internamento hospitalar	Opinião sobre a intervenção	<p>“É muito bom e ajudou-me imenso” AC1</p> <p>“Alteraram a medicação e isso evitou que ficasse pior” AC1</p> <p>“Quando surgem dúvidas é bom ter alguém que nos ajude e esclareça” AC1</p> <p>“É um acompanhamento bom e que dá segurança” AC1</p> <p>“Sabemos que estão do outro lado para nos ajudar” AC1</p>
		<p>“Ajudou-me, as vezes havia coisas que eu não sabia como fazer e a enfermeira ajudou-me muito” BC1</p> <p>BC1</p>
		<p>“sentimos que se interessam por nós e que se precisamos de alguma coisa nos ajudam” CC1</p> <p>“ajudaram a ver como é como não é, sobre o cansaço, sobre as almofadas, comida, água” CC1</p>
		<p>“da parte psicológica pelo menos, senti-me mais apoiada” DC1</p> <p>“é muito importante” DC1</p> <p>“Sentimos o acompanhamento dos profissionais que nos conhecem” DC1</p>
		<p>“psicologicamente a gente que esta a ser acompanhado e que realmente demonstram interesse na nossa situação” EC1</p> <p>“Ajudou até mesmo lá em casa” EC1</p>
		<p>“a gente sente-me mais acompanhada e sabe que se precisar pode contar com o apoio” FC1</p> <p>“é bom porque nos ajuda mesmo” FC1</p> <p>“as pessoas aqui interessam-se” FC1</p>
		<p>“ajudou no regresso a casa” GC1</p> <p>“senti-me mais acompanhada” GC1</p> <p>“é bom receber o contacto da enfermeira” GC1</p> <p>“sentir que se preocupam comigo” GC1</p>
		<p>Foi, foi, então não foi. Foi um bom apoio” HC1</p> <p>se tivesse duvidas podia perguntar. HC1</p>