



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Promoção da funcionalidade na pessoa idosa e/ou
cuidador familiar, em contexto de cirurgia ou
confinamento domiciliário:**

Intervenção de enfermagem em parceria

Andreia Filipa Marques Frango Oliveira

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**Promoção da funcionalidade na pessoa idosa e/ou
cuidador familiar, em contexto de cirurgia ou
confinamento domiciliário:
Intervenção de enfermagem em parceria**

Andreia Filipa Marques Frango Oliveira

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
2022**

A todos os que me apoiaram e sempre acreditaram que conseguiria concluir este desafio.

A todos os utentes que me desafiaram a superar diariamente.

Aos meus pais e avós, pelo exemplo de conduta e de amor incondicional.

Ao meu marido pela inextinguível compreensão e apoio em todos os momentos das nossas vidas.

Aos meus filhos, por todos os dias mostrarem que a vida tem um propósito maior e por me ensinarem que um sorriso e um abraço torna todos os desafios mais simples.

AGRADECIMENTOS

O percurso percorrido até aqui foi pautado por inúmeros desafios e, certamente não teria sido possível sem o contributo de várias pessoas a quem quero demonstrar o meu profundo reconhecimento, agradecendo:

À Professora Doutora Idalina Gomes, docente orientadora, pela disponibilidade constante e apoio incondicional, nunca permitindo que me sentisse sozinha neste desafio, mas sobretudo pela garra e paixão pela enfermagem com que pauta cada uma das suas intervenções, contribuindo não só para o meu crescimento académico e profissional, mas também pessoal.

Ao Sr. ° Enfermeiro Sérgio Jorge, orientador da prática clínica, a quem agradeço cada reflexão proposta, cada desafio lançado e sobretudo todo o tempo em que ouviu as minhas dúvidas e inquietações. Só as pessoas e profissionais de excelência se dedicam assim aos outros desejando o seu sucesso.

À Sr.^a Enfermeira Maria Graça Oliveira, por ter sido a impulsionadora deste desafio, por ver em mim capacidade para me superar e crescer, pela confiança e tempo dedicado à minha orientação, pelas questões desafiadoras e pelo modo inquieto como vê a enfermagem, preconizando o constante questionamento das práticas, mostrando que duvidar é aprender. Por todos os anos de trabalho conjunto e todas as palavras que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Às equipas de enfermagem com quem tive e tenho o privilégio de trabalhar e aprender, por serem fonte de conhecimento e sobretudo por demonstrarem a força de uma classe profissional sempre dedicada ao Outro, num desafio diário de altruísmo.

À Sr.^a Enfermeira Sónia Moniz, profissional de excelência, estudante dedicada, criativa, desafiante e sobretudo amiga de todas as horas, que mais do que ninguém viveu as mesmas dúvidas, angústias e sobretudo as mesmas alegrias deste percurso. Estaremos ligadas para sempre na memória de um tempo difícil, de superação, em que seguimos sempre de mão dada, nunca deixando que a Outra caísse.

Aos utentes pela participação neste projeto e por serem o motivo de querer ser mais e melhor para lhes oferecer cuidados de excelência.

À minha família e amigos pelo incentivo, compreensão e sobretudo pelo apoio.

Aos meus pais a quem devo tudo o que conquisto, por acreditarem sempre que consigo superar cada desafio, pela confiança e presença, mas sobretudo pelo amor em cada gesto e palavra.

Aos meus avós que me ensinaram que com humildade e perseverança conseguimos encontrar o nosso lugar e fazer a diferença com o nosso saber.

Ao meu marido, por ser um amigo e confidente de todas as horas, que me apoia com palavras e silêncios e me mostra que a segurança de um abraço ajuda a superar todas as angústias e é determinante para comemorar todas as vitórias. Por ter acreditado mais do que eu própria, que conseguiria terminar este projeto e por representar a calma e sensatez tão necessárias nos momentos de desafio e superação.

Aos meus filhos, por quem me proponho a ser mais e melhor, por representarem tudo o que sempre desejei. Pelos sorrisos, gargalhadas e pelos abraços reconfortantes quando o cansaço teimava em persistir, pelo amor que me dedicam e sobretudo por me ajudarem a crescer e mostrarem que é na união e na gratidão que se encontra o sentido para a vida.

A todas os colegas que comigo compartilharam estes momentos de aprendizagem quero agradecer e felicitar pela coragem e sucesso deste desafio.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades básicas de vida diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARLVT - Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo I.P.

COVID-19 - Corona Virus Disease-19

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ENAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SARS-Cov - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SPMI - Sociedade portuguesa de medicina interna

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A evidência científica diz-nos que a capacidade funcional da pessoa idosa, pode ser comprometida, pela diminuição da atividade diária, física e cognitiva assim como por longos períodos de inatividade, confinamento ou hospitalização e necessidade de cirurgia.

A finalidade do projeto implementado foi o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção à pessoa idosa, no âmbito da promoção da sua funcionalidade em contexto de cirurgia ou de confinamento domiciliário.

Este trabalho seguiu a metodologia de projeto, assentando no quadro conceptual do modelo de intervenção em parceria para a promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2020) e na teoria das transições (Meleis, 2010), destacam-se como atividades realizadas:

- a elaboração de estudo de caso;
- a realização de um protocolo de revisão *Scoping* para identificação dos fatores de risco para o declínio funcional da pessoa idosa;
- a realização de estágios em contexto hospitalar e comunitário onde foi possível a implementação de intervenções de enfermagem promotoras de funcionalidade, autonomia e independência da pessoa idosa, tais como a capacitação da pessoa idosa e/ou cuidador familiar para o levante precoce após cirurgia; a evicção de ações que interrompam o sono noturno; ações de vigilância e capacitação para o despiste de risco de desnutrição que possa aumentar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão ou até o auto cuidado no utente diabético.

Concluimos que, com a realização deste projeto foi possível desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, contribuindo ainda para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área da promoção da funcionalidade em contexto de cirurgia ou confinamento domiciliário.

Palavras-Chave: Pessoa idosa, Funcionalidade, Enfermagem, Parceria

ABSTRAT

Scientific evidence tells us that the functional capacity of the elderly person can be compromised by the decrease in daily physical and cognitive activity as well as by long periods of inactivity, confinement or hospitalization and the need for surgery.

The purpose of the implemented project was the development of skills as a master and specialist in medical-surgical nursing, in the area of intervention for the elderly, within the scope of promoting their functionality in the context of surgery or home confinement.

This work followed the project methodology, based on the conceptual framework of the intervention model in partnership for the promotion of self-care by Gomes (2016, 2020) and on the theory of transitions (Meleis, 2010).

- the elaboration of a case study;
- carrying out a Scoping review protocol to identify risk factors for functional decline in the elderly;
- carrying out internships in a hospital and community context where it was possible to implement nursing interventions that promote functionality, autonomy and independence of the elderly, such as training the elderly person and/or family caregiver for early recovery after surgery; the avoidance of actions that interrupt nighttime sleep; surveillance and training actions to detect the risk of malnutrition that may increase the risk of developing pressure ulcers or even self-care in diabetic patients.

We conclude that, with this project, it was possible to develop specialist skills in the areas of research, training, management and care provision in partnership with the elderly person and/or family caregiver, also contributing to the development of skills in the nursing team, in the area of promoting functionality in the context of surgery or home confinement.

Keywords: Elderly Person, Functionality, Nursing, Partnership

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	14
<u>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</u>	18
1.1. <u>Conceito de capacidade funcional: o envelhecimento, o risco de declínio funcional e a importância dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa</u>	18
1.2. <u>Promover a funcionalidade da pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde</u>	21
1.3. <u>Cuidados de enfermagem em parceria na promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia ou confinamento domiciliário</u>	28
<u>2. METODOLOGIA</u>	31
2.1. <u>Metodologia do projeto</u>	31
2.2. <u>Finalidade e objetivos</u>	31
2.3. <u>Planeamento</u>	32
2.4. <u>Caracterização dos locais de estágio</u>	34
2.5. <u>Considerações éticas</u>	36
<u>3. ATIVIDADES REALIZADAS, APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	38
3.1. <u>Atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento de competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa</u>	38
3.2. <u>Atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar</u>	45
3.3. <u>Atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de</u>	53

cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si

CONCLUSÃO

59

REFERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

61

ANEXOS

ANEXO I - Autorização da Coordenação da USF

ANEXO II- Parecer e Autorização para realização de estudo: Unidade Hospitalar

ANEXO III - Autorização para utilização do “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crônica na consulta telefônica (Gomes et al, 2019)

ANEXO IV - Instrumentos de Avaliação Multidimensional

ANEXO V – Publicação em Newsletter sobre o Projeto

“Teleconsulta de Enfermagem Pré-Operatória”

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão *Scoping* da literatura: Promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar

Apêndice II – Cronograma de atividades desenvolvidas em contexto hospitalar

Apêndice III – Cronograma de atividades desenvolvidas em contexto de cuidados de saúde primários (USF)

Apêndice IV - Estudo de Caso: Modelo de intervenção em parceria para a promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si

Apêndice V - Pedido de autorização à Coordenação da USF

Apêndice VI - Pedido de autorização institucional para a realização do projeto de estágio e trabalho de investigação em contexto hospitalar

Apêndice VII - Pedido de parecer à comissão de ética da unidade hospitalar

Apêndice VIII - Pedido de autorização para realização de estágio no serviço de cirurgia

Apêndice IX - Consentimento esclarecido aos participantes (pessoa idosa e cuidador): USF e Unidade hospitalar

Apêndice X - Consentimento esclarecido aos participantes (enfermeiros)

Apêndice XI - Pedido de autorização para utilização do “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica”

(Gomes et al, 2019)

Apêndice XII - Objetivos gerais, específicos e atividades

Apêndice XIII - Análise SWOT

Apêndice XIV - Questionário de diagnóstico de necessidade formativas (USF)

Apêndice XV - Plano das sessões de formação: contexto hospitalar

Apêndice XVI - Plano das sessões de formação: CSP

Apêndice XVII - Memória descritiva (sessão de formação USF)

Apêndice XVIII - Apresentação da primeira sessão de formação em contexto hospitalar

Apêndice XIX - Documentos de apoio e apresentação da segunda sessão de formação em contexto hospitalar

Apêndice XX - Sessão de formação em contexto de CSP (USF)

Apêndice XXI - Grelhas de avaliação

Apêndice XXII - Grelha de análise aos registos de enfermagem

Apêndice XXIII - Guião do processo de parceria para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo e/ou cuidador Familiar

Apêndice XXIV - Guia de entrevista às pessoas idosas e/ou cuidador familiar

Apêndice XXV - Análise de conteúdo das narrativas das pessoas idosas e/ou cuidador familiar, segundo Bardin (2013)

Apêndice XXVI - Questionários à equipa de enfermagem: Análise de situação clínica segundo o Modelo reflexivo de JOHNS(1999)

Apêndice XXVII - Análise de conteúdo das narrativas dos enfermeiros, segundo Bardin (2013)

Apêndice XXVII - Poster - Teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa Diabética. Uma intervenção em parceria na promoção da funcionalidade da pessoa idosa

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Objetivo geral 1 e respectivos objetivos específicos	33
Quadro 2- Objetivo geral 2 e respectivos objetivos específicos	33
Quadro 3- Objetivo geral 3 e respectivos objetivos específicos	34
Quadro 4 - Análise dos registros de enfermagem	48
Quadro 5 - Caracterização das Pessoas Idosas	50
Quadro 6 - Caracterização dos Familiares cuidadores entrevistados	50
Quadro 7 - Categorias e subcategorias segundo Bardin (2013)	51
Quadro 8 – Caracterização dos enfermeiros participantes	54
Quadro 9 - Categorias e subcategorias segundo Bardin (2013)	54

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende ilustrar o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com relatório frequentada no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Tendo por base o projeto intitulado “Promoção da funcionalidade na pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia ou confinamento domiciliário: Intervenção de enfermagem em parceria”, o presente relatório tem como objetivo descrever de forma crítica e reflexiva as atividades realizadas durante os ensinamentos clínicos, bem como, o desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Para contextualizar a pertinência do tema, começamos por referir que atualmente, a sociedade tem demonstrado maior preocupação com o impacto que o envelhecimento populacional representa para a organização social, cultural, económica e política. Por esse motivo a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu algumas estratégias para a sua otimização, das quais destacamos: World Health Organization (2015); WHO global strategy on integrated people - centred health services 2016-2026; Executive Summary: Placing people and communities at the center of health services; Decade of Healthy Ageing 2020–2030.

Em Portugal, no ano de 2017, a Direção Geral de Saúde (DGS) lança a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, com o intuito de desenvolver iniciativas e práticas que visassem a redução quer na prevalência, quer no impacto das doenças crónicas e, conseqüente diminuição das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas.

Pretende-se assim, melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, incentivando iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas e promovendo a educação, formação e literacia em saúde (DGS; 2017).

As premissas acima referidas surgem como alicerce à construção de projetos que visem a promoção da funcionalidade da pessoa idosa e do seu cuidador em contexto de cuidados de saúde, quer de internamento hospitalar, quer em contexto de confinamento no domicílio e por isso, ganha aqui relevância o papel do enfermeiro especialista, com competências acrescidas que lhe permitem colaborar “*na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados*” (OE, 2019), atuando com o

objetivo de envolver, capacitar e valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crónica, identificando prioridades e necessidades em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (OE, 2018).

Apesar do processo normal de envelhecimento, por si só, não ser considerado incapacitante, um grande número de pessoas idosas desenvolve incapacidades que estão associadas não só ao declínio das funções orgânicas, mas também a doenças crónicas.

Importa destacar que, em Portugal, as doenças crónicas são responsáveis por cerca de 88% dos anos de vida vividos com incapacidades (DGS, 2017), sendo muitas delas identificadas nos cuidados de saúde primários (CSP) e, posteriormente referenciadas para tratamento cirúrgico com implicações na capacidade funcional da pessoa idosa.

Segundo a DGS, o conceito de capacidade funcional define-se como a *“capacidade da pessoa para realizar as ABVD e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo, desta maneira, as dimensões física, emocional e cognitiva”* (DGS, 2019, p. 5).

O projeto que desenvolvemos, surgiu assim, na sequência da pesquisa bibliográfica realizada, em que se verificou que a hospitalização e a necessidade de cirurgia major aumenta o grau de dependência das pessoas idosas, contribuindo para o seu declínio funcional (Rembold et al., 2018).

A este propósito Sousa (2018) realizou um estudo em que conclui, que 30% a 60% dos internamentos de pessoas idosas se apresentavam como causa para a redução da capacidade funcional e, conseqüentemente para o desenvolvimento de novas dependências nas atividades básicas de vida diárias (ABVD).

Este autor alerta ainda para a necessidade de se realizar uma avaliação geriátrica abrangente a esta população, onde deve ser incluída a confirmação da sua capacidade funcional basal/prévia, de forma a minimizar o impacto da hospitalização e cirurgia na sua qualidade de vida.

Para tornar essa avaliação consistente, existem disponíveis vários instrumentos científicos, como escalas e questionários, que apoiam a caracterização da capacidade funcional, sendo importante referir que o instrumento utilizado dependerá da disponibilidade de informações e dos objetivos da sua aplicação, quer seja para fins de pesquisa, quer para fins clínicos (Fonseca e Medeiros, 2019).

Uma vez que o conceito de capacidade funcional, por definição, se refere à capacidade da pessoa para a realização de atividades básicas de vida diária, a escala a que daremos destaque é a Escala Modificada de Barthel (2007).

Delineado o tema e, tendo em conta as motivações pessoais e profissionais para a elaboração de um projeto centrado na promoção da funcionalidade da pessoa idosa foi importante analisar o desenvolvimento de competências, autoavaliando e percecionando o percurso profissional até aqui.

De acordo com o modelo de Dreyfus, considerou-se que as competências prévias da mestranda corresponderiam ao nível de enfermeiro proficiente indo ao encontro da realidade que engloba a totalidade dos anos de experiência (doze) e o desenvolvimento de cuidados gerais de enfermagem (Benner, 2001), perspetivando a conceção de um projeto com os seguintes objetivos:

1. desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa;

2. desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com os mesmos, suportando a prática no quadro conceptual do modelo de intervenção em parceria para promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016, 2020) e na teoria das transições (Meleis, 2010);

3. contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si;

Assim, para desenvolver as competências pretendidas e atingir os objetivos previstos foram realizados dois ensinamentos clínicos, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e num serviço de internamento da especialidade de cirurgia de um hospital central, do qual resultou o relatório que aqui apresentamos e do qual passamos a apresentar a organização dos seus capítulos:

- 1- Enquadramento teórico e conceptual (contextualizando o tema em estudo numa sustentação alicerçada em evidência científica, que clarificou a legitimidade dos conceitos e dimensões subjacentes ao fenómeno do declínio funcional das pessoas idosas associado à hospitalização e cirurgia e, ao confinamento domiciliário decorrente da pandemia por SARS-COV 2);

2- Metodologia (onde consta a metodologia utilizada na realização deste relatório, assim como a finalidade do estudo, o planeamento, a caracterização dos locais onde se realizaram os ensinos clínicos e as considerações éticas);

3- Atividades, aprendizagens e competências desenvolvidas (descrevendo as atividades realizadas e as aprendizagens resultantes deste percurso).

Dá termo a este relatório a apresentação da conclusão, de anexos e apêndices onde constam todos os documentos considerados pertinentes à clarificação do percurso realizado.

Acrescentamos, ainda que, a conceção deste relatório garante o anonimato das pessoas e instituições envolvidas, seguindo as regras do novo acordo ortográfico, e das normas do guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, norma APA (Godinho, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O capítulo do enquadramento teórico e conceptual foi redigido considerando a pesquisa bibliográfica e evidência científica atualmente produzida sobre os conceitos subjacentes à importância da promoção da funcionalidade na pessoa idosa.

Começamos por abordar o conceito de capacidade funcional, o processo de envelhecimento e o risco de declínio funcional associado ao mesmo, para depois nos determos na necessidade de prestar cuidados centrados na pessoa idosa e analisar as intervenções de enfermagem promotoras de funcionalidade em contexto hospitalar e comunitário, terminando com a apresentação do contributo do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016; Gomes, 2021) na área da problemática abordada.

1.1. Conceito de capacidade funcional: o envelhecimento, o risco de declínio funcional e a importância dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa

O envelhecimento é caracterizado por diversas alterações no corpo e metabolismo humano, potencialmente geradoras de uma redução da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Matos et al., 2019).

Acrescenta-se que, a habilidade de cada indivíduo decidir e atuar nas suas atividades da vida diária de forma independente é considerada a sua capacidade funcional, de modo que, a realização de atividades de autocuidado como: tomar banho, vestir-se, usar a casa de banho, alimentar-se, transferir-se e ser ou não continente (eliminação vesical e intestinal), tem sido considerado um importante indicador de funcionalidade das pessoas idosas (Matos et al., 2019).

Segundo Ermida (2014), começam a observar-se alterações fisiológicas, funcionais e do foro epidemiológico, acima dos 65 anos de idade, justificando assim a escolha desta idade cronológica a partir da qual os cuidados devem ser diferenciados, uma vez que, mesmo quando existe uma função basal inalterada, os sistemas orgânicos começam progressivamente a ter menor capacidade para manter a homeostasia perante tensões desencadeadas pelo ambiente, doença e intervenções terapêuticas.

Segundo um estudo de López et al. (2014), em indivíduos com 65 ou mais anos, verificou-se uma redução da capacidade funcional em 11,9% das pessoas idosas,

podendo-se destacar como algumas das condições mais influenciadoras deste facto, diagnósticos como os de acidente vascular cerebral, diabetes mellitus ou doenças cardíacas, a par de condições sociodemográficas como idade igual ou superior a 80 anos, viver sozinho (a), ser viúvo(a), ter baixa escolaridade ou analfabetismo, assim como pertencer ao sexo feminino, além de fatores como o sedentarismo e a diminuição das atividades quotidianas (Barbosa et al., 2014).

Deste modo, o estudo de fatores de risco que influenciem a redução da capacidade funcional poderá contribuir para a proposta de políticas e intervenções que visem minimizar os impactos ocasionados pela perda da funcionalidade da pessoa idosa, especialmente pertinente num contexto de progressivo envelhecimento demográfico (Matos et al., 2019).

Se considerarmos que, de acordo com a PORDATA (2020), em Portugal, entre 1961 e 2019, o índice de dependência nas pessoas idosas sofreu um aumento de 12,7% para 34,2%, percebemos a importância de fomentar um envelhecimento com mais saúde, autonomia e independência (DGS, ENAS, 2017).

Segundo Sequeira (2010), os conceitos de autonomia e independência revelam situações que se complementam, embora não sejam iguais.

A autonomia estabelece ligação com a capacidade para assumir a gestão da própria vida e tomar decisões sobre si mesmo, enquanto a independência se relaciona com a capacidade para desempenhar ABVD e de autocuidado.

O processo de envelhecimento, de acordo com tudo o que já foi apresentado, tem implícito um processo de mudança e transição, como algo que ocorre no tempo e que envolve alterações na forma como cada um percebe o seu mundo interno e externo, podendo estar frequentemente associado a sentimentos de perda e alienação, novas relações e necessidade de desenvolver novas estratégias de adaptação inclusivamente à redução e declínio da funcionalidade na pessoa idosa.

Será, por isso, fundamental entender este processo à luz de conhecimentos como o do conceito de transição, conceptualizado na teoria de enfermagem de Afaf Meleis (1986, 2010), como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de auto redefinição.

Segundo a mesma autora as transições entram no domínio da enfermagem quando se vêm relacionadas com a saúde ou doença, ou quando as respostas da transição se manifestam em comportamentos relacionados com as mudanças de vida ligadas à saúde, relações e ambiente (Meleis, 2010).

O processo de senescência coloca a pessoa idosa numa situação de maior vulnerabilidade e predisposição à doença, nomeadamente, a doenças crónicas que a podem limitar na vida quotidiana e tornar dependente de outros influenciando a sua funcionalidade (Nogueira et al., 2018).

Deste modo será fundamental uma intervenção que assente numa cultura de cuidados centrados na pessoa idosa (McComark, 2020).

Esta premissa de cuidados defende cinco pilares fundamentais, o primeiro dos quais focado na partilha de informação facilitadora da tomada de decisão, num esclarecimento flexível.

Segue-se a reciprocidade, dá-se espaço à transparência (com a apresentação de intenções e motivações para a concretização dos cuidados) e à negociação (dando destaque ao papel participativo e ativo da pessoa idosa, com valorização da sua intenção e vontade na tomada de decisão).

Tudo isto envolto em compreensão empática, de forma a tornar possível o reconhecimento da singularidade de cada indivíduo como uma oportunidade de maximizar o seu potencial de desenvolvimento (McComark, 2020).

A consideração destes valores permitirá delinear um plano de cuidados personalizado e atento às necessidades específicas de cada pessoa idosa, favorecendo a sua autonomia e tendo em conta a promoção do bem-estar, da sua dignidade, projeto de vida e saúde (Gomes, 2021).

Os autores Moraes, Marino e Santos (2010) referem ainda que a saúde da pessoa idosa está relacionada com a sua funcionalidade global, numa relação de harmonia entre quatro domínios, a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação, daí a importância de os enfermeiros terem uma visão holística da pessoa nas intervenções que visem a promoção da sua funcionalidade.

Avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa, será um ponto de referência para a formulação de um “modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação” (DGS, 2017, p.7), tanto em contexto de CSP, na prevenção de doenças, através de atividades de promoção de saúde, como em contexto hospitalar, na deteção precoce de doenças com o intuito de tratar a sua gravidade, revertê-la, curá-la ou reduzir o risco de sequelas (Vieira e Almeida, 2020).

1.2. Promover a funcionalidade da pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde

As alterações políticas já mencionadas e as mudanças nas dinâmicas de funcionamento dos diferentes serviços de saúde, têm contribuído para uma renovação na lógica de prestação de cuidados às pessoas idosas, em situações de declínio funcional ou dependência de outros, privilegiando-se a permanência no seu meio habitual como sendo a resposta que melhor satisfaz as suas necessidades (Ewen, Washington, Emerson, Carswell, e Smith, 2017).

Coloca-se assim aos enfermeiros o desafio de, independentemente do contexto de cuidados em que contactam com estas pessoas e famílias, compreender as múltiplas dimensões envolvidas no processo de prestação de cuidados formais e informais e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva a essas pessoas.

Contextualizamos de seguida os vários contextos de prestação de cuidados de enfermagem, onde foi possível avaliar e intervir sobre a funcionalidade da pessoa idosa, reconhecendo a importância da identificação precoce de alterações na vida e na saúde da mesma.

Contexto de Cuidados de saúde primários

Em contexto de CSP, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para perceber a pessoa na sua complexidade multidimensional, integrada na sua família (Figueiredo, 2011).

Para que os enfermeiros possam entrar no ambiente domiciliário, promovendo cuidados de proximidade é fundamental que desenvolvam competências relacionais e comunicacionais potenciadoras da interação com a pessoa idosa e família, estabelecendo assim a relação de confiança que conduz à parceria e permite a avaliação e promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador (Gomes, 2016, 2020).

Tal como já foi referido anteriormente, esta avaliação deve ser sustentada em instrumentos capazes de sustentar a intervenção de enfermagem na caracterização e promoção da funcionalidade da pessoa idosa, podendo-se salientar a aplicação da escala de Barthel, para avaliação das ABVDs, e da escala de Lawton na procura de um conhecimento da capacidade funcional da pessoa idosa nas atividades instrumentais.

O resultado da aplicação destes instrumentos traduzir-se-á em conhecimento potenciador de mudança, num quadro de acompanhamento, de proximidade e de articulação dos diversos recursos e equipas de saúde da comunidade, com o qual se pretende antecipar, detetar precocemente, implementar respostas estruturadas às necessidades das famílias e/ou assegurar a transição segura entre as diversas respostas sociais e de saúde (Figueiredo, 2011).

Para além do papel dos enfermeiros, enquanto membros dinamizadores de projetos promotores da saúde e da funcionalidade da pessoa idosa, há a salientar ainda o papel dos cuidadores informais neste âmbito.

Em largo número e particularmente em países como Portugal, os cuidadores atuais enfrentam os desafios do seu próprio envelhecimento, sendo muitos deles também pessoas idosas, negligenciando frequentemente o seu autocuidado o que, aliado ao stress crónico da prestação de cuidados a tempo inteiro, influencia negativamente a sua saúde física e mental (Couto, Caldas, Castro, 2019).

Da evidência produzida nesta matéria, sabe-se que estes cuidadores têm maioritariamente laços familiares com a pessoa idosa dependente (filhos ou cônjuges), são do sexo feminino, têm idade superior a 50 anos e baixo nível de escolaridade, acumulando a tarefa de cuidar com outras tarefas profissionais e domésticas (Lacerda et al., 2019).

Caberá ao enfermeiro, particularmente ao enfermeiro especialista na área de intervenção à pessoa idosa, o importante papel de capacitar estas famílias e cuidadores para o reconhecimento de fatores de risco de declínio, nomeadamente através da identificação de síndromes geriátricas como a imobilidade; a desnutrição; a deterioração cognitiva; a obstipação; a incontinência fecal e urinária; o distúrbio do sono; o isolamento; as úlceras de pressão; déficit de recursos, como elemento-chave da prevenção do declínio da funcionalidade da pessoa idosa (Santos, Rodrigues, Del Ducca, 2022).

Acrescentado complexidade a este processo, a OMS declara em 2020, o início de uma nova pandemia mundial, provocada pelo vírus SARS-COV 2, com consequente necessidade de confinamento domiciliário e isolamento social, pelo que de seguida destacaremos a intervenção do enfermeiro especialista nesta área.

Contexto pandémico e confinamento domiciliário

Em março de 2020 foi declarado estado de pandemia mundial, depois de, a 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, se ter detetado o primeiro caso de infeção pelo novo coronavírus designado como Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-COV 2), e como Corona Virus Disease-19 (COVID-19).

Os dados do SARS-COV 2, apontavam para uma maior taxa de mortalidade entre pessoas com 80 ou mais anos, em que 14,8% destes infetados morreram, comparado a uma taxa de mortalidade de 8,0% nas pessoas idosas com idade entre 70 e 79 anos e 8,8% entre aqueles que tinham idade entre 60 e 69 anos, reforçando as apreensões face à segurança e saúde das pessoas idosas.

A idade avançada foi assim considerada um dos principais fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de formas graves de doença provocada pelo SARS-COV 2, justificando a maior necessidade de cuidados hospitalares, intensivos e prolongados (OMS, 2020), tendo sido adotadas medidas de distanciamento, isolamento social e confinamento domiciliário à escala mundial.

Segundo o núcleo de estudos de geriatria, da sociedade portuguesa de medicina interna (SPMI, 2020), o confinamento tem diversas consequências nas pessoas e em especial nas idosas.

Desde o início da pandemia, as orientações da OMS e DGS (2020), indicaram medidas de proteção física para prevenir a doença, como o aumento de medidas de higiene, desinfeção e proteção, assim como as vigilâncias necessárias em caso de sintomas suspeitos, trazendo ainda a redução de visitas, a suspensão de atividades em grupo, distanciamento e restrição de contato social.

Este isolamento social, conduziu a mudança nas rotinas habituais, adaptação a novos costumes, a ausência de contato direto com familiares e amigos e ainda ao abandono dos grupos de convívio que constituíam, para muitas pessoas idosas, uma rede promotora do seu bem-estar e qualidade de vida, elevando-se assim o risco de aparecimento de situações de stress, angústia, desmotivação e desinteresse pela vida, imobilidade com consequente deterioração da sua saúde física, mental e mesmo das suas capacidades cognitivas (Fiorillo e Gorwood, 2020).

Considerando-se não só a componente emocional e afetiva como também a componente física devemos questionar, o que pode ser feito para mitigar estas consequências e promover a funcionalidade da pessoa idosa em confinamento,

nomeadamente no que diz respeito à redução da atividade diária/exercício físico, risco acrescido de obstipação, alterações do sono e/ou da pressão arterial.

- **Redução da atividade diária**

O núcleo de estudos de geriatria (2020) afirma que a hipomobilidade a que a pessoa idosa está sujeita durante o confinamento, limitando-se a deslocações dentro das divisões da sua residência e a longos períodos nas posições sentada ou deitada agrava a perda de massa muscular, conduzindo a atrofia com consequente perda parcial ou total da autonomia motora e agravamento da incidência de quedas.

A redução da mobilidade tem ainda implicações ao nível do sono da pessoa idosa, pode conduzir a alterações intestinais como a obstipação e contribuir para a desregulação da pressão arterial, temas que abordamos de seguida.

- **Alterações do sono**

Quanto à qualidade do sono das pessoas idosas em confinamento, a sociedade portuguesa de medicina interna (SPMI, 2020) vem afirmar que o isolamento e poucos contactos sociais, associados aos longos períodos em que permanecem sentadas ou deitadas, conduz a estados de sonolência diurna, retirando ao sono noturno horas de duração e qualidade.

O sono tem um papel homeostático fundamental no funcionamento do organismo, o que pode explicar a sua associação diretamente proporcional à capacidade funcional e social, dor, memória, raciocínio, vitalidade, equilíbrio emocional e saúde mental das pessoas idosas, devendo por isso ser adotadas medidas que o regularizem (Hirshkowitz et al., 2015).

Assim, importa aumentar o tempo de exposição solar e a luminosidade natural das residências; evitar sestas e se não se conseguir evitá-las fazê-lo durante 10 a 15 minutos; fazer uma refeição leve antes de dormir, evitando grandes volumes de líquidos, a partir do final da tarde e ainda proporcionar um ambiente calmo, com baixa luminosidade e ruído.

- **Risco de obstipação**

Sabendo que a obstipação pode ter diferentes origens, primária ou secundária ao uso de fármacos, estes são dados indicativos da necessidade de implementar estratégias para a sua prevenção, sobretudo em períodos de confinamento, através

de medidas não farmacológicas como aumento da ingestão de líquidos e fibras, prática de exercício físico e treino intestinal (Lundberg, Bostrom, Gottberg, Konradsen (2020).

- **Alterações da pressão arterial**

Relativamente à pressão arterial, sabendo da sua variação ao longo das estações do ano, ao longo do dia, com a postura corporal, com a ingestão de alimentos e, que a amplitude desta variação é mais acentuada nas pessoas idosas é importante capacitá-las para o seu controlo, nomeadamente informando da probabilidade de hipotensão pós-prandial que poderá conduzir a uma maior sonolência após as refeições, ou podendo verificar-se após longos períodos na posição de sentado ou deitado aumentando a probabilidade de desequilíbrios e quedas acidentais provocados por esta hipotensão ortostática (Guerra, M. et al (2021).

Por outro lado, os picos hipertensivos associados ao stress e ansiedade vividos no confinamento devem ser contrariados com atividades relaxantes, da preferência de cada pessoa idosa (Guerra, M. et al (2021).

- **Intervenções que minimizem os efeitos do confinamento domiciliário**

As estratégias de mitigação de efeitos negativos da pandemia por SARS-COV 2 sobre as pessoas idosas serão todas aquelas que promovam a sua funcionalidade e autonomia e contribuam para capacitá-las para o Cuidado-de-Si, em presença ou não de cuidadores e as que as aproximem do mundo, mantendo o distanciamento/confinamento social necessário, mas implementando estratégias para que o contacto com os seus familiares, amigos e profissionais de saúde, não seja descurado (Netto e Tateyama, 2018)

O uso da tecnologia pode ser uma mais-valia em áreas como a telemedicina e telenfermagem (OE, 2021), nomeadamente através de telefone ou videochamadas, mensagens que demonstrem interesse e real preocupação com as pessoas idosas, tendo sido exemplo disso o projeto desenvolvido em contexto de estágio em CSP denominada por “Teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa diabética”.

Posto isto, é também importante pensar em estratégias para promover a funcionalidade da pessoa idosa no contexto do internamento hospitalar, que pode ainda ser aumentado em contexto de pandemia, pelo que no subcapítulo que segue iremos abordar este assunto.

Contexto de cuidados hospitalares

Quanto aos cuidados prestados em contexto hospitalar, Sousa (2018) destaca que, em cerca 30% a 60% dos internamentos das pessoas idosas se verifica uma redução da capacidade funcional e o desenvolvimento de novas dependências nas ABVDs nesta população e que se for reconhecida a necessidade de uma avaliação global, mais precisa do estado de saúde da pessoa, os seus défices, faculdades funcionais e psicossociais na admissão ao internamento, será possível estabelecer um plano terapêutico e de acompanhamento, coordenado e integrado, visando a recuperação ou a manutenção da sua capacidade funcional.

Assim para poder implementar precocemente intervenções que sejam promotoras da funcionalidade da pessoa idosa, há primeiro que conhecer a sua condição previa ao internamento e dar uso aos vários instrumentos de avaliação geriátrica disponíveis, justificando a tomada de decisão sobre a atuação de enfermagem, alicerçada no conhecimento da pessoa idosa (Saraiva et al., 2017).

Segundo Simões, Ferreira e Dourado (2018), a escala de Barthel é considerada um dos instrumentos mais adequados para avaliar a funcionalidade das pessoas idosas no momento da admissão ao internamento e como auxiliar no planeamento da alta.

A escala de Barthel, com a capacidade de avaliar o nível de independência da pessoa idosa para a realização de dez atividades básicas de vida, já referidas, podendo ser registadas quer por observação direta, entrevista ou consulta de registos.

Vários autores afirmam ainda, em caso de admissão hospitalar para cirurgia eletiva, uma rigorosa avaliação pré-operatória do estado físico e funcional da pessoa idosa é determinante para o sucesso de todo o processo cirúrgico, porque permite não só conhecer as comorbilidades que lhe estão associadas como otimizar o seu estado de saúde, permitindo a identificação de síndromes geriátricas, preocupações psicossociais e risco de dependência funcional. (APCA, 2016; Ward, Manstein, Goel, Chow, Ko, Rosenthal e Esnaola, 2017), numa sinergia que potencie uma adequada pré-habilitação cirúrgica (Milliken e Schofield, 2018).

De acordo com Tavares, Grácia e Nunes (2017), num estudo realizado num serviço de internamento hospitalar, 76,2% das pessoas idosas tinham maior risco de declínio da funcionalidade durante e após essa hospitalização, representando o internamento uma diminuição da sua qualidade de vida e maior risco de mortalidade.

Segundo Carvalho (2018), esta realidade poderá ser alterada se forem instituídas precocemente intervenções promotoras da funcionalidade da pessoa idosa em contexto hospitalar, nomeadamente com a evicção de: manutenção prolongada de cateteres e acessos venosos, contribuindo para a redução do risco de infeção nosocomial; restrições físicas que promovam a atrofia muscular e atelectasias; permanência prolongada no leito, promovendo o levante precoce; ações que interrompem o sono noturno e que facilitem o desenvolvimento de estados confusionais; desnutrição que possa aumentar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão; uso polimedicação.

Referindo ainda como importante contributo na promoção da funcionalidade das pessoas idosas hospitalizadas a primazia à implementação de intervenções que incentivem a: transferência e deambulação precoce, prevenindo a ocorrência de quedas; reforço hídrico oral, evitando estados de desidratação pós-operatória; reabilitação; orientação e cuidados pós-alta hospitalar; alta precoce.

Do papel do enfermeiro especialista na promoção da funcionalidade da pessoa idosa deve destacar-se a sua atuação nas diferentes fases pré e pós-operatória.

O enfermeiro especialista, evidencia o seu papel quando “responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 2).

Dá-se assim destaque ao cuidado com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; à otimização do ambiente e dos processos terapêuticos decorrentes dessa doença e à prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Assim o enfermeiro especialista tem que intervir em parceria com a pessoa idosa promovendo a segurança e qualidade dos cuidados, pelo que precisa de reconhecer no Outro, a responsabilidade pelo seu projeto de vida e saúde, reforçando o seu poder e conhecimento para a tomada de decisão, só possível na entrega e procura do profundo conhecimento que conduz ao estabelecimento da relação de confiança, partilha de poder, através da ação negociada, preconizada pelo modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016, 2020).

Reconhecida a importância do estabelecimento de uma relação de parceria, na promoção da funcionalidade da pessoa idosa em contexto de internamento cirúrgico, dedicamos o próximo ponto ao desenvolvimento desta temática.

1.3. Cuidados de enfermagem em parceria na promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia ou confinamento domiciliário

O fenómeno da hospitalização e o procedimento cirúrgico representam uma dupla transição situacional, se por um lado a pessoa idosa se vê condicionada a sair do seu ambiente habitual para outro que lhe é desconhecido, por outro a necessidade de cirurgia representa a ocorrência do declínio do seu estado de saúde para doença, afetando, nomeadamente a sua funcionalidade (Meleis, 2012).

O processo de adaptação da pessoa idosa, ao internamento e à sua nova condição de saúde traz consigo a necessidade de desenvolvimento de estratégias de *coping*, de gestão de necessidades, expectativas e capacidades potencialmente geradoras de dependência.

Por outro lado, a necessidade de confinamento trouxe consigo a necessidade de adaptação ao isolamento social e à suspensão das atividades diárias a que a pessoa idosa estava habituada, representando por si só a necessidade de desenvolvimento de estratégias que pudessem travar o risco de declínio de função associado à redução da atividade e de contacto social. O que implica um trabalho em parceria que tenha em conta o projeto de vida e saúde da pessoa idosa.

O modelo de intervenção em parceria vem sustentar as suas premissas no estabelecimento de compromissos com base na partilha do poder e no direito a fazer escolhas. Este modelo pretende distanciar-se das práticas pautadas por uma filosofia pragmática (que valoriza o saber bio fisiológico) permitindo alcançar as boas práticas da filosofia de cuidado mais direcionado para as pessoas e famílias e por isso mais respeitável e digna (Gomes, 2021).

Segundo Gomes (2016, 2020), a relação de parceria é assim desenvolvida em cinco fases fundamentais: Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado do Outro.

A fase “Revelar-se” traz consigo a necessidade de conhecimento sobre o Outro. O enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, o seu contexto de vida, a forma como

vive com a sua situação de doença e necessidade cirúrgica ou de confinamento e interpreta o potencial de desenvolvimento e a promoção da sua funcionalidade (Gomes, 2016, 2020).

Na fase “Envolver-se”, o enfermeiro demonstrará tempo e disponibilidade para criar uma relação de confiança e partilha com a pessoa idosa, pretendendo assim conhecer a sua capacidade funcional, o seu potencial de autonomia, verificando o que consegue fazer sozinha e as atividades para as quais precisa de ajuda, aferindo o seu grau de dependência, numa relação que conduz à partilha de significados da experiência vivida pela hospitalização e cirurgia, comunicando de forma clara e verdadeira (Gomes, 2016, 2020).

Na procura da ação conjunta com a pessoa idosa, dando primazia ao desenvolvimento e mobilização de competências na tomada de decisão e ação, com vista ao estabelecimento da sua independência prévia à cirurgia, surge a fase “Capacitar/Possibilitar”, salientando que no caso de ausência de condições para que seja a pessoa idosa a tomar decisões deverá ser o enfermeiro a assegurar o seu cuidado ou capacitar o familiar/cuidador para que o faça, certificando a continuidade do seu projeto de vida e saúde, mesmo que adaptada a uma nova condição ou realidade (Gomes, 2016, 2020).

“Comprometer-se” é a fase do modelo de parceria que traz consigo a conjugação de esforços para atingir os objetivos traçados pela pessoa idosa, auxiliando-a a transformar as suas potencialidades em capacidades reais. Há um duplo compromisso para atingir os objetivos propostos, em que o enfermeiro surge como um elemento de suporte para que seja a pessoa idosa a concretizar a ação ou compromete-se a cuidar dela com o objetivo de promover a sua independência e funcionalidade (Gomes, 2016, 2020).

Chegados à última fase “Assumir o Cuidado-de-Si ou Assegurar o Cuidado do Outro”, a pessoa idosa deverá aqui ter a capacidade para cuidar se si, assumindo o controlo do seu projeto de vida e saúde dando-lhe continuidade após o período de confinamento ou de hospitalização e cirurgia; na impossibilidade de ser o próprio a fazê-lo, o enfermeiro, uma vez mais como elemento de suporte, deverá garantir que é o familiar/cuidador a adquirir as competências necessárias para o seu cuidado, permanecendo disponível como um recurso de referência e confiança (Gomes, 2016, 2020).

Num contexto de vulnerabilidade e dependência como aquele que é provocado pelas situações estudadas, como sejam o confinamento domiciliário ou a hospitalização da pessoa idosa é essencial que o enfermeiro a veja como um ser único e que a faça sentir valorizada nas suas expectativas e trajetória de vida (Gomes, 2016, 2020).

A revisão de literatura afirma ainda, segundo Lafrenière (2017), que a participação ativa das pessoas idosas nos cuidados que lhe são dirigidos, aumenta a sua satisfação e expectativa face à recuperação da sua funcionalidade, contribuindo para a redução da ansiedade perante os cuidados de saúde.

Ora se a readaptação após um evento que possa ser gerador de dependência, como seja uma cirurgia ou um longo período de confinamento é, terreno para expressão do exercício profissional de enfermagem, é neste âmbito que se fundamenta a necessidade de realização de atividades/intervenções que minimizem o sentimento de que algum destes eventos possa ser ameaçador para a segurança da pessoa idosa (Presley et al., 2020).

A construção da relação de parceria é dinâmica, seguindo apenas com a pressa que a qualidade do cuidado lhe exige. Aqui existe espaço para a avaliação e reflexão do enfermeiro sobre a capacitação do Outro, sobre a eficácia da sua transmissão de conhecimento e sobretudo sobre o sucesso da sua comunicação.

Quando nos referidos a cuidados de enfermagem especializados e desenvolvidos segundo o modelo de parceria, no âmbito da promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, falamos de prática baseada na evidência, que interpreta e dá significado à prestação de cuidados, através da ciência, contribuindo para a melhoria continua da qualidade, para o raciocínio diagnóstico e juízo crítico e que tenha por base o cuidado de uma parceria com o cliente que promova a sua funcionalidade tendo em conta as várias áreas subjacentes à mesma desde a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação e isso é indissociável da capacidade de autonomia e independência que cada um terá para o Cuidado-de-Si (Gomes, 2016, 2020).

Depois de considerados os conceitos fundamentais à perceção da problemática do declínio funcional da pessoa idosa, no capítulo que se segue daremos lugar à apresentação da metodologia de projeto que deu origem a este relatório.

METODOLOGIA

Será abordado, neste capítulo, um plano que delineou o caminho para a realização deste relatório e que engloba a metodologia utilizada, a sua finalidade e objetivos, o planeamento, a caracterização dos locais onde se realizaram os ensinos clínicos, bem como as considerações éticas que sustentaram este trabalho.

2.1. Metodologia do Projeto

A metodologia de projeto foi a opção considerada para o desenvolvimento deste relatório, uma vez que tem como objetivo a resolução de problemas e aquisição de capacidades e competências através da realização de projetos baseados em situações reais (Ruivo et al., 2010).

Desta metodologia podemos destacar as cinco fases que a constituem: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento de atividades e estratégias (elaborados aquando da realização do projeto de estágio no 2º semestre deste curso de mestrado); execução dessas atividades (transportando para a prática e ensino clínicos o previamente planeado na fase anterior), avaliação (confrontando o planeamento com o executado); e divulgação de resultados (através da elaboração do presente relatório e da sua discussão pública) (Ruivo et al., 2010).

2.2. Finalidade e objetivos

A elaboração deste relatório e do projeto de estágio que lhe deu origem, teve como finalidade o desenvolvimento e aquisição de competências avançadas, de nível de mestre em enfermagem e especialista em cuidados de enfermagem médico-cirúrgicos dirigidos à pessoa idosa/cuidador, tendo por isso sido construído segundo os referenciais do regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e regulamento de mestrado da ESEL (ESEL, 2019).

Assim, para atingir a finalidade planeada foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa;

- desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, suportando a prática no quadro conceptual do modelo de intervenção em parceria para promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016, 2020) e na teoria das transições (Meleis, 2010);

- contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si.

Apresentados os objetivos passamos à fase de planeamento.

2.3. Planeamento

Para a consecução dos objetivos, na fase de planeamento, desenvolvemos as atividades e os respetivos indicadores de avaliação, elaborados de acordo com os objetivos gerais e específicos previamente definidos (Ruivo et al., 2010).

Nos quadros apresentados de seguida, consta essa informação.

Quadro 1 - Objetivo geral 1 e respectivos objetivos específicos

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa		
Objetivo específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
Prestar cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado de Si, em contexto hospitalar	- Elaboração de um estudo de caso (avaliação multidimensional); - Realização do processo de enfermagem seguindo o modelo de intervenção em parceria para a promoção do Cuidado de Si	Identificação e gestão de problemas complexos em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador na promoção da funcionalidade e Cuidado de Si
Investigar e aprofundar conhecimentos sobre a influência da hospitalização e cirurgia, na funcionalidade da pessoa idosa;	- Revisão da literatura; - Consulta de documentos, regulamentos e legislação sobre as competências de enfermeiro mestre e especialista	Desenvolvimento de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa
	Reflexão sobre o quadro conceptual de enfermagem que sustenta o projeto	Estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa na promoção da sua funcionalidade e autonomia
	Aplicação de questionários aos elementos da equipa de enfermagem e análise do seu conteúdo	- Implementação da avaliação multidimensional da pessoa idosa submetida a cirurgia; - Desenvolvimento de intervenções de enfermagem em parceria adequadas às necessidades da pessoa idosa;
Diagnosticar as necessidades formativas face ao desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista no cuidado à pessoa idosa hospitalizada submetida a cirurgia	Realização de ensino clínico num serviço de internamento da especialidade de cirurgia geral	- Aquisição de competências na prestação de cuidados à pessoa idosa, no nível de especialista; - Aquisição de competências de coordenação e gestão de equipas; - Desenvolvimento de técnicas comunicacionais promotoras do conhecimento e envolvimento da pessoa idosa nos cuidados prestados; - A pessoa idosa mostra-se informada, assumindo o controlo do seu projeto de vida e saúde
Mobilizar e gerir a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria promotoras da funcionalidade da pessoa idosa	Desenvolvimento e promoção de momentos de partilha de dúvidas, opiniões e conhecimentos, segundo o modelo reflexivo de Johns, em parceria com a equipa de enfermagem, no âmbito da promoção da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia	- Dinamização da equipa de enfermagem para a concretização de intervenções promotoras de funcionalidade da pessoa idosa; - Implementação de intervenções de enfermagem promotoras do Cuidado de Si em parceria com a pessoa idosa submetida a cirurgia

Quadro 2 - Objetivo geral 2 e respectivos objetivos específicos

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria que promovam a funcionalidade após uma cirurgia		
Objetivo específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
Identificar as respostas dos CSP para a resolução de problemas da pessoa idosa, relacionados com o risco de perda de capacidade funcional associado à diabetes, em contexto de confinamento domiciliário	Realização de estágio na USF X: - Observação da prática clínica; - Participação na visita domiciliária a pessoas idosas; - Desenvolvimento e participação no projeto: consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa diabética: uma intervenção em parceria	Aquisição de conhecimentos acerca: - do papel do enfermeiro de família; - da pessoa idosa e do seu contexto, permitindo propor soluções para as dificuldades que surgem em sua casa, na adesão e gestão do regime terapêutico associado à diabetes e que podem aumentar o risco de aumento do declínio da sua funcionalidade
Analisar os registos de enfermagem, no âmbito da promoção da sua funcionalidade	Análise dos processos de enfermagem, relativos às pessoas idosas submetidas a cirurgia, segundo as fases do modelo de intervenção em parceria (2016)	A equipa de enfermagem desenvolve e regista cuidados em parceria com a pessoa idosa, submetida a cirurgia, segundo os indicadores das fases do modelo de intervenção em parceria
Observar as práticas de cuidados à pessoa idosa, no âmbito da promoção da sua funcionalidade	Observação das práticas de cuidados de enfermagem, às pessoas idosas, submetidas a cirurgia, segundo os indicadores de avaliação das fases do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016)	
Identificar os contributos da implementação de intervenções em parceria, promotoras da funcionalidade e Cuidado de Si, para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar	Elaboração e realização de entrevista à pessoa idosa submetida a cirurgia	A pessoa idosa manifesta-se satisfeita por ter sido incentivada pela equipa de enfermagem a manter as suas convicções, identificando oportunidades e recursos para o Cuidado de Si

Quadro 3 - Objetivo geral 3 e respectivos objetivos específicos

Objetivo Geral 3: Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado de Si;		
Objetivo específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
Definir estratégias junto da equipa de enfermagem, para a implementação de intervenções promotoras da funcionalidade da pessoa idosa submetida a cirurgia, assegurando o Cuidado de Si	Elaboração, em parceria com a equipa de enfermagem de: - Colheita de dados da pessoa idosa que promova o conhecimento do seu projeto de vida e saúde, segundo o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016); - Planos de cuidados que evidenciem intervenções promotoras da funcionalidade da pessoa idosa, submetida a cirurgia;	A equipa de enfermagem: - Colhe dados e reconhece os recursos da pessoa idosa para identificar e lidar com a sua dependência, dando continuidade ao seu projeto de vida; - Define intervenções, assumindo o compromisso de auxiliar a pessoa idosa a gerir as expectativas face à sua recuperação dando continuidade ao seu projeto de saúde.
	Realização de sessões de formação sobre a intervenção de enfermagem em parceria para assegurar o Cuidado de Si e promover a funcionalidade da pessoa idosa, nomeadamente: - Promoção da funcionalidade na pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia: intervenção de enfermagem em parceria - Intervenção de enfermagem em parceria: A importância da avaliação pré-operatória da pessoa idosa e a promoção da sua funcionalidade em contexto de cirurgia; - Consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa diabética: uma intervenção em parceria	A equipa de enfermagem assume presença nas sessões de formação nomeadas: 55% em contexto hospitalar; 100% em contexto de CSP
Identificar mudanças na atuação da equipa de enfermagem, com a implementação do projeto	Análise dos processos de enfermagem, desde a admissão até à alta, através dos indicadores de avaliação, segundo as fases do modelo de intervenção em parceria (2016)	Os enfermeiros demonstrar conhecer a pessoa idosa, as suas preferências e expectativas, relativas à cirurgia e ao Cuidado de Si
	Observação das práticas de cuidados de enfermagem, às pessoas idosas, submetidas a cirurgia, segundo os indicadores de avaliação das fases do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016)	Os enfermeiros estabelecem uma relação de proximidade e de confiança mútua, com objetivos negociados face à promoção do Cuidado de Si A pessoa idosa é capaz de assumir o controlo do Cuidado de Si ou é a família capacitada, pela equipa de enfermagem, para assegurar o cuidado do outro
	Implementação da monitorização da escala de modificada de Barthel, através da intervenção AUTOCUIDADO (linguagem CIPE) às pessoas idosas submetidas a cirurgia.	Relativamente aos processos analisados, os enfermeiros aplicaram a monitorização da escala modificada de Barthel em 60% das pessoas idosas submetidas a cirurgia
	Elaboração e aplicação de questionário à equipa de enfermagem, segundo o modelo reflexivo de Johns.	Relativamente à pertinência da intervenção em parceria para a promoção da funcionalidade e Cuidado de Si, na pessoa idosa submetida a cirurgia: 80% dos enfermeiros considerou útil a implementação do projeto para a prática de cuidados; 90% considerou o projeto adequado às necessidades formativas da equipa;

Apresentados os objetivos gerais e específicos, as atividades e os seus indicadores de avaliação, segue-se a caracterização dos locais de estágio.

2.4. Caracterização dos locais de estágio

Os locais onde foram realizados os ensinamentos clínicos representaram uma mais-valia à sua concretização, dado o elevado número de pessoas idosas a que respondem, assim como pela disponibilidade apresentada pelas equipas de enfermagem e orientadores da prática clínica, para a receção de estudantes de enfermagem neste nível de formação.

Em contexto hospitalar o estágio foi realizado, num serviço de internamento da especialidade de cirurgia de um hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo e no contexto comunitário o mesmo foi realizado numa USF da área da grande Lisboa.

De referir que o estágio decorrido em contexto hospitalar foi realizado entre dezembro de 2020 e maio 2021, com um interregno de cinco semanas para a realização do ensino clínico na comunidade (entre março e abril de 2021).

Apresenta-se de seguida uma breve descrição sobre as instituições referidas, acrescentando que serão omissos alguns dados propositadamente de modo a garantir o seu anonimato respeitando assim o direito à privacidade.

Contexto hospitalar: Serviço de Internamento hospitalar de cirurgia

De acordo com o regulamento interno da unidade hospitalar onde se realizou o ensino clínico, trata-se de uma instituição definida como “entidade pública empresarial” (p.3) que tem como missão “a prestação de cuidados diferenciados”, para assegurar a cada utente a resposta “às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas” (p.4).

Serve uma extensa área populacional, alargando em algumas valências a sua influência à península de Setúbal e Sul de Portugal. O Serviço de internamento de cirurgia, dedica-se ao diagnóstico e tratamento de doenças passíveis de abordagem cirúrgica, nomeadamente patologias gastrointestinais, endócrinas, da mama e hérnias da parede abdominal.

Este serviço atende utentes vindos do serviço de urgência geral, bloco operatório, unidade de cirurgia de ambulatório, outros serviços de internamento e consultas externas (solicitadas através dos centros de saúde/USFs por via eletrónica, médico assistente ou ainda por referência interna).

No que respeita à organização dos cuidados de enfermagem, aplica-se o método individual de trabalho e o processo clínico do utente, informatizado através do *software* SClínico Hospitalar (tendo por base a classificação internacional para a prática de enfermagem – linguagem CIPE), permite a realização de registos por parte da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, nutricionistas e assistentes sociais), onde podem ser consultadas áreas como o regime terapêutico, marcação de consultas, exames complementares de diagnóstico e tratamentos, assim como realizar pedidos de colaboração por parte de outras áreas clínicas ou especialidades, elaboração de planos de cuidados e realização de registos de enfermagem.

Contexto Comunitário: Unidade de Saúde Familiar

Segundo a associação nacional de USFs, estas definem-se como unidades operativas dos centros de saúde com autonomia funcional e técnica que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.

A USF X (assim denominada para garantia de anonimato), pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde II de Lisboa Oriental e atende à população de várias freguesias desta cidade, nas valências de planeamento familiar, vigilância na gravidez e puerpério, saúde infantil e juvenil, vacinação, vigilância de hipertensão arterial, saúde do diabético, cuidados no domicílio, consultas e cuidados de enfermagem e saúde do adulto e do idoso (em situação de doença aguda ou crónica), numa relação de colaboração entre 8 enfermeiros, 8 médicos, 6 secretários clínicos e 13.364 utentes inscritos, dos quais 50,3% são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (BI-CSP, 2021).

As USFs podem apresentar modelos organizacionais diferentes, sendo que a unidade referida se enquadra no modelo B.

A organização dos cuidados de enfermagem assenta então no modelo de enfermeiro de família, sendo este responsável por um número de famílias, conjuntamente com um médico, fazendo o seu seguimento ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da comunidade.

O processo clínico do utente é informatizado através do *software* SClinico cuidados de saúde primários (tendo por base a classificação internacional para a prática de enfermagem – linguagem CIPE), permitindo a realização de registos por parte da equipa multidisciplinar (enfermeiros e médicos) e onde podem ser consultadas áreas como o regime terapêutico, marcação de consultas, tratamentos, elaborar planos de cuidados e realizar registos de enfermagem.

Dando seguimento àquelas que foram as medidas tomadas e estratégias adotadas para a implementação deste projeto, segue-se a referência às suas considerações éticas.

2.5. Considerações Éticas

Os princípios éticos e deontológicos que pautam este relatório pretendem evidenciar as “intervenções de enfermagem realizadas com a preocupação da defesa

da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (código deontológico inserido no estatuto da OE, 2015, p. 5) e, por isso mesmo, o cuidado com a confidencialidade e anonimato de dados foi uma constante, atendendo à lei da proteção de dados pessoais (Lei nº n.º 58/2019 de 8 de agosto) e ao regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente quando refere que o enfermeiro deve “assegurar que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão” (regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, 2018, p. 8).

Deste modo foi solicitada autorização à coordenadora da USF para a realização de estágio na instituição já referida (Apêndice V) e parecer da coordenação (Anexo I).

Igual pedido foi enviado ao conselho de administração (Apêndice VI) e à comissão de ética (Apêndice VII e Anexo II) da unidade hospitalar para implementação do estudo intitulado “Promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia: intervenção em parceria”, assim como requerida autorização à enfermeira gestora e ao diretor clínico do serviço de internamento de cirurgia da mesma unidade hospitalar para realização de estágio nesse local (Apêndice VIII).

Tendo sido implementado um projeto de intervenção em ambos os locais de estágio, foram ainda feitos pedidos de participação dos utentes e enfermeiros, voltando a ter por base a lei da proteção de dados pessoais (Lei nº n.º 58/2019 de 8 de agosto), de modo a obter o consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante (Apêndice IX e Apêndice X).

Mais se acrescenta que a prestação de cuidados de enfermagem foi regida para além dos valores do código deontológico, princípios éticos e regulamentos já referidos, pelas normais internas de cada local de estágio.

De referir ainda a autorização concedida, por parte dos autores, para a utilização de instrumentos como “Guia das fases e perguntas para a intervenção de Enfermagem em Parceria com a Pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica” (Gomes *et al.*, 2019) (Apêndice XI e Anexo III)

Depois de analisadas as questões éticas subjacentes à realização deste projeto segue-se a descrição das atividades, aprendizagens e competências desenvolvidas, de acordo com os objetivos gerais já apresentados.

3- ATIVIDADES REALIZADAS, APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo serão apresentadas as atividades realizadas, as aprendizagens e competências adquiridas de acordo com os objetivos gerais definidos e apresentados no capítulo anterior.

Para melhor organização e clarificação das atividades realizadas, a estrutura deste capítulo obedece à categorização das aprendizagens segundo a área de competências desenvolvida.

3.1. Atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento de competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa

Atividade 1 – Revisão *Scoping* da literatura

O interesse da enfermagem pela metodologia de revisões da literatura tem vindo a aumentar, sendo um importante contributo como método que permite uma prática baseada na evidência científica.

A revisão *scoping*, permite uma avaliação preliminar do potencial, âmbito e abrangência da literatura disponível, visando identificar a natureza e a extensão das evidências dos estudos, apresentando como vantagem o fato de ser capaz de informar os investigadores se uma revisão sistemática completa é ou não necessária.

Sendo um dos objetivos específicos deste projeto a análise da intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e/ou cuidador familiar, no âmbito da promoção da sua funcionalidade e Cuidado-de-Si, procedeu-se à realização de uma revisão *Scoping*, permitindo com isso mapear a informação pertinente sobre o tema.

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 1 – Esta atividade teve início com a elaboração da questão de investigação, elaborada segundo a mnemónica PCC, sendo: P (População), C (Conceito) e C (Contexto): “Em relação às pessoas com 65 e/ou mais anos (P), quais as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o Cuidado-de-Si (C), durante o internamento hospitalar e após uma cirurgia (C)?”.

A pesquisa foi iniciada com recurso à plataforma EBSCO Host e às bases de dados MEDLINE Complete e CINHALL Complete, de acordo com o protocolo de pesquisa The Joanna Briggs Institute (2015).

Numa primeira procura, foram obtidos 328 artigos, reduzidos para nove após a análise de títulos, resumos e aplicação dos limitadores de pesquisa (Apêndice I).

Com os resultados obtidos ficou evidente que não sendo uma área nova de investigação, o envelhecimento populacional torna cada vez mais exigente a formulação de políticas e estratégias de saúde que integrem a pessoa idosa e os seus cuidadores, correndo-se o risco de rutura do sistema de saúde e social por ausência de resposta especializada às necessidades desta população.

Da pesquisa realizada podem destacar-se os seguintes resultados:

- o declínio funcional, (aumento da dependência nas atividades pessoais da vida diária ou nas habilidades instrumentais necessárias para a uma vida independente) e a deterioração da função cognitiva, resultam em necessidade de recurso a continuidade de cuidados na comunidade ou até em morte (Lowthian et al., 2017);
- as pessoas idosas têm alto risco de declínio funcional, após a hospitalização e aumenta ainda mais se já existir previamente alguma dependência em ABVD ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Lowthian et al., 2017);
- entre os doentes internados mais velhos, em risco de declínio funcional, o número de comorbidades, a redução das ABVDs, o comprometimento da cognição e os sinais de depressão são importantes preditores do tempo de internamento hospitalar, de necessidade de horas de enfermagem e de reabilitação durante a permanência hospitalar (Scharf et al., 2020).
- o reconhecimento da evidência atual no envelhecimento, condições de saúde geriátrica multifatorial, bem-estar e prevenção, são aspetos importantes na melhoria das práticas de enfermagem. A avaliação multifatorial influencia também a necessidade de recursos sociais e económicos (Presley et al., 2020).

A identificação do estado da arte desta temática e o aprofundamento do conhecimento conduziram ao desenvolvimento de competências assentes numa prática de enfermagem avançada, servindo primordialmente para aferir técnicas de pesquisa e investigação.

O conhecimento produzido através desta pesquisa e da construção de grelhas com a sua sistematização, para além de dar suporte ao enquadramento teórico deste

projeto, foi ainda integrado na capacitação das equipas de enfermagem a quem se dirigiram as sessões de formação realizadas, contribuindo para a melhoria do seu conhecimento na área da promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar quer em contexto hospitalar, quer domiciliário.

Desta feita a revisão *Scoping* permitiu mapear conhecimentos sobre o tema, sobre a própria técnica de pesquisa e seleção de conteúdo, servindo de fio condutor ao desenvolvimento de práticas de qualidade, destacando o papel do enfermeiro mestre como elemento que eleva a sua capacidade de questionar e compreender e especialista como gestor e colaborador em programas de melhoria contínua (OE, 2019).

A pesquisa bibliográfica aqui referida suportou o conhecimento desenvolvido na prática clínica, através da realização de estágios, descritos no próximo ponto.

Atividade 2 – Realização de estágio

Os estágios supervisionados nas áreas de especialidade em enfermagem, são uma importante ferramenta para a formação do perfil profissional dos estudantes, por permitir, não só a prática de cuidados, mas também uma aproximação e identificação com o futuro campo de atuação do enfermeiro especialista. (OE, 2018).

Desta feita e indo ao encontro do que é regulamentado pela OE, face às competências do enfermeiro especialista, foram realizados dois ensinamentos clínicos, um em contexto hospitalar e outro em CSP, suportando o desenvolvimento de projeto delineado.

Decorridos num total de 500 horas, (400 horas em contexto hospitalar, num serviço de internamento da especialidade de cirurgia e 100 horas em CSP, numa USF), ambos os estágios foram realizados sob supervisão quer do docente orientador da ESEL, quer dos enfermeiros de referência da prática clínica (ambos especialistas na área de enfermagem médico-cirúrgica).

Cada um dos estágios teve início com uma observação participante, mais-valia por facilitar a participação ativa em atividades como a recolha de dados e o levantamento das necessidades formativas e áreas de interesse das equipas de enfermagem, para posteriormente elaborar o projeto de intervenção.

Ao longo deste processo formativo foi sentida a necessidade de realizar um registo assíduo das observações realizadas, fazendo a sua correspondência aos objetivos propostos e interpretando os resultados atingidos, de forma a sistematizar a

informação que sustentasse, à posteriori a realização deste relatório, a sua análise e discussão.

De salientar ainda que, tal como qualquer processo de aprendizagem, existem subjacentes aspetos positivos/facilitadores e aspetos negativos/dificuldades, pelo que, para sua apresentação, foi realizada uma análise SWOT que os descreve (Apêndice XIII).

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 2 – Nesta atividade considerou-se fundamental destacar um dos maiores desafios à realização da unidade curricular estágio com relatório e dos ensinamentos clínicos, o fato do contexto pandémico vivido, ter obrigado a uma extensa reformulação dos objetivos inicialmente propostos.

Numa primeira fase, aquilo que estaria a ser delineado seria o estudo da influência da hospitalização e cirurgia na funcionalidade da pessoa idosa, para que, em contexto de CSP, fosse possível perceber que efeito teria tido esse período e evento, sob a sua autonomia na realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária em contexto domiciliário e qual o papel do enfermeiro especialista na manutenção ou reconstrução da autonomia e promoção do Cuidado-de-Si da pessoa idosa (Gomes, 2016, 2020).

No entanto, as particularidades vividas e resultantes da pandemia por SARS-COV 2, motivaram a redução da atividade cirúrgica, existindo a necessidade de adaptar o projeto inicialmente proposto.

Não tendo oportunidade de avaliar pessoas idosas que tivessem regressado a casa após uma cirurgia, surgiu a oportunidade, face às necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF e dos utentes diabéticos, de promover a funcionalidade da pessoa idosa através da capacitação para o controlo desta doença, com a implementação de uma teleconsulta de enfermagem, segundo o modelo de parceria (Gomes, 2016, 2020).

A capacitação do utente diabético para a vigilância e controlo da sua doença, o despiste de riscos associados ao aumento do sedentarismo derivado do contexto pandémico vivido e o envolvimento da família e cuidadores no sentido de assegurar a satisfação das necessidades das pessoas idosas fomentaram o desenvolvimento de competências em áreas como a adesão à saúde e à segurança ocupacional (OE, 2019).

Desta feita, para além da implementação da consulta telefónica foi ainda possível realizar visitas domiciliárias, o que se revelou como uma mais-valia por tornar possível perceber se:

- as condições de salubridade da casa dos utentes permitiam as intervenções de enfermagem necessárias;
- existiam e se, se encontravam em boas condições, os dispositivos necessários à vigilância da glicémia capilar;
- a sua adesão terapêutica estava assegurada, nomeadamente através da compra da medicação e da sua toma correta;
- existiam os conhecimentos necessários à gestão medicamentosa de acordo com a ingestão de uma dieta diabética e a administração de antidiabéticos orais ou insulina.

No contexto da visita domiciliária foi ainda possível entender se a capacitação para o cuidado era possível ao próprio ou se existia a necessidade de ser assegurado por Outro, pelo familiar ou cuidador.

Relativamente ao ensino clínico desenvolvido em contexto hospitalar, é importante começar por referir que este foi realizado no mesmo contexto do exercício de funções, o que se revelou uma experiência mais difícil do que se esperava.

Se por um lado o conhecimento do contexto clínico, das necessidades formativas da equipa e dos focos de atenção de enfermagem, foram uma mais-valia às propostas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, por outro revelou-se difícil separar o papel de estudante, do papel de profissional, quer na prática clínica, quer na recolha de dados.

A estratégia adotada foi fazer o acompanhamento, entrevistas e prestação de cuidados sempre a utentes diferentes, consoante o papel que se desempenhava (estudante de mestrado ou enfermeira prestadora de cuidados).

Para destacar as atividades desenvolvidas neste contexto podemos fazer referência ao estudo de caso realizado (Apêndice IV), sobre uma utente, submetida a cirurgia gastrointestinal major (gastrectomia total) previamente independente e que viu alterada a sua autonomia ao longo do internamento, tendo sido estabelecido um plano de cuidados ao qual faremos referência na atividade 4 deste capítulo.

Assumindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas no que diz respeito à atualização da equipa segundo a mais recente

evidência, foram planeadas e apresentadas sessões de formação sobre a promoção da funcionalidade da pessoa idosa em contexto hospitalar, após cirurgia.

Em suma, pode-se sobretudo afirmar, que apesar da limitação que o tempo de estágio confere à apresentação de resultados, esta experiência foi sem dúvida, uma das mais importantes, para o desenvolvimento de competências de especialista e mestre em enfermagem médico cirúrgica, tendo em conta o projeto delineado, promoção da funcionalidade da pessoa idosa em contexto de internamento cirúrgico.

A acrescentar que os cronogramas de atividades realizadas em ambos os contextos se encontram disponíveis para consulta (Apêndice II e Apêndice III).

Tendo já sido referido a importância da prática baseada na evidência, segue-se a referência à divulgação do conhecimento, possível nomeadamente, através da participação em eventos científicos, temática abordada na atividade que se segue.

Atividade 3 – Participação em eventos científicos

De acordo com a OE (2019), o enfermeiro especialista baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, investigando e colaborando em estudos de investigação, interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

O conhecimento só se transformará em prática se for divulgado, daí a importância de difundir, partilhar e publicar protocolos, estudos, projetos de intervenção, de investigação para que daí ganhe cada vez mais força e notoriedade na comunidade científica, aquele que é o saber, a *praxis* e a disciplina de enfermagem.

Foi exatamente com o propósito de acrescentar saber e divulgar o conhecimento novo produzido em contexto de estágio que existiu interesse na participação em eventos científicos, quer como formanda, quer como formadora, demonstrando com isso as competências desenvolvidas no grau de mestre, aplicando os conhecimentos adquiridos em novas situações e contextos, desenvolvendo soluções para problemas novos e comunicando as conclusões e raciocínios, nomeadamente na apresentação deste relatório (Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-2).

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 3 - A OE é uma das entidades promotoras da divulgação do conhecimento em enfermagem, realizando várias sessões de formação,

esclarecimentos e gerando pareceres sobre todos os domínios de competência dos enfermeiros, nos seus vários níveis de formação.

Em 2021, foi iniciado um ciclo de *Webinars* de investigação em enfermagem, cujos estudos apresentados se focaram em linhas de investigação relacionadas com: bem-estar, saúde e doença; formação de profissionais; políticas, sistemas e organizações de saúde.

A 3 e 10 de fevereiro de 2021, houve oportunidade de assistir às formações ***Webinar: Um contributo para a excelência profissional e de investigação - Pesquisas Básicas*** e ***Webinar: Um contributo para a excelência profissional e de investigação – Pesquisas Avançadas***, tendo tido especial importância na consolidação de conhecimentos já adquiridos em unidades curriculares como “investigação em enfermagem” mas através do qual foi possível aprimorar as técnicas de pesquisa avançada e exploração de bases de dados eletrónicas.

Em março de 2021, a professora docente e orientadora da unidade curricular “Estágio com Relatório”, da ESEL e o enfermeiro especialista orientador da prática clínica nos CSP, lançaram o desafio, de participar na 12.^a edição do concurso *Angelini University Award*, uma iniciativa promovida pela *Angelini Pharma* dirigida a frequentadores do ensino superior em Portugal na área da Saúde e cujo objetivo é fomentar projetos na área da saúde com aplicabilidade prática que permitam gerar inovação e promover o empreendedorismo.

Sendo o mote desta edição “Soluções de crises em saúde – identificar, gerir e cuidar “, esta participação foi alicerçada no projeto desenvolvido em parceria com outra estudante de mestrado, já aqui referido e cujo tema e título foi ***“Teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa diabética: Uma intervenção em Parceria”***, tendo conseguido destacar-se até à fase de semifinalistas.

Em maio de 2021, por ordem da comemoração do dia do enfermeiro, foi publicado na *News/letter* da unidade hospitalar onde decorreu um dos ensinamentos clínicos, o projeto desenvolvido no âmbito do estágio, em parceria com a Sr^a Enf^a , intitulado “Teleconsulta de Enfermagem Pré-Operatória” (Anexo V).

Mais tarde e segundo o tema trabalhado nos CSP (***“Teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa diabética: Uma intervenção em Parceria”***), surgiu uma nova oportunidade de participação em evento científico, desta feita um *Webinar* organizado pela ESEL (***Webinar: “Formação, Investigação e Exercício Clínico”***), realizado a 10 de novembro de 2021, para o qual nos propusemos a realizar uma

comunicação sob a forma de poster (Apêndice XXVIII) elucidativo do trabalho feito na capacitação da equipa de enfermagem na implementação da teleconsulta à pessoa idosa diabética, segundo o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016, 2020) e para o qual recebemos o prémio de 1º classificado.

3.2. Atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar

Atividade 4 – Elaboração de estudos de caso em parceria para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar

De acordo com o desenvolvimento de competências objetivado, na prestação de cuidados de enfermagem especializados e em parceria para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa foi elaborado 1 estudo de caso, que descreveu os processos médicos e cirúrgicos complexos vividos por 1 pessoa idosa, com o diagnóstico de neoplasia gástrica e seu familiar cuidador. O estudo de caso elaborado foi suportado pela utilização da escala modificada de Barthel,

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 4 - Para a realização de estudos de caso foi elaborado um instrumento de colheita de dados “Guião do Processo de Parceria para a Promoção da Funcionalidade da Pessoa idosa submetida a cirurgia” (Apêndice XXIII), tendo em conta as várias fases do modelo de parceria.

Desta forma, tendo em conta o modelo referido, na fase do revelar-se e envolver-se, o enfermeiro procurou conhecer a individualidade da pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, tendo para isso sido fundamental a utilização da escala de Barthel para avaliação das suas capacidades na realização das ABVDs.

Cumpriu-se a sua aplicação, de acordo com a DGS (2011) nos seguintes momentos: na admissão ao internamento, 48h horas após o início do mesmo e no momento da alta.

O conhecimento da capacidade basal previa da pessoa idosa foi essencial para nas fases seguintes do modelo de parceria (capacitar/possibilitar, comprometer e assumir o Cuidado-de-Si) capacitar a pessoa idosa e familiar cuidador para promover

o seu máximo potencial relativamente à funcionalidade, visando a manutenção da sua autonomia.

Esta atividade permitiu adquirir conhecimento sobre os vários instrumentos de avaliação disponíveis para a concretização de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, com o levantamento das suas necessidades, expectativas e vontades.

Considera-se assim que com a elaboração dos estudos de caso e planos de cuidados em parceria, foi possível o desenvolvimento de competências nos domínios das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade, nomeadamente fortalecendo o autoconhecimento e assertividade, baseando a prática clínica especializada em evidência científica, gerindo os cuidados de enfermagem e sobretudo construindo estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa idosa e família (OE, 2019).

Para perceber os contributos da implementação das intervenções planeadas em parceria com vista à promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si, para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar realizámos entrevistas semiestruturas a pessoas idosas (2) e aos familiares cuidadores, das quais apresentamos os resultados no ponto seguinte.

Atividade 5 – Análise dos registos e colheita de dados de enfermagem em contexto hospitalar

O contributo que a enfermagem tem na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde deve ser visível aos olhos da investigação e por isso mesmo, cada vez mais se pretende demonstrar que a sua *praxis*, tem impacto nos ganhos em saúde das populações e há que demonstrá-lo a partir dos registos de enfermagem.

Com vista à produção de indicadores e ao desenvolvimento da investigação, os sistemas de informação e os registos de enfermagem devem contemplar obrigatoriamente a utilização da CIPE (classificação internacional para a prática de enfermagem) (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 5 – Para a concretização desta atividade, foi criada uma grelha de análise aos registos de enfermagem (Apêndice XXII) de modo a fazer o levantamento da aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem “*Autocuidado*” (linguagem CIPE) no

âmbito da avaliação de dados referentes às intervenções planeadas para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa.

Com igual propósito foi elaborado o guião para colheita de dados de enfermagem à pessoa idosa (Apêndice XXIII), de acordo com o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016), já referido anteriormente.

Mais se acrescenta que, como suporte teórico deste diagnóstico de enfermagem “autocuidado”, está a aplicação da escala modificada de Barthel (2007), por ser o instrumento de avaliação já instituído no local de estágio.

Para análise dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados mencionados, foi necessário primeiro clarificar que o diagnóstico de “Autocuidado” (linguagem CIPE) através da aplicação da escala de Barthel pretende traduzir em registo o que o utente faz, e não o que o utente poderia fazer, sendo o seu principal objetivo, determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal (DGS, 2011), em atividades como alimentar-se, transferir-se, subir e descer escadas, toalete, utilização de WC, banho, mobilidade, vestir e controlo urinário e intestinal.

Acrescenta-se ainda que as intervenções planeadas incluem a avaliação do potencial para reconstrução de autonomia e melhoria do conhecimento para cada um dos itens acima referidos.

Dado o contexto pandémico vivido e a consequente redução da atividade cirúrgica eletiva, foi definido que se analisariam processos de enfermagem referentes a pessoas idosas submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo, uma vez que estas cirurgias sendo prioritárias, se mantiveram durante este tempo.

A análise foi feita a 10 processos de enfermagem, por corresponderam aos critérios de inclusão da população participante neste estudo (idade superior a 65 anos e com patologia oncológica do tubo digestivo com necessidade de intervenção cirúrgica eletiva).

Com o objetivo de analisar a manutenção ou o declínio da capacidade para o “autocuidado” durante o internamento, foi estabelecido que a aplicação da escala modificada de Barthel seria feita no momento da admissão, 48h após a cirurgia, em caso de ocorrências de complicações ou agravamento do estado da pessoa idosa e no momento da sua alta.

De seguida, apresentamos o quadro onde constam os resultados da análise aos processos de enfermagem.

Quadro 4 – Análise aos registos de enfermagem

	Sim	Não
Aplicação da Escala Modificada de Barthel na admissão da Pessoa Idosa no Serviço de Cirurgia Geral	60%	40%
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa Idosa	60%	40%
Aplicação da Escala Modificada de Barthel 48h após a cirurgia da Pessoa Idosa	20%	80%
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa Idosa	10%	90%
Aplicação da Escala Modificada de Barthel, no caso de ocorrência de complicações ou agravamento do estado da Pessoa idosa	10%	90%
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa Idosa	10%	90%
Aplicação da Escala Modificada no momento da alta	60%	40%
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa Idosa	60%	40%

Da análise aos dados disponíveis, pode concluir-se que o diagnóstico de enfermagem “autocuidado” não foi realizado a todas as pessoas idosas, no momento da sua admissão ao serviço, o que impossibilita o conhecimento prévio da sua

condição e a avaliação do impacto que teve o internamento e a cirurgia na manutenção da sua autonomia e independência.

Contudo, há a salientar que existe concordância entre a percentagem de processos em que foi feita a aplicação da escala modificada de Barthel e o planeamento de intervenções de enfermagem de acordo com o grau de dependência da pessoa idosa, nos itens que constituem este instrumento de avaliação (Anexo IV).

Quanto à aplicação da mesma escala em períodos como, as 48 horas após a cirurgia e a ocorrência de complicações ou agravamento do estado da pessoa idosa durante o internamento, existem os valores mais baixos, correspondentes a 20 e 10% da amostra (respetivamente), o que dificulta a avaliação do impacto que têm estes momentos na capacidade funcional da pessoa idosa, mais se acrescentando que as percentagens de intervenções de enfermagem planeadas são ainda mais baixas, o que traduz uma não atualização do plano de cuidados ao longo do internamento.

Quanto à aplicação da escala modificada de Barthel no momento da alta e ao planeamento de intervenções de enfermagem de acordo com o grau de dependência da pessoa idosa, as percentagens obtidas são correspondentes às do momento de admissão, o que revela a existência de registos concordantes, com atualização do plano de cuidados neste momento.

No âmbito do desenvolvimento de competências de especialista, considera-se que esta atividade permitiu o envolvimento e avaliação das práticas e a interpretação dos seus resultados, possibilitando a revisão das mesmas com a implementação de programas de melhoria contínua, traduzidos inclusivamente nas sessões de formação apresentadas e às quais dedicamos o ponto 8.

Atividade 6 –Realização de entrevistas às pessoas idosas e/ou Cuidador familiar

Dos vários tipos de entrevista que existem destacamos a entrevista semiestruturada, por ter sido a aplicada neste projeto. Esta modalidade obedece a um guia e permite com isso, sobretudo aos investigadores menos experientes, aumentar as hipóteses de assegurar o seguimento dos seus objetivos, alcançando a finalidade da entrevista, no que respeita à obtenção de dados (Minayo e Costa 2018).

De acordo com esta premissa, foi elaborado um guia de entrevista (Apêndice XXIV), que teve como objetivo perceber os contributos da implementação de intervenções em parceria, promotoras da funcionalidade e Cuidado-de-Si, para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.

Foram realizadas 4 entrevistas (2 a pessoas idosas e 2 a familiares cuidadores), todas elas audiogravadas e posteriormente transcritas para análise do seu conteúdo. A cada participante foi oficialmente pedida a sua colaboração e assinado consentimento que comprava a sua livre e esclarecida participação (Apêndice IX).

As respostas dos entrevistados foram posteriormente analisadas seguindo os princípios da análise de conteúdo segundo Bardin (2013).

De salientar que as entrevistas às pessoas idosas tiveram como objetivo conhecer o significado do internamento, as preocupações relativas a alterações na sua autonomia ou dependência de outro, o conhecimento sobre recursos da comunidade e dúvidas no regresso a casa.

Nos quadros seguintes apresentamos sumariamente as características das pessoas idosas e dos cuidadores familiares entrevistados, com a atribuição de siglas que lhes conferem o anonimato.

Quadro 5 - Caracterização das Pessoas Idosas

Definição	Sigla	Sexo	Idade	Diagnóstico/Cirurgia	Escala de Barthel (Admissão)	Escala de Barthel (Alta)
Pessoa Idosa 1	PI 1	Feminino	83 anos	Neoplasia Gástrica/Gastrectomia total	Totalmente independente	Dependente em grau moderado
Pessoa Idosa 2	PI 2	Masculino	79 anos	Neoplasia coloretal/Cirurgia de Hartman	Dependente em grau moderado	Dependente em grau moderado

Quadro 6 – Caracterização dos Familiares cuidadores entrevistados

Definição	Sigla	Sexo	Idade	Pessoa Cuidada	Escala de Barthel (Admissão)	Escala de Barthel (Alta)
Familiar Cuidador 1	FC 1	Feminino	69 anos	Pai	Totalmente dependente	Totalmente dependente
Familiar Cuidador 2	FC 2	Feminino	75 anos	Marido	Dependente em grau moderado	Dependente em grau moderado

Depois da caracterização dos entrevistados, importou analisar o conteúdo das suas narrativas, dando-se destaque à identificação de categorias e subcategorias abaixo apresentadas.

Quadro 7 – Categorias e subcategorias segundo Bardin (2013)

Categoria	Subcategoria	Narrativas
Grau de dependência prévia ao internamento	Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa no momento de admissão ao internamento	"Sou independente. Faço tudo sozinha, ainda não preciso de ajuda de ninguém." (P11) "Sou dependente da minha mulher. É ela me ajuda". (P12) "O meu pai é dependente em quase tudo, dado o avançado estado de demência, sou eu a sua cuidadora". (CF 1)
Regresso a casa	Preocupação em relação ao seu regresso a casa, no momento de admissão ao internamento	"Preocupa-me se fico com alguma mazela que me leve a depender de alguém" (P11) "Preocupa-me dar ainda mais trabalho há minha mulher, ela já tem pouca força." (P1 2) "Preocupa-me que o meu pai deixa de conseguir andar" (CF 1)
Capacitação da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar para o Cuidado de-Si	Disponibilidade e interesse na capacitação para o Cuidado-de-Si; Disposição para o conhecimento na recuperação da capacidade para as	"Quero saber tudo o que me possa ajudar a recuperar. Que exercícios posso fazer para voltar a fortalecer os músculos e cansar-me menos e o que posso comer através deste tubo" (jejunostomia) (P11).
Grau de dependência no momento da alta	Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa no momento da alta	"Agora estou dependente. Depois de tanto tempo internada, sinto-me exausta". (P11) "Estou dependente no que já era. Eu sinto-me igual". (P12) "O meu pai mantém-se dependente em todas as atividades para as quais já o era". (CF 1)
Capacitação da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar para o reconhecimento dos recursos da comunidade	Conhecimento sobre recursos disponíveis após a alta hospitalar	"Devo recorrer primeiro ao centro de saúde e depois à urgência se for necessário". (P11) "Devo recorrer ao centro de saúde e à enfermeira que me vai seguir em consulta por causa do saco". (P12)
Melhoria dos cuidados de enfermagem	Sugestões de melhoria na transmissão de informação	"Acho que está tudo bem". (P11) "O meu maior receio era que, dado o atual contexto de pandemia e a restrição de visitas não fosse possível eu estar presente ou tirar as dúvidas necessárias, tal não aconteceu, pelo contrário, não senti que existisse nenhuma dificuldade de comunicação, se não fosse por presença, telefonicamente consegui sempre saber informações sobre o internamento e nos documentos referentes à alta, estavam claras todas as indicações necessárias à continuidade dos tratamentos e cuidados a ter". (CF 2)

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 6 - No âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e no aperfeiçoamento de técnicas de pesquisa e colheita de dados, destacamos nesta atividade a elaboração do guia de entrevista já referido e da grelha de análise de conteúdo das narrativas das pessoas idosas e/ou cuidadores familiares que permitiram avaliar a funcionalidade basal prévia ao internamento, assim como o grau de dependência no momento da alta, segundo a aplicação da escala modificada de Barthel (2013).

Podemos contatar que as pessoas idosas manifestaram a sua preocupação com o regresso a casa, nomeadamente com o facto de puderem ficar com alterações na funcionalidade que o pudesse levar a ficar dependente de alguém e dar trabalho aos familiares, pelo que mostraram disponibilidade para os cuidados de enfermagem que visaram a sua recuperação. Assim referiram querer ter informação para aumentar o conhecimento relativamente aos seus cuidados.

Relativamente à avaliação da capacidade funcional na alta, esta também se revelou fundamental para gerir os recursos e encaminhamento na comunidade,

podendo-se destacar como satisfação dos participantes terem mantido o seu grau de dependência basal inalterada no momento da alta.

Assim o conhecimento dos recursos e a forma de ter acesso aos mesmos precisa de ser uma questão fundamental na preparação do regresso à casa. Outras das preocupações dos familiares durante o internamento foram as visitas, que em contexto de pandemia estavam restritas, pelo que a sua preocupação situava-se ao nível de saber como ter acesso a informação sobre os familiares.

Estes resultados mostram a importância de termos de desenvolver um cuidado em parceria com a pessoa idosa e família, indo ao encontro das suas reais necessidades e projeto de vida.

Mais se acrescentam o desenvolvimento de aptidões nos vários domínios de competências comuns ao enfermeiro mestre e especialista, nomeadamente no:

- domínio da investigação, competência fundamental enquanto mestre no desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada no domínio da enfermagem, na área da promoção da funcionalidade da pessoa idosa, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência, referenciais éticos e deontológicos;

- domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, por fomentar a construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, quando foram divulgados e analisados os resultados das entrevistas com a equipa de enfermagem, discutindo-se os aspetos positivos e negativos das intervenções implementadas, relembrando a necessidade de avaliação do “Autocuidado” no momento da admissão ao internamento e nos momentos subsequentes;

- domínio da melhoria contínua da qualidade quando se deu uso a indicadores de dependência, extraídos das entrevistas, fazendo com eles a avaliação das práticas clínicas, divulgando a importância do levante precoce e da gestão de expectativas referidas nas mesmas;

- domínio da gestão dos cuidados, quando adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e a cada contexto, se visou a garantia da qualidade dos cuidados, coordenando-se a equipa na prestação de cuidados promotores da funcionalidade da pessoa idosa durante o internamento hospitalar e após uma intervenção cirúrgica.

No seguimento da avaliação das práticas e objetivando a melhoria contínua da qualidade, no ponto seguinte faremos referência à análise das narrativas da equipa de enfermagem quanto à prestação de cuidados no âmbito da promoção da funcionalidade.

3.3. Atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento de competências de na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si

Atividade 7 –Análise das narrativas da equipa de enfermagem

Para analisar a intervenção da equipa de enfermagem face ao objetivo do projeto, a promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar em contexto de cirurgia, foi pedida uma reflexão crítica das práticas de cuidados, segundo o Modelo Reflexivo de Johns (Apêndice XXVI) para posterior análise das narrativas dos enfermeiros, segundo Bardin (2013).

Foi proposto aos enfermeiros participantes, nos seus diferentes níveis de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito (segundo Benner, 2001), que fizessem a descrição de uma situação em que cuidaram de uma pessoa idosa internada no serviço de cirurgia, submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo, tendo em conta, quais as intervenções planeadas com vista à promoção da sua funcionalidade e Cuidado-de-Si.

As questões colocadas foram elaboradas tendo em consideração áreas como: a avaliação da pessoa idosa e plano de cuidados de enfermagem; a avaliação da intervenção do(a) enfermeiro(a); as sugestões de melhoria e a opinião sobre o contributo do projeto para a realidade da prestação de cuidados (Apêndice XXVI).

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 7 – Do contributo pedido à equipa de enfermagem foram obtidas 4 respostas.

Relembramos que a cada participante foi pedida colaboração, com garantia de anonimato e proteção de dados e elaborado um documento como consentimento informado (Apêndice X).

No quadro baixo apresentamos a caracterização dos enfermeiros participantes com recurso a siglas que os identificarão de agora em diante.

Quadro 8 – Caracterização dos enfermeiros participantes

Categoria	Sigla	Anos de experiência profissional em internamento de cirurgia geral	Nível de competência segundo Benner
Enfermeiro especialista	E1	15	Enfermeiro perito
Enfermeiro	E2	1	Enfermeiro iniciado
Enfermeiro	E3	5	Enfermeiro proficiente
Enfermeiro	E4	6	Enfermeiro proficiente

Depois da caracterização dos entrevistados, importou analisar o conteúdo das suas narrativas, através dos achados semânticos e expressivos usados pelos mesmos e através dos quais se obtiveram as categorias e subcategorias abaixo apresentadas.

Quadro 9 - Categorias e subcategorias segundo Bardin (2013)

Categoria	Subcategoria	Narrativas
Avaliação da pessoa idosa e plano de cuidados de enfermagem	Sensibilização para a temática da promoção da funcionalidade da pessoa idosa;	"Considero fundamental a avaliação multidimensional da pessoa idosa nas diferentes fases de cuidados. Conhecendo a condição anterior, comorbidades, o estado nutricional, a mobilidade, o grau dependência nas AVD's e o diagnóstico médico permitirá ao enfermeiro adequar as intervenções. Durante a hospitalização também é fulcral fomentar a reabilitação, a deambulação precoce e os ensinamentos após a alta" (E1)
	Reflexão sobre a intervenção de enfermagem na promoção da funcionalidade;	"Os objetivos definidos em parceria com o paciente foram: promover a independência nas AVDS após a cirurgia, o conhecimento acerca da sua doença e cuidados a ter, facultar apoio emocional e o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança" (E1) "Ser capaz de realizar levantar com apoio de dispositivos, ser capaz de tomar banho no wc, ser capaz de cuidar da sua ostomia de eliminação de forma autónoma, ensinar, instruir e treinar o cuidador no cuidado à ostomia" (E2).
Avaliação da intervenção do(a) enfermeiro(a)	Capacitação da equipa de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria;	"O Cuidado de Si, promove a capacitação do doente e família para os cuidados necessários e o retorno à autonomia" (E3) "O Cuidado de Si demonstra o respeito e vontade de envolver todos, a Pessoa Idosa e a família, no processo de cuidar, por isso foi promovida a capacitação no despiste de complicações, nas vigilâncias pós-operatórias e no encaminhamento para serviços de saúde após a alta" (E1)
	Envolvimento da pessoa idosa e/ou cuidador familiar no plano de cuidados;	"Houve sempre preocupação em informar (o próprio e a família) e houve espaço para esclarecimento de dúvidas, embora tenhamos que melhorar ainda neste campo" (E4). "Apesar de não existirem visitas diárias, houve sempre a preocupação de ir esclarecendo as famílias através de telefone e agendamos visitas sempre que se revelou necessário, quer para os ensinamentos, quer para melhorar o humor e reduzir ansiedade das pessoas internadas" (E1)
	Fatores dificultadores do cumprimento do plano de cuidados;	"Rácio desadequado enfermeiro/ doente" (E2) "Déficit de Trabalho em equipa com ausência de reuniões entre médicos e Enfermeiros para partilha do plano terapêutico" (E3) "Ausência de cuidador da pessoa idosa; Isolamento social da pessoa idosa" (E1)
	Uso de instrumentos na avaliação multidimensional da pessoa idosa;	"Não fiz a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa no momento da admissão, porém se tivesse realizado a avaliação utilizaria a Escala de Barthel" (E2). "Utilizei a Escala de Braden, escala de morse, escala de Barthel, avaliação de risco nutricional através de escala, escala de comas de Glasgow" (E3)
	Sugestões de melhoria à intervenção de enfermagem em parceria;	É fundamental a formação contínua para a diferenciação e especialização do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem" (E1) "A disseminação de novo conhecimento é muito importante para o desenvolvimento da enfermagem" (E4)
Melhoria da qualidade	Contributo do projeto para a melhoria contínua da qualidade;	

Com esta análise foi possível explorar o interesse e o conhecimento da equipa de enfermagem pelo tema da promoção da funcionalidade da pessoa idosa, assim

como quais as intervenções em parceria implementadas na capacitação da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, com vista à manutenção ou reconstrução da sua autonomia e quais os elementos que mais dificultaram o cumprimento do plano de cuidados estabelecido no momento da admissão hospitalar.

Foi também possível perceber que existe reconhecimento da importância do uso de instrumentos de avaliação, nomeadamente da escala modificada de Barthel mas nem sempre se verificou a sua aplicação, nos momentos da admissão, 48h após a cirurgia e no momento da alta. Consideramos por isso justificável a implementação de um projeto de intervenção nesta área, cujo objetivo seria capacitar os enfermeiros para uma intervenção desenvolvida em parceria com a pessoa idosa e os seus cuidadores familiares, com vista à redução dos fatores de risco de declínio com a promoção de um regresso a casa seguro e que permita a continuidade do projeto de vida e saúde de cada um (Gomes, 2016, 2020).

Dado o contexto de pandemia estas ações situaram fundamentalmente ao nível da formação em contexto de serviço.

Atividade 8 – Realização de sessões de formação

No planeamento, elaboração e apresentação de ações de formação tivemos em conta as competências comuns do enfermeiro especialista que envolvem as “dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744).

Por outro lado, houve também preocupação em ir ao encontro dos princípios defendidos pela andragogia, no sentido em que se procurou promover a aprendizagem através da experiência na prestação de cuidados a pessoas idosas.

Partindo do pressuposto que os adultos estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para melhor enfrentar e resolver problemas reais da sua vida pessoal e profissional, o primeiro passo dado para a construção de qualquer uma das formações realizadas foi sempre a levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem.

Aprendizagens e competências desenvolvidas:

Atividade 8 - No âmbito do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para a prestação de cuidados em parceria, na promoção da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar foram realizadas três sessões de formação (duas em contexto hospitalar e uma em CSP).

As sessões de formação foram planeadas e elaboradas de acordo com os princípios já apresentados da andragogia.

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (2019), fará parte das suas aptidões no domínio da melhoria contínua da qualidade, a identificação de oportunidades de melhoria e o estabelecimento de prioridades da mesma, selecionando as estratégias a adotar, agilizando a elaboração de guias orientadores de boa prática e fomentando a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade e foi nesse sentido que surgiram as sessões de formação planeadas tendo em conta o diagnóstico de situação e necessidades apresentadas pelas diferentes equipas e contextos.

A primeira sessão de formação intitulada ***“Promoção da funcionalidade na pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia, intervenção de enfermagem em parceria”***, teve lugar a 23 de fevereiro de 2021 (Apêndice XV).

Sendo esta sessão de formação realizada no contexto hospitalar onde para além de estudante, também eram funções como enfermeira de cuidados gerais, a identificação das necessidades foi facilitada pelo conhecimento prévio da equipa e utilizados recursos como reuniões informais e questões levantadas em sede de passagem de ocorrências com os enfermeiros do serviço.

Desta sessão de formação pode ser dado destaque a resultados como:

- presença de 45% do total da equipa de enfermagem;
- reconhecimento e aprendizagem de intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia, por parte dos formandos;
- identificação, por parte dos formandos, das fases do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016, 2020);

A segunda sessão de formação, intitulada ***“A importância da avaliação pré-operatória da pessoa idosa e a promoção da sua funcionalidade em contexto de cirurgia. Intervenção de enfermagem em parceria”***, foi concretizada em contexto

do estágio realizado em ambiente hospitalar e teve lugar nos dias 7 e 8 de maio de 2021 (Apêndice XV).

Desta sessão de formação pode ser dado destaque a resultados como:

- presença de 50% do total da equipa de enfermagem;
- consolidação do conhecimento e planeamento das intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia, por parte dos formandos;
- reconhecimento das intervenções de enfermagem implementadas no âmbito da teleconsulta de enfermagem pré-operatória, por parte dos formandos;
- identificação e aplicação das fases do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016) nas intervenções promotoras da funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, por parte dos formandos;

De referir que esta sessão de formação foi planeada, desenvolvida e apresentada em grupo com outra estudante de mestrado, a exercer funções e a realizar estágio no mesmo contexto, pelo que o cruzamento dos temas individualmente trabalhados deu sentido à simbiose das temáticas, proporcionando assim um momento único de formação à equipa de enfermagem, considerando-se uma mais-valia, por tornar possível agilizar tempo e recursos despendidos por todos os envolvidos (formadores e formandos).

A sessão de formação realizada em contexto de CSP, teve como título ***“Consulta telefónica à pessoa idosa diabética. Intervenção de enfermagem em parceria”*** e ocorreu a 15 de abril de 2021 na USF X, em regime presencial.

Desta sessão de formação pode ser dado destaque a resultados como:

- presença de 100% da equipa de enfermagem;
- identificação, por parte dos formandos, das fases do guião de consulta segundo o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016);
- realização da consulta telefónica à pessoa idosa diabética, por parte dos formandos, segundo o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2016).

Tratou-se uma vez mais de um trabalho desenvolvido em parceria com outra estudante de mestrado, que tendo realizado o seu ensino clínico na também na USF X, deu início (com a colaboração do enfermeiro orientador da prática clínica), ao diagnóstico das necessidades formativas da equipa e à elaboração de documentos de apoio à realização da teleconsulta de enfermagem.

Nesta primeira fase foi dado início ao guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa diabética em consulta telefónica, segundo o modelo de intervenção em parceria (Gomes et al, 2019) e que culminou com a construção de um fluxograma desenvolvido para a teleconsulta (Apêndice XIX), segundo o mesmo modelo teórico (num contínuo de trabalho em parceria entre todos os intervenientes, mestrandas e o enfermeiro orientador).

De salientar que para a realização destas sessões de formação foram elaborados documentos de apoio, suporte e divulgação que constam em apêndice deste relatório, nomeadamente: questionário de diagnóstico de necessidades formativas (Apêndice XIV); planos de sessão (Apêndice XV e Apêndice XVI); memória descritiva (Apêndice XVII); apresentação das sessões de formação (Apêndice XVIII, Apêndice XIX e Apêndice XX); grelha de avaliação da sessão (Apêndice XXI).

A referir que foram utilizadas plataformas digitais como o Microsoft *teams*, o aplicativo *Loom* ou o *google forms* para difundir informação relativa às formações e respetivos questionários para avaliação das sessões de formação e desempenho das formadoras.

CONCLUSÃO

O caminho percorrido ao longo do 3º semestre desta especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção à pessoa idosa, tornou possível a reflexão sobre a experiência profissional previamente adquirida e a mais-valia que representava, mas permitiu sobretudo perceber como o desenvolvimento de novas competências conferem um grau de questionamento constante, numa prática reflexiva que guia na procura de mais conhecimento, em vários domínios como o da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

A dimensão de especialista, foi aqui completada pela de mestre na procura do desenvolvimento pessoal aos níveis que são preconizados para a profissão de enfermagem, nomeadamente na capacidade de compreensão e resolução de problemas a um nível mais complexo relativamente a situações não familiares e novas, na comunicação de conhecimentos e na capacidade ao nível das aprendizagens, técnicas, instrumentais e relacionais, de acordo com a evidência científica que melhor se adapte às circunstâncias onde os cuidados são prestados.

A implementação do projeto aqui relatado permitiu ainda o desenvolvimento de competências enquanto elemento de referência e líder para a capacitação da equipa de enfermagem, em áreas como:

- o estabelecimento de relações de parceria, tendo em consideração as fases do modelo teórico norteador deste relatório (modelo de parceria segundo Gomes, 2016, 2020);
- a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa;
- a identificação de fatores de risco para o declínio funcional associados à hospitalização e ao confinamento domiciliário;
- a utilização de instrumentos de avaliação referenciados pela evidência científica como mais-valias para prevenção de complicações.

As inúmeras atividades realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências como: a reflexão sobre a prática de enfermagem avançada; revisão da literatura; a participação em eventos científicos e ainda a realização de entrevistas no domínio das aprendizagens profissionais.

Relativamente à área da melhoria contínua da qualidade, a destacar a realização de estágios em diferentes contextos (hospitalar e comunitário) e a realização de sessões de formação.

Foram ainda desenvolvidas competências através da elaboração de uma revisão *scoping* que permitiu mapear a produção científica mais recente sobre os cuidados à pessoa idosa e a intervenção de enfermagem na promoção da sua funcionalidade.

As principais dificuldades sentidas ao longo deste percurso relacionaram-se sobretudo com áreas desconhecidas e não controláveis, nomeadamente o contexto pandémico vivido pelo SARS-COV 2, que veio alterar todo o cronograma inicial da unidade curricular Estágio com Relatório, associado à redução da atividade presencial, redução das cirurgias eletivas, reestruturação interna das unidades hospitalares e USFs, para dar resposta ao controlo da pandemia.

Por sua vez, a inexperiência na área de investigação prolongou a pesquisa da literatura e o fato de um dos ensinamentos clínicos ter sido realizado no mesmo local do exercício de funções tornou difícil a gestão da simultaneidade de papéis (estudante e profissional).

A destacar, sem dúvida, como elementos facilitadores da realização deste projeto, a motivação e concretização pessoal, a constante disponibilidade da docente orientadora e enfermeiros especialistas orientadores da prática clínica, a participação das equipas de enfermagem nas sessões de formação, a disponibilidade das pessoas idosas e cuidadores no estudo através das respostas às questões colocadas nas entrevistas.

Em suma, importa salientar o interesse de dar continuidade a este projeto e com isso obter indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e dos respetivos ganhos em saúde com a implementação de intervenções em parceria que promovam a funcionalidade da pessoa idosa, considerando-se ainda, que com a realização deste relatório foi fomentada a prática da investigação, da pesquisa científica, da formação (individual e dos pares) conduzindo à reflexão e à crítica características da enfermagem avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Texto contexto enfermagem

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA, 2016). *Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória*. Porto.

Barbosa et al., (2014). *Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade*. Ciênc. saúde colet. 19 (08). Disponível para consulta em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70. (traduzido do original francês L`analyse de contenu (1977)

Belei et al (2008). *O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa*. Cadernos de Educação

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto (Tradução do original do inglês From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice).

Camargo R. (2019). *Cronograma de atividades: aprenda a organizar o tempo do seu projeto*. PM VISUAL

Carvalho et al (2018). *Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte*, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 21(2): 136-144

Chaer, Diniz e Ribeiro (2011). *A técnica do questionário na pesquisa educacional*. Evidência, Araxá, v. 7, n. 7, p. 251-266.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão Beta. Lisboa: Gráfica.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Ordem dos Enfermeiros.

Couto, M., Caldas, P., Castro, B. (2019). *Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional*. Rev Fun Care Online. 11(4):944-950. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.944-950>.

Cronin P, Ryan F, Coughlan M. (2008). *Undertaking a literature review: a step-by-step approach*. Br J Nurs.10;17(1):38-43.

Dantas, Lys M. V; Oliveira, Adriano A. *Como elaborar um póster acadêmico: Material didático de apoio à vídeo-dica Póster Acadêmico*. Projeto de Extensão UFRB. Cachoeira: UFRB.

Decreto-Lei n.º 74/2006 - Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24

Diário de República (2009). *Regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica*. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/122322392/202108010521/73707327/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=diploma>

Diário da República (2018). *Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018*. Disponível em: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>

DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Obtido em: <http://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/>

DGS (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

DGS (2013). *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Disponível em https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf

DGS (2016). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142016-de-28102016-pdf.aspx>

DGS (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

DGS (2019). *Norma nº 01/2019, Implementação da tabela nacional de funcionalidade no adulto e idoso*. Lisboa, DGS, 1-19.

DGS (2020). *Orientação n.º 010/2020, Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17782/orientacao-010-2020-isolamento-por-sars-cov-2-covid-19-distanciamento-social-e-isolamento.pdf>

Diogo, R., & Vieira, J. (2006). *Guia metodológico (1.a ed.)*. Comissão europeia. Disponível em: <https://www.fea.pt/files/74f9fca7e9045a5d6cfb2253bee1b03251d029f1.pdf>

Ercole, F., Melo, S., Alcoforado, L.(2014). *Revisão integrativa versus revisão sistemática*. REME Rev Min Enferm.;18(1):9-12.

Ermida (2014). *Avaliação geriátrica compreensiva*. Sociedade portuguesa de geriátrica e gerontologia. Temas geriátricos.

Esteves, F., Cunha, O., Bohomol, E., Negri, C. (2018). *O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa*. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(4), 1842-1853

ESEL (2019). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. Disponível em: [https://www.esel.pt/sites/default/files/documentacao/Regulamento Mestrado 2019 2 0.pdf](https://www.esel.pt/sites/default/files/documentacao/Regulamento_Mestrado_2019_2_0.pdf)

Ewen, Washington, Emerson, Carswell, e Smith, (2017). *Aging in place: community-based services and resources in residential settings among older adults*. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08882746.2017.1389577>

Ferreira, P., Dourado, M., Simões, A. (2018). *Medição da autonomia na atividade diária*. Port J Public Health;36:9–15

Figueiredo, M. (2011). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência

Fiorillo, A., Gorwood, P. (2020). *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*. Eur Psychiatry; 63(1): e32.

Fonseca e Medeiros (2019). *Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313>

Fortin, M. F. (2009), *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Editora Lusodidacta, ISBN 9789898075185

Galvão, M., Sawada, O., Trevisan, A. (2004). *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem*. Rev Latino-am Enferm. 12(3):549-56.

Gaskell, G. (2002). *Entrevistas individuais e grupais. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.

Gil, Antônio Carlos (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.

Godinho (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações. Norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca ESEL

Gomes, I.D. (2016, 2020). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas edições académicas

Gomes I. (2020) *Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People*. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32

Guerra, M. et al (2021). *Contribuições da Atividade física no envelhecimento dos idosos*. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e11310111537. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11537. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11537>

Hazzan, O., Heyd-Metzuyanim, E., Even-Zahav, A., Dori, Y. J. (2017). *Application of Management Theories for STEM Education - The Case of SWOT Analysis* (1st ed.). 29 Cham: Springer international Publishing.

Hirshkowitz et al., 2015. *National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary*. Sleep Health, Volume 1, Issue 1, Pages 40-43

Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE. (2012). *Referencial de formação pedagógica inicial de formadores*. Departamento de Formação Profissional. Centro Nacional de Qualificação de Formadores. Disponível em: https://www.apq.pt/downloads/file422_pt.pdf

Johns, C. (2002). *Guided reflection: advancing practice*. London, England: Blackwell Science.

Lacerda, D., Alves, A., Lemos, S., Albuquerque, A. (2019). *Aspectos envolvidos na assistência prestada ao idoso dependente: percepções dos cuidadores informais*. Revista Saúde e Desenvolvimento, 13(15), 34-49.

Lafrenière et al (2017). *Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization*. Clinical Nursing Research, Vol. 26(1) 6–26

López et al. (2014). *Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular*. Sociedade Brasileira de Cardiologia Volume 103, Nº 2, Supl. 1.

Loureiro, S. (2008). *Validação do «Mini-Nutricional Assessement» em idosos*. (Dissertação de Mestrado)

Lowthian, et al (2017). *Predicting functional decline in older emergency patients—the Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) project*. *Age and Ageing*, Volume 46, Issue 2, Pages 219–225. Disponível em <https://doi.org/10.1093/ageing/afw210>

Lundberg, V., Boström, A-M., Gottberg, K., Konradsen, H. (2020) *Healthcare Professionals - Experiences of Assessing, Treating and Preventing Constipation Among Older Patients During Hospitalization: An Interview Study*. *J Multidiscip Healthc*. Nov;Volume 13:1573–82.

Matos (2019). *O Processo de Envelhecimento. O lugar do idoso na sociedade brasileira*. *Rev. Longevidade*, Ano I, n. 4, São Paulo.

Medeiros, et al (2016). *A percepção do idoso sobre a velhice*. *Rev. enferm. UFPE*. 10(10): 3851-3859.

McComark e McCance (2020). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=KnYOEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA17&dq=mccormack+mccance&ots=3rqKjDPjoM&sig=8nK5ysQjn-yIZ4pplgvvcnz2G2E#v=onepage&q=mccormack%20mccance&f=false>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company

Minayo e Costa (2018). *Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa*. *Revista Lusófona de Educação*, 40, 139-153

Morais, Marino e Santos (2010): *Principais síndromes geriátricas*. *Revista de Medicina de Minas Gerais*; 20 (1): 54-66

Moraes, D. C. (2017). *Instabilidade postural e a condição de fragilidade física em idosos*. (Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Nascimento, C., Dantas, O., Andrade, D., Mello, F. (2014). *Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira*. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, 23(1), 211–220.

Netto e Tateyama, (2018). *Avaliação de tecnologia de telemonitoramento e biotelemetria para o cuidado híbrido para o idoso com condição crônica*. Journal of Health Informatics - ISSN 2175-4411

Nogueira, F., Lucena, T., Pinto, V., Araújo, F., Ataíde, C., Netto, P., Deininge, C. (2017). *A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 11(12), 5110–5115.

OE (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*.

OE (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*.

OE (2011). Regulamento n.º 122/2011: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, 8648-8653.

OE (2012). *Padrões de qualidade*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

OE (2015). *Código Deontológico*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

OE (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

OE (2019). *Parecer do Conselho de Enfermagem Nº 152/2019*.

OE (2019). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

OE (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem Nº53/2021*.

Peixoto e Peixoto (2017). *Reflective practice among nursing students in clinical teaching*. Revista de Enfermagem Referência. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

PORDATA. (2020). *Indicadores de envelhecimento*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Presley et al. (2020). *Implementing a multidisciplinary approach for older adults with Cancer: geriatric oncology in practice*. BMC Geriatrics 20:231. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01625-5>

Rembold et al., 2018. *Nursing Diagnosis Risk for Delayed Surgical Recovery (00246) in Adult and Elderly: A Case-Control Study*. International Journal of Nursing Knowledge

Risso, G. (2012). *Risco de queda em doentes confusos: Estudo exploratório numa unidade hospitalar de medicina*. (Dissertação de Mestrado).

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos, 15. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, C., Rodrigues, J., Del Ducca, F. (2022). *Síndromes geriátricas: conhecimento e atuação da enfermagem*. Scientia Generalis, [S. l.], v. 2, n. Supl.1, p. 19–19.

Saraiva, B. et al. (2017). *Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas*. Journal of Health Sciences, v. 19, n. 4, p. 262-267.

Scharf et al. (2020). *Clinical and functional patient characteristics predict medical needs in older patients at risk of functional decline*. BMC Geriatrics 20:75. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1443-1>

Sequeira (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. EdiçãoPublisher: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Schneider F. (2020). *Práticas Avançadas de Enfermagem: conceitos e estratégias na implantação*. Glob Acad Nurs. ;1(2):e11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200011>

Silvertre M. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas – Coimbra*.

SPMS (2019). *Manual de consulta rápida Sclínica – sistemas de cuidados de saúde hospitalares*. Disponível em: https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf

Sousa et al (2018). *Revisões da literatura científica: Tipos, métodos e aplicações em enfermagem*. RPER V1N1 06.018.

Tavares, J., Grácia J., Nunes, L. (2017). *A pessoa idosa hospitalizada: trajetória funcional em hospital português*. Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 18. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388257566003/388257566003.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. Australia: The Joanna Briggs.

Vieira e Almeida, (2020) *Atuação do enfermeiro em relação ao controle nutricional em idosos na atenção primária à saúde*. Revista Interdisciplinar em Saúde, 1(2), 227–243.

WHO (2002). *Declaração Política e Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento*. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/5.pdf>

WHO (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=3E46CC03A6B14DEACB985BB916D7D0D8?sequence=6

WHO (2021). *Envelhecimento*. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

ANEXO I
Autorização da Coordenação da USF

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COORDENAÇÃO DO USF

Exma. Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar

Assunto: Pedido de autorização para a realização do projeto de estágio e integração no protocolo de investigação denominado "USF

Eu, _____, a frequentar o 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar a autorização para a realização do projeto de estágio e integração no protocolo de investigação, denominado "USF _____" a decorrer na USF _____ com a participação dos investigadores Prof.ª Dr.ª _____, professora da ESEL e investigadora da UI&DE, Enf.ª _____, Dr.ª _____, coordenadora da USF _____, Enf.ª _____, Dr.ª _____, Enf. _____ e Dr. _____, e que tem parecer favorável da Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT (Refº 8911/CES/2019). O projeto que irei desenvolver tem como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, contribuindo para o desenvolvimento de uma consulta telefónica de enfermagem de diabetes, que terá como base o "Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica" (Gomes et al, 2019), baseado no Modelo de Parceria de Gomes (Gomes, 2009).

Este projeto será desenvolvido sob a orientação da Prof.ª Dr.ª _____, professora da ESEL, e do senhor enfermeiro especialista _____ (orientador do local de estágio, USF _____) e intitula-se "*Consulta telefónica de enfermagem de diabetes: uma intervenção em parceria na promoção do cuidado à pessoa idosa diabética em contexto de cuidados de saúde primários*".

Mais informo que este trabalho terá continuidade por outra colega do mesmo curso de mestrado, Enf.ª Andreia Oliveira, a partir de março de 2021.

A realização deste estudo respeitará os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação e dados, bem como o cumprimento das normas internas impostas pela USF, já definidos no Protocolo de Investigação.

Lisboa, ____ de ____ de ____

~~Assinado~~ 6/10/21

ANEXO II

**Parecer e Autorização para realização de estudo: Unidade
Hospitalar**

PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Título: Projeto intitulado "Promoção da funcionalidade na pessoa idosa e/ou cuidador familiar, em contexto de cirurgia".

Investigador Principal: Enfª Andreia Oliveira

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 22/03/2021.

Estiveram presentes:

☒ Nome: Dra. (Presidente)

☒ Nome: Dra.

☒ Nome: Dra.

☐ Nome: Dra.

☒ Nome: Dr.

☐ Nome: Dr.

☒ Nome: Dra.

☒ Nome: Dr.

☒ Nome: Enfª

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Dra.
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 25/03/2021.

Dra.
Presidente do Centro

Almada, 26 / 03 / 2021

ANEXO III

Autorização para utilização do “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica (Gomes et al, 2019)



Resposta ao pedido de autorização :Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation3 mensagens

20 de dezembro de 2020 às 15:20

Cara Sónia Cristina Cid Mira Moniz bom dia,

Na sequência do seu pedido de autorização para "Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica" (Gomes et al, 2019), do projeto "Centro Multidisciplinar Dor", na estruturação da consulta telefónica de enfermagem de diabetes da USFi, informo em nome dos autores que concedemos autorização para utilização do mesmo para esse fim, agradecemos que faça referência ao artigo onde se encontra publicada a mesma da seguinte forma: Gomes, I., Martins, M., Guerreiro, D., Lopes, P., Gomes, B.: Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation. In: Garcia-Alonso, J., Fonseca, C. (eds.), IWoG2019, [Communications in Computer and Information Science](#), vol. 1185, pp. 213-218. Springer, Cham (2020).

Melhores cumprimentos e votos de bom trabalho

Pelas autoras



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa

+351 217 913 400 www.esel.pt

ANEXO IV

Instrumentos de Avaliação Multidimensional

MINI MENTAL STATE

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: _____

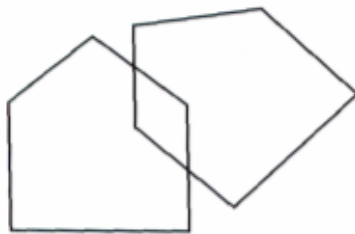
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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

ESCALA DE MORSE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale'

J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas actividades?	S	N

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Last name:		First name:		
Sex:	Age:	Weight, kg:	Height, cm:	Date:

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers.
Add the numbers for the screen. If score is 11 or less, continue with the assessment to gain a Malnutrition Indicator Score.

Screening	
A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? 0 = severe decrease in food intake 1 = moderate decrease in food intake 2 = no decrease in food intake	☐
B Weight loss during the last 3 months 0 = weight loss greater than 3kg (6.6lbs) 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = no weight loss	☐
C Mobility 0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed / chair but does not go out 2 = goes out	☐
D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months? 0 = yes 2 = no	☐
E Neuropsychological problems 0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems	☐
F Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m²) 0 = BMI less than 19 1 = BMI 19 to less than 21 2 = BMI 21 to less than 23 3 = BMI 23 or greater	☐
Screening score (subtotal max. 14 points) 12-14 points: Normal nutritional status 8-11 points: At risk of malnutrition 0-7 points: Malnourished	☐ ☐
For a more in-depth assessment, continue with questions G-R	

Assessment	
G Lives independently (not in nursing home or hospital) 1 = yes 0 = no	☐
H Takes more than 3 prescription drugs per day 0 = yes 1 = no	☐
I Pressure sores or skin ulcers 0 = yes 1 = no	☐

References
1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Saliva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377.
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
For more information: www.mna-elderly.com

J How many full meals does the patient eat daily? 0 = 1 meal 1 = 2 meals 2 = 3 meals	☐
K Selected consumption markers for protein intake • At least one serving of dairy products (milk, cheese, yoghurt) per day • Two or more servings of legumes or eggs per week • Meat, fish or poultry every day 0.0 = if 0 or 1 yes 0.5 = if 2 yes 1.0 = if 3 yes	yes ☐ no ☐ yes ☐ no ☐ yes ☐ no ☐ ☐ ☐
L Consumes two or more servings of fruit or vegetables per day? 0 = no 1 = yes	☐
M How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk...) is consumed per day? 0.0 = less than 3 cups 0.5 = 3 to 5 cups 1.0 = more than 5 cups	☐ ☐
N Mode of feeding 0 = unable to eat without assistance 1 = self-fed with some difficulty 2 = self-fed without any problem	☐
O Self view of nutritional status 0 = views self as being malnourished 1 = is uncertain of nutritional state 2 = views self as having no nutritional problem	☐
P In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his / her health status? 0.0 = not as good 0.5 = does not know 1.0 = as good 2.0 = better	☐ ☐
Q Mid-arm circumference (MAC) in cm 0.0 = MAC less than 21 0.5 = MAC 21 to 22 1.0 = MAC 22 or greater	☐ ☐
R Calf circumference (CC) in cm 0 = CC less than 31 1 = CC 31 or greater	☐
Assessment (max. 16 points)	☐ ☐ ☐ ☐
Screening score	☐ ☐ ☐ ☐
Total Assessment (max. 30 points)	☐ ☐ ☐ ☐

Malnutrition Indicator Score	
24 to 30 points	☐ Normal nutritional status
17 to 23.5 points	☐ At risk of malnutrition
Less than 17 points	☐ Malnourished

ESCALA DE BRADEN

- Alto Risco: 10 a 12 pontos
- Altíssimo Risco: 9 a 6 pontos

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: PARANHOS e SANTOS, 1999.

ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ____/____/____ HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

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

CATEGORIA 2: BANHO

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

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

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

CATEGORIA 4: TOILETE

1. Totalmente dependente no uso do vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário.
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

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

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário.
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zíper, amarrar sapatos, etc.

5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e à noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e à noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisionado em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, frear, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para a cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

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

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

ÍNDICE DE LAWTON-BRODY

Índice de Lawton-Brody

Versão apresentada por Azeredo & Matos (2003).

Item	Sem ou grave perda da autonomia 0	Necessita de alguma ajuda 1	Autônomo ou com ligeira perda de autonomia 2
Capacidade para utilizar o telefone			
Capacidade para fazer compras			
Capacidade para preparar comida			
Capacidade para cuidar da casa			
Capacidade para lavar a roupa			
Capacidade para usar meios de transporte			
Responsabilidade na medicação			

APGAR FAMILIAR

GRUPO V APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

- A sua família costuma visitá-lo(a)?:

- Diariamente ☐
- Semanalmente ☐
- Quinzenalmente ☐
- Mensalmente ☐
- Trimestralmente ☐
- Semestralmente ☐
- Anualmente ☐

BIBLIOGRÁFICA

Andrade, A. & Martins, R. (2011). *Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos*. Millenium, 40: 185-199.

Direcção-Geral da Saúde (1995). *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação* - Relatório. Lisboa.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). *Adaptação à população Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE)*. Revista Portuguesa de Neurologia, 1, 9-10.

Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 9 (3), 179-186.

Smilkstein, G. (1978). *The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians*. Journal of Family Practice, 6(6). Pp.1231-1239

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging. 2006; 10:456-465.

Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica das síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto. Depressão geriátrica. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

Yesavage, J. A. (1988). *Geriatric depression scale*. Psychopharmacology Bulletin, 24, 709.

ANEXO V

**Publicação de Newsletter sobre o projeto “Teleconsulta de
Enfermagem Pré-Operatória”**

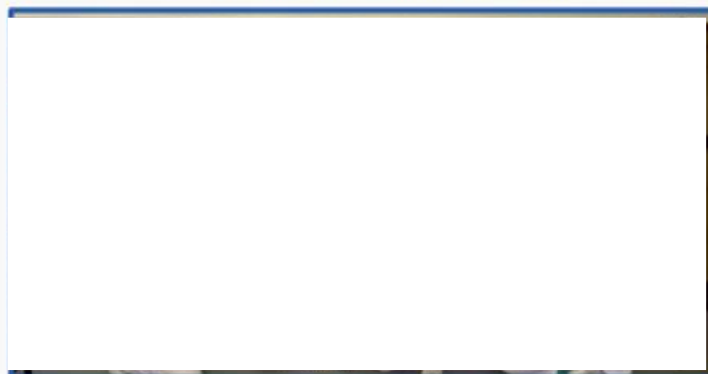
Teleconsulta de Enfermagem Pré-Operatória

Este projeto surge, no Serviço de Cirurgia , numa atitude positiva face aos tempos inimagináveis que vivemos motivados pelo impacto do contexto pandémico, contexto este que motivou a evidente redução da atividade presencial neste último ano, mas também, alterações significativas no SNS, nomeadamente, a dificuldade de acesso do utente aos Cuidados de Saúde.

A Teleconsulta, e de acordo com o parecer da Ordem dos Enfermeiros (2021) é uma consulta não presencial, que ocorre em tempo real. É encarada como um recurso de proximidade com o utente, que tem o objetivo de responder às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a acessibilidade e continuidade dos mesmos. Utiliza sistemas de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (telemóvel, *smatphone*, *tablet*, computador) e obriga o registo no processo clínico do utente de todas as informações adquiridas, possibilitando a consulta pelos demais profissionais envolvidos.

A Teleconsulta de Enfermagem Pré-Operatória (TCEPO) assoma-se, assim, como uma intervenção de enfermagem válida a estas dificuldades, e mais precisamente, como uma vantagem para o utente, mas também como, uma mais valia para o enfermeiro. Esta consulta abrange o utente do Serviço de Cirurgia Geral, com cirurgia programada e ocorre até aos 5 dias prévios à mesma.

Com a TCEPO, é possível conhecer o doente como um ser bio-psico-social, com uma história de saúde e com um projeto de vida, mas também permite à equipa de saúde promover a sua funcionalidade e autonomia durante o internamento.



Baseando-nos na evidencia científica, contata-se que, uma cirurgia influencia a vida e a capacidade funcional do utente. Os avanços técnicos e tecnológicos, promovem uma melhoria dos resultados nas taxas de sobrevida pós-operatória, contudo, é fundamental implementar precocemente intervenções que promovam a funcionalidade prévia ao evento cirúrgico e uma rigorosa avaliação pré-operatória do estado físico e funcional do utente. Estes dois fatores, são determinantes para o sucesso de todo o processo cirúrgico. Assim, antes de uma cirurgia, a informação revela-se uma necessidade real para o utente, pois permite-lhe desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que vivencia.

APÊNDICE I

**Revisão *Scoping* da Literatura: Promoção da Funcionalidade da
Pessoa idosa e/ou cuidador familiar**

BACKGROUND

O envelhecimento populacional atual conduz a um desafio diário para os profissionais de saúde de todas as áreas, leva a uma obrigatória alteração de paradigma, assente na preocupação de manter a autonomia e independência da Pessoa idosa, para além da já conseguida longevidade. Contudo, o aumento da esperança média de vida conduz a um maior número de doenças crónicas que requerem muitas vezes, mais hospitalizações e até necessidades de intervenções cirúrgicas, tantas vezes representativas de quebra na qualidade de vida (Sequeira, 2010) e alteração do projeto de vida de cada um (Gomes, 2016).

O processo de envelhecimento, tem implícito um processo de mudança, de transição, como algo que ocorre no tempo e que envolve mudanças na forma como cada um percebe o seu mundo interno e externo, podendo estar frequentemente associado a sentimentos de perda e alienação, novas relações e necessidade de desenvolver estratégias de adaptação inclusivamente à diminuição de capacidade, redução e declínio de funcionalidade na Pessoa idosa.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o conceito de capacidade funcional define-se como a “capacidade da pessoa para realizar as ABVD e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo, desta maneira, as dimensões física, emocional e cognitiva” (DGS, 2019, p. 5).

A evidência científica diz-nos que a capacidade funcional pode ser comprometida, pela hospitalização e necessidade de cirurgia, tornando-se fulcral a implementação de intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da Pessoa idosa e do Cuidado de Si (Gomes, 2016), procurando contribuir para encontrar respostas aos problemas levantados, identificando e disseminando “boas práticas”, numa filosofia de cuidados centrados (McCormack e McCance, 2010) nas necessidades desta população.

O enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica de intervenção à Pessoa idosa, deve desempenhar um papel crucial, planeando intervenções de enfermagem que capacitem a Pessoa idosa hospitalizada, submetida a cirurgia, assim como o seu Cuidador Familiar, de modo a prevenir e recuperar de situações de

declínio funcional, tendo em vista o bem-estar e desta forma potenciando a continuidade do projeto de vida da família (Gomes, 2016).

Segundo Gomes (2016), o papel do enfermeiro especialista é fulcral na promoção do bem-estar e do cuidado que a Pessoa idosa tem consigo, estabelecendo com ela um trabalho e relação de parceria.

Sousa (2018) aponta que 30% a 60% dos internamentos de Pessoas Idosas se apresentam como causa da redução da capacidade funcional e do desenvolvimento de novas dependências nas atividades básicas de vida diária.

Assim, visando a sintetização das intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da Pessoa idosa submetida a cirurgia, foi utilizada a metodologia de revisão *scoping* para apresentação dos resultados do estado da arte relativo a esta temática, seguindo a orientação daqueles que são os princípios preconizados pela *Scoping Review* do The Joanna Briggs Institute (2015).

OBJETIVO

O objetivo desta revisão *scoping* é analisar e mapear a literatura produzida sobre a funcionalidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar e a sua promoção em contexto de cirurgia.

A questão de investigação foi elaborada segundo a mnemónica PCC, sendo: P (População), C (Conceito) e C (Contexto). Assim iniciámos esta investigação tendo como ponto de partida a seguinte questão: “Em relação às pessoas com 65 e/ou mais anos (P), quais as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o Cuidado de SI (C), durante o internamento hospitalar e após uma cirurgia (C)?”.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Tipo de Participantes	Pessoas Idosas (idade igual ou superior a 65 anos) hospitalizados, submetidos a cirurgia	População com idade inferior a 65 anos
Fenómeno de Interesse	Artigos que destaquem as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade da Pessoa idosa submetida internamento hospitalar e cirurgia	Artigos sem referência à problemática em estudo
Desenho do estudo	Revisões sistemáticas da literatura e/ou estudos de caso, Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa.	Artigos que não sejam revisões sistemáticas de literatura e/ou estudos de caso ou com metodologia pouco clara

TIPOS DE ESTUDOS (CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO)

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa incidiu nas fases (3) definidas pelo The Joanna Briggs Institute (2015). Assim numa primeira fase considerou-se uma pesquisa inicial, não estruturada, em bases de dados eletrônicas como o Google Académico e a plataforma EBSCOhost Web. Através da leitura de títulos e resumos dos artigos selecionados foi possível identificar palavras-chave.

Numa segunda etapa foi realizada uma nova pesquisa para identificar os descritores extraídos de DECS (Descriptors in Health Sciences), do Portal da VHL (Virtual Health Library) e da MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine, sendo que os artigos obtidos foram resultantes da pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL complete e MEDLINE complete, recorrendo aos operadores booleanos “and” e “or” (Quadro 1 e Quadro 2 - Processo de seleção e pesquisa). Os artigos selecionados foram analisados com recurso ao checklist do Statement for Reporting Systematic Review and Meta-Analyses of Studies – PRISMA (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015).

Por último, na terceira etapa deste processo, foi feita a análise dos artigos extraídos da etapa anterior, apresentando-se os resultados no quadro nº 3, tendo sido ainda realizada a leitura das suas referências bibliográficas com o objetivo de identificar outros estudos igualmente relevantes e que pudessem ser incluídos na revisão *scoping* em curso.

Quadro 1 - Processo de seleção e pesquisa correspondente ao PRISMA 1 (Figura 1)

Pesquisa nas Bases de Dados (CINAHL, MEDLINE)	
PALAVRAS-CHAVE	Booleana/Frase
aged or "aged 65 and over"	(aged or "aged 65 and over") AND ("hospital" or "hospitalization") AND geriatric assessment AND ("Functional decline" OR "functional status") AND (nurs* or nursing interventions)
"hospital" or "hospitalization"	
geriatric assessment	
"Functional decline" OR "functional status"	
nurs* or nursing interventions	
LIMITADORES DE PESQUISA	Data de Publicação (2016 a 2021); Texto Integral; Idioma (Português e Inglês); Idade: 65+ anos; Título em destaque (“functional status”, “hospitalization”, “geriatric assessment”)

Quadro 2 - Processo de seleção e pesquisa correspondente ao PRISMA 2 (Figura 2)

Pesquisa nas Bases de Dados (CINAHL, MEDLINE)	
PALAVRAS-CHAVE	Booleana/Frase
aged or elderly	(aged or elderly) AND (hospital or hospitalized) AND (Nursing OR nursing interventions) AND (Surgical procedures OR "surgical risk factors")
hospital or hospitalized	
Nursing OR nursing interventions	
Surgical procedures OR "surgical risk factors"	
LIMITADORES DE PESQUISA	Data de Publicação (2016 a 2021); Texto Integral; Idioma (Português e Inglês); Idade: 65+ anos; Título em destaque: "digestive system surgical procedures"

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para esta revisão de literatura foi a revisão *scoping*, por fornecer uma avaliação preliminar da extensão da literatura de investigação disponível sobre a temática em estudo.

Este tipo de método tem por objetivo a identificação da natureza e extensão das evidências de pesquisa produzidas (Grant & Booth, 2009) e resulta da análise de artigos a partir da formulação de uma questão (ou questões) de investigação, à semelhança do que acontece na revisão sistemática, objetivando ser clara e replicável.

Pode ser um elemento-chave na ajuda aos investigadores por permitir definir perguntas, critérios de inclusão/exclusão, assim como intervenções, comparações e resultados de interesse (The Joanna Briggs Institute, 2015).

Podendo ser utilizada para mapear os principais conceitos subjacentes à temática em estudo, contribui para a percepção dos limites conceituais, sendo ainda útil para examinar evidências, fornecendo orientação para novas revisões ou revisões sistemáticas.

RESULTADOS

Da pesquisa já descrita e efetuada nas bases de dados resultaram um total de 9 artigos (obtidos através de 2 pesquisas distintas), tendo-se procedido à sua análise segundo o PRISMA (Figura 1 e Figura 2), sendo apresentados os principais resultados obtidos a partir desta revisão *scoping*, no instrumento criado para exposição dos seus dados mais relevantes (Quadro 3).

Figura 1: Fluxograma PRISMA 1

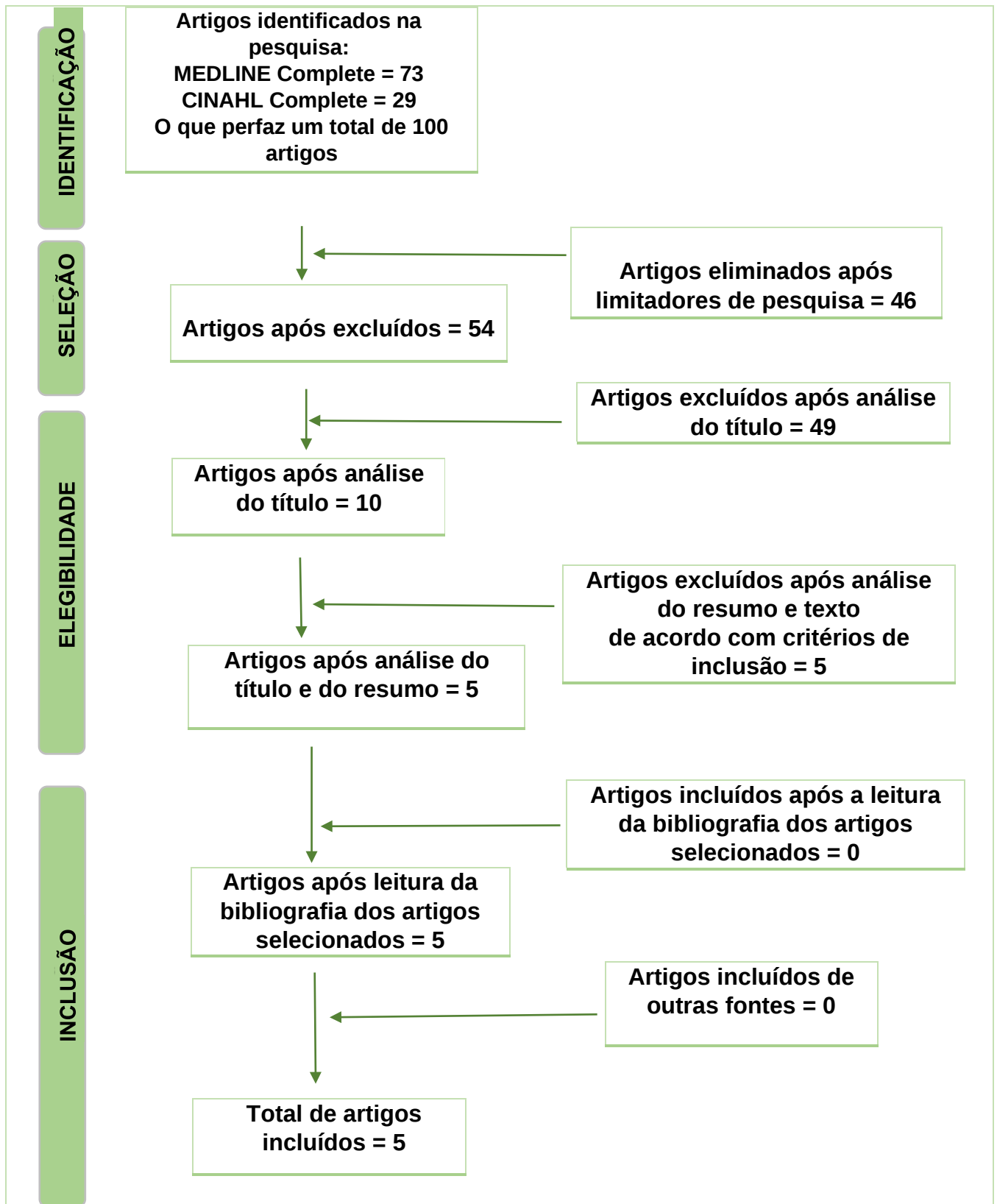
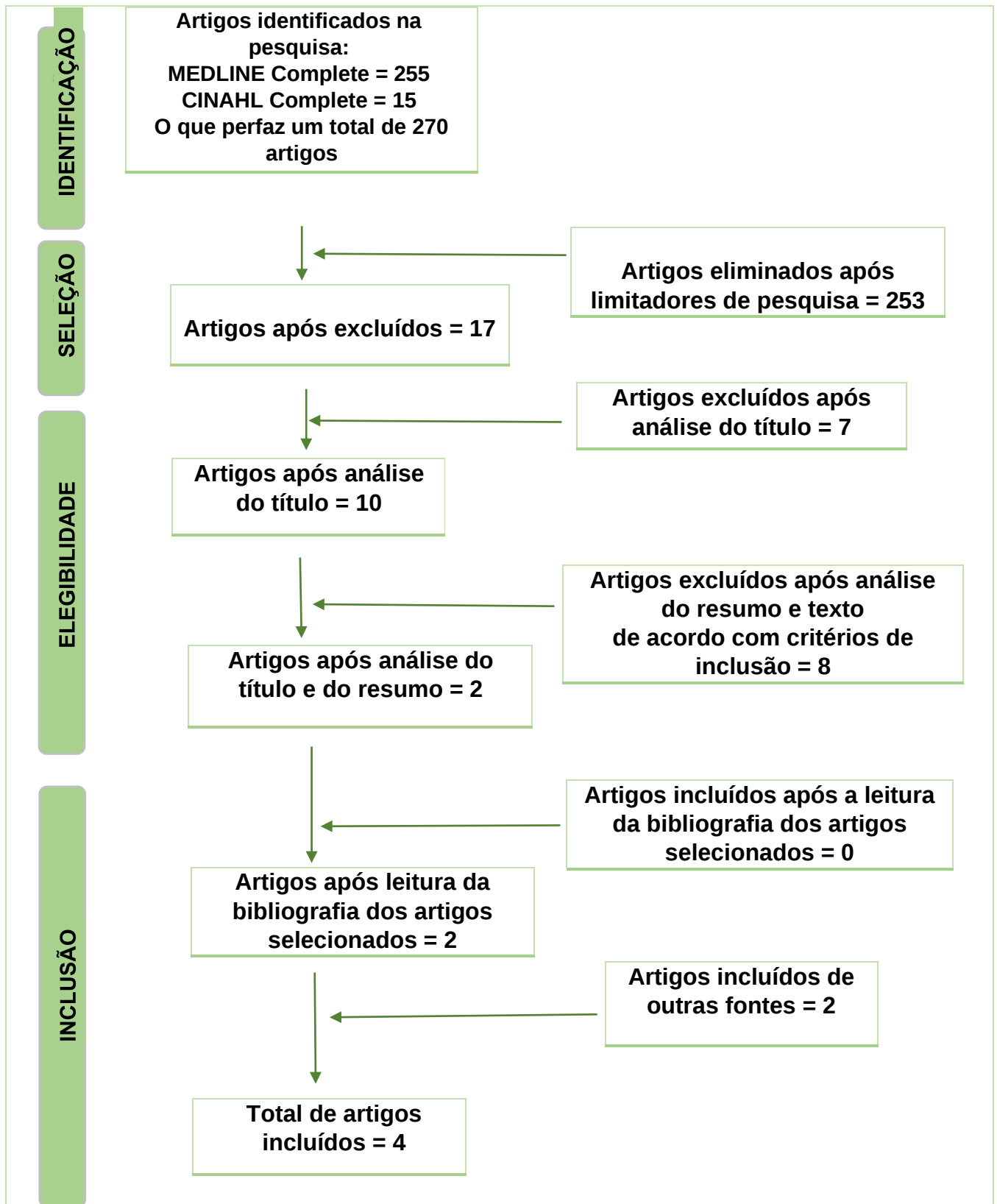


Figura 2: Fluxograma PRISMA 2



Quadro 3: Instrumento de extração de dados relevantes para a Revisão Scoping

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 1
AUTORES	Lowthian et al. (2017)
TÍTULO DO ESTUDO	<i>Predicting functional decline in older emergency patients—the Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) project</i>
PUBLICAÇÃO	Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society
FINALIDADE DO ESTUDO	Traçar o perfil e a trajetória das Pessoas Idosas, que sendo residentes nas suas casas, têm maior de risco de declínio funcional, nos 30 dias seguintes à admissão num serviço de urgência hospitalar.
TIPO DE ESTUDO	Estudo de coorte prospectivo
PARTICIPANTES	959 Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 65 anos de idade, residentes em suas casas, que necessitaram de cuidados hospitalares, sendo admitidos no serviço de urgência hospitalar.
INTERVENÇÕES	Avaliação da funcionalidade na baseline (2 semanas antes da hospitalização, para evitar a influência da doença que dá origem a este episódio) – avaliação multidimensional: cognição (MMSE); desempenho nas ABVD (Barthel) e instrumental (Lawton); humor (Escala de Depressão Geriátrica); Avaliação da funcionalidade 1 semana e 1 mês após a hospitalização (via telefónica);
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Todo a amostra populacional, que preenchia os critérios de inclusão (959 Pessoas Idosas) assinaram consentimento informado voluntário.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	• Prejuízos funcionais e cognitivos pré-existentes são preditores estabelecidos de declínio adicional em Pessoas Idosas após períodos de hospitalização ou na sequência de um atendimento urgente, sendo necessário implementar “modelos de atenção pré-alta”.

	• O uso de avaliação geriátrica abrangente é comprovadamente eficaz na redução declínio quando aplicado em ambiente hospitalar. • Neste estudo houve considerável taxa de declínio funcional, evidenciando a vulnerabilidade dessa população, no período imediatamente após a alta, podendo também indicar, problemas com processos de transição de cuidados na atualidade. O ritmo acelerado dos serviços de internamento, o ambiente nem sempre favorável à educação e ao envolvimento da Pessoa e ao desenvolvimento de planos de cuidados adequados, potencia a necessidade de continuidade de cuidados formais ou informais na comunidade; • O estudo sugere que o uso de auxiliares de marcha ou serviços de apoio diminuíram significativamente a probabilidade de deterioração funcional adicional em Pessoas com comprometimento funcional preexistente; • A imobilidade leva ao declínio funcional e perda de independência e por isso será oportuna a identificação de declínio potencial e intervenção com encaminhamento para acompanhamento geriátrico, auxiliares de marcha adequados e outros serviços para ajudar a manter a mobilidade, força muscular, equilíbrio e resistência; • Uma avaliação geriátrica abrangente o mais precocemente possível, facilita a identificação oportunista de necessidades não atendidas com implementação adequada de ajudas, quer na mobilidade, quer na gestão de síndromes geriátricas e implementação de serviços de suporte que podem reduzir ainda mais o declínio funcional após a alta.
RESULTADOS	Um dos resultados primários foi que o declínio funcional, (aumento da dependência nas atividades pessoais da vida diária ou nas habilidades instrumentais necessárias para a uma vida independente) e a deterioração da função cognitiva, que resultam em necessidade de recurso a continuidade de cuidados na comunidade ou até em morte.

Das 959 Pessoas Idosas incluídas no estudo:

- Média de idade: 77 anos; 22% tinha idade superior a 85 anos; 56% eram mulheres; 45% vivia sozinho; 39% tinha cuidador formal ou informal previamente à hospitalização; 31%, tinha-se tornado dependente em pelo menos uma ABVD e 38% em pelo menos uma AIVD, nas primeiras 2 semanas após a hospitalização;
- 1/3 (n = 321) passou a precisar de um auxiliar de marcha, e 223 pessoas sofreram duas ou mais quedas nos 2 meses seguintes;
- Um em cada quatro (n = 245) teve um leve a moderado compromisso cognitivo, e 28% das Pessoas Idosas (n = 259) apresentaram sintomas depressivos ou relataram ter depressão.

Variáveis potenciadoras de declínio funcional:

- Idade superior a 85 anos de idade;
- Polimedicação (mais de 5 fármacos);
- Internamento nos últimos 12 meses;
- Quedas nos últimos 12 meses;
- Sintomas depressivos prévios;
- Comprometimento cognitivo prévio;
- Existência de cuidador prévia à hospitalização;

A presença de deficiência cognitiva moderada foi associada a hipóteses reduzidas de deterioração cognitiva adicional, ao invés de declínio funcional físico adicional. Isto pode indicar que quem tem previamente um compromisso moderado preexistente não deteriora cognitivamente muito mais além dos 30 dias; ou pode

	indicar que o MMSE não é sensível o suficiente para detetar deterioração adicional dentro deste período de tempo. As Pessoas Idosas têm alto risco de declínio funcional, após a hospitalização e aumenta ainda mais se já existir previamente alguma dependência em ABVD ou AIVD.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 2
AUTORES	Hu et al (2020)
TÍTULO DO ESTUDO	<i>Effectiveness of a simplified reablement program to minimize functional decline in hospitalized older patients.</i>
PUBLICAÇÃO	Geriatr. Gerontol. Int.2020;20:436–442. <u>https://doi.org/10.1111/ggi.13891</u>
FINALIDADE DO ESTUDO	Perceber qual o efeito de manter o estímulo da função física na qualidade de vida de Pessoas Idosas hospitalizadas.
TIPO DE ESTUDO	Revisão sistemática de literatura
PARTICIPANTES	O ensaio clínico randomizado envolveu 114 idosos com idade ≥65 anos que, 2 semanas antes da admissão hospitalar, eram capazes de andar de forma independente.
INTERVENÇÕES	Os participantes foram inicialmente entrevistados e colhidos os seus dados demográficos, investigado o seu diagnóstico de admissão e avaliado as suas comorbilidades através do índice de Charlson. Foram depois divididos de acordo com a sua capacidade física, tendo sido otimizadas as intervenções de enfermagem de acordo com essa categorização.

	• Foi feita uma avaliação multidimensional de cada idoso através da aplicação de várias escalas: Mini Exame do Estado Mental (MMSE), formulário abreviado da escala de depressão geriátrica (GDS-SF), Mini-Nutritional Assessment® (MNA) e a versão modificada do índice de Katz. • O programa de avaliação, treino e manutenção de capacidade funcional é iniciado nas primeiras 48h de admissão ao internamento, sendo continuado durante todo o período de hospitalização. Foi feita uma avaliação diária e seguiram-se as intervenções de acordo com o nível avaliado, em que se insere cada pessoa, ao nível do treino de força muscular, flexibilidade, equilíbrio e capacidade respiratória. • No nível 1 ficaram incluídos os idosos totalmente acamados (incapazes de se sentarem de forma independente) e para estes as intervenções planeadas passavam pelo treino de equilíbrio sentado; no nível 2: o idoso será capaz de se sentar independentemente (mas incapaz de permanecer equilibrado de forma independente) e neste caso o programa de reabilitação incluirá treino de equilíbrio em pé. No nível 3 estariam incluídos os idosos capazes de ficar em pé, mas incapazes de andar sozinhos precisando da ajuda de auxiliares de marcha. No último nível, o 4, o idoso é capaz de andar de forma independente, mantendo o treino de deambulação como intervenção. • Cada programa de treino diário, tinha a duração de 30 minutos e a par com a implementação de treino físico foi sendo sempre feita assistência e incentivo oral para a permanência em cada programa.
CONDIDERAÇÕES ÉTICAS	Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado por escrito e o protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital participante.
RESULTADOS	Os resultados ditam que em doentes independentes, com o incentivo ao programa de treino de deambulação diária o seu estado funcional permanecia inalterado durante a hospitalização, mantendo assim a sua qualidade de vida após a alta, por ter sido feito treino de força muscular, flexibilidade, equilíbrio e capacidade respiratória.

	Todos os outros mantiveram também o seu grau de dependência, não existindo agravamento da sua condição física geral, após o período de internamento. Estes programas foram pensados de forma simples para que o idoso lhe posso dar continuidade após a alta, usando, dispositivos como cadeiras, camas ou auxiliares de marcha podendo ser dada a sua continuidade, promovendo estilo de vida ativos, saudáveis e autonomia na realização das atividades básicas diárias.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 3
AUTORES	Scharf et al. (2020)
TÍTULO	<i>Clinical and functional patient characteristics predict medical needs in older patients at risk of functional decline</i>
PUBLICAÇÃO	BMC Geriatrics (2020) 20:75 https://doi.org/10.1186/s12877-020-1443-1
FINALIDADE DO ESTUDO	O crescente número de doentes idosos, internados com múltiplas comorbilidades associadas, representam implicações na assistência clínica prestada. Existe por isso uma necessidade crescente de identificação de fatores que predizem as necessidades destes doentes idosos em ambientes hospitalares, é por isso objetivo deste estudo avaliar as condições clínicas e funcionais do doente para possibilitar a previsão de necessidades desta população quando hospitalizada.
TIPO DE ESTUDO	Estudo de Coorte
PARTICIPANTES	242 doentes internados com média de idade de 78 anos, admitidos com critério eletivo ou urgente, entre julho de 2015 e fevereiro de 2017, num serviço de especialidades médico-cirúrgicas.

INTERVENÇÕES	• Todos os idosos participantes no estudo foram avaliados em vários domínios, segundo a versão modificada do ISAR (Identificação de Idosos em Risco) seguida por uma avaliação geriátrica abrangente. • Segundo o ISAR, avaliou-se então a dependência funcional prévia; a mudança aguda na dependência funcional nas últimas 24 horas; a hospitalização nos últimos 6 meses; a alteração de acuidade visual; a memória prejudicada e a polimedicação (≥ 6 medicamentos). • A avaliação geriátrica abrangente (índice de barthel, The Timed Up and Go, MMSE, Geriatric Depression Scale) incluiu instrumentos padronizados para a avaliação das atividades de vida diária (AVD), cognição, mobilidade e sinais de depressão na admissão. • Avaliando depois a associação das características do doente, o score de ISAR para obter como resultados o tempo estimado de internamento hospitalar, o número de horas de enfermagem e reabilitação, identificando fatores de risco associados a maiores necessidades médicas.
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Universidade Duisburg-Essen e a necessidade de consentimento foi dispensada.
CONCLUSÕES	Doentes mais velhos com multimorbidade, são caracterizados por deficiências multidimensionais, incluindo deficiências fisiológicas, emocionais, sociais e cognitivas, que estão associadas a maior risco de declínio funcional Idosos com doenças crónicas e complexas elevam as condições para maior vulnerabilidade e, têm um maior número de fatores de risco que podem complicar o seu internamento, prolongar a sua permanência no hospital e agravar as suas condições prévias.

RESULTADOS	• Entre os doentes internados mais velhos, em risco de declínio funcional, o número de comorbidades, a redução das AVDs, o comprometimento da cognição e os sinais de depressão são importantes preditores do tempo de internamento hospitalar, de necessidade de horas de enfermagem e de reabilitação durante a permanência hospitalar. • Assim em média, os 242 doentes passaram 9 dias no hospital, com necessidade de 2 horas de diária, e 34,3% necessitaram de reabilitação. • Numa análise retrospectiva, incluindo características clínicas do doente, domínios ISAR e avaliação geriátrica, os fatores idade, número de diagnósticos na admissão, comprometimento nas AVD e sinais de depressão podem influenciar de forma independente a duração prevista de internamento hospitalar.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 4
AUTORES	Lafrenière et al (2017)
TÍTULO	<i>Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization</i>
PUBLICAÇÃO	Clinical Nursing Research 2017, Vol. 26(1) 6–26
FINALIDADE DO ESTUDO	Estudo realizado para explorar as perceções de adultos com 75 anos ou mais hospitalizados sobre prevenção do declínio funcional durante um episódio de doença aguda, relacionando as estratégias dos idosos para prevenir o declínio funcional durante a hospitalização e as intervenções de enfermagem.
TIPO DE ESTUDO	Estudo qualitativo descritivo

<i>PARTICIPANTES</i>	Foi constituída uma amostra com 30 participantes atendendo aos seguintes critérios: mulheres ou homens com 75 anos ou mais, admitidos no hospital pelo menos 7 dias antes (incluindo qualquer permanência no serviço de urgência).
<i>INTERVENÇÕES</i>	Estratégias para prevenir o declínio funcional: • Estratégias para recuperar e manter habilidades físicas e autonomia por parte dos idosos: Não ficar na cama: mexa-se e ande; Não esperar para ser “atendido”; encontrar o equilíbrio entre descanso e atividade; usar truques para se mexer mais facilmente; Motivar-se, "forçar-se" a ser o mais ativo possível; fazer exercícios para os membros superiores e inferiores todas as manhãs; planejar o uso de medicação para alívio da dor; Solicitar o equipamento necessário para promover a mobilidade. • Estratégias para manter o bom humor: Definir um objetivo; falar com o companheiro de quarto; Recorrer à espiritualidade; Não pensar nos problemas; ler, fazer palavras cruzadas, ver televisão, ouvir rádio; Não tentar controlar tudo e continuar como se estivesse em casa; ver-se melhor em comparação com outros doentes. • Estratégias para manter uma mente sã: Conversar com as visitas e funcionários; manter a orientação olhando pela janela para saber o tempo lá fora ou perguntar para saber o dia e data; andar para se manter lúcido; fazer cálculos mentais. • Estratégias para promover uma nutrição adequada e hidratação: Obrigar-se” a comer; comer devagar; insistir em alimentar-se; guardar para mais tarde o que não for comido na hora das refeições; pedir a amigos ou família para trazer comidas favoritas; pedir suplementos dietéticos; beber pequenos goles com frequência e comer um gelado de gelo se houver restrição de líquidos. • Estratégias para promover o sono: Aliviar a dor antes da hora de dormir: medicação, posição antálgica, calor; fazer exercícios de respiração para relaxar; fazer pesquisas de palavras ou palavras cruzadas

CONDIDERAÇÕES ÉTICAS	Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do hospital onde foi realizado. Os 30 participantes consentiram participar no estudo, tendo sido excluídos da amostra as pessoas que tivessem qualquer uma das seguintes situações: estado de saúde instável, isolamento infeccioso, cirurgia ortopédica durante a hospitalização, incapacidade permanente de andar com ajuda ou auxiliar de marcha, assim como as pessoas com défices cognitivos ou problemas de saúde mental, como delírio ou demência.
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	Este estudo qualitativo não nos permite concluir que a maioria dos idosos hospitalizados com características semelhantes se comportam da mesma maneira. Além disso, sintomas como cansaço, desconforto e mal-estar foram alguns dos motivos alegados para a recusa em participar no estudo, pelo que isso poderá representar que os participantes poderão ser pessoas que se encontravam “menos doentes” e, portanto, mais aptos a participar ativamente nos seus cuidados.
RESULTADOS	A amostra foi composta por 30 pacientes (22 mulheres e 8 homens) com idade entre 75 e 91 anos. Os participantes tinham em média 9 anos de escolaridade e nasceram principalmente no Canadá (90%). As entrevistas ocorreram após 7, mas não mais do que 24 dias de hospitalização e duraram em média 32 min. Os principais motivos de hospitalização foram problemas pulmonares (27%), cardíacos (23%), músculo-esqueléticos (16%), gastrointestinais (15%), deterioração geral da saúde (11%), e insuficiência vascular periférica (8%). Finalmente, 22 dos 30 participantes foram hospitalizados entre 1 a 5 vezes no ano anterior à atual hospitalização e para 8 de 30, foi o primeiro episódio. Os resultados práticos são apresentados de acordo com as categorias descritivas direcionadas para cumprir os objetivos do estudo: • Descrever estratégias pessoais dos idosos para prevenir declínio funcional (Antes de discutir estratégias pessoais, é importante descrever as percepções dos participantes sobre a sua condição

desde a chegada ao hospital (perda de força ou habilidades). A maioria - 22/30 - observou uma deterioração de suas habilidades físicas desde que foram hospitalizados, enquanto 4 notaram uma melhoria; A maioria estava ciente da influência da inatividade, daí a escolha por não permanecerem inativos no hospital, evitando perda de habilidades e força, mantendo a capacidade de se mover e recuperar, mantendo-se humor Eutímio, lúcidos, mastigando melhor os alimentos e evitando problemas tromboembólicos. A maioria dos participantes afirmou espontaneamente que, no hospital, era mais importante mover-se e andar do que ficar na cama. Dois terços dos participantes mencionaram pelo menos uma estratégia “ativa” voltada para a manutenção de suas capacidades físicas e autonomia. Várias estratégias foram mencionadas também para estimular a nutrição, hidratação e sono. Os participantes tinham poucas estratégias para manter a continência urinária e prevenir a obstipação.

- **Barreiras para a aplicação destas estratégias** (a fadiga, a dor e o receio de incomodar/sobrecarregar a equipa e a sua reação, as 3 barreiras mais frequentemente mencionadas assim como a percepção negativa ligada a ter que receber ajuda, sentindo-se assim dependente de outros);
- **Intervenções da equipa de enfermagem consideradas úteis neste sentido** (ajuda na locomoção e deambulação, estimulando a autonomia e oferecendo assistência de acordo com as habilidades, aliviando a dor prévia às atividades de maior movimentação, monitorizando e orientando para não se levantar ou andar sozinho para evitar quedas; Em relação à nutrição e hidratação, as intervenções de enfermagem consideradas mais úteis foram os seguintes: procurar melhorar as refeições para o doente saborear, oferecendo água antes de sair da enfermaria, ajudando a abrir os recipientes, incentivando a comer e beber e servindo a comida na temperatura certa; intervenções úteis para manter a

	eliminação urinária e intestinal regulares e o sono foram as seguintes: ajuda a ir ao WC ou providenciar arrastadeira; oferecer alimentos ou medicamentos para prevenir a obstipação e oferecer um medicação para dormir. Quanto à abordagem relacional e o incentivo, os participantes mencionaram com mais frequência, tanto para manter as habilidades físicas e autonomia, a gentileza (o que ajuda a diminuir o constrangimento em solicitar e receber ajuda), respondendo prontamente e com prazer aos pedidos do doente para a sua assistência, o forma como a equipa cumprimenta e se apresenta, o sorriso, sentido de humor, o reconhecimento de necessidades específicas, respeito pelas decisões, atenção e paciência do doente. Os participantes também indicaram que estas ações de enfermagem foram importantes para manter o bom humor: encorajá-los, apontando o que eles fazem bem, motivando-os e inspirando o sentimento de esperança. Quanto à avaliação adequada e ao respeito pelo nível de autonomia, muitos participantes disseram que apreciam o fato de os enfermeiros levarem em consideração a sua real capacidade de andar e que não permitiram que o seu próprio medo de quedas os impeça de se mover por conta própria. Ressaltaram, em especial, o respeito pela autonomia e as suas escolhas, como preferir usar a cômoda ou o banheiro. • Expectativas limitadas. De um modo geral, os participantes tinham expectativas limitadas devido à percepção de que os enfermeiros estavam sobrecarregados. A maioria dos pacientes mais velhos entrevistados parecia aceitar o fato de não receber a ajuda física solicitada para prevenir declínio funcional. Para muitos deles, não obter ajuda quando solicitada parecia inevitável.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 5
AUTORES	Presley et al. (2020)

TÍTULO	<i>Implementing a multidisciplinary approach for older adults with Cancer: geriatric oncology in practice</i>
PUBLICAÇÃO	BMC Geriatrics (2020) 20:231 https://doi.org/10.1186/s12877-020-01625-5
FINALIDADE DO ESTUDO	Este artigo pretende estudar a importância da existência de uma resposta às principais condições de saúde geriátrica no campo multifatorial (por exemplo, quedas, déficits nutricionais, perda sensorial, cognitiva, fragilidade, múltiplas condições crónicas e estado funcional) em doentes oncológicos. A equipa multidisciplinar avalia e oferece um conjunto abrangente de recomendações, para minimizar a carga sobre o doente e o cuidador.
TIPO DE ESTUDO	Relatório de avaliação
PARTICIPANTES	Equipa multidisciplinar e Pessoas Idosas com cancro
INTERVENÇÕES	• Os enfermeiros fazem parte da equipa de oncologia e participa no desenvolvimento de estratégias de gestão destinadas a melhorar o estado funcional e tratar comorbidades não tratadas em idosos com cancro. • As equipas de enfermagem são treinadas na avaliação das necessidades específicas da Geriatria (por exemplo, avaliação cognitiva, abuso de idosos) para fornecer a melhor prática de cuidados a idosos com cancro, nomeadamente na avaliação socioeconómica, da independência, no risco de isolamento social (existência ou não de cuidador e apoio social prévio), nas estratégias de <i>Coping</i> e encaminhamento psicossocial e na preparação para os tratamentos, com a revisão das diretrizes antecipada. É ainda a equipa de enfermagem a responsável pela avaliação da capacidade cognitiva e despiste de alterações nos sinais vitais ou alterações analíticas (hematológicas, bioquímicas ou de função hepática)

	• É feita também uma avaliação a longo prazo de efeitos adversos e isso inclui a avaliação física e psicológica, o despiste de fadiga, dor, osteoporose, toxicidade cardíaca, alterações de peso, alterações nutricionais, cognitivas, depressão, ansiedade e neuropatia, entre outros.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Dada a complexidade dos cuidados geriátricos, é fundamental a formação e desenvolvimento de competências em enfermagem na área da gestão do cuidado ao idoso com cancro, assim como a realização de uma triagem para identificar limitações que podem, potencialmente, influenciar o tratamento do cancro. Condições de saúde geriátricas não identificadas e tratadas podem resultar em erros, piorando a qualidade de vida de idosos com cancro e dos seus cuidadores.
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Este artigo está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons. Não foi sujeito a aprovação ética e não foram aplicados consentimentos para participantes.
RESULTADOS	O reconhecimento da evidência atual no envelhecimento, condições de saúde geriátrica multifatorial, bem-estar e prevenção, são aspetos importantes na melhoria das práticas de enfermagem. A avaliação multifatorial influencia também a necessidade de recursos sociais e económicos.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 6
AUTORES	Xu, XY., Lu, JL., Xu, Q. et al. (2021)
TÍTULO	<i>Risk factors and the utility of three different kinds of prediction models for postoperative fatigue after gastrointestinal tumor surgery.</i>
PUBLICAÇÃO	Support Care Cancer 29, 203–211 (2021). https://doi.org/10.1007/s00520-020-05483-0

FINALIDADE DO ESTUDO	A fadiga pós-operatória é uma complicação comum após cirurgia a tumores gastrointestinais, e tem efeito negativo no prognóstico e na qualidade de vida dos doentes. No entanto, não existem modelos de previsão e avaliação da mesma. Portanto, o objetivo deste estudo é investigar os fatores de risco promotores de fadiga pós-operatória.
TIPO DE ESTUDO	Estudo prospectivo realizado a indivíduos submetidos a cirurgia eletiva gastrointestinal com diagnóstico de tumor do tubo digestivo.
PARTICIPANTES	598 Indivíduos submetidos a cirurgia eletiva por tumor gastrointestinal. Feita colheita de dados nas várias dimensões (capacidade fisiológica, avaliação de fatores psicológicos e socioeconómicos).
INTERVENÇÕES	Avaliação geriátrica abrangente e multidimensional no período pré-operatório que permita intervir nos fatores mais influentes do desenvolvimento da fadiga pós operatória, nomeadamente: avaliação do estado nutricional prévio (ingestão adequada de proteína, níveis de hemoglobina e albumina plasmática); avaliação da localização anatómica da incisão cirúrgica e escolha da abordagem técnica a realizar; avaliação do estado mental (existência prévia de ansiedade e depressão) e das condições socioeconómicas de cada indivíduo/família.
CONDIDERAÇÕES ÉTICAS	Os dados foram recolhidos entre janeiro e dezembro de 2018; a doentes submetidos a cirurgia eletiva por tumor gastrointestinal. Todos eles deram o seu consentimento por escrito para a participação no estudo, e o estudo foi verificado pelo Chinese Clinical Trial Registry.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	A Fadiga pós-operatória faz parte de uma série de síndromes, como a fadiga, insónia, falta de atenção, depressão, stresse e ansiedade, ocorrida em doentes no período pós-operatório, afeta seriamente o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos daí a importância da sua avaliação e consideração.

	• De acordo com os diferentes tipos de cirurgias, a duração e a gravidade da fadiga, existe diferença na recuperação de cada indivíduo. • Existem evidências que mostram que mais de 80% dos doentes que sofreram de fadiga moderada ou severa durante os primeiros 7 dias após cirurgia, mantiveram essa sensação desconfortável durante um período entre 3 meses a 1 ano (em aproximadamente 70% dos pacientes e 30% dos pacientes, respectivamente). • Vários estudos têm mostrado que fatores fisiológicos e psicológicos estão relacionados com a fadiga pós-operatória. • O estado nutricional é também considerado um fator de risco e pode explicar parcialmente a sua etiologia. • Sabendo quais as áreas que se apresentam como promotoras de fadiga, fará parte do papel do enfermeiro a sua identificação no período pré-operatório, através da avaliação multidimensional da pessoa submetida a cirurgia gastrointestinal para o planeamento de intervenções que a previnam ou minimizem o seu efeito.
RESULTADOS	• A idade, maior grau de escolaridade, menor renda pessoal mensal, situações de cancro avançado, hipoproteinemia, ansiedade e depressão pré-operatórias, assim como o suporte social limitado, foram fatores de risco para o desenvolvimento de fadiga pós-operatória. • A fadiga tornou-se um sintoma pós-operatório comum e não apenas a fadiga física, mas também a emocional, traduzida por alterações do estado de humor. • A evidência atual mostra que os idosos ou doentes com malnutrição pré-operatória são mais propensos a sofrer a perda de tecido muscular e fadiga devido ao declínio da função de vários sistemas e órgãos e a falta de energia, baixa função imunológica e baixa tolerância ao trauma da cirurgia.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 7
AUTORES	Bitencourt et al (2016)
TÍTULO	<i>Diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em idosos no pós-operatório: um estudo transversal</i>
PUBLICAÇÃO	Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(3):e16629 DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj
FINALIDADE DO ESTUDO	Analisar o diagnóstico de enfermagem “eliminação urinária” prejudicada em idosos no pós-operatório.
TIPO DE ESTUDO	Estudo quantitativo, do tipo observacional e transversal.
PARTICIPANTES	• Participaram 103 idosos internados em contexto hospitalar. Trata-se de uma amostra por conveniência e não probabilística de 103 indivíduos acima de 65 anos de ambos os sexos, no primeiro dia de pós-operatório. • A amostragem foi estratificada proporcional pelos oito tipos de cirurgia mais comumente realizados na instituição: Geral (35%), Urológica (18%), Ortopédica (15%), Mastologia (10%), Ginecológica (9%), Vascular (7%), Torácica (3%) e Neurocirurgia (3%). • Os dados foram descritos quanto à presença do diagnóstico “eliminação urinária.
INTERVENÇÕES	• Colheita de dados, exame físico e raciocínio clínico com base técnico-científica na anatomia, fisiologia, fisiopatologia e com um sistema de classificação de diagnósticos. • Identificação do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária, definindo a disfunção na eliminação de urina (destacando-se os sinais e sintomas para evidencia clínica deste diagnóstico: disúria, frequência alterada, incontinência, noctúria, retenção urinária e urgência).

	• Identificação das possíveis causas, ou seja, fatores associados ao diagnóstico: dano sensório-motor, infecção do trato urinário, múltiplas causas, obstrução anatômica. Há, portanto, necessidade de identificação precoce dessas características definidoras e de intervenção nos fatores relacionados para diminuir o risco de complicações urinárias no idoso em pós-operatório. • Para aumentar a confiabilidade e paridade na análise dos dados, os enfermeiros especialistas foram treinados nas seguintes etapas: • Aulas teóricas sobre o sistema urinário do idoso e apresentação/discussão do instrumento de identificação do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária (segundo dados objetivos e subjetivos organizados pelos domínios da NANDA-Internacional 2012-2014); • Discussão dos Procedimentos Operacionais Padrão do diagnóstico de enfermagem “eliminação urinária” alterada;
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário onde decorreu. A participação foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada participante ou do seu respetivo representante legal.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	• A utilidade dos diagnósticos de enfermagem está na determinação da clareza e assertividade na conduta de cuidados traçados pela equipa de enfermagem, bem como na comunicação aos demais membros de equipa sobre a sua atuação multi e interdisciplinar. • Implica para a sua formulação que exista uma colheita de dados, exame físico e raciocínio clínico com base técnico-científica na anatomia, fisiologia, fisiopatologia e com um sistema de classificação de diagnósticos. • Neste contexto, esta análise no idoso requer atenção diferenciada devido às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, além da presença de doenças associadas, que podem comprometer

	o equilíbrio funcional e alterar o seu funcionamento fisiológico. Este aspeto associado ao aumento da vulnerabilidade provocada por condições cirúrgicas, tornam a análise dos diagnósticos de enfermagem nesta população ainda mais específicos, com vista à redução de complicações pós-operatórias.
RESULTADOS	• A maioria dos participantes apresentou disúria (93), noctúria (58) e urgência urinária (34) como principais características definidoras. Nos fatores relacionados, identificaram-se as múltiplas causas (78) e infeção no trato urinário (14). • As alterações urinárias, podem estar relacionadas com o processo de envelhecimento, como o enfraquecimento da musculatura vesical, alterações no funcionamento prostático e renal, bem como a condições referentes ao pós-operatório como o uso de sonda vesical, abordagem cirúrgica, restrição hídrica e anestesia. • A identificação do diagnóstico de “eliminação urinária” é necessária, no pós-operatório de idosos, a fim de favorecer a intervenção precoce nos fatores com ele relacionados, para evitar as possíveis complicações urinárias.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 8
AUTORES	Tan et al. (2019)
TÍTULO	<i>Frailty and functional decline after emergency abdominal surgery in the elderly: a prospective cohort study</i>
PUBLICAÇÃO	World Journal of Emergency Surgery https://doi.org/10.1186/s13017-019-0280-z

FINALIDADE DO ESTUDO	A fragilidade tem sido associada a um risco aumentado de resultados pós-operatórios adversos em doentes idosos. Este estudo tem por isso a finalidade de examinar o impacto da fragilidade pré-operatória na perda de independência funcional após uma cirurgia abdominal emergente em idosos.
TIPO DE ESTUDO	Estudo de coorte prospectivo.
PARTICIPANTES	A amostra é composta por pessoas com idade superior a 65 anos de idade, que se submeteram a cirurgia abdominal de emergência entre junho de 2016 e fevereiro de 2018.
INTERVENÇÕES	• Consideradas as morbilidades previamente existentes e as características perioperatórias e recolhidos dados para análise, dando uso a duas medidas de avaliação de fragilidade (Critérios de Fragilidade de Fried modificados e Índice de Fragilidade Modificado), sendo os doentes acompanhados durante 1 ano. • Todos os doentes foram abordados no pós-operatório e foram reavaliadas as características prévias, incluindo informações demográficas, comorbidades médicas (pontuadas usando o Índice de Comorbidade de Charlson), estado nutricional (avaliado usando a Malnutrition Universal Screening Tool [MUST]), função cognitiva (avaliada usando o Mini Exame do Estado Mental [MMSE]), independência funcional (por Modificado Índice de Barthel) e medidas de fragilidade (Critérios de fragilidade de Fried's e Índice de fragilidade modificado); • Foi feita também a avaliação das características perioperatórias (diagnóstico, tipo de cirurgia e abordagem cirúrgica) e quais as implicações disso, nomeadamente na necessidade de terapia intensiva, morbilidade, tempo de hospitalização, na necessidade de re-intervenção e readmissão não planeada num prazo de 30 dias. • Os doentes foram seguidos durante 1 ano, com reavaliação do estado funcional, independência e readmissão não planeada aos 30 dias, 90 dias, 6 meses e 1 ano.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	• O consentimento informado por escrito foi obtido antes da inscrição no estudo. • Cirurgias vasculares, ginecológicas e de transplante e re-intervenções foram excluídas. • Para doentes com deficiência cognitiva, foram os seus representantes legais recrutados para a participação no estudo, usando-se questionário substituto. • Foram excluídos os doentes com baixa probabilidade de sobrevivência, assim como aqueles cujo estado cognitivo impediram o consentimento informado, e que não tinham nenhum parente próximo para consentir. • O estudo foi aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional Centralizado SingHealth.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	• A avaliação da fragilidade do idoso é útil para a triagem entre doentes idosos submetidos a cirurgia abdominal emergente e é um preditor de perda de independência funcional num 1 ano. • Esta avaliação quando é feita previamente permite reuniões perioperatórias com doentes e cuidadores revelando a importância dos cuidados cirúrgicos centrados no doente. • O reconhecimento precoce deste grupo de risco pode ajudar no planeamento da alta e devendo-se considerar a prioridade de suporte pós-alta.
RESULTADOS	• Um total de 109 doentes foram analisados prospectivamente. No início do estudo, 101 (92,7%) eram funcionalmente independentes, dos quais sete (6,9%) perderam a independência num ano; 28 (25,7%) e 81 (74,3%) doentes eram frágeis e não frágeis, respetivamente. • Na análise dos dados, os fatores: idade, índice de comorbidade de Charlson e fragilidade foram significativamente associadas à perda de independência funcional em 1 ano.
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	ARTIGO Nº 9
AUTORES	S. M. Rembold et al.(2018)

TÍTULO	<i>Nursing Diagnosis Risk for Delayed Surgical Recovery: Concept Clarification and Definition of Empirical Referents</i>
PUBLICAÇÃO	International Journal of Nursing Knowledge Volume 29, No. 4,
FINALIDADE DO ESTUDO	Clarificar o conceito do risco de “atraso” na recuperação cirúrgica e identificar os seus fatores preditores.
TIPO DE ESTUDO	Revisão integrativa da literatura
PARTICIPANTES	Não se aplica
INTERVENÇÕES	Na avaliação pré-operatória, ao recolher dados da história do doente e realizar o exame físico, o enfermeiro deve considerar um conjunto de fatores de risco cirúrgico. Esta avaliação deve ser multidisciplinar e identificar risco cirúrgico acrescido: • No período pré-operatório - quando Score ASA igual ou superior a 3; quando existe antecedente clínico de diabetes mellitus; nos extremos da idade; quando existe edema do local a intervencionar; se o procedimento cirúrgico é extenso; se existe malnutrição ou obesidade; mobilidade reduzida; se existe contaminação, infeção ou trauma da região anatómica a intervencionar; • No período intra-operatório – quando existe contaminação do local cirúrgico; quando o tempo de exposição ao procedimento é prolongado; quando existe hipotensão, hipotermia, extensa perda de sangue ou transfusão sanguínea; • No período pós-operatório – quando existe dor; persistência de náuseas e vômitos; quando existem desordens emocionais ou psicológicas; Como consequências destas situações poderá haver 2 caminhos: • O positivo – em que se alcança uma recuperação pós cirúrgica em tempo adequado/expectável;

	• O negativo – em que existe atraso na recuperação por infecção da ferida cirúrgica; internamento prolongado; reintervenção, readmissão hospitalar; transferência para unidade de cuidados intensivos; recuperação muito prolongada no tempo.
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Não se aplica
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	• A avaliação pré-operatória realizada por enfermeiros é já prática por todo o mundo, no entanto, não é feito de forma uniformidade. O diagnóstico de enfermagem referente ao risco de atraso na recuperação após cirurgia (NANDA-I), quando reconhecida durante a avaliação pré-operatória, pode nortear a implementação de intervenções para corrigir e / ou minimizar esse fenómeno, promovendo cuidados seguros e recuperação no tempo adequado. Portanto, a precisão da enfermagem para identificar as respostas humanas na avaliação pré-operatória é crítica para garantir eficácia no plano de cuidados antes da cirurgia e no pós-operatório. • A determinação de fatores de risco essenciais antes do procedimento cirúrgico pode assim ajudar a promover segurança e apoiar melhorias na qualidade do atendimento ao doente idoso.
RESULTADOS	• Fatores como idade avançada, redução da capacidade funcional, mobilidade reduzida, desnutrição, doenças sistémicas não controladas (ASA 3), uso de fármacos imunossupressores, dor, procedimento cirúrgico extenso e local contaminado, fazem parte do grupo de características que revelou ter maior impacto da recuperação cirúrgica mais lenta. • A promoção da segurança cirúrgica e retorno às atividades de vida diária no menor tempo possível, deve ser um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem perioperatórios. É importante desenvolver estudos para validar instrumentos padronizados que determinem a ocorrência do diagnóstico de risco.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise realizada teve incidência sob nove artigos, encontrados em duas pesquisas distintas ponderadas para enriquecimento da investigação em curso. Os artigos são oriundos da Europa, América do Norte, Brasil (1) e Japão (1).

A sua análise permitiu verificar que o internamento hospitalar tem grande influência sob a funcionalidade da Pessoa idosa, e aumenta ainda mais se já existir previamente alguma dependência em ABVD ou AIVD (Artigo nº 1). No entanto são já várias as estratégias promovidas para minorar os seus efeitos, como sejam exemplo a avaliação geriátrica abrangente, que quando realizada o mais precocemente possível, vem facilitar a identificação oportunista de necessidades não atendidas com a implementação adequada de ajudas, quer na mobilidade, quer na gestão de síndromes geriátricas e implementação de serviços de suporte que podem reduzir ainda mais o declínio funcional após a alta (artigo nº 1). Ainda neste artigo é fundamental salientar as variáveis descritas como potenciadoras de elevado risco de declínio funcional da pessoa idosa em contexto hospitalar: idade superior a 85 anos de idade; polimedicação (mais de cinco fármacos); internamento e/ou quedas nos últimos 12 meses; sintomas depressivos prévios; comprometimento cognitivo prévio; existência de cuidador prévia à hospitalização.

No artigo nº 2, é afirmado que em doentes independentes, com o incentivo de adesão a um programa de treino de deambulação diária o seu estado funcional permaneceu inalterado durante a hospitalização, mantendo-se assim a sua qualidade de vida após a alta, graças ao treino de força muscular, flexibilidade, equilíbrio e capacidade respiratória, devendo por isso, esta ser uma medida a implementar como facilitadora do regresso da Pessoa idosa ao seu estado basal/prévio ao evento que a conduziu ao internamento.

O artigo nº 4 veio pôr em perspetiva a narrativa da Pessoa idosa e tornou-se bastante interessante perceber como existem sinais que são dados pelos próprios serviços de saúde, que levam os seus utentes a munir-se de estratégias adaptativas às suas falhas ou dificuldades. Neste estudo a maioria dos participantes observou uma deterioração de suas habilidades físicas desde que foram hospitalizados, nomeadamente perda de força e massa muscular. A maioria estava ciente da influência da inatividade, daí verbalizarem que faziam um esforço acrescido para não

permanecerem inativos no hospital, tentando manter a capacidade de se mover e recuperar. Mantendo um humor Eutímio. Quanto às suas expectativas face aos cuidados prestados, eram limitadas, uma vez que de um modo geral, os participantes tinham a percepção de que os enfermeiros estavam sobrecarregados, e a maioria dos utentes mais velhos entrevistados parecia aceitar o fato de não receber a ajuda física solicitada para prevenir declínio funcional, por esse motivo.

Mais se acrescenta que fatores como a desnutrição, doenças sistêmicas não controladas (ASA 3), uso de fármacos imunossupressores, dor, procedimento cirúrgico extenso e local contaminado, fazem parte do grupo de características que revelou ter maior impacto da recuperação cirúrgica mais lenta (artigo nº 9).

Este artigo acrescenta ainda que a promoção da segurança cirúrgica e retorno às atividades de vida diária no menor tempo possível, deve ser um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem peri operatórios.

Será por isso, importante desenvolver estudos que contribuam para a validação de instrumentos padronizados que determinem a ocorrência de diagnóstico de risco em enfermagem.

CONCLUSÕES

O uso de avaliação geriátrica abrangente é comprovadamente eficaz na redução do declínio quando aplicado em ambiente hospitalar. A considerável taxa de declínio funcional das Pessoas Idosas, evidencia a vulnerabilidade dessa população, no período imediatamente após a alta, podendo também indicar, problemas com processos de transição de cuidados na atualidade.

O ritmo acelerado dos serviços de internamento, o ambiente nem sempre favorável à educação e ao envolvimento da Pessoa e ao desenvolvimento de planos de cuidados adequados, potencia a necessidade de continuidade de cuidados formais ou informais na comunidade.

Sabendo que a imobilidade leva ao declínio funcional e perda de independência, será oportuna a identificação de declínio potencial e intervenção com encaminhamento para acompanhamento geriátrico, auxiliares de marcha adequados e outros serviços para ajudar a manter a mobilidade, força muscular, equilíbrio e resistência ainda no período anterior

ao internamento. De salientar ainda que entre as Pessoa idosas internadas mais velhas, em risco de declínio funcional, o número de comorbidades, a redução das AVDs, o comprometimento da cognição e os sinais de depressão são importantes preditores do tempo de internamento hospitalar, de necessidade de horas de enfermagem e de reabilitação durante a permanência hospitalar.

Dada a complexidade dos cuidados geriátricos, é fundamental a formação e desenvolvimento de competências em enfermagem na área da gestão do cuidado à Pessoa idosa, uma vez que, condições de saúde geriátricas não identificadas e tratadas podem resultar em erros, que agravam a qualidade de vida da própria pessoa e dos seus cuidadores. Este aspeto associado ao aumento da vulnerabilidade provocada por condições cirúrgicas, tornam a análise dos diagnósticos de enfermagem nesta população ainda mais específicos, com vista à redução de complicações pós-operatórias.

A utilidade dos diagnósticos de enfermagem está na determinação da clareza e assertividade na conduta de cuidados traçados pela equipa de enfermagem, bem como na comunicação aos demais membros de equipa sobre a sua atuação multi e interdisciplinar. Implica por isso que, para a sua formulação, exista uma colheita de dados, exame físico e raciocínio clínico com base técnica e científica que dê visibilidade aqueles que são os cuidados que geram resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem e permitam a continuidade do projeto de vida e saúde de casa pessoa e família (Gomes, 2016).

IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

A revisão de literatura realizada clarificou a vasta produção de evidência sobre a problemática do declínio funcional da população com idade superior a 65 anos. Declínio esse agravado em presença de períodos de hospitalização prolongados e necessidade de cirurgias major.

Se por um lado existe um crescendo de políticas de saúde direcionadas à população sénior, à adoção de estilos de vida saudáveis, à participação ativa na sociedade civil e ao envelhecimento ativo (DGS, 2017) por outro, os cuidados de

saúde prestados em ambiente hospitalar ainda apresentam barreiras arquitetônicas e escassez de recursos humanos que possam garantir a resposta adequada às necessidades apresentadas por esta população. Aposta-se cada vez mais no conhecimento prévio, na abordagem multidisciplinar integrada no período pré-operatório, no conhecimento da condição prévia da Pessoa idosa e do seu cuidador familiar, mas durante o internamento continuam a existir fatores que influenciam seriamente a capacidade funcional desta população, nomeadamente pelas intervenções de enfermagem rotineiras e pouco personalizadas, pela substituição do outro ao invés da sua integração no seu próprio plano de cuidados.

Mais se acrescenta que, o fato de existirem países onde existem serviços e equipas especializadas ao atendimento geriátrico influencia em muito quer o desempenho profissional, a qualidade do cuidado prestado e o resultado na manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional da Pessoa idosa após um período de hospitalização e cirurgia.

Seria por isso mesmo interessante realizar um estudo de investigação nesta área, para demonstrar como efetivamente existiriam ganhos na promoção para a saúde, na prevenção de complicações, na qualidade de vida e continuidade do projeto de saúde da população sénior se pudessem usufruir de equipas especializadas no seu cuidado.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Percebendo-se quais os fatores que mais influenciam a perda de capacidade funcional da Pessoa idosa após a hospitalização e o evento cirúrgico poder-se-ão adequar cuidados diferenciados, direcionar a gestão e políticas de saúde de modo a tornar possível a satisfação das suas necessidades, tornando reais as suas potencialidades, mantendo e/ou recuperando as suas capacidades prévias ao internamento hospitalar e integrando conhecimentos teóricos e práticos para a manutenção da sua autonomia e Cuidado de Si.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores desta revisão da literatura têm a declarar que não existem quaisquer conflitos de interesse à sua realização.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bitencourt et al (2016). *Diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em idosos no pós-operatório: um estudo transversal*. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj>

DGS (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*

DGS (2019). *Norma nº 01/2019, Implementação da tabela nacional de funcionalidade no adulto e idoso*. Lisboa, DGS, 1-19.

Lafrenière, S., Folch, N., Dubois, S., Bédard, L., Ducharme, F. (2017). *Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization*. Clinical Nursing Research. 26(1):6-26. Disponível em: [10.1177/1054773815601392](https://doi.org/10.1177/1054773815601392)

Lowthian, et al (2017). *Predicting functional decline in older emergency patients—the Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) project*. Age and Ageing, Volume 46, Issue 2, Pages 219–225. Disponível em <https://doi.org/10.1093/ageing/afw210>

Galvão, F., Pansani, A., Harrad, D. (2015). *Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA*. Epiemiol. Serv. Saude, 24(2), 335–342.

Grant, J., Booth, A. (2009). *A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies*. Journal compilation, 26, 91–108. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>.

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas

Hu F-W et al (2020). *Effectiveness of a simplified reablement program to minimize functional decline in hospitalized older patients*. Geriatr. Gerontol.:436–442. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.13891>

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Presley, J., et al.(2020). *Implementação de uma abordagem multidisciplinar para idosos com Câncer: oncologia geriátrica na prática*. BMC Geriatr 20, 231. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01625-5>

Rembold et al.(2018). *Nursing Diagnosis Risk for Delayed Surgical Recovery: Concept Clarification and Definition of Empirical Referents*. International Journal of Nursing Knowledge Volume 29, No. 4,

Scharf, C., et al. (2020). *Características clínicas e funcionais do paciente predizem necessidades médicas em pacientes mais velhos com risco de declínio funcional*. BMC Geriatr 20, 75. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1443-1>

Sequeira, C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Revista Referência, 2(12), 9–16. Disponível em: <http://www.indexf.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>.

Tan, L., et al. (2019). *Fragilidade e declínio funcional após cirurgia abdominal de emergência em idosos: um estudo prospectivo de coorte*. Mundo J Emerg Surg 14, 62. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0280-z>

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. Australia: The Joanna Briggs.

Xu, XY., et al. (2021). *Fatores de risco e a utilidade de três tipos diferentes de modelos de previsão para fadiga pós-operatória após cirurgia tumoral gastrointestinal*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05483-0>

APÊNDICE II

Cronograma de Atividades desenvolvidas em Contexto Hospitalar

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O enfermeiro especialista deve ter desenvolvidas na sua carteira de competências, habilidades e aptidões traduzidas em atividades no domínio da melhoria contínua da qualidade, garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas, participando na definição de metas que promovam a incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (OE, 2019) e é com o objetivo de contribuir para o envolvimento da equipa de enfermagem nos processos formativos, que consagrem a avaliação das práticas, que surge o cronograma de atividades aqui descritas.

Um cronograma de atividades visa ser uma ferramenta útil sobretudo na gestão e cumprimento de metas temporais das atividades propostas, sendo possível na sua estruturação organizar recursos e prazos num único documento.

Sendo um instrumento de organização e planeamento, em que as atividades apresentadas serão todas aquelas que precisam ser realizadas dentro de um determinado prazo, de modo a garantir o sucesso do trabalho a que se refere, há que ter em conta não só a possibilidade de as concretizar como a definição da sua ordem de realização (Camargo, 2019).

De seguida é apresentado o cronograma de atividades desenvolvidas em contexto hospitalar, num serviço de internamento da especialidade de cirurgia, no âmbito do ensino clínico inserido na Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do curso de mestrado em enfermagem e especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Atividades Desenvolvidas	Período de Tempo			
	2020	2021		
	Dez	Jan	Fev	Maio
<i>Realização de estágio no serviço de internamento da especialidade de cirurgia</i>				
<i>Pedido de autorização à comissão de ética da unidade hospitalar, para desenvolver o projeto de investigação</i>				
<i>Participação em reuniões multidisciplinares no serviço de internamento da especialidade de cirurgia</i>				
<i>Elaboração, de um diagnóstico de situação para analisar a pertinência do projeto e identificar as necessidades formativas da equipa quanto à promoção da funcionalidade da Pessoa idosa, em contexto de cirurgia</i>				
<i>Apresentação do projeto à equipa de enfermagem do serviço de internamento da especialidade de cirurgia</i>				
<i>Análise dos procedimentos do serviço quanto à promoção da funcionalidade da Pessoa idosa, em contexto de cirurgia</i>				
<i>Observação da prática e análise do papel e intervenções do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e/ou cuidador familiar em contexto hospitalar, no período pré e pós-operatório</i>				
<i>Colaboração na realização de consultas de enfermagem pré-operatórias</i>				
<i>Revisão da literatura sobre as necessidades e especificidades da Pessoa idosa submetida a cirurgia</i>				
<i>Colaboração com o projeto de colega mestranda, em estágio no mesmo serviço hospitalar</i>				

Elaboração do guião do processo de parceria para a promoção da funcionalidade da Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar

Elaboração dos guiões de entrevista à Pessoa idosa submetida a cirurgia

Elaboração da grelha de análise aos registos de enfermagem

Elaboração do instrumento de colheita de dados para análise de situação clínica segundo o Modelo Reflexivo de Johns

Reuniões informais com enfermeiro especialista.

Realização de sessão de formação à equipa do serviço sobre a promoção da funcionalidade da Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar em contexto de cirurgia

Disponibilização de toda a pesquisa realizada: em documento informatizado e plataforma digital

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Camargo R. (2019). *Cronograma de atividades: aprenda a organizar o tempo do seu projeto*. PM VISUAL

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas edições académicas

Johns, C. (2002). *Guided reflection: advancing practice*. London, England: Blackwell Science

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

APÊNDICE III

Cronogramas de atividades desenvolvidas em Contexto de Cuidados de Saúde Primários (USF)

CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES

O enfermeiro especialista deve ter desenvolvidas na sua carteira de competências, habilidades e aptidões traduzidas em atividades no domínio da melhoria contínua da qualidade, garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas, participando na definição de metas que promovam a incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (OE, 2019) e é com o objetivo de contribuir para o envolvimento da equipa de enfermagem nos processos formativos, que consagrem a avaliação das práticas, que surge o cronograma de atividades aqui descritas.

Um cronograma de atividades visa ser uma ferramenta útil sobretudo na gestão e cumprimento de metas temporais das atividades propostas, sendo possível na sua estruturação organizar recursos e prazos num único documento.

Sendo um instrumento de organização e planeamento, em que as atividades apresentadas serão todas aquelas que precisam ser realizadas dentro de um determinado prazo, de modo a garantir o sucesso do trabalho a que se refere, há que ter em conta não só a possibilidade de as concretizar como a definição da sua ordem de realização (Camargo, 2019).

Em seguida é apresentado o cronograma de atividades desenvolvidas em contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa USF, no âmbito do ensino clínico inserido na Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do curso de mestrado em enfermagem e especialização em enfermagem médico-cirúrgica, lembrando que as atividades realizadas foram laboradas em conjunto com outra estudante de mestrado e por isso mesmo, no cronograma que se segue é feita referência a essa partilha e complementaridade na ordem de trabalhos.

Atividades Desenvolvidas	Período de Tempo			
	2020		2021	
	Nov	Dez	Mar	Abr
Realização de estágio na USF.	Enf ^a X (24/11 a 18/12)		Enf ^a Y (15/03 a 16/04)	
Observação e análise do funcionamento da USF.				
Participação em reuniões multidisciplinares na USF.				
Apresentação do projeto à equipa de enfermagem da USF.				
Avaliação das maiores necessidades da USF X em contexto pandémico, junto do enfermeiro especialista.				
Elaboração e implementação, em colaboração com o enfermeiro especialista, de um diagnóstico de situação em Google Forms para analisar a pertinência do projeto e identificar as necessidades formativas da equipa quanto à consulta telefónica de enfermagem de diabetes.				
Análise dos procedimentos da USF quanto à diabetes.				
Pedido de autorização para integrar no Protocolo de Investigação “USF”.				
Observação da prática e análise do papel e intervenções do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa diabética e cuidador em contexto de cuidados de saúde primários.				
Colaboração na realização de consultas de enfermagem de diabetes.				
Colaboração com o enfermeiro especialista na identificação de pessoas idosas diabéticas e suas necessidades de agendamento de consultas de enfermagem de diabetes para a promoção do cuidado de Si.				
Participação no agendamento de consultas da Pessoa idosa diabética.				

Colaboração com o enfermeiro especialista em visitas domiciliárias, nomeadamente, a pessoas idosas diabéticas.

Revisão da literatura sobre as necessidades e especificidades da Pessoa idosa diabética.

Revisão de literatura sobre a consulta telefónica de enfermagem de diabetes.

Colaboração com o projeto de colegas em estágio na mesma USF.

Análise de um Guia de consulta telefónica de enfermagem publicado e validado.

Iniciação da estruturação do guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa diabética em consulta telefónica.

*Elaboração do plano sistematizado da consulta telefónica de enfermagem à Pessoa idosa Diabética,
segundo o Modelo de Intervenção em Parceria*

Reuniões informais com enfermeiro especialista.

Realização de sessão de formação à equipa da USF sobre a consulta telefónica de enfermagem à Pessoa idosa Diabética

Disponibilização de toda a pesquisa realizada: em documento informatizado e plataforma digital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Camargo R. (2019). Cronograma de atividades: aprenda a organizar o tempo do seu projeto. PM VISUAL

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas edições académicas

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

APÊNDICE IV

**Estudo de Caso: Modelo de intervenção em Parceria para a
promoção da Funcionalidade e Cuidado de Si**

INTRODUÇÃO

A constatação atual do envelhecimento demográfico, associada à previsão do contínuo aumento do número de Pessoas Idosas em Portugal exigem dos profissionais de saúde, fundamentalmente dos enfermeiros, uma renovação estratégica face aos modelos teóricos norteadores da sua intervenção.

Deste modo, no que concerne à área de intervenção de enfermagem na promoção da funcionalidade da Pessoa idosa submetida a cirurgia serão aqui propostas medidas direcionadas às necessidades complexas desta população, pretendendo com isso diminuir/controlar o risco de declínio funcional associado ao evento cirúrgico e à hospitalização.

O comprometimento funcional incapacitará a Pessoa idosa para a realização das suas ABVDs, para cuidar de Si mesmo e para se manter independente, é por isso primordial conhecer a sua funcionalidade prévia/basal, planeando assim intervenções de enfermagem que sejam concordantes com a mesma objetivando que a curto e longo prazo, após o evento cirúrgico, os resultados obtidos sejam o retorno ao estado prévio ou até uma melhoria do mesmo, através de cuidados de saúde que ultrapassem a solução clínica da doença e que foquem a sua atenção num cuidado centrado na Pessoa idosa e nas suas necessidades (Carvalho, 2018).

Esta abordagem tem como pilar fundamental o cuidado centrado na Pessoa idosa e no seu familiar cuidador e prevê que a elaboração dos planos de cuidados seja estruturada segundo um plano consciencializado, resultante da tomada de decisão conjunta entre os seus intervenientes (Pessoa idosa, familiar cuidador, e o enfermeiro), num encontro de interesses, a partir de uma relação de parceria estabelecida entre todos.

O Modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016) permite, através dos princípios e fases que o constituem ir ao encontro do projeto de vida e de saúde da Pessoa, alvo da nossa intervenção e será por isso o modelo teórico norteador da realização do estudo de caso aqui apresentado, considerando que através dele os enfermeiros conseguirão distanciar-se das práticas pautadas por uma filosofia pragmática (que valoriza o saber biofisiológico) e alcançarão as boas práticas da filosofia de cuidado mais direcionado para as pessoas e famílias e por isso mais respeitável e digna (Gomes, 2021).

Para enriquecimento desta experiência académica e profissional propus-me a aplicar o modelo teórico referido num estudo de caso (método de investigação que se constitui no exame completo e pormenorizado de indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou organizações, contribuindo para aumentar o conhecimento referente ao cuidado de enfermagem [Fortin et al.,2009]), partindo assim da descrição do contexto/caso específico na possibilidade de, em profundidade, investigar o fenómeno em estudo (promoção da funcionalidade da Pessoa idosa submetida a cirurgia). Tornou-se possível a aplicação desta metodologia de investigação, através da realização de um estágio num serviço de internamento de cirurgia, onde se deu primazia à prestação de cuidados a Pessoas Idosas e respetivos familiares cuidadores.

A linguagem aqui utilizada para descrever a prática de enfermagem irá de encontro aos objetivos da CIPE/ICNP (2000), pretendendo com isso que este estudo contribua como uma fonte de melhoria da comunicação entre profissionais de enfermagem, onde se dará destaque à descrição de cuidados especializados desenvolvidos nesta área, assim como conceitos de promoção de saúde, prevenção de doença e de resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais no âmbito da promoção da funcionalidade da Pessoa idosa submetida a cirurgia.

A CIPE mostra-se por isso como um instrumento de informação que pretende descrever a prática de enfermagem, fornecendo dados em sistemas de informação, sendo usada para lhe dar visibilidade, criando dados e contributos nas áreas de investigação, educação, política, gestão e prática de cuidados com objetivo último de assegurar qualidade, através da formulação de diagnósticos de enfermagem (foco de intervenção), com base em fenómenos de enfermagem (aspeto de saúde com relevância para a prática) para o qual se pretende obter um resultado de enfermagem (medido ao longo do tempo, sob a forma de mudanças efetuadas nos diagnósticos, resultantes de intervenções de enfermagem) (CIPE/ICNP, 2009).

Serão vários os fatores que contribuem para os resultados dos cuidados de saúde, nomeadamente a condição funcional ou qualidade de vida da Pessoa a considerar. Assim a finalidade da classificação dos resultados de enfermagem segundo a CIPE será a identificação e distinção dos contributos únicos da enfermagem, nesta complexa perspetiva de resultados dos cuidados de saúde. (CIPE/ICNP, 2009).

Mais se acrescenta que o estudo de caso aqui apresentado foi desenvolvido através da aplicação da linguagem descrita no aplicativo SClínico Hospitalar (sistema

de informação evolutivo, desenvolvido pela SPMS, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no recetor dos mesmos). Prevê-se assim que os enfermeiros obtenham métricas tradutoras de resultados e ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da prevenção de complicações e resolução de diagnósticos de enfermagem, e indicadores que traduzem a evolução das condições de saúde desde a admissão até à alta (SPMS, 2019).

APRESENTAÇÃO DO CASO

O caso aqui apresentado será relatado e analisado, nos seus pontos essenciais, ao longo do período total de internamento da Pessoa idosa a que se refere, num total de 50 dias, desde o momento da admissão até ao momento da alta.

Sendo o internamento hospitalar um processo dinâmico, em que podem existir várias oscilações na estabilidade da Pessoa que se encontra sob influência de inúmeros fatores, proponho a apresentação de um plano de cuidados construído segundo o Modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016).

Associado à apresentação do estudo de caso (referente à senhora E.C), serão então abordadas cada uma das fases do Modelo referido, salientando a importância da interligação e dependência de relação entre cada uma das suas cinco fases constituintes.

Nas fases **revelar-se e envolver-se** é possibilitada a construção de um momento de conhecimento mútuo, de reciprocidade para que nasça uma relação de qualidade e confiança, permitindo dar espaço e tempo para que o ambiente desconhecido possa ser considerado um ambiente seguro, é “aqui” que Pessoa idosa e Enfermeiro se revelam, na medida em que o enfermeiro explora e conduz o discurso da Pessoa idosa para a conhecer e ter em conta os seus valores, cultura e capacidades objetivando a manutenção e concretização do seu projeto de vida e saúde.

Nesta negociação, em troca do conhecimento do outro, o enfermeiro recorrerá a competências de comunicação e dar-se-á a conhecer e aos seus objetivos terapêuticos, recorrendo à demonstração de afetividade, carinho, simpatia, disponibilidade; praticando uma escuta ativa, perguntando antes de atuar; mostrando respeito pela pessoa, capacidade para compreendê-la e para avaliar a sua situação (Gomes, 2016).

Fase
REVELAR-SE

Fase
ENVOLVER-SE

- **O ENFERMEIRO DÁ-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA / CUIDADOR FAMILIAR**

Aquando da chegada da senhora E.C. ao serviço de internamento de cirurgia, fiz-lhe a minha apresentação e à respetiva familiar cuidadora, a sua filha, dando desde logo início à incorporação do modelo teórico na prática de cuidados prestados.

Nesse primeiro contato dei-me a conhecer (nome, profissão, objetivo da minha abordagem, motivo da minha presença e o meu papel de estudante de mestrado em enfermagem). Dei a conhecer a estrutura física do serviço, a sua unidade de internamento e a equipa de profissionais presente.

Foi fácil e rapidamente estabelecida uma relação de partilha e confiança que me permitiu proceder ao pedido de autorização para se realizar um estudo de caso sobre a senhora E.C (era meu objetivo prévio, aplicar esta metodologia a uma Pessoa idosa submetida a uma cirurgia major – gastrectomia eletiva, motivo pelo qual efetivei este pedido no momento de admissão para acompanhar todo o período de internamento hospitalar), pedido esse que foi prontamente aceite.

Nesse dia como nos seguintes, ao longo do tempo de prestação de cuidados foi sempre promovida uma escuta ativa, estabelecida uma relação de cordialidade simpatia e empatia, promotoras de um ambiente de afetividade, respeito e confiança.

- **CONHEÇA A SINGULARIDADE / PROJETO DE VIDA DA PESSOA IDOSA**

Dando continuidade aquele que é o objetivo primordial do modelo teórico exposto, que proclama um profundo conhecimento daquele para quem são dirigidos os cuidados de saúde, na primeira abordagem à senhora E.C., foram recolhidos dados como o nome pelo qual preferia ser tratada (diminutivo do seu nome próprio), a sua idade (86 anos), nacionalidade (Portuguesa), escolaridade e atividade profissional (4º ano de escolaridade. No momento de admissão a frequentar a Universidade Sénior do seu concelho de residência e reformada da atividade de comerciante), estado civil (viúva desde 2011, tenho sido casada 45 anos. O marido

faleceu vítima de doença cardiovascular) e pessoa de referência (Filha V.C, de 52 anos de idade, solteira, sem filhos e com a qual habita desde a sua viuvez).

A Senhora E.C. descreveu-se como religiosa, católica praticante, trazendo consigo um terço que pediu que a acompanhasse durante o internamento, solicitando desde logo que pudesse ser visitada pelo capelão do hospital após a cirurgia, pedido esse prontamente assegurado (ficando documentado em registo de enfermagem).

A Senhora E.C. mostrou-se esclarecida relativamente à sua situação clínica, confirmando conhecimento sobre o diagnóstico (neoplasia maligna do estomago) e da cirurgia eletiva para a qual tinha assinado o consentimento informado (gastrectomia total).

Apesar do contexto pandémico, do constrangimento e restrição de permanência de pessoas estranhas ao serviço, no momento de admissão e colheita de dados considerei fundamental a presença da filha V.C. (cuidadora familiar) para esclarecimento de dúvidas existentes e sobretudo para o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e a família (atualmente tão condicionada na sua presença a atuação junto dos seus familiares internados e equipas de saúde).

Conseguí com esta intervenção perceber um franco contraste de comportamentos, se por um lado a Senhora E.C. se mostrava muito positiva, confiante e aparentemente pouco receosa, por outro lado a sua filha V.C. verbalizava algumas vezes o medo da alteração de condição da sua mãe e questionou por várias vezes se seria possível visitá-la durante o internamento.

Para o enfermeiro o conhecimento do contexto de vida das famílias deverá constar na lista de prioridades do conhecimento da singularidade daqueles a quem prestamos cuidados. Segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012) é fulcral a atuação do enfermeiro enquanto elemento de referência, e embora este seja um modelo sustentado nas práticas de cuidados em contexto dos CSP, considerei aqui de suma importância dar-lhe destaque dada a sua mais-valia na compreensão de que a avaliação e intervenção familiar possibilitarão a produção de novos conhecimentos (mútuos), traduzindo-se em interações que podem e devem ser inovadoras para o trabalho desenvolvido com as famílias da atualidade.

- **CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA / PERFIL PSICOSSOCIAL**

Aprimorando o conhecimento e numa demonstração de real interesse sobre a história e projeto de vida dos intervenientes neste estudo de caso, durante a colheita de dados foi feita a identificação do agregado familiar da senhora E.C, ficando a saber-se que este era composto pelas duas senhoras, mãe e filha (cuidadora familiar) sendo, no entanto, a rede familiar mais alargada. A Senhora E.C. tinha outras duas filhas (de 60 e 57 anos de idade, ambas a residir no Canadá desde 2010, casadas, com dois filhos cada e já com netos, pelo que a senhora E.C, tinha quatro netos e seis bisnetos).

A senhora E.C., no momento da admissão hospitalar era totalmente independente nas suas atividades básicas (aplicação da escala modificada de Barthel) e instrumentais de vida diária (aplicação do índice de Lawton-Brody), sendo que dividia com a sua filha V.C. o cuidado doméstico, nomeadamente a realização de compras e tarefas como a limpeza da habitação, confeção de refeições e gestão financeira. A sua semana era dividida entre várias atividades, nomeadamente ginástica, hidroginástica, teatro e aulas na Universidade Sénior, utilizando meios de transporte públicos para se deslocar na maioria das vezes.

O encontro familiar com o restante núcleo acontecia, duas vezes por ano (no seu aniversário, em novembro e no verão), sendo que diariamente eram feitas chamadas de voz e vídeo.

Relativamente a amigos e vizinhos, existia uma relação de grande proximidade com duas amigas, de idade próxima à da Senhora E.C. com quem partilhava almoços e lanches frequentemente.

De modo a facilitar a compreensão da relação entre cada elemento da família, assim como as patologias familiares de maior expressão foi elaborado um genograma (instrumento de avaliação familiar muito útil que permite de forma rápida e objetiva a representação gráfica das relações familiares, identificando afetividades entre os vários elementos e ilustrando a família através de símbolos, devendo abranger no mínimo três gerações [Nogueira et al., 2017]). A sua apresentação é feita de seguida (Figura 1).

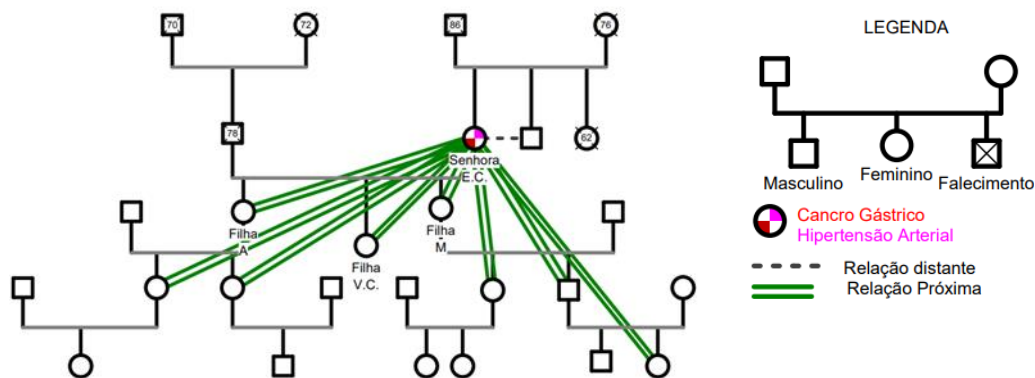


Figura 1. Genograma da família da Senhora E.C

Depois do conhecimento do seu contexto familiar, houve também oportunidade de conhecer as condições habitacionais e sociais da Senhora E.C., sendo a sua casa atual um apartamento de três assoalhadas (habitação própria), situado na cave de um prédio com elevador, onde morava com a sua filha V.C (em vida laboral ativa). Pertencentes a uma classe social média, sem necessidade de apoios sociais ou da comunidade e com os encargos económicos suportados por ambas.

Com a recolha destas informações tornou-se possível elaborar um outro instrumento de avaliação familiar – o ecomapa (representação gráfica das relações da família com a comunidade, presença ou a ausência de recursos sociais, culturais e económicos, como se se tratasse de um retrato de um determinado momento na vida dos membros de uma família sendo por isso um instrumento dinâmico [Nascimento, Dantas, Andrade, & Mello, 2014]). A sua apresentação é feita de seguida (Figura 2).

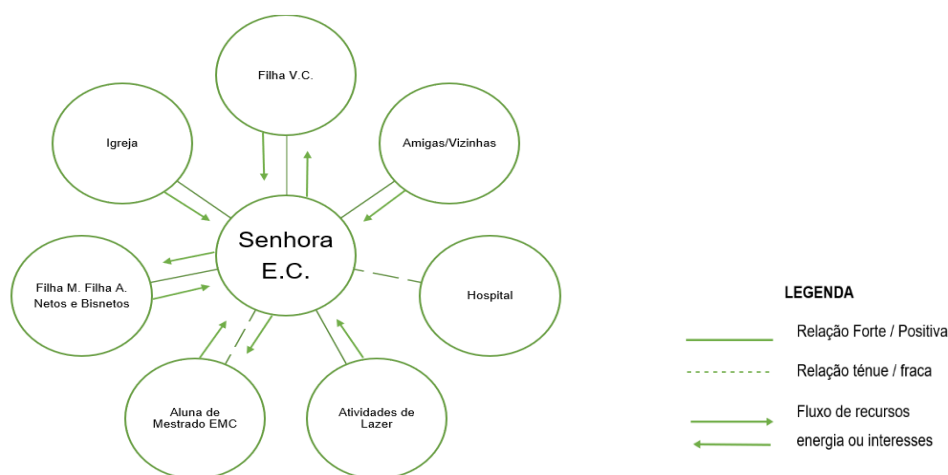


Figura 2. Ecomapa do agregado familiar da Senhora E.C.

- **CONHECER A HISTÓRIA E O ESTADO ATUAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E SEU SIGNIFICADO PARA SUA TRAJETÓRIA DE VIDA**

Para tornar possível o conhecimento sobre a sua história clínica e situação atual, assim como a atribuição de significado que a própria Senhora E.C. dava a este episódio de doença e trajetória de vida, foi feita exploração do seu percurso clínico até este internamento.

Assim contactou-se que há cerca de seis anos, a Senhora E.C. iniciou queixas de epigastralgias e pirose. Consultando o seu médico de família ficou decidida a realização de exames complementares de diagnóstico, entre os quais, endoscopia digestiva alta (EDA). Dada a demora média para realização do exame, através do serviço nacional de saúde (cerca de seis meses), decidiu recorrer a uma clínica privada, fazendo o exame a título particular. Nessa altura foi-lhe diagnosticada gastrite com *helicobacter pylori*, tendo feito tratamento dirigido (feita erradicação). Cerca de um ano mais tarde por regresso de sintomatologia voltou a realizar EDA e passa a ser medicada com inibidor da bomba de prótons por nova gastrite, tendo sido aconselhada a realizar o exame anualmente.

Dada a melhoria dos sintomas e regresso do seu bem-estar a Senhora E.C., foi protelando a repetição do exame com a frequência recomendada, até agosto de 2020 (já com 85 anos), em que por anorexia, emagrecimento (cerca de 6kg em dois meses e náuseas frequentes) volta a fazer uma EDA e lhe é diagnosticada uma neoplasia gástrica (neoplasia ulcerada com 3cm de dimensão transversal, corpo médio, na transição grande curvatura/face posterior com extensões sugestivas de implante/extensão vascular. Adjacente à lesão identifica-se adenopatia circular. Estadiamento T3N1).

O momento da notícia do diagnóstico foi vivido com “tranquilidade, apesar de muito marcante” (sic). Recorda-se que estava acompanhada pela filha V.C. e que se recorda de lhe dizer que não era uma surpresa porque já algo lhe dizia que seria este o desfecho, recordando que também o seu pai tinha tido uma “doença ruim, só não se dava o mesmo nome dos tempos de hoje” (sic).

Este foi, sem dúvida um momento muito marcante na história e no projeto de vida da Senhora E.C. em que se iniciou um processo de transição para o qual seria necessário o desenvolvimento de estratégias de adaptação.

“Toda a minha vida vai ser alterada senhora Enfermeira, eu sei disso, desde o momento que soube do cancro e agora que entrei na porta deste serviço. Não sairei

daqui a mesma, mas se não sair mais forte, espero que ao menos não me quebrem” (sic).

Tinha ficado, sem dúvida, perante uma Pessoa idosa que se encontrava num turbilhão complexo de mudanças e no centro de processos de transição (Meleis, 2010) em vários domínios, que se sobrepõe. A transição do seu estado de saúde, para o estado de doença, despoletada pela anorexia, emagrecimento, intolerância alimentar, perda de massa muscular com consequente perda de força (transição saúde-doença) e a hospitalização (transição situacional), com a necessidade de internamento, mas também de sucessivos tratamentos, exames e consultas.

Não tendo sido avaliada necessidade de terapêutica neo-adjuvante, tinha sido dado início há cerca de um mês, a acompanhamento nutricional com reforço proteico e a Senhora E.C. tinha também recorrido a terapias complementares com a toma de “umas vitaminas naturais que o meu médico disse que mal não faziam” (sic).

O desequilíbrio gerado por um novo diagnóstico e alteração de condição saúde-doença, tem forte potencial para dar lugar a necessidades não satisfeitas, a respostas não adaptativas e à incapacidade para cuidar de Si, sendo por isso de fundamental importância a intervenção especializada de enfermagem na abordagem à Pessoa idosa.

Relativamente aos antecedentes pessoais, fornecidos pela própria, e confirmados no seu processo clínico (após concedida a sua autorização para consulta de dados) são descritos: hipertensão arterial (HTA), fibrilhação auricular (FA), dislipidemia, meningite tuberculosa. Tendo também como antecedentes cirúrgicos: apendicectomia, histerectomia, cirurgia ao túnel cárpico bilateral, nefrectomia direita após meningite na infância. Referindo alergia medicamentosa ao contraste iodado.

Como antecedentes familiares (doença oncológica): Pai: faleceu com recidiva de neoplasia da próstata aos 86 anos; Primo direto: faleceu com neoplasia gástrica aos 80 anos de idade.

A par desta descrição, foi feita referência, pela própria, a toma regrada de medicação domiciliária cujos fármacos e posologia enumerou sem dificuldade: Lercanidipina 10mg (1x Dia – Jejum), Acido Acetilsalicílico 100mg (1x Dia - Almoço) e Atorvastatina 20mg (1x Dia – Jantar). Ainda relativamente à medicação, esta sempre foi gerida pela própria desde a sua solicitação ao médico assistente, passando pela sua aquisição na farmácia até à sua toma organizada (posologia e horário). Descreve-se como “cumpridora do seu papel de doente, é assim que tenho de fazer para andar por cá mais uns anos” (sic).

A Senhora E.C. descrevia-se como “muito atenta a sinais e sintomas” (sic) e cumpridora rigorosa do esquema de consultas e regime terapêutico instituído pelo seu médico e enfermeiro de família e por isso os exames complementares apontam para a estabilidade dos valores tensionais e de colesterol. O seguimento por cardiologia e nefrologia também era regular, sendo pontuais as vezes que teve de recorrer a um serviço de urgência hospitalar.

- **IDENTIFICAR AS NECESSIDADES E POTENCIAIS DA PESSOA IDOSA PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO-DE-SI**

Objetivando a identificação das necessidades e potencialidades da Pessoa idosa para a promoção do Cuidado de Si, e assumindo a importância de querer proporcionar à Senhora E.C. a convicção de estar a ser vista como um ser de projeto e de cuidado, foi dada continuidade ao processo de conhecimento e reconhecimento das capacidades e conhecimentos com vista à promoção da sua capacidade funcional durante o seu período de hospitalização, ouvindo sobretudo quais eram as suas expectativas face ao mesmo.

Apercebo-me assim que, a Senhora E.C. desejava “regressar a casa, após esta cirurgia e internamento com qualidade de vida” (sic). Desejava voltar a ter alguma da atividade de lazer que tinha até aqui (ginástica, hidroginástica).

Sendo que a sua maior ansiedade era saber como, quando e o que é que poderia comer. “Isto de me tirarem o estomago, faz-me muita confusão, em relação ao que vou poder comer depois” (sic). A par disso verbaliza também que não queria ser um encargo para a sua filha, demonstrando não querer depender de outros para cuidar de Si. Ao mesmo tempo que sabia que o seu apoio familiar permaneceria, não queria sobrecarregá-la com cuidados e queria adaptar-se o melhor e mais rápido possível à sua condição.

Posto isto, para efetivar e documentar a identificação das necessidades e potencialidades da Senhora E.C. para a promoção do cuidado de Si, contribuindo para minimizar o impacto da hospitalização na sua capacidade funcional, recorreu-se à utilização de vários instrumentos de avaliação, apresentados se seguida.

○ ***Avaliação do Estado Mental***

Neste âmbito foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental - MEEM¹, sendo que para que a sua aplicação seja fidedigna e a veracidade dos dados fornecidos esteja assegurada tem de existir confirmação de que a pessoa avaliada apresenta capacidade cognitiva para fornecer as informações pretendidas.

O score obtido foi de 25 valores, o que significará que a Senhora E.C. não apresentava défices cognitivos.

○ ***Avaliação do Estado Funcional***

No que concerne à avaliação do estado funcional foram aplicados vários instrumentos, nomeadamente a escala modificada de Barthel onde se constata que a Senhora E.C. era totalmente independente nas suas atividades básicas de vida diária, não necessitando de ajuda para a alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilidade e transferências, com a obtenção de 100 pontos. Esta escala tem como principal objetivo avaliar o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).

Relativamente à avaliação do nível de independência na realização de atividades instrumentais (AIVD), foi aplicada o índice de Lawton & Brody² do qual se obteve uma pontuação de 8, o que significa que a Senhora E.C. era independente nesta área. Quanto à aplicação da Escala de Quedas Morse (EQM)³, o score calculado (15 pontos) traduz um baixo risco de queda, apenas alterado pela existência de diagnósticos secundários (HTA, FA) e com a aplicação da escala de Braden constata-se também que existe baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, uma vez que com a aplicação deste instrumento é obtido um resultado de 21 pontos, dos quais se dá destaque ao item relativo à avaliação da nutrição/alimentação habitual, caracterizada como provavelmente inadequada, uma vez que a Senhora

¹ A origem do Mini Exame do Estado Mental - MEEM data de 1975. Define-se como um teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas, através do qual é possível uma simples e rápida avaliação das funções cognitivas (orientação, memória, atenção, capacidade de nomeação, de obediência a uma indicação verbal e escrita, de escrita livre e de cópia de um desenho complexo (polígonos) em contexto clínico (Melo & Barbosa, 2015).

² Em 1969 foi desenvolvido o Índice de Lawton & Brody (da autoria dos mesmos) com o objetivo de avaliar o nível de independência da pessoa idosa relativamente às atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins (2007). A pontuação final resulta da soma da pontuação das oito AIVD e varia entre 0 (zero) a 8 pontos relativamente ao sexo feminino e 0 (zero) a cinco relativamente ao sexo masculino (Duque et al., sem data).

³ Desenvolvida em 1985, a Escala de Queda de Morse tem por objetivo “identificar e prever as pessoas com risco de quedas fisiológicas” (Costa-Dias & Ferreira, 2014, p. 157), permitindo avaliar o seu risco para este incidente. O seu preenchimento pode ser feito a partir de entrevista ou da consulta do processo (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014). O ponto de corte é aos 45 pontos. Para pontuações com valores iguais ou superiores a 45 significa que a Pessoa apresenta alto risco de queda (Barbosa, Carvalho, & Cruz, 2015).

E.C. refere raramente comer uma refeição completa, com reduzida ingestão de proteína de origem animal.

○ ***Avaliação do Estado afetivo***

Com relação ao estado afetivo foi possível aplicar a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (GDS-15)⁴, através da qual se obtiveram 2 pontos, nos campos relativos às questões “Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?” e “Sente-se cheio de energia?”, concluindo-se que a Senhora E.C. não se encontra deprimida.

Quanto à avaliação da funcionalidade familiar foi feita através da aplicação da escala de APGAR familiar⁵, tendo-se obtido uma pontuação de 10 valores, apontando para o fato de se tratar de um sistema familiar altamente funcional, podendo-se concluir que as dificuldades ocorridas ao longo do tempo são resolvidas com satisfação dos membros constituintes.

○ ***Avaliação do Estado nutricional***

Para deteção de presença ou de risco de malnutrição na Pessoa idosa, sem recurso a parâmetros analíticos, foi aplicada a Mini Nutritional Assessment⁶, com resultado de 19,5 pontos, apontando para o estado de risco de desnutrição, sendo inclusivamente referido pela mesma a “perda de massa e força muscular nos últimos 3 meses” (sic). Apesar disso é possível constatar que não existem alterações da mucosa oral, nem comprometimento a nível da mastigação uma vez que apresenta prótese dentária fixa. Não existindo por isso necessidade de alteração da consistência da dieta, estando a diminuição da ingesta relacionada com a anorexia e epigastrialgias frequentes.

⁴ A Escala de Depressão em Geriatria com 15 itens (Geriatric Depression Scale, GDS-15) é uma versão curta da escala original Sheikh & Yesavage (1986) e é um instrumento que avalia os sintomas depressivos na pessoa idosa. A versão portuguesa foi validada em 2014 por Apóstolo et al..

⁵ O instrumento Family APGAR desenvolvido, em 1978, por Gabriel Smilkstein e validado para a população portuguesa por Azeredo em 1998 (Girão, 2015), pretende identificar as relações e funcionalidade familiar, permitindo quantificar a perceção que a Pessoa (doente) tem do funcionamento da sua família. O resultado sobre a funcionalidade familiar será encontrado através do somatório dos valores obtidos, compreendidos entre 0 (zero) e 4 pontos para elevada disfuncionalidade; resultados entre 5 e 6 pontos para moderada disfuncionalidade e por último, resultados entre 7 a 10 pontos para boa funcionalidade (Vera, Lucchese, Munari, & Nakatani, 2014).

⁶ O Mini Nutritional Assessment (MNA) originário da década de 90, com autoria de Vellas et al. (Loureiro, 2008), é um instrumento que permite uma rápida avaliação do estado nutricional das pessoas idosas e que por ser o método mais fundamentado sob o ponto de vista da investigação, é o mais usado pelos profissionais de saúde que trabalham em na área da Geriatria. É composto por duas secções, a de identificação do risco nutricional (MNA Short Form - MNA SF) e de avaliação nutricional (MNA Long Form - MNA LF) (Parente, Pereira, & Mata, 2018).

○ **Avaliação das Síndromes Geriátricas**

A saúde da Pessoa idosa está estreitamente relacionada com a sua capacidade funcional global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (Morais, Marino e Santos, 2010).

Esta capacidade de “funcionar” sozinho é avaliada através da análise das atividades de vida diária, atividades para satisfação das suas necessidades humanas básicas e atividades instrumentais do quotidiano. Mais se acrescenta que segundo os autores acima referidos, a saúde da Pessoa idosa será determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais, são eles o domínio da cognição, do humor, da mobilidade e da comunicação.

A perda dessas funções resultará nas grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa (Morais, Marino e Santos, 2010). O desconhecimento das particularidades associadas ao processo de envelhecimento, podem gerar intervenções capazes de agravar o estado de saúde da pessoa idosa, é por isso fundamental capacitar as equipas de enfermagem para o despiste de alterações como o delírio, alterações sensitivas que dificultem a comunicação, situações de incontinência ou de imobilidade. De acordo com esta premissa foi feita uma avaliação que contemplou a área da autonomia (cognição e humor) e independência (mobilidade e comunicação).

A Senhora E.C. apresentava pele integra (sem sinais de úlcera de pressão atuais ou anteriores) e mucosas coradas, mas ligeiramente desidratadas. Por diminuição da acuidade visual recorria ao uso permanente de óculos. Negando alterações auditivas, ou comprometimento da linguagem verbal ou comportamento (discurso revelador de estado de orientação no tempo/espço e pessoa).

Sem sinais clínicos de infeção (locais ou sistémicos), referia episódios de epigastrialgias e anorexia (o que justificava a diminuição da ingesta e perda de peso).

Negava alterações de eliminação vesical (continente, uso de WC e urina clara) ou intestinal (padrão de eliminação em dias alternados, sem necessidade de uso de medicação).

No momento de admissão referia que, desde há três meses (data da confirmação diagnóstica, sentia dificuldade em adormecer, mas sem acordar durante a noite, preferindo por isso não estar medicada).

Em suma, e tendo em conta todos os instrumentos de avaliação aplicados pode-se concluir que a Senhora E.C não apresentava défice do estado mental e funcional prévio, e foi exatamente esse o motivo que conduziu à realização do estudo de caso sobre Ela, por se encontrar isenta de qualquer limitação, permitiu avaliar o real impacto da hospitalização e do evento cirúrgico na independência, autonomia e capacidade funcional que apresentava antes deste episódio.

Fase

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

De acordo com as premissas orientadoras do Modelo de Intervenção em Parceria, esta é a fase em que se constrói uma ação conjunta para o desenvolvimento de competências (mútuas). Apresenta por isso uma dupla função e é precisamente depois do conhecimento profundo dos seus intervenientes, dos interesses e objetivos terapêuticos que surge a janela de oportunidade para **capacitar**.

Após a recolha de informação, iniciada nas fases anteriores (que não se encontrando encerradas podem estar em constante atualização) e do desenvolvimento e aplicação das competências comunicacionais do enfermeiro, que o guiarão na ajuda da transformação das capacidades potenciais da pessoa idosa em capacidades reais, é dado agora lugar a uma partilha de responsabilidade entre o profissional e a pessoa idosa para que ambos decidam o melhor caminho a seguir, sem imposições ou decisões não negociadas. Existirá, por isso, espaço e apelo à proatividade da pessoa idosa e estímulo à sua participação ativa no seu processo de cuidar (Gomes, 2016).

A par do investimento técnico, teórico e prático para o Cuidado de Si, através da capacitação do próprio, surge a importância da sua conjugação com a área de intervenção do **possibilitar**, quando existe direção da capacitação pretendida para o cuidador familiar, para que este cuide da pessoa idosa, tendo em conta o que esta decidiria para si mesma.

possibilitar implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajectória de vida, preservando a sua identidade no contexto social (Gomes, 2016, p. 235).

Remetendo a aplicação desta fase ao estudo de caso apresentado, relembro que a Senhora E.C. não apresentava quaisquer défices cognitivos prévios, preferindo-

se uma abordagem que a incluía-se ativamente na sua capacitação, mantendo-a envolvida no processo do Cuidado de Si mesma.

No entanto tendo existido ao longo do internamento várias complicações secundárias ao evento cirúrgico (nomeadamente deiscência da anastomose esófago-jejunal com necessidade de colocação de prótese esofágica; fístula esófago-pleural com necessidade de colocação de drenagem torácica, íleos parálítico com necessidade de reintervenção cirúrgica e construção de ostomia de alimentação – jejunostomia e pneumonia nosocomial) existiram alterações significativas do seu estado funcional, tendo sido avaliada a necessidade de incluir a filha V.C. neste processo dando primazia à dupla função desta fase do modelo teórico exposto, ao **possibilitar** que o cuidador familiar fosse envolvido no plano terapêutico, mantendo como foco de atenção as necessidades e potencialidades da Senhor E.C., dando primazia ao respeito e preservação da sua vontade e identidade.

Se nas fases iniciais **revelar-se e envolver-se** se conheceram as singularidades da Senhora E.C. são agora identificados aspetos a melhorar e conjuntamente elaborado um plano de cuidados, sendo os diagnósticos de enfermagem formulados segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (linguagem CIPE) apresentados em quadro (Quadros 1, 2 e 3) pretendendo uma otimização e promoção da funcionalidade da Senhora E.C. durante a hospitalização, ao longo de todo o seu período de internamento.

Ponderando o impacto da hospitalização na Pessoa idosa, a forma como é influenciada por fatores internos e externos (condições clínicas prévias da Pessoa idosa, procedimentos a que é submetida, à pobre adaptação do sistema de saúde ao envelhecimento e à fragilidade [Carvalho et al, 2018], foi considerado pertinente apresentar o plano de cuidados em três quadros.

O primeiro referente ao momento de admissão e avaliação inicial, o segundo que diz respeito ao período mais longo de internamento, que pretende dar conhecimento dos novos diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem assim como dos resultados obtidos, culminando na apresentação do quadro 3 em que existe uma atualização dos diagnósticos já presentes a par da formulação de novos referentes à preparação para a alta.

Todo este processo se revelou dinâmico, continuo e desenvolvido numa intervenção de parceria, não só com a Senhora E.C. mas também com a sua filha V.C. e restante equipa multidisciplinar, nomeadamente quando foi necessário solicitar a intervenção da Unidade da Dor para controlo deste sinal vital (numa referência à

importância do seu controle na capacidade funcional), quando foi necessário requerer serviço de nutrição para iniciar alimentação oral e entérica, ou quando se reuniram as condições para preparar a alta e se avaliou a necessidade de continuidade de cuidados de serviços de saúde e sociais e se solicitou colaboração dos CSP e da assistente social.

Mais se acrescenta a necessidade de lembrar que tal como já foi descrito até aqui a Senhora E.C. no momento da admissão hospitalar era totalmente independente, sofrendo uma franca alteração desta condição ao longo do internamento (sofrendo várias complicações médico-cirúrgicas, nomeadamente o desenvolvimento de uma fístula esófago-pleural com necessidade de colocação de drenagem torácica e prótese esofágica e brida intestinal com necessidade de reintervenção cirúrgica e construção de jejunostomia), tendo sido considerados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções que tiveram como objetivo principal, minorar os efeitos da hospitalização prolongada na sua funcionalidade global.

De salientar, e em jeito de conclusão da descrição desta fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2016), o fato de ao longo de todo o período de hospitalização, ter sido dada prioridade ao respeito, capacidade e vontade da Sr^a E.C. para participar no planeamento terapêutico a si dirigido, tal como é expresso quando refere “senti sempre que apesar das limitações que a cirurgia me trouxe, houve respeito, tempo, paciência mas também insistência dos enfermeiros para que não perdesse as minhas capacidades, tendo sido ainda respeitadas as minhas vontades e decisões”

Quadro 1: Plano de Cuidados da Senhora E.C. (iniciado no momento de admissão no serviço de internamento de cirurgia - lembrando que a Senhora E.C. se encontrava autónoma e independente no Cuidado de Si)

Modelo de intervenção em Parceria para a promoção do Cuidado de Si

<i>Fase</i> <i>Envolver-se</i> <i>Diagnóstico de</i> <i>Enfermagem</i>	<i>Fase</i> <i>Capacitar e Possibilitar</i> <i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Fase</i> <i>Comprometer-se</i>	<i>Fase</i> <i>Assumir o Cuidado de Si ou</i> <i>Assegurar o Cuidado do Outro</i> <i>Resultados de Enfermagem</i>
<i>Consciência</i>	Avaliar estado de consciência (aplicação da escala de Glasgow)	Compromisso de avaliação do estado de consciência na admissão ao internamento e 1x turno;	Ao aplicar a escala de Glasgow obteve-se um score de 15 valores o que revela resposta verbal orientada, abertura espontânea dos olhos e como resposta motora obediência a ordens, evidenciando a capacidade da Senhora E.C. para dar continuidade ao seu projeto de saúde e de vida assumindo o Cuidado de Si, possibilitando a sua capacitação nesta fase inicial do internamento.
<i>Potencial para Reconstrução de autonomia</i>	Avaliar o potencial para reconstrução da autonomia;	Compromisso de avaliação do potencial para	Ao avaliar o potencial para reconstrução da autonomia constatou-se que existia elevado potencial para: consciencialização das

	Incentivar a autonomia e independência para as AVDs; Explicar a importância de manter um papel ativo/participativo no processo de recuperação; Fornecer informação escrita sobre: acolhimento ao serviço; controlo de dor (folhetos disponíveis no serviço)	reconstrução da autonomia na admissão ao internamento, 48h após cirurgia e depois de 2/2 dias;	mudanças de saúde; força expressa na aprendizagem; crença demonstrada que é capaz de recuperar; desejo expresso em se tornar independente; motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem; capacidade cognitiva; capacidade física;
Ingestão Nutricional	Avaliar o compromisso de ingestão nutricional; Conhecer o que a Senhora E.C. sabe sobre as alterações da sua dieta no período pós-operatório (progressão de dieta, reforço proteico); Informar sobre a importância de cumprir a rotina e horário das refeições (Vieira, 2014); Solicitar colaboração do serviço de nutrição para personalizar dieta de acordo com diagnóstico e tratamento cirúrgico proposto.	Compromisso de avaliação do risco de ingestão nutricional comprometida na admissão ao internamento, 48h após a cirurgia e depois de 5/5 dias; Requerer serviço de nutrição em SOS.	Ao aplicar a escala Mini Nutricional Assessment obteve-se um score de 19,5 pontos, apontando-se para o risco de desnutrição; A Senhora E.C. demonstra interesse em conhecer as alterações alimentares (dieta de consistência progressiva, desde líquida a mole, durante o internamento);
Dor (Aplicação da Escala	Monitorizar a dor (aplicação da Escala Numérica); Vigiar dor;	Compromisso de avaliação da dor, das suas características e do conhecimento	Ao aplicar a escala numérica de avaliação da dor, obteve-se um resultado de 0 pontos (sem dor);

Numérica de avaliação da Dor segundo a Norma 014/2016 da DGS)	Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor; Capacitar para o reconhecimento das características da dor (tipo moinha, pontada, aperto, cólica, assim como das medidas farmacológicas - esquema terapêutico - e não farmacológicas – crioterapia, aplicação de quente, posicionamento, massagem - para o seu controlo).	sobre estratégias para o seu alívio na admissão ao internamento e depois disso 1x turno e em SOS.	Interpretação da escala numérica de avaliação da dor; Reconhecimento da dor mais intensa já vivida.
Risco de queda (Aplicação da Escala de quedas de Morse segundo a norma Nº008/2019 da DGS)	Avaliar risco de queda (aplicação da escala de Morse); Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre risco de queda; Avaliar conhecimento sobre prevenção de queda. Explicar a importância de manter uma iluminação adequada (Risso, 2012); Incentivar a manter o ambiente seguro (uso das barras de apoio, degraus, auxiliares de marcha se necessário/apoio de pessoa); Aconselhar calçado apropriado	Compromisso de avaliação do risco de queda, através da aplicação da escala, na admissão ao internamento e depois disso de 2/2 dias e SOS; Compromisso de avaliação do conhecimento sobre prevenção de queda na admissão ao	Ao aplicar a escala de Morse, obteve-se um resultado de 15 pontos (baixo risco de queda) e por ter elevado potencial para melhorar o conhecimento (já referido no diagnóstico <i>Potencial para Reconstrução de autonomia</i>) foram feitos ensinamentos acerca das possíveis complicações de queda, fatores de risco de queda, prevenção de quedas e atuação em caso de queda. A Senhora E.C. entende a importância da prevenção de quedas e faz uso de dispositivos apropriados (luz, calçado, evita piso molhado; barras da cama).

		internamento e depois em SOS; Compromisso de otimizar ambiente físico; manter grades da cama; regular altura da cama; disponibilizar degraus para transferência da cama para o chão.	
<i>Risco de Úlcera de Pressão</i> <i>(Aplicação da Escala de Braden, segundo a norma nº 017/2011 da DGS)</i>	Avaliar risco de úlcera de pressão (aplicação da escala de Braden); Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre risco de úlcera de pressão; Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão; Capacitar para o reconhecimento do estado nutricional, cuidados da pele, alternância de decúbitos, dispositivos para alívio da pressão, sinais de úlcera de pressão,	Compromisso de avaliação do risco de úlcera de pressão, através da aplicação da escala, na admissão ao internamento e depois de 2/2 dias; Compromisso de avaliação do conhecimento sobre	Ao aplicar a escala de Braden obteve-se um resultado de 21 pontos, correspondente a um baixo risco de úlcera de pressão e um elevado potencial para melhorar o conhecimento; Reconhecimento da importância da alternância de decúbitos, hidratação e vigilância da pele e despiste de sinais de úlcera de pressão (alerta para flictenas e eritema não branqueável)

	atuação em caso de aparecimento de úlcera de pressão.	prevenção de úlcera de pressão na admissão ao internamento de depois em SOS.	
Risco de infecção (Aplicação da Norma 020/2015 da DGS)	Avaliar risco de infeção; Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre risco de infeção; Avaliar conhecimento sobre risco de infeção; Capacitar para o banho pré-operatório (véspera e dia da cirurgia com solução de clorohexidina); Capacitar para a importância da regulação do metabolismo energético (normoglicémia); Capacitar para o reconhecimento da importância da utilização de EPIs, lavagem e desinfeção das mãos e uso de máscara cirúrgica; Capacitar para o reconhecimento de sinais de infeção (locais – dor, rubor, edema, tumefação, exsudado nos locais de punção	Compromisso de avaliação do risco de avaliação (condições de risco: imunossupressão e procedimento invasivos) na admissão ao internamento e depois 1x/turno.	Ao considerar os itens do SClínico sobre as condições de risco para o desenvolvimento de infeção, obteve-se como resultado, risco de infeção pela presença de procedimentos invasivos (associado a cateteres e protocolo pré-operatório). Verificou-se reconhecimento do risco de infeção, através da realização do banho pré-operatório, cumprimento da higiene das mãos, uso de máscara cirúrgica, evicção de manipulação de dispositivos invasivos.

	e/ou ferida cirúrgica e sistémicas – febre, dor, astenia, mal-estar, disúria, dispneia, expetoração), prevenção da infeção (evitar manipulação de dispositivos invasivos, despiste dos sinais de infeção e prevenção da contaminação;		
Autocuidado	Avaliar compromisso no Autocuidado; Avaliar autocuidado (aplicação da escala de Barthel); Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre promover o autocuidado; Avaliar conhecimento sobre autocuidado; Capacitar para o reconhecimento de estratégias adaptativas ao autocuidado, dispositivos de ajuda técnica, necessidades de adaptação no domicílio e barreiras arquitetónicas;	Compromisso de avaliação do autocuidado e do conhecimento sobre o mesmo na amissão ao internamento e depois de 2/2 dias.	Ao aplicar a escala modificada de Barthel, obteve-se a classificação de totalmente independente no autocuidado e por ter elevado potencial para melhorar o conhecimento, foi obtido reconhecimento das ajudas técnicas disponíveis para o período de internamento, assim como quais poderiam vir a ser as mudanças necessárias em domicílio (possibilidade de necessidade de apoio para a higiene - meios e pessoas; uso de auxiliar de marcha; remoção de tapetes; uso de cama articulada).

Modelo de intervenção em Parceria para a promoção do Cuidado de Si

Fase Envolver-se <i>Diagnóstico de</i> <i>Enfermagem</i>	Fase Capacitar e Possibilitar <i>Intervenções de Enfermagem</i>	Fase Comprometer-se	Fase Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro <i>Resultados de Enfermagem</i>
Dor Abdominal e Dorso-Lombar (Aplicação da Escala Numérica de avaliação da Dor segundo a Norma 014/2016 da DGS)	Monitorizar a dor (aplicação da Escala Numérica); Vigiar dor; Capacitar para o reconhecimento das características da dor (tipo moinha, pontada, aperto, cólica, assim como das medidas farmacológicas - esquema terapêutico - e não farmacológicas – crioterapia, aplicação de quente, posicionamento, massagem - para o seu controlo); Solicitar otimização do esquema terapêutico instituído;	Compromisso de avaliação da dor, das suas características e do conhecimento sobre estratégias para o seu alívio 1x turno e em SOS.	Ao aplicar a escala numérica de avaliação da dor, obteve-se um resultado de 6 pontos (dor moderada); Interpretação da escala numérica de avaliação da dor; No período pós-operatório, em associação a complicações clínicas (fístula esófago-pleural e brida intestinal), a dor tornou-se difícil de controlar com as medidas farmacológicas instituídas (comprometendo a funcionalidade global da Senhora E.C.), pelo que foi feito pedido de colaboração á Unidade da Dor e reforço de ensinios acerca

(Atualização: Previamente Sem dor – Dor em grau moderado)			das medidas não farmacológicas a adotar, alcançando-se assim o controlo deste sinal.
Autocuidado (Atualização: Previamente independente – Dependente em grau moderado)	Avaliar compromisso no Autocuidado; Avaliar autocuidado (aplicação da escala de Barthel); Avaliar autocuidado de higiene; Avaliar autocuidado: uso do sanitário; Avaliar posicionar-se; Avaliar transferir-se; Avaliar eliminação urinária/intestinal; Avaliar deambular, Avaliar conhecimento sobre autocuidado; Capacitar para o reconhecimento de estratégias adaptativas ao autocuidado, dispositivos de ajuda técnica; Capacitar para a autonomia nos autocuidados; Promover independência nas AVDs.	Compromisso de avaliação do autocuidado e do conhecimento sobre o mesmo de 2/2 dias.	Ao aplicar a escala modificada de Barthel, no período pós-operatório, obteve-se a classificação de dependente em grau moderado no autocuidado; Capacitação para o autocuidado de higiene (incentivo para lavar e secar parte superior do corpo, com ajuda de pessoa para a parte inferior); Capacitação para o autoposicionamento; Capacitação para a transferência com uso às medidas adaptativas (descritas no diagnóstico <i>transferir-se</i>); Capacitação para o uso de ajuda técnica para o treino de marcha – andarilho; Capacitação para a manutenção da autonomia na eliminação vesical e intestinal;

Transferir-se (Atualização: Previamente independente – Dependente em grau moderado)	Avaliar o transferir-se; Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre o transferir-se; Avaliar conhecimento sobre o transferir-se; Capacitar para o reconhecimento e adoção de estratégias adaptativas para transferir-se (procedimento descrito na fase seguinte) uso de dispositivos (barra de apoio; auxiliar de marcha; elevador de transferência; cama articulada)	Compromisso de avaliação da capacidade para transferir-se nos itens de: erguer-se da posição horizontal; mover o corpo em direção ao bordo da cama e ficar sentado com equilíbrio; deslocar-se da cama para a cadeira; sentar na cadeira e posicionar-se de forma segura e confortável; Compromisso de incentivar a pessoa a transferir-se todos os turnos; Compromisso de assistir a pessoa a transferir-se;	Ao avaliar o transferir-se, segundo os itens considerados no SClinico, classifica-se a dependência em grau moderado, pela necessidade de ajuda de equipamento e de pessoa nos campos descritos. Feito tentativa de levantar diário, nem sempre possível por dor ou complicação clínica associada, mantendo-se o respeito pela vontade aliada ao reconhecimento da importância de manter a mobilidade.
---	---	--	---

		Compromisso de avaliar a transferir-se de 2/2 dias; Compromisso de avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se; Compromisso de identificar necessidade de equipamento adaptativo para transferir-se.	
Risco de aspiração (associado à presença de sonda nasogástrica – SNG em	Avaliar risco de aspiração, Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre risco de aspiração; Avaliar conhecimento sobre risco de aspiração; Capacitar para o reconhecimento de sintomatologia de risco: náuseas e vômitos;	Compromisso de avaliação do risco de aspiração (associado à presença de dispositivo de alimentação – SNG) do conhecimento sobre o mesmo no	Ao avaliar o risco de aspiração, segundo os itens considerados no SClínico, classifica-se como existindo esse risco, associado à presença de SNG. Verificou-se a adoção das estratégias adaptativas para redução de risco de aspiração, com manutenção da elevação da cabeceira da cama, principalmente em

<i>drenagem passiva)</i>	Capacitar para a adoção de estratégias adaptativas como a elevação da cabeceira e otimização da posição durante as refeições e sono;	momento da entubação e depois disso 1xTurno; Compromisso de avaliação do conhecimento sobre prevenção do risco de aspiração (conhecimento sobre: complicações do processo patológico; condições de risco para a aspiração; sinais de aspiração; posicionamento durante e após a refeição; adequação da dieta; atuação em caso de sinais de aspiração) no momento da	presença de náuseas, por iniciativa autónoma da Senhora E.C.
---------------------------------	--	--	--

		entubação e depois disso em SOS;	
<i>Dispneia (associada a complicação pós-cirúrgica: Fístula Esófago-Pleural com necessidade de colocação de drenagem torácica)</i>	Vigiar respiração; Avaliar dispneia; Avaliar conhecimento sobre dispneia (presença de adejo nasal; alteração de profundidade respiratória; sibilos; uso dos músculos acessórios; polipneia; tiragem); Avaliar capacidade para otimizar respiração (uso de dispositivos respiratórios; executar oxigenoterapia e/ou inaloterapia); Capacitar para o reconhecimento de sinais de dispneia; Capacitar para a adoção de estratégias adaptativas para redução dos períodos de dispneia (elevação da cabeceira da cama; restrição de atividade física; conservação de energia; controlo de dor)	Compromisso de avaliação da respiração de sinais de dispneia em todos em turnos e em SOS; Compromisso de avaliar o conhecimento sobre a dispneia e estratégias adaptativas para a sua redução.	A dispneia surge associada à presença de fístula esófago-pleural, com necessidade de colocação de drenagem torácica e colocação de prótese esofágica de urgência. A Senhora E.C. manteve sempre um score 15 na escala de Glasgow o que permitiu a sua capacitação para o reconhecimento dos sinais de dispneia, necessidade de administração e otimização de oxigenoterapia e sobretudo do seu controlo de dor e conservação de energia de modo a evitar agravamento deste sintoma. Ao longo do internamento e de acordo com controlo gasimétrico foi possível ir otimizando o débito de oxigénio de acordo a sua tolerância e colaboração.

Ferida Cirúrgica (Região Abdominal Central. Longitudinal)	Avaliar ferida cirúrgica; Executar tratamento à ferida cirúrgica; Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica; Capacitar para o reconhecimento de sinais de complicações da ferida cirúrgica (locais: dor, rubor, tumefação, edema, vigiar líquido de drenagem - presença de exsudado hemático/purulento//entérico; sistêmicas: febre, intolerância alimentar; alterações de trânsito intestinal – oclusão ou dejeções diarreicas).	Compromisso de avaliar ferida cirúrgica 48h após a cirurgia e depois disso de 2/2 dias; Compromisso de executar tratamento à ferida cirúrgica; Compromisso de capacitar para o reconhecimento de sinais de complicações.	Verificou-se a adoção de estratégias para evicção do risco de infecção da ferida cirúrgica – higiene das mãos, não manipulação do penso/ferida; Reconhecimento de sinais de infecção, complicações da ferida e cuidados com a mesma.
Risco de Maceração (associado a ostomia de alimentação: jejunostomia -	Avaliar autocuidado da ostomia de alimentação; Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de alimentação (reconhecimento do conceito de ostomia de alimentação; a sua finalidade; material necessário; aquisição de material; periodicidade da troca de dispositivos; adequação de dispositivos; limpeza da ostomia e da pele	Compromisso de avaliar autocuidado da ostomia de alimentação 48h após o procedimento e depois disso de 2/2 dias; Compromisso de avaliar capacidade	A necessidade de ostomia de alimentação surge por complicação pós-cirúrgica (necessidade de reintervenção por brida intestinal com construção de jejunostomia), pela fragilidade da Senhora E.C. foi avaliada a necessidade e acedido ao seu pedido de iniciar à sua filha V.C, uma vez avaliada a total dependência e não participação da própria no autocuidado à ostomia;

Complicação clínica pós-cirúrgica	peri-ostomia; alterações da pele; alterações/complicações do estoma; alimentação e hidratação; vestuário); Avaliar conhecimento para promover autocuidado da ostomia de alimentação; Avaliar risco de maceração; Avaliar conhecimento sobre prevenção de maceração; Capacitar para o autocuidado; Capacitar o cuidador para tratar da ostomia (capacidade para reunir o material necessário; limpeza da ostomia e pele peri-ostomia; reconhecer alterações da ostomia e pele peri-ostomia); Capacitar para o reconhecimento do risco de maceração (presença de ostomia; pregas cutâneas); Capacitar para a prevenção de maceração (conhecimento sobre processo patológico e suas complicações; cuidados com a pele; sinais de maceração e atuação em caso de maceração). Fornecer bibliografia de apoio;	do cuidador para tratar da ostomia; Compromisso de promover autocuidado da ostomia; Compromisso de avaliar o risco de maceração e capacitar para a sua prevenção.	Integrado familiar cuidador no cuidado à ostomia de alimentação (Filha V.C.); Capacitação da senhora V.C. através da supervisão e treino de manipulação da ostomia de alimentação, dispositivos, despiste de complicações da ostomia e da pele; Capacitação da Senhora V.C. para administração de alimentação entérica através da jejunostomia.
---	---	--	--

Sono	Avaliar sono (agitado/tranquilo; duração – menor, igual ou maior que o habitual; diurno ou não); Orientar para o uso de técnicas de relaxamento; Executar técnica de relaxamento; Planear o sono; Avaliar conhecimento para promover o sono (complicações associadas ao compromisso de sono; técnicas de relaxamento; estratégias não farmacológicas); Ensinar sobre padrão de sono; Capacitar para estratégias de relaxamento;	Compromisso de avaliar o sono; Compromisso de avaliar o conhecimento para promover o sono; Compromisso de capacitar para estratégias não farmacológicas para promover o sono	Ao longo do internamento a Senhora E.C. foi apresentado uma gradual dificuldade de manter o seu padrão sono-vigília, dormindo durante o dia e permanecendo acordada durante muitas horas no período da noite; Através da otimização do ambiente (redução do ruído, estímulos e luminosidade), realização de massagem de relaxamento e otimização da posição no leito houve uma progressiva melhoria da situação, cumprindo no fim do internamento, períodos de sono noturno de cerca de 8 horas.
-------------	--	---	--

Modelo de intervenção em Parceria para a promoção do Cuidado de Si

Fase Envolver-se <i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	Fase Capacitar e Possibilitar <i>Intervenções de Enfermagem</i>	Fase Comprometer-se	Fase Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro <i>Resultados de Enfermagem</i>
Necessidade de continuidade de cuidados	Avaliar necessidade de continuidade de cuidados; Avaliar necessidade de cuidados continuados por: recuperação funcional; treino de capacidade do prestador de cuidados; tratamento de feridas; situação social	Compromisso de avaliar necessidade de continuidade de cuidados de saúde e sociais;	Feita referência para e RNCCI – ECCI e solicitada continuidade de cuidados pela equipa de enfermagem dos CSP na área de residência da Senhora E.C, através do envio de e-mail de notificação da alta hospitalar da utente.
Potencial para Reconstrução de autonomia	Avaliar o potencial para reconstrução da autonomia; Incentivar a autonomia e independência para as AVDs; Relembrar a importância de manter um papel ativo/participativo no processo de recuperação;	Compromisso de avaliação do potencial para reconstrução da autonomia no momento da alta.	Ao reavaliar o potencial para reconstrução da autonomia constatou-se que se mantinha o elevado potencial para: consciencialização das mudanças de saúde; força expressa na aprendizagem; crença demonstrada que é capaz de recuperar; desejo expresso em se tornar independente; motivação, proatividade e

			envolvimento no processo de ensino/aprendizagem; capacidade cognitiva; capacidade física, constatado à data da admissão, embora neste último item tenha existido alteração da independência total para dependente em grau moderado;
<i>Aceitação do estado de saúde (Atualização: Previamente independente e ativa – Dependente em grau moderado nas AVDs)</i>	Avaliar aceitação do estado de saúde; Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde; Encorajar a usar os recursos da comunidade; Encorajar aceitação de estado de saúde; Capacitar sobre estratégias adaptativas; Incentivar a comunicação de emoções Incentivar envolvimento da família; Promover consciencialização;	Compromisso de avaliar aceitação do estado de saúde; Compromisso de assistir a pessoa a promover a aceitação do seu estado de saúde; Compromisso de capacitação para o uso de estratégias adaptativas e incentivo à comunicação de emoções.	Importante relembrar que na admissão ao internamento a Senhora E.C. era totalmente independente nas AVDs e mantinha um papel ativo na sociedade, mantendo hábitos sociais e de lazer. À data da alta hospitalar encontrava-se dependente em grau moderado para o Cuidado de Si, no que respeita à higiene, transferências. Mantinha cansaço fácil a médios esforços e dor dorso-lombar e abdominal em grau reduzido/moderado, tendo por isso sofrido uma intensa alteração no seu projeto de saúde e de vida, requerendo por isso um processo de aceitação deste novo estado, para o qual reconhecia a realidade da sua nova

			condição e demonstrava motivação e envolvimento com vista a enfrentá-la e melhorá-la.
<i>Papel do prestador de cuidados</i>	Avaliar potencial do cuidador para tomar conta (demonstração de: consciencialização para tomar conta; força de vontade expressa para tomar conta; nível de participação e envolvimento no processo ensino-aprendizagem; nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta; qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente; experiência prévia para tomar conta; antecedentes de sobrecarga para tomar conta (exaustão, stress).	Compromisso de avaliação do potencial do cuidador para tomar conta.	Reconhecimento do desejo, vontade expressa, envolvimento e demonstração de conhecimentos teóricos e práticos por parte da Senhora V.C. para assumir o papel de prestadora de cuidados da Senhora E.C. Reconhecimento da capacidade para despiste de complicações associadas a dispneia; complicações/sinais de infeção da ferida cirúrgica; sinais de maceração associadas à ostomia de alimentação, sinais de úlcera de pressão; cuidados com a pele; cuidados e administração de alimentação entérica através da jejunostomia; controlo de dor através do incentivo à adesão e gestão do regime medicamentoso e adoção de medidas não farmacológicas;

<i>Adesão ao regime terapêutico</i>	Avaliar capacidade de adesão ao regime terapêutico (medicamentoso; alimentar; exercício físico).	Compromisso de avaliar capacidade de adesão ao regime terapêutico.	Reconhecimento da importância da adesão ao regime terapêutico (medicamentoso e alimentar – alimentação oral e entérica); Reconhecimento da incapacidade para aderir a um regime terapêutico de exercício físico (dispneia e dor);
<i>Gestão do regime terapêutico</i>	Avaliar capacidade de gestão do regime terapêutico (medicamentoso; alimentar; exercício físico).	Compromisso de avaliar capacidade de gestão do regime terapêutico.	Reconhecimento da necessidade de ajuda de outrem para a aquisição de medicação e alimentação entérica (Filha V.C.). Reconhecimento da importância da toma de medicação na dose e hora certa; Reconhecimento da importância da adequação da dieta (oral e entérica para redução do risco de desnutrição);

Fase

COMPROMETER-SE

Esta é a fase em que por definição o enfermeiro auxilia no apoio ao compromisso e em que ele próprio se compromete na ajuda à Pessoa idosa e seu cuidador familiar para a tomada de decisão, para que as escolhas feitas visem a transição progressiva de uma capacidade potencial em real e fá-lo através da sua prática assente em evidência científica, na sua experiência e julgamento clínico, em respeito pela decisão tomada.

Constrói este caminho em respeito pelo projeto de vida e validando as intervenções direcionadas à promoção do Cuidado-de-Si.

Fica assim claro a importância do papel da equipa de enfermagem quando se planearam intervenções que foram ao encontro das expectativas da Senhora E.C., tais como: a visita do capelão, conforme desejado deste o momento da admissão ao internamento; o planeamento de exercícios de fortalecimento muscular para prevenção da rigidez articular (foi sempre referido pela senhora E.C. o seu desejo de voltar a ser autónoma), mesmo quando não era possível realizar levante; foi feito encaminhamento e dado conhecimento prévio da situação clínica e estado funcional da senhora E.C. à equipa de enfermagem dos CSP que deu continuidade à vigilância da sua condição clínica após a alta hospitalar.

Apesar de todas as complicações clínicas decorrentes do evento cirúrgico e do prolongado tempo de internamento, a promoção da funcionalidade da senhora E.C. foi sempre um dos principais objetivos da equipa de enfermagem, muito impulsionada pela força de vontade expressa pela própria para recuperar autonomia e independência.

Nesta quarta fase do modelo teórico exposto, deve também ser dado destaque à ajuda dada à filha V.C. (cuidadora familiar) para cumprir o seu compromisso no cuidar, tendo sido sempre incentivada pela equipa de enfermagem a importância que deve ser dada à individualidade da senhora E.C., tendo assim sendo validadas as intervenções para a promoção do Cuidado de Si e da funcionalidade.

Fase
ASSUMIR O CUIDADO DE SI
ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Chegados à fase para a qual nos revelámos, envolvemos, capacitámos, possibilitámos e comprometemos pretendemos agora, tendo como pilares fundamentais a confiança, a partilha, o respeito e a negociação que seja possível para a Pessoa idosa assumir o Cuidado de Si ou que seja o seu cuidador familiar a fazê-lo assegurando o Cuidado do Outro, respeitando a sua vontade e identidade. A construção deste caminho é dinâmica, seguindo apenas com a pressa que a qualidade do cuidado lhe exige.

Aqui existe espaço para a avaliação e reflexão do enfermeiro sobre a capacitação do Outro, sobre a eficácia da sua transmissão de conhecimento e sobretudo sobre o sucesso da sua comunicação.

Pretende-se que a Pessoa idosa esteja munida das ferramentas necessárias à tomada de decisão voluntária e esclarecida, capaz de gerir o seu regime terapêutico, zelar pela sua saúde e dar continuidade ao seu projeto de vida, pese embora possa ter sofrido alterações decorrentes dos processos de transição experienciados.

Foi isso mesmo que aconteceu com a Senhora E.C., relembando as notas iniciais deste estudo de caso, nas primeiras fases desta intervenção em parceria, existiu um genuíno interesse profissional em conhecer a vida ativa e saudável da senhora E.C., a sua positividade e fluidez de discurso, os seus interesses e expectativas e ao longo do internamento, sobretudo pelas inúmeras complicações existentes, foi sempre a esse ponto inicial que regressámos, nas longas horas de prestação de cuidados e entrevista.

Este conhecimento profundo permitiu que em todas as dificuldades houvesse uma alusão às palavras iniciais “Toda a minha vida vai ser alterada senhora Enfermeira, eu sei disso, desde o momento que soube do cancro e agora que entrei na porta deste serviço. Não sairei daqui a mesma, mas se não sair mais forte, espero que ao menos não me quebrem” (sic).

Assim se foi reconstruindo o caminho da autonomia, progressivamente, quando eram transmitidos conhecimentos sobre exercícios respiratórios para reduzir a dispneia; quando eram feitas mobilizações passivas no leito para reduzir a rigidez articular pela imobilidade prolongada; quando progressivamente se iniciou o levantar; quando se incentivou o cuidado e vigilância à ostomia de alimentação e, entre muitas

outras coisas, quando se avaliou a necessidade de continuidade de cuidados, se integrou a Filha V.C. na prestação de cuidados e se procedeu à transição segura de cuidados com encaminhamento de informação para os CSP.

Relembrando que o conceito de funcionalidade assenta em capacidade funcional e conhecimento, pode ser assumido e assegurado que o Modelo de Intervenção em Parceria para a promoção do Cuidado de Si (Gomes, 2016) amplia inequivocamente a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, em particular do cuidado que o enfermeiro mestre e especialista deve ter com o Cuidado de todos aqueles a quem se dirige.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do estudo de caso como desenvolvimento da prática clínica, revelou-se como uma mais-valia neste percurso académico, ao direcionar esta exposição para o exame completo e pormenorizado da Pessoa idosa em análise (Senhora E.C.), da sua cuidadora familiar (Filha V.C.), do restante núcleo familiar e das suas relações afetivas e sociais.

Exigiu triagem de informação, análise de conteúdo, reflexão sobre a melhor forma de fazer a sua transcrição e exposição, mas sobretudo permitiu explorar aquela que se revelou a maior dificuldade deste percurso académico, a de dar uso à teoria de enfermagem, pondo em prática o Modelo de Intervenção em Parceria para o cuidado de Si (Gomes, 2016). E é exatamente esse o caminho que se espera de um mestre e especialista, que justifique a sua prática em evidencia, que interprete e dê significado à sua prestação através da ciência melhorando assim a sua prática clínica e o seu juízo crítico.

A promoção do Cuidado de Si e a promoção da funcionalidade seguem em perfeita simbiose neste estudo de caso, não existe uma sem a outra, porque tudo é “função”, desde cognição, humor, mobilidade e comunicação (Moraes, Marino e Santos, 2010) e isso é indissociável da capacidade de autonomia e independência que cada um tem para o Cuidado de Si.

Começando por referir o motivo da escolha da apresentação deste estudo de caso, de referir que o foco de interesse deste relatório seria analisar qual a alteração de capacidade funcional existente numa Pessoa idosa submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo, suscitando maior interesse pelo fato de se tratar de uma pessoa previamente autónoma, independente, ativa, submetida a uma cirurgia maior

e cujo internamento médio duraria cerca de 7 dias, permitindo acompanhamento regular.

Ora, tal como pode ser confirmado com o conteúdo já exposto, o tempo médio de internamento foi largamente ultrapassado e se isso, por um lado pode ter sido uma vantagem para a construção de uma relação mais sólida, de maior confiança e sobretudo de franca e absoluta parceria entre cuidador (enfermeiro) e pessoa cuidada (Senhora E.C.).

Por outro era amplamente promotor do declínio funcional da mesma, tal como nos diz a evidência produzida sobre o tema, nomeadamente Lowthian et al. (2017), quando afirma que o internamento prolongado, o ritmo acelerado dos serviços de internamento, o ambiente nem sempre favorável à educação e ao envolvimento da Pessoa e ao desenvolvimento de planos de cuidados adequados, potencia a necessidade de continuidade de cuidados formais ou informais na comunidade, sendo esta premissa reforçada pela estatística apresentada por Sousa (2018) que aponta para 30% a 60% dos internamentos de pessoas idosas como causa da redução da capacidade funcional e do desenvolvimento de novas dependências nas atividades básicas de vida diária.

Revelou-se por isso fundamental que se tivesse começado a abordagem da Senhora E.C. com a sua rigorosa avaliação pré-operatória do seu estado físico e funcional, permitindo não só conhecer as comorbilidades que lhe estariam associadas como permitindo otimizar o seu estado de saúde, conduzindo à identificação precoce de síndromes geriátricas, preocupações psicossociais e risco de dependência funcional, indo ao encontro das recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso (APCA, 2016).

A avaliação pré-operatória multidimensional da Pessoa idosa e em particular da Senhora E.C. insurgiu-se como outra mais-valia da realização de um estudo de caso, ao exigir a pesquisa e exploração de vários instrumentos de avaliação geriátrica, como sejam: a Escala Modificada de Barthel; o índice de Lawton-Brody; o Mini Mental State Examination de Folstein; a Escala de depressão geriátrica de Yesavage; o Mini Nutricional Assessment (avalia o estado nutricional); a Escala de queda de Morse ou Escala de Braden (instrumentos disponíveis para consulta em [Anexo IV](#)).

Carvalho (2018), revelou a importância da equipa multidisciplinar estar desperta para evitar a manutenção prolongada de cateteres e acessos venosos, restrições físicas, permanência prolongada no leito, ações que interrompem o sono noturno e o uso polimedicação e que a implementação de intervenções que incentivem à

deambulação precoce, a reabilitação, orientação e cuidados pós-alta hospitalar e alta precoce têm um importante contributo na promoção da funcionalidade das Pessoas Idosas hospitalizadas.

Tudo isto continuava a ser objetivo no que dizia respeito à promoção da funcionalidade da Senhora E.C. mas a instabilidade em que permaneceu por longas semanas, foi desvanecendo a possibilidade da atuação precoce, no entanto, o plano de reabilitação foi iniciado assim que a estabilidade hemodinâmica permitiu (através da inclusão e discussão de caso clínico entre equipa multidisciplinar – enfermeiro responsável, equipa médica, fisiatra e fisioterapeuta), foi instituída terapêutica indutora do sono (uma vez que a longa permanência numa unidade de vigilância continua, a presença de alarmes e presença de outras pessoas, começaram a comprometer o sono da Senhora E.C.) e foram também agendadas visitas semanais da sua filha V.C., obedecendo à premissa de que humor também é funcionalidade, pretendendo com isso manter um humor eutímico (Morais, Marino e Santos, 2010) porque era preciso continuar a motivar esta família para alcançar o objetivo final, do regresso a casa.

Foram instituídas intervenções de enfermagem que pretenderam manter autonomia, mesmo quando a capacidade física se mostrava reduzida, a grande aposta foi sempre no reconhecimento do potencial para reconstrução dessa autonomia, a capacitação primeiro através do ensino, da teoria, da demonstração e depois, gradualmente, de acordo com a vontade e melhoria do estado geral da Senhora E.C. foi sendo substituído pelo reforço e incentivo à participação ativa, ao desempenho prático e ao Cuidado de Si.

Em suma, pode afirmar-se que a realização deste estudo de caso foi pautada pelo desafio de transpor para a prática o modelo teórico que o guia. Foi por isso revelador da importância de se transformar o conhecimento teórico em intervenções específicas que funcionem na prática de cuidados (Gomes, 2021).

Permitiu a formulação de diagnósticos de enfermagem sob a visão do enfermeiro que está a somar competências à sua formação, que abandona a visão superficial e pretende ir em busca do conhecimento profundo do Outro, indo ao encontro dos seus interesses, necessidades e potencialidades, dando lugar e espaço, à individualização do cuidado assente numa relação de parceria, promovendo o Cuidado de Si (Gomes, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA, 2016). *Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória*. Maio, 2016. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

Carvalho et al (2018), *Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte*, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 136-144

Conselho Internacional de Enfermeiras (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão Beta. Lisboa: Gráfica.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Ordem dos Enfermeiros.

DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Disponível em: <http://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/>

DGS (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Obtido em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

DGS (2013). *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Disponível em: https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf

DGS (2016). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142016-de-28102016-pdf.aspx>

DGS (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*

Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Figueiredo, H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.

Fortin, F. (2009), *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*, Editora Lusodidacta, ISBN 9789898075185

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a Pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas

Gomes I. (2021) *Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People*. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III*. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32

Loureiro, S. (2008). *Validação do «Mini-Nutricional Assessement» em idosos*. (Dissertação de Mestrado)

Lowthian, et al (2017). *Predicting functional decline in older emergency patients—the Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) project*. *Age and Ageing*, Volume 46, Issue 2, March 2017, Pages 219–225, Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw210>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company

Morais, Marino e Santos (2010): *Principais síndromes geriátricas*. *Revista de Medicina de Minas Gerais*; 20 (1): 54-66

Nascimento, C., Dantas, O., Andrade, D., Mello, D. F. (2014). *Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira*. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, 23(1), 211–220.

Nogueira, F., Lucena, T., Pinto, V., Araújo, F., Ataíde, C., Neto, P., Deininge, C. (2017). *A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar*. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(12), 5110–5115.

Risso, G. (2012). *Risco de queda em doentes confusos: Estudo exploratório numa unidade hospitalar de medicina*. (Dissertação de Mestrado).

Sousa et al (2018), *Avaliação Geriátrica Global em Medicina Interna: Um Modelo Mais Adequado na Avaliação dos Doentes Idosos Internados*. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, volume nº3.

SPMS (2019). *Manual de consulta rápida Sclínica – sistemas de cuidados de saúde hospitalares*. Disponível em: https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf

Vieira, M., Vieira, P., Missias, S., Andrade, R., Sousa, A. (2014). *Atuação do enfermeiro em relação ao controle nutricional em idosos na atenção primária à saúde*. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 1(2), 227–243.

APÊNDICE V

Pedido de autorização à Coordenação da USF

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COORDENAÇÃO DA USF

Exma. Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar X

Assunto: Pedido de autorização para a realização do projeto de estágio e integração no protocolo de investigação denominado “USF ”.

Eu, _____, a frequentar o 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar a autorização para a realização do projeto de estágio e integração no protocolo de investigação, denominado “USF

” a decorrer na USFX com a participação dos investigadores Prof.^a Dr.^a _____, professora da _____ e investigadora da _____, Enf.^a _____, Dr.^a _____, coordenadora da USFX, Enf.^a _____, Dr.^a _____, Enf. _____ e Dr. _____, e que tem parecer favorável da Comissão de Ética para a saúde da _____ (Ref^a 8911/CES/2019).

O projeto que irei desenvolver tem como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente Pessoa idosa, contribuindo para o desenvolvimento de uma consulta telefónica de enfermagem de diabetes, que terá como base o “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica” (Gomes et al, 2019), baseado no Modelo de Parceria de Gomes (Gomes, 2009).

Este projeto será desenvolvido sob a orientação da Prof.^a Dr.^a _____, professora da _____, e do senhor enfermeiro especialista _____ (orientador do local de estágio, USFX) e intitula-se “*Consulta telefónica de enfermagem de diabetes: uma intervenção em parceria na promoção do cuidado à pessoa idosa diabética em contexto de cuidados de saúde primários*”.

Mais informo que este trabalho terá continuidade por outra colega do mesmo curso de mestrado, Enf.^a _____, a partir de março de 2021.

A realização deste estudo respeitará os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação e dados, bem como o cumprimento das normas internas impostas pela USF, já definidos no Protocolo de Investigação.

Enf^a

Lisboa, ____ de _____ de _____

Enf^a

Lisboa, ____ de _____ de _____

APÊNDICE VI

**Pedido de autorização institucional para a realização do projeto de
estágio e trabalho de investigação em contexto hospitalar**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA
REALIZAÇÃO DE PROJETO DE ESTÁGIO E TRABALHO DE
INVESTIGAÇÃO**

Exmo. Presidente do Conselho de Administração do

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio e trabalho de investigação denominado: *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*.

Eu, Andreia Oliveira, na qualidade de Investigadora principal do trabalho de investigação denominado *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*, venho por este meio solicitar a autorização ao Conselho de Administração do , para a realização do trabalho acima referido, no âmbito do desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista, no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) sob a orientação da Profª Drª , professora da ESEL, e da Senhora Enfermeira Gestora (orientadora do local de estágio, serviço de cirurgia).

Proponho-me a desenvolver um projeto de estágio com trabalho de investigação, com o título *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*, cuja finalidade é promover intervenções de enfermagem que promovam a funcionalidade da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo, promovendo o Cuidado de Si.

A realização deste estudo respeitará os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação e dados, bem como o cumprimento das normas internas do .

Assinatura da Investigadora do Estudo

Almada, 18 de Setembro de 2021

APÊNDICE VII

Pedido de Parecer à Comissão de Ética da Unidade Hospitalar

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo. Presidente da Comissão de Ética do

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio e trabalho de investigação denominado: *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*.

Eu, Andreia Oliveira, na qualidade de Investigadora principal do trabalho de investigação denominado *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*, venho por este meio solicitar a autorização à Comissão de Ética do , para a realização do trabalho acima referido, no âmbito do desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista, no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) sob a orientação da Profª Drª , professora da ESEL, e da Senhora Enfermeira Gestora (orientadora do local de estágio, serviço de cirurgia).

Proponho-me a desenvolver um projeto de estágio com trabalho de investigação, com o título *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*, cuja finalidade é promover intervenções de enfermagem que promovam a funcionalidade da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo, promovendo o Cuidado- de -Si.

A realização deste estudo respeitará os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação e dados, bem como o cumprimento das normas internas do .

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. As publicações científicas que decorram deste estudo incluirão informação e dados adequadamente codificados, salvaguardando os princípios de beneficência e não maleficência.

Apêndices:

- Projeto de Investigação;
- Protocolo de Projeto;
- Instrumentos de colheita de dados; (APÊNDICES II, III, IV, V)
- Consentimento esclarecido aos participantes (Enfermeiros e Pessoas Idosas);
- Resumo Curricular da Investigadora e Orientadora da ESEL.
investigadores;

Assinatura da Investigadora do Estudo

Almada, 10 de setembro de 2021

APÊNDICE VIII

**Pedido de autorização para realização de estágio no serviço de
Cirurgia**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE
PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CIRURGIA**

Exmo. Senhor
Diretor do Serviço de Cirurgia

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio e trabalho de investigação denominado: *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*.

Eu, Andreia Filipa Marques Frango Oliveira, na qualidade de Aluna venho por este meio, solicitar a Vossa Exma. autorização para realizar no Serviço de Cirurgia Geral o Estudo em epígrafe, no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e especialista no mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na Vertente Pessoa - idosa.

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura do Diretor do Serviço de Cirurgia

Almada, 13 de FEVEREIRO de 2021

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE
PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CIRURGIA**

Exma. Senhora
Enfermeira Gestora do Serviço de Cirurgia

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio e trabalho de investigação denominado: *"Promoção da funcionalidade na Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia"*.

Eu, Andreia Filipa Marques Frango Oliveira, na qualidade de Aluna venho por este meio, solicitar a Vossa Exma. autorização para realizar no Serviço de Cirurgia Geral o Estudo em epigrafe, no âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e especialista no mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na Vertente Pessoa - idosa.

Com os melhores cumprimentos,

Assinatura da Enfermeira Gestora do Serviço de Cirurgia

Almada, 18 de fevereiro de 2021

APÊNDICE IX

**Consentimento Esclarecido aos participantes Consentimento
esclarecido aos Participantes (Pessoa idosa e Cuidador): USF e
Unidade Hospitalar**

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES (PESSOA IDOSA E CUIDADOR): USF

Exmo. (a). Sr. (a), está a ser convidado a colaborar num trabalho de projeto cujo título é *“Consulta telefónica de enfermagem de diabetes: uma intervenção em parceria na promoção do cuidado à pessoa idosa diabética em contexto de cuidados de saúde primários”*, que se integra no protocolo de investigação “USF

” a decorrer na mesma instituição até setembro de 2022.

Este projeto tem como objetivo promover a consulta telefónica como intervenção de enfermagem em parceria que assegure o cuidado de Si da pessoa idosa diabética e cuidador.

A sua colaboração far-se-á através da resposta a um guia, realizado sob os critérios avaliados no instrumento de avaliação utilizado no projeto, o “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica” (Gomes et al, 2019), tendo por base o Modelo de Parceria de Gomes (Gomes, 2009, 2013, 2016), que por sua vez, fora adaptado à consulta telefónica de enfermagem de diabetes.

Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. A realização deste estudo respeitará assim, os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação de dados, bem como o cumprimento das normas internas da USF.

As informações obtidas (dados e respostas) serão tratadas de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.º 58/2019, de 08 de agosto. Para garantir o anonimato dos dados serão retirados todos os identificadores diretos, nomeadamente o número de identificação do processo clínico do participante. O estudo será feito com dados anonimizados em que não se identifica nem permite identificar os titulares dos dados, nem por números de identificação, nem por identificadores diretos comuns – como etnia, sexo, indicadores geográficos nem por elementos da sua identidade física, fisiológica, psicológica, económica, social ou cultural. Os responsáveis do projeto irão gerar números aleatórios para cada processo de modo a tornar inviável o relacionamento dos dados aos titulares dos mesmos.

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. As publicações científicas que decorram deste estudo

incluirão informação e dados adequadamente codificados, salvaguardando assim, os princípios de beneficência e não maleficência.

Após o término do estudo será enviado para a coordenação da _____ o respetivo relatório final.

Assinatura da responsável pelo trabalho de projeto

Lisboa, ____ de _____ de _____

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do projeto e forma de funcionamento do mesmo, tendo sido esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes.

Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento no referido estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura do Participante

Lisboa, ____ de _____

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES (PESSOA IDOSA E/OU CUIDADOR FAMILIAR): UNIDADE HOSPITALAR

Exmo. (a). Sr. (a), está a ser convidado a colaborar num estudo cujo título é *“Promoção da funcionalidade na Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia”*, cujos objetivos definidos são:

1. desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa;

2. desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com os mesmos, suportando a prática no quadro conceptual do modelo de intervenção em parceria para promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016, 2020) e na teoria das transições (Meleis, 2010);

3. contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si;

A sua colaboração far-se-á através da resposta a um questionário, realizado sob os critérios avaliados no instrumento de avaliação usado na investigação, a Escala Modificada de Barthel (2007).

Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. A realização deste estudo respeitará assim, os princípios éticos e deontológicos, de confidencialidade e anonimato da informação de dados, bem como o cumprimento das normas internas do

As informações obtidas (dados e respostas) serão tratadas de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.º 58/2019, de 08 de agosto.

O estudo será feito com dados anonimizados em que não se identifica nem permite identificar os titulares dos dados, nem por números de identificação, nem por identificadores diretos comuns – como etnia, sexo, indicadores geográficos nem por elementos da sua identidade física, fisiológica, psicológica, económica, social ou cultural. Os responsáveis do projeto irão gerar números aleatórios para cada processo de modo a tornar inviável o relacionamento dos dados aos titulares dos mesmos.

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. As publicações científicas que decorram deste estudo

incluirão informação e dados adequadamente codificados, salvaguardando assim, os princípios de beneficência e não maleficência.

Após o término da investigação será enviada para a Comissão de Ética do _____, o relatório final do respetivo estudo.

Assinatura da Investigadora do Estudo

Almada, ____ de _____ de _____

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do projeto e forma de funcionamento do mesmo, tendo sido esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes.

Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento no referido estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura do Participante no Estudo

Almada, ____ de _____ de _____

APÊNDICE X

Consentimento esclarecido aos Participantes (Enfermeiros)

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES (ENFERMEIROS)

Exmo. (a). Sr. (a), Enfermeiro (a), está a ser convidado a colaborar num estudo cujo título é *“Promoção da funcionalidade na Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de Cirurgia”*, cujos objetivos definidos são:

1. desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa;

2. desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com os mesmos, suportando a prática no quadro conceptual do modelo de intervenção em parceria para promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016, 2020) e na teoria das transições (Meleis, 2010);

3. contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si;

A sua colaboração far-se-á através de uma reflexão realizada sob as diretrizes do Modelo Reflexivo de JOHNS (1999).

Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. A realização deste estudo respeitará assim, os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato da informação de dados, bem como o cumprimento das normas internas do

As informações obtidas (dados e respostas) serão tratadas de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.º 58/2019, de 08 de agosto.

O estudo será feito com dados anonimizados em que não se identifica nem permite identificar os titulares dos dados, nem por números de identificação, nem por identificadores diretos comuns – como etnia, sexo, indicadores geográficos nem por elementos da sua identidade física, fisiológica, psicológica, económica, social ou cultural. Os responsáveis do projeto irão gerar números aleatórios para cada processo de modo a tornar inviável o relacionamento dos dados aos titulares dos mesmos.

O pedido de aceitação de participação será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada.

As publicações científicas que decorram deste estudo incluirão informação e dados adequadamente codificados, salvaguardando assim, os princípios de beneficência e não maleficência.

Após o término da investigação será enviada para a Comissão de Ética do _____, o relatório final do respetivo estudo.

Assinatura da Investigadora do Estudo

Almada, ____ de _____ de _____

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza do projeto e forma de funcionamento do mesmo, tendo sido esclarecido(a) sobre os aspetos que considero importantes.

Fui informado(a) que tenho o direito a recusar a minha participação em qualquer momento no referido estudo. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura do Participante no Estudo

Almada, ____ de _____ de _____

APÊNDICE XI

Pedido de autorização para utilização do “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica” (Gomes et al, 2019)

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO “GUIA DAS FASES E PERGUNTAS PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA NA CONSULTA TELEFÓNICA” (Gomes et al, 2019)

Exma. Prof.^a Dr.^a

e mais autores

Assunto: Pedido de autorização para a utilização do “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica” (Gomes et al, 2019)

Eu, _____, a frequentar o 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) sob a orientação da Prof.^a Dr.^a _____, professora da ESEL, e do Enfº Especialista _____, enfermeiro na USFX, estou a desenvolver um trabalho de projeto intitulado *“Consulta telefónica de enfermagem de diabetes: uma intervenção em parceria na promoção do cuidado à pessoa idosa diabética em contexto de cuidados de saúde primários”* que se integra no protocolo de investigação “USF _____” a decorrer na mesma instituição até setembro de 2022 e com parecer favorável da Comissão de Ética para a saúde da _____ (Ref^a 8911/CES/2019). Este projeto de estágio tem como objetivo promover a consulta telefónica como intervenção de enfermagem em parceria que assegure o cuidado de Si da pessoa idosa diabética e cuidador.

Assim, venho a solicitar a autorização para a utilização do “Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica” (Gomes et al, 2019), do projeto “Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas”, na estruturação da consulta telefónica de enfermagem de diabetes da USFX.

Assinatura da responsável pelo trabalho de projeto

Lisboa, ____ de _____ de _____

APÊNDICE XII
Objetivos Gerais, Específicos e Atividades

Objetivo Geral (nº1)

Desenvolver competências de especialista nas áreas de investigação, formação, gestão e prestação de cuidados à pessoa idosa

Objetivo específico	Atividades
Analisar a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários, no âmbito da promoção da funcionalidade e Cuidado de Si;	• Reflexão sobre as competências de enfermeiro mestre e especialista; • Realização de autodiagnóstico das necessidades formativas; • Revisão narrativa da literatura; • Realização de revisão <i>scoping</i>; • Realização de estágio em contexto hospitalar e Cuidados de saúde Primários;

Objetivo Geral (nº2)

Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa e família, implementando cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, suportando a prática no quadro conceptual do modelo de intervenção em parceria para promoção do Cuidado-de-Si;

Objetivo específico	Atividades
• Prestar cuidados em parceria com a Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado de Si; • Aprofundar conhecimentos sobre a influência da hospitalização e cirurgia, na funcionalidade da Pessoa idosa; • Aprofundar conhecimentos sobre a influência da diabetes na funcionalidade da Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto domiciliário; • Conhecer a organização dos CSP e o funcionamento da USF;	• Prestação de cuidados à Pessoa idosa e/ou Cuidador familiar em ambiente hospitalar, no âmbito da promoção da funcionalidade e Cuidado de Si, em contexto de cirurgia; • Reflexão sobre o papel do enfermeiro em contexto de cuidados na comunidade; • Prestação de cuidados à Pessoa idosa e/ou Cuidador familiar em contexto comunitário, no âmbito da promoção da funcionalidade e Cuidado de Si; • Realização de visitas domiciliárias;

Objetivo Geral (nº3)

Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na área de prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção da funcionalidade e Cuidado-de-Si

Objetivo específico	Atividades
• Mobilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados, em Parceria com a Pessoa idosa, e/ou Cuidador Familiar, para a promoção da funcionalidade e Cuidado de Si; • Capacitar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento de intervenções promotoras da funcionalidade, na Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar; • Colaborar no projeto de investigação “USF”	• Realização do diagnóstico das necessidades formativas da equipa, face ao tema em estudo (aplicando questionários, análises de conteúdo das narrativas da equipa e analisando registos); • Realização de sessões de formação dirigidas à equipa sobre o tema; • Realização de consultas telefónicas à Pessoa idosa Diabética, segundo o Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2016) em contexto de CSP;

APÊNDICE XIII
Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

SWOT é a sigla em inglês para Forças (Strengths), Fraquezas (Weakness), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). A análise SWOT é por isso definida e recomendada como a principal metodologia de análise de casos, como ferramenta facilitadora da organização estratégica de projetos e instituições (Hazzan, Heyd-Metzuyanim, Even-Zahav, & Dori, 2017), por consistir na realização de um diagnóstico completo sobre o negócio/projeto em causa e o ambiente que o cerca.

Objetivou-se com a sua aplicação, a melhoria da eficácia do desempenho do projeto aqui apresentado, através do contorno das dificuldades que se apresentaram ao longo da investigação que o suportou, dando oportunidade ao olhar atento sob os seus fatores internos, nas suas forças/pontos fortes e fraquezas/pontos fracos e fatores externos, com recurso à avaliação das oportunidades e das ameaças constatadas.

Segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da gestão de cuidados, este profissional deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, assim como ter capacidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019), e é neste sentido que a análise SWOT pode ser utilizada como uma ferramenta administrativa do planeamento estratégico da ação da enfermagem ao nível da sua prática avançada.

Quadro 1. Análise SWOT

		Elementos Positivos	Elementos Negativos
Fatores Internos	Fatores Externos	Forças: Capacidade de adaptação a novos contextos; Motivação para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e académicas; Conhecimento da missão e valores do serviço de internamento hospitalar onde foi realizado estágio; Vontade de conhecer novos contextos de cuidados e equipas de enfermagem na comunidade.	Fraquezas: Simultaneidade de papéis (enfermeira e estudante no mesmo local de estágio em contexto hospitalar); Conhecimentos limitados na área de investigação; Constrangimentos à realiação do estágio dado o contexto pandémico (reduzida disponibilidade para a realização do estágio no período pretendido por elevada carga horária laboral); Escassez de tempo para implementar as intervenções planeadas.
		Oportunidades: Permanente disponibilidade e motivação da professora orientadora da ESEL e orientadores dos locais de estágio; Participação da equipa de enfermagem da USF e do serviço de internamento hospitalar, nas sessões de formação; Disponibilidade das Pessoas Idosas e/ou Cuidadores Familiares, selecionadas, para participar no estudo investigação-ação; Ótima aceitação da realização do estágio pelas equipas de enfermagem de ambos os campos de estágio; Contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.	Ameaças: Redução da atividade presencial em contexto pandémico (em ambos os contextos); Redução do contacto presencial com os utentes; Redução da atividade cirúrgica programada e consequente redução da possibilidade de contacto com a população alvo deste estudo (Pessoa idosa submetida a cirurgia eletiva); Amostra reduzida de utentes e enfermeiros participantes nas entrevistas; Tempo limitado para desenvolver o projeto; Sobrecarga de trabalho da equipa de enfermagem.

Análise Swot

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hazzan, O., Heyd-Metzuyanim, E., Even-Zahav, A., Dori, Y. J. (2017). *Application of Management Theories for STEM Education - The Case of SWOT Analysis* (1st ed.). Cham: Springer international Publishing.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

APÊNDICE XIV

Questionário de diagnóstico de necessidade formativas (USF)

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

A identificação das necessidades de formação é uma fase fundamental para que todo o ciclo formativo veja o seu valor acrescentado. Só com um diagnóstico bem consolidado, com dados coesos e bem fundamentados, é possível desenvolver planos de formação que se dirijam às necessidades reais dos formandos.

Apenas com o conhecimento dessas necessidades é possível mobilizar os recursos necessários, de modo a dotar os formandos com as ferramentas necessárias para melhorarem o seu desempenho, papel fundamental a desempenhar pelo enfermeiro especialista, enquanto elemento capaz de integrar competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e gestão de cuidados, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Premissa fundamental num diagnóstico de necessidades de formação será a de avaliar o conhecimento e desempenho das equipas em dois níveis: o da situação atual (ao nível do conhecimento, atitudes e competências) e o da situação necessária/desejada (através da identificação das condições necessárias ou desejadas para o sucesso da formação e sua implementação), objetivando-se assim proporcionar a melhor resposta àquela que é a população alvo da formação (Ribas, 2015), sendo ainda uns instrumentos facilitador da construção do planeamento da sessão.

Posto isto, apresenta-se de seguida o *link* de acesso ao questionário aplicado para diagnóstico de situação na USF:

Questionário aplicado em Contexto de Cuidados de Saúde Primários disponível em <https://forms.gle/D46vKeyng2WgQXDy8>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ribas, S. (2015). *Diagnóstico de Necessidades de Formação num centro de formação de gestão participada*. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22660/1/ulfpie047556_tm.pdf.

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

APÊNDICE XV

Plano das Sessões de Formação: Contexto Hospitalar

Plano de Sessão

Começamos por aqui considerar as designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que envolvendo as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744), demonstrando como existe consenso com princípios defendidos pela andragogia, no sentido em que se procura promover a aprendizagem através da experiência, fazendo com que a vivência estimule e transforme o conteúdo, impulsionando a sua assimilação, num princípio de “aprender fazendo”.

Partindo do pressuposto que os adultos estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para melhor enfrentar e resolver problemas reais da sua vida pessoal e profissional, o primeiro passo dado para a construção de qualquer uma das formações realizadas foi sempre a levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem, o seu interesse e motivação para o tema a abordar, indo ao encontro daquele que é um dos pilares fundamentais da andragogia, em que o formador compreende, que para conceber uma formação não pode medir o seu próprio conhecimento, mas antes o conhecimento que espera que os seus formandos adquiram no final da formação, devendo este princípio ser assegurado desde logo no planeamento da sessão de formação e dos seus objetivos (Diogo, R., & Vieira, J. (2006).

Os planos de sessão devem basear-se no conteúdo programático a abordar e incluir orientação como o destinatário, objetivos gerais e tópicos principais, assim como o seu horário, duração e local.

Este documento faz assim valer a sua importância como plano de apoio e consulta para o formador sobre todas as atividades necessárias e propostas para a realização da sessão formativa. A estrutura deste plano deve ir sobretudo ao encontro das necessidades dos formandos.

Posto isto, apresentamos de seguida os planos de sessão elaborados para as sessões de formação elaboradas em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Diogo, R., Vieira, J. (2006). *Guia metodológico (1.a ed.)*. Comissão europeia.
Disponível em:

<https://www.fea.pt/files/74f9fca7e9045a5d6cfb2253bee1b03251d029f1.pdf>

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019).
Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em
<https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Promoção da Funcionalidade na Pessoa idosa e/ou Cuidador familiar, em contexto de Cirurgia, Intervenção de Enfermagem em Parceria

Tema: Promoção da Funcionalidade na Pessoa idosa e/ou Cuidador familiar, em contexto de Cirurgia, Intervenção de Enfermagem em Parceria

Responsáveis pelo plano da sessão de formação:

- Estudantes: Andreia Oliveira
Orientador da Prática Clínica: Enfermeira Especialista e Gestora
- Professora Dr^a

Formadoras: Estudantes Andreia Oliveira

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia

Local: Plataforma *Loom*

Data: 23 de fevereiro de 2021

Hora: 21h00

Duração: 40 minutos

Objetivos/Finalidade da Aprendizagem

- Reconhecer as intervenções de Enfermagem implementadas no âmbito da Promoção da Funcionalidade da Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de cirurgia.
- Identificar as fases do Modelo de Intervenção em Parceria (Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Cuidado de Si e Assegurar o Cuidado do Outro);

ETAPAS	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO (minutos)	FORMADORA
INTRODUÇÃO	• Apresentar o grupo de trabalho e o tema; • Apresentar os objetivos do trabalho; • Contextualizar o tema do trabalho; • Apresentar pertinência do tema do trabalho.	• Apresentação do grupo e do tema de trabalho; • Apresentação dos objetivos do trabalho; • Contextualização do tema do trabalho; • Apresentação da pertinência do tema do trabalho ○ Risco de diminuição da capacidade funcional da Pessoa idosa durante a hospitalização;	Expositiva	Materiais • Computador; • Plataforma <i>Loom</i> Humanos: • Formadora;	2	Andreia Oliveira
DESENVOLVIMENTO	• Definir Conceitos	• Definição do conceito de Funcionalidade;	Expositiva Interativa	Financeiros: • Energia	5	Andreia Oliveira
		• Definição do Modelo de intervenção em Parceria (Gomes, 2016)				Andreia Oliveira

				Materiais • Computador; • Plataforma <i>Loom</i> Humanos: • Formadora; Financeiros: • Energia	4	Andreia Oliveira
SINTESE <i>(Conclusão)</i>	• Síntese dos principais conteúdos do trabalho	• Revisão dos principais conteúdos/conceitos do trabalho apresentado;	Expositiva		4	
	• Esclarecer dúvidas e partilhar comentários/ Sugestões de melhoria	• Esclarecimento de dúvidas e abertura de debate/comentários e sugestões de melhoria	Debate		4	
AVALIAÇÃO	• Avaliar a sessão de formação/formadora	• Avaliação da sessão de formação/formadora	Interativa	• Google <i>Forms</i> • Computador/ • Telemóvel	1	Andreia Oliveira

Duração 20 minutos

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Intervenção de Enfermagem em Parceria: A importância da avaliação Pré-Operatória da Pessoa idosa e a Promoção da sua Funcionalidade em Contexto de Cirurgia

Tema: Intervenção de Enfermagem em Parceria: A importância da avaliação Pré-Operatória da Pessoa idosa e a Promoção da sua Funcionalidade em Contexto de Cirurgia

Responsáveis pelo plano da sessão de formação:

- Estudantes: Andreia Oliveira e
Orientador da Prática Clínica: Enfermeira Especialista e Gestora
- Professora Dr^a

Formadoras: Estudantes Andreia Oliveira e

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia

Local: Plataforma Microsoft *Teams*

Data: 7 e 8 de maio de 2021

Hora: 21h00 e 11h30 (respetivamente)

Duração: 40 minutos

Objetivos/Finalidade da Aprendizagem

- Reconhecer as intervenções de Enfermagem implementadas no âmbito da Promoção da Funcionalidade da Pessoa idosa e/ou Cuidador Familiar, em contexto de cirurgia.
- Reconhecer as intervenções de Enfermagem implementadas no âmbito da Teleconsulta de Enfermagem Pré-Operatória;
- Identificar as fases do Modelo de Intervenção em Parceria (Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Cuidado de Si e Assegurar o Cuidado do Outro);

ETAPAS	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO (minutos)	FORMADORA
INTRODUÇÃO	• Apresentar o grupo de trabalho e o tema; • Apresentar os objetivos do trabalho; • Contextualizar o tema do trabalho; • Apresentar pertinência do tema do trabalho.	• Apresentação do grupo e do tema de trabalho; • Apresentação dos objetivos do trabalho; • Contextualização do tema do trabalho; • Apresentação da pertinência do tema do trabalho ○ Risco de diminuição da capacidade funcional da Pessoa idosa durante a hospitalização; ○ Redução da Atividade Presencial em Contexto Pandémico; ○ Dificuldade de Acesso do Utente aos Cuidados de Saúde;	Expositiva	Materiais • Computador ; • Plataforma Microsoft Teams Humanos: • Formadoras;	6	Andreia Oliveira
DESENVOLVIMENTO	• Definir Conceitos	• Definição do conceito de Funcionalidade; • Definição do conceito de Teleconsulta de Enfermagem;	Expositiva	Financeiros: • Energia	6	Andreia Oliveira

		Definição do Modelo de intervenção em Parceria (Gomes, 2016)				Andreia Oliveira	
	Apresentar vídeo “Simulação de Intervenção de Enfermagem, segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2016)”	Apresentação de vídeo “Simulação de Intervenção de Enfermagem, segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2016)”	Interativa Expositiva		Materiais - Computador ; - Plataforma Microsoft Teams	20	Andreia Oliveira
SINTESE <i>(Conclusão)</i>	Síntese dos principais conteúdos do trabalho	Revisão dos principais conteúdos/conceitos do trabalho apresentado;	Expositiva		Humanos: Formadoras;	2	
	Esclarecer dúvidas e partilhar comentários/ Sugestões de melhoria	Esclarecimento de dúvidas e abertura de debate/comentários e sugestões de melhoria	Debate		Financeiros: Energia	4	
AVALIAÇÃO	Avaliar a sessão de formação/formadoras	Avaliação da sessão de formação/formadoras	Interativa	- Google Forms - Computador/ - Telemóvel		2	Andreia Oliveira
Duração 40 minutos							

APÊNDICE XVI

Plano das Sessões de Formação: CSP

PLANO DE SESSÃO

Começamos por aqui considerar as designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que envolvendo as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744), demonstrando como existe consenso com princípios defendidos pela andragogia, no sentido em que se procura promover a aprendizagem através da experiência, fazendo com que a vivência estimule e transforme o conteúdo, impulsionando a sua assimilação, num princípio de “aprender fazendo”.

Partindo do pressuposto que os adultos estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para melhor enfrentar e resolver problemas reais da sua vida pessoal e profissional, o primeiro passo dado para a construção de qualquer uma das formações realizadas foi sempre a levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem, o seu interesse e motivação para o tema a abordar, indo ao encontro daquele que é um dos pilares fundamentais da andragogia, em que o formador compreende, que para conceber uma formação não pode medir o seu próprio conhecimento, mas antes o conhecimento que espera que os seus formandos adquiram no final da formação, devendo este princípio ser assegurado desde logo no planeamento da sessão de formação e dos seus objetivos (Diogo, R., & Vieira, J. (2006).

Os planos de sessão devem basear-se no conteúdo programático a abordar e incluir orientação como o destinatário, objetivos gerais e tópicos principais, assim como o seu horário, duração e local.

Este documento faz assim valer a sua importância como plano de apoio e consulta para o formador sobre todas as atividades necessárias e propostas para a realização da sessão formativa. A estrutura deste plano deve ir sobretudo ao encontro das necessidades dos formandos.

Posto isto, apresentamos de seguida os planos de sessão elaborados para as sessões de formação elaboradas em CSP.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Consulta Telefónica de Enfermagem à Pessoa idosa Diabética: Uma intervenção em Parceria

Tema: Consulta Telefónica de Enfermagem à Pessoa idosa Diabética: Uma intervenção em Parceria

Responsáveis pelo plano da sessão de formação:

- Estudantes: Andreia Oliveira e
- Enfermeiro Especialista
- Professora Dr^a

Formadoras: Estudantes Andreia Oliveira e

Destinatários: Equipa de Enfermagem da USF

Local: Sala de formação da USF

Data: 15 de abril de 2021

Hora: 12h30

Duração: 30 minutos

Objetivos/Finalidade da Aprendizagem

- Identificar as fases do Guião de Consulta segundo o Modelo de Intervenção em Parceria (Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Cuidado de Si e Assegurar o Cuidado do Outro);
- Realizar a consulta telefónica de Enfermagem à Pessoa idosa, segundo o Modelo de Intervenção em Parceria.

ETAPAS	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO (minutos)	FORMADORA
INTRODUÇÃO	• Apresentar o grupo de trabalho e o tema; • Apresentar os objetivos do trabalho; • Contextualizar o tema do trabalho; • Apresentar pertinência do tema do trabalho.	• Apresentação do grupo e do tema de trabalho; • Apresentação dos objetivos do trabalho; • Contextualização do tema do trabalho; • Apresentação da pertinência do tema do trabalho ○ Redução da Atividade Presencial em Contexto Pandémico; ○ Dificuldade de Acesso do Utente aos Cuidados de Saúde; ○ Diagnóstico de Situação - Equipa de Enfermagem da USF	Expositiva	Materiais • Computador; • Tela Branca; • Projetor; • Sala; • Cadeiras; Humanos: • Formadoras;	2	Andreia Oliveira
DESENVOLVIMENTO	• Definir Conceitos	• Definição dos conceitos de TelesSaúde e Teleconsulta de Enfermagem; • Definição dos conceitos de Adesão ao Regime Terapêutico e Gestão do Regime Terapêutico; • Definição do Modelo de intervenção em Parceria (Gomes, 2016)	Expositiva	Financeiros: • Impressão de documentos; • Energia	8	Andreia Oliveira Andreia Oliveira

APÊNDICE XVII

Memória descritiva (Sessão de Formação USF)

MEMÓRIA DESCRITIVA

A elaboração de um documento que divulgue o tema/título, resumo/enquadramento, objetivos e finalidade da aprendizagem, assim como os destinatários, local, data, hora e duração de uma sessão de formação designa-se por memória descritiva e tem o propósito de anunciar e motivar a população a quem se dirige a nela participar.

Esta documento foi elaborado apenas no contexto de estágio dos cuidados de saúde primários, motivado pelo desconhecimento das formadoras (externas ao serviço) face aos horários, hábitos e rotinas da equipa de enfermagem e, tratando-se de uma sessão de formação presencial, objetivando a demonstração de interesse face à participação do maior número de enfermeiros possível, tendo sido previamente negociado o horário mais facilitador para todos os intervenientes.

A memória descritiva foi divulgada e afixada cinco dias antes da realização da sessão de formação, no placard do corredor que dá acesso à sala de tratamentos da USF, local de encontro e passagem diária de todos os elementos da equipa de enfermagem, sendo ainda enviada para o *e-mail* institucional da equipa, assegurando assim várias vias de disseminação da informação.

Será de seguida apresentada a memória descrita relativa à sessão de formação **“Consulta Telefónica à Pessoa idosa Diabética. Intervenção de Enfermagem em Parceria”**.

Consulta Telefónica à Pessoa Idosa Diabética



O enfermeiro, respeitando o direito ao cuidado na saúde e na doença, deve adequar a sua intervenção às necessidades em cuidados de enfermagem, providenciando os meios e recursos adequados para garantir atempadamente a excelência e a continuidade dos mesmos.

Sabendo que o atual contexto pandémico veio impor um distanciamento físico e social atípico, é preciso destacar a necessidade de se implementar soluções de proximidade, entre utentes, enfermeiros e serviços de saúde.

A Consulta Telefónica surge por isso, como uma forma de assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem às Pessoas Idosas Diabéticas, com o objetivo de capacitá-las para a manutenção ou recuperação da sua autonomia, potenciando o Cuidado de Si.

Objetivos/Finalidade da aprendizagem

- Identificar as fases do Guião de Consulta segundo o Modelo de Intervenção em Parceria (Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se; Assumir o Cuidado de Si e Assegurar o Cuidado do Outro);
- Realizar a consulta telefónica de Enfermagem à Pessoa Idosa, segundo o Modelo de Intervenção em Parceria.



Data

15-04-2021

Hora: 12H30

Sala de Formação da USF

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Responsáveis pelo Plano da Sessão de Formação:

Estudantes: Andreia Oliveira e

Enfermeiro Especialista:

Profª Drª

Formadoras:
Andreia Oliveira

Duração: 30 minutos

APENDICE XVIII

Apresentação da Primeira Sessão de Formação em Contexto Hospitalar

*“Promoção da funcionalidade na Pessoa idosa e/ou Cuidador familiar, em contexto
de Cirurgia, Intervenção de Enfermagem em Parceria”*

PRIMEIRA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), fará parte das suas aptidões no domínio da melhoria contínua da qualidade, a identificação de oportunidades de melhoria e o estabelecimento de prioridades da mesma, selecionando as estratégias a adotar, agilizando a elaboração de guias orientadores de boa prática e fomentando a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade e é nesse sentido que surgem as sessões de formação planeadas tendo em conta o diagnóstico de situação e necessidades apresentadas pelas diferentes equipas e dos contextos.

A primeira sessão de formação intitulada “**Promoção da funcionalidade na Pessoa idosa e/ou Cuidador familiar, em contexto de Cirurgia, Intervenção de Enfermagem em Parceria**”, concretizada em contexto do estágio realizado em ambiente hospitalar, teve lugar a 23 de fevereiro de 2021.

A preparação desta sessão de formação foi iniciada pela revisão da literatura sobre o tema, a par do diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem (disponível em **Promoção da Funcionalidade da Pessoa idosa submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo (google.com)**) seguindo-se a elaboração da sua planificação, como base estruturante ao cumprimento dos objetivos propostos.

Esta sessão de formação foi realizada on-line (cumprindo as normas de distanciamento social ditadas pela necessidade do controlo pandémico atual), gravada e divulgada através da plataforma digital Loom, que permitiu de forma rápida a gravação do áudio e imagem do conteúdo programático desenvolvido em diapositivos do programa microsoft power point através de uma webcam, e a sua partilha com todos os elementos interessados no tema em destaque.

A sessão de formação teve a duração de 20 minutos, período durante o qual foi dado a conhecer o projeto de mestrado da formadora.

Utilizou-se como recurso material, um computador com webcam, microfone e acesso à internet, tendo-se recorrido aos métodos expositivos e interativos para a apresentação do seu conteúdo, tendo ainda sido facultado tempo para que os formandos pudessem partilhar dúvidas, comentários e/ou sugestões.

Foi ainda fornecido, no final da sessão de formação, um link de acesso ao questionário de avaliação da mesma (disponível em **Avaliação da sessão de**

formação (google.com) através do qual se pretendeu identificar o nível de satisfação dos participantes e as necessidades de melhoria da apresentação elaborada.

De referir que ambos os questionários aqui referidos foram desenvolvidos no aplicativo google forms, por se tratar de um instrumento de fácil e rápido acesso, que gera resultados imediatos, sem necessidade de utilização de outros recursos materiais para além do já utilizado para a apresentação da formação (computador e acesso à internet), por ser interativo e por ter um layout mais apelativo do que os tradicionais questionários em papel, tendo-se revelado por isso uma mais valia na adesão dos formandos à sua participação.

Posto isto, apresentamos de seguida os diapositivos que estruturam a sessão de formação aqui descrita.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS

APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS



1



2



3



4



5



6

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO



"Em relação às pessoas com 65 anos mais anos, quais as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o Cuidado de SI, após uma cirurgia?"

7

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Autores	Artigo	Conclusões
Smith, 2010	Revisão de literatura sobre intervenções de enfermagem para promover a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia.	Não há consenso sobre as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia. É necessário mais estudos para determinar as intervenções de enfermagem mais eficazes.
Smith, 2010	Revisão de literatura sobre intervenções de enfermagem para promover a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia.	Não há consenso sobre as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia. É necessário mais estudos para determinar as intervenções de enfermagem mais eficazes.

8

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Base do problema ?

A Pessoa Idosa admitida de unidades hospitalares geria, por, não sempre, não se sente apoiada, a principal base dos cuidados de saúde aguda. O que é diagnóstico e tratamento médico, visando ser em segundo plano, a promoção da segurança e prevenção de outras lesões ou incapacidades.

9

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Autores	Artigo	Conclusões
Smith, 2010	Revisão de literatura sobre intervenções de enfermagem para promover a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia.	Não há consenso sobre as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia. É necessário mais estudos para determinar as intervenções de enfermagem mais eficazes.
Smith, 2010	Revisão de literatura sobre intervenções de enfermagem para promover a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia.	Não há consenso sobre as intervenções de enfermagem que promovem a funcionalidade e o cuidado de SI em idosos após cirurgia. É necessário mais estudos para determinar as intervenções de enfermagem mais eficazes.

10

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

A Funcionalidade tem de ser entendida numa reunião de condições

- Cognitivas;
- Físicas;
- Sensoriais;
- Mentais;
- Comportamentais;
- Nutricionais;
- Sociais.

11

O declínio funcional na pessoa idosa resultante da hospitalização e da necessidade de intervenção cirúrgica, é um problema comum:

- Com consequências para o próprio e família;
- Condiciona os custos do tratamento;
- Aumenta a sobrecarga do cuidador segundo da alta hospitalar;
- Provoca aumento de dependência de recursos para a sociedade;
- Consequências para a qualidade de vida da pessoa idosa.

12

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



tema	tipo	considerações
matr. de id. e de gênero	identidade pessoal e social, gênero, orientação sexual, diversidade de sexualidade	As matrizes oferecem aos participantes o conhecimento de si mesmos, das suas atitudes e valores, e das suas experiências de vida. Elas também oferecem aos participantes a oportunidade de refletir sobre suas experiências de vida e de compartilhar essas experiências com os outros.
matr. de id. e de gênero	identidade pessoal e social, gênero, orientação sexual, diversidade de sexualidade	As matrizes oferecem aos participantes o conhecimento de si mesmos, das suas atitudes e valores, e das suas experiências de vida. Elas também oferecem aos participantes a oportunidade de refletir sobre suas experiências de vida e de compartilhar essas experiências com os outros.

13

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



nome	arte	características
renascimento, renas	arte renascentista	o artista se liberta, afirma sua individualidade, sem a preocupação com o coletivo o homem é o ponto central, o eixo fundamental o homem é o centro do universo o homem é o centro do conhecimento o homem é o centro da vida o homem é o centro da cultura o homem é o centro da ciência o homem é o centro da arte o homem é o centro da religião o homem é o centro da política o homem é o centro da economia o homem é o centro da sociedade o homem é o centro da história o homem é o centro da geografia o homem é o centro da astronomia o homem é o centro da meteorologia o homem é o centro da botânica o homem é o centro da zoologia o homem é o centro da medicina o homem é o centro da filosofia o homem é o centro da literatura o homem é o centro da música o homem é o centro da dança o homem é o centro do teatro o homem é o centro do cinema o homem é o centro da televisão o homem é o centro da internet o homem é o centro da comunicação o homem é o centro da informação o homem é o centro da tecnologia o homem é o centro da inovação o homem é o centro da criatividade o homem é o centro da imaginação o homem é o centro da emoção o homem é o centro da razão o homem é o centro da fé o homem é o centro da esperança o homem é o centro da caridade o homem é o centro da justiça o homem é o centro da paz o homem é o centro da harmonia o homem é o centro da beleza o homem é o centro da verdade o homem é o centro da liberdade o homem é o centro da igualdade o homem é o centro da fraternidade o homem é o centro da solidariedade o homem é o centro da cooperação o homem é o centro da colaboração o homem é o centro da participação o homem é o centro da responsabilidade o homem é o centro da cidadania o homem é o centro da democracia o homem é o centro da justiça social o homem é o centro da justiça ambiental o homem é o centro da justiça econômica o homem é o centro da justiça cultural o homem é o centro da justiça política o homem é o centro da justiça jurídica o homem é o centro da justiça moral o homem é o centro da justiça religiosa o homem é o centro da justiça filosófica o homem é o centro da justiça literária o homem é o centro da justiça musical o homem é o centro da justiça dançaria o homem é o centro da justiça teatral o homem é o centro da justiça cinematográfica o homem é o centro da justiça televisiva o homem é o centro da justiça digital o homem é o centro da justiça comunicacional o homem é o centro da justiça informacional o homem é o centro da justiça tecnológica o homem é o centro da justiça inovadora o homem é o centro da justiça criativa o homem é o centro da justiça imaginativa o homem é o centro da justiça emocional o homem é o centro da justiça racional o homem é o centro da justiça espiritual o homem é o centro da justiça caritativa o homem é o centro da justiça social o homem é o centro da justiça ambiental o homem é o centro da justiça econômica o homem é o centro da justiça cultural o homem é o centro da justiça política o homem é o centro da justiça jurídica o homem é o centro da justiça moral o homem é o centro da justiça religiosa o homem é o centro da justiça filosófica o homem é o centro da justiça literária o homem é o centro da justiça musical o homem é o centro da justiça dançaria o homem é o centro da justiça teatral o homem é o centro da justiça cinematográfica o homem é o centro da justiça televisiva o homem é o centro da justiça digital o homem é o centro da justiça comunicacional o homem é o centro da justiça informacional o homem é o centro da justiça tecnológica o homem é o centro da justiça inovadora o homem é o centro da justiça criativa o homem é o centro da justiça imaginativa o homem é o centro da justiça emocional o homem é o centro da justiça racional o homem é o centro da justiça espiritual o homem é o centro da justiça caritativa
arte renascentista renas	arte renascentista	o artista se liberta, afirma sua individualidade, sem a preocupação com o coletivo o homem é o ponto central, o eixo fundamental o homem é o centro do universo o homem é o centro do conhecimento o homem é o centro da vida o homem é o centro da cultura o homem é o centro da ciência o homem é o centro da arte o homem é o centro da religião o homem é o centro da política o homem é o centro da economia o homem é o centro da sociedade o homem é o centro da história o homem é o centro da geografia o homem é o centro da astronomia o homem é o centro da meteorologia o homem é o centro da botânica o homem é o centro da zoologia o homem é o centro da medicina o homem é o centro da filosofia o homem é o centro da literatura o homem é o centro da música o homem é o centro da dança o homem é o centro do teatro o homem é o centro do cinema o homem é o centro da televisão o homem é o centro da internet o homem é o centro da comunicação o homem é o centro da informação o homem é o centro da tecnologia o homem é o centro da inovação o homem é o centro da criatividade o homem é o centro da imaginação o homem é o centro da emoção o homem é o centro da razão o homem é o centro da fé o homem é o centro da esperança o homem é o centro da caridade o homem é o centro da justiça o homem é o centro da paz o homem é o centro da harmonia o homem é o centro da beleza o homem é o centro da verdade o homem é o centro da liberdade o homem é o centro da igualdade o homem é o centro da fraternidade o homem é o centro da solidariedade o homem é o centro da cooperação o homem é o centro da colaboração o homem é o centro da participação o homem é o centro da responsabilidade o homem é o centro da cidadania o homem é o centro da democracia o homem é o centro da justiça social o homem é o centro da justiça ambiental o homem é o centro da justiça econômica o homem é o centro da justiça cultural o homem é o centro da justiça política o homem é o centro da justiça jurídica o homem é o centro da justiça moral o homem é o centro da justiça religiosa o homem é o centro da justiça filosófica o homem é o centro da justiça literária o homem é o centro da justiça musical o homem é o centro da justiça dançaria o homem é o centro da justiça teatral o homem é o centro da justiça cinematográfica o homem é o centro da justiça televisiva o homem é o centro da justiça digital o homem é o centro da justiça comunicacional o homem é o centro da justiça informacional o homem é o centro da justiça tecnológica o homem é o centro da justiça inovadora o homem é o centro da justiça criativa o homem é o centro da justiça imaginativa o homem é o centro da justiça emocional o homem é o centro da justiça racional o homem é o centro da justiça espiritual o homem é o centro da justiça caritativa

14

Ao avaliarmos o risco de declínio funcional, devemos ter em conta:

- a correntes elétricas geradas
- magnetização residual
- variação da temperatura
- mudanças no volume (pressão)
- propriedades químicas
- reações químicas (óxido de ferro)
- movimento das placas tectônicas (tectonismo)
- mudanças na magnetização
- expansão do oceano
- vulcões, terremotos, movimentos de massa e outros
- variações paleomagnéticas

15

Avaliação Multidimensional

- Escola Modificada de Bartlett (avalia a capacidade para realizar as BREV)
- Escola de Laverio (avalia a capacidade para realizar as BREV)
- Método Mental (Tela Escrita com o teste de Wechsler (avalia as funções cognitivas))
- Escola de desempenho genético de Wechsler (avalia os testes de função)
- Método Multicultural Assessment (avalia o estado multicultural)
- Escola de Irvine (avalia o estado da saúde)
- Escola de Warden (avalia o risco de abuso de poder)

16

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

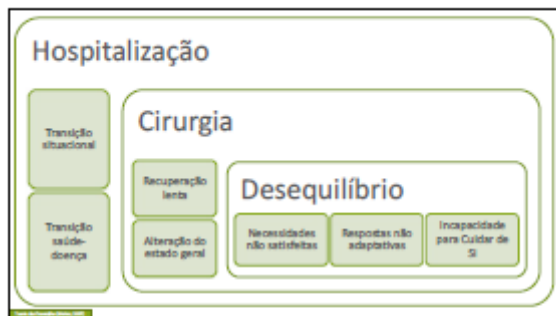
[illegible]

17

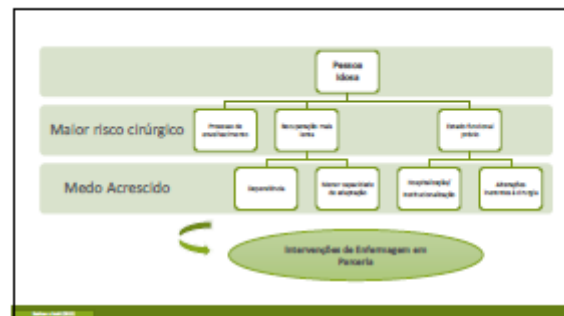
REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

[illegible]

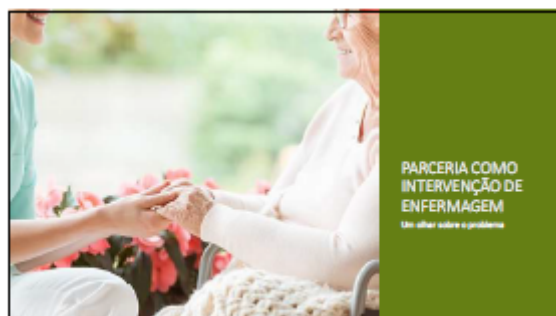
18



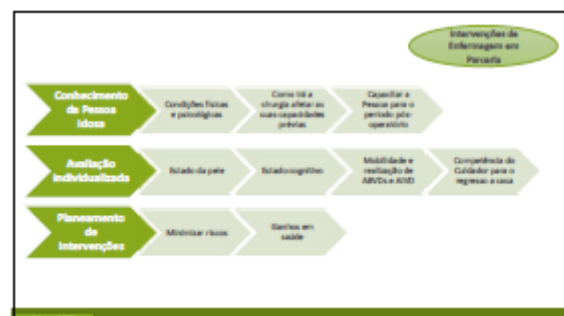
19



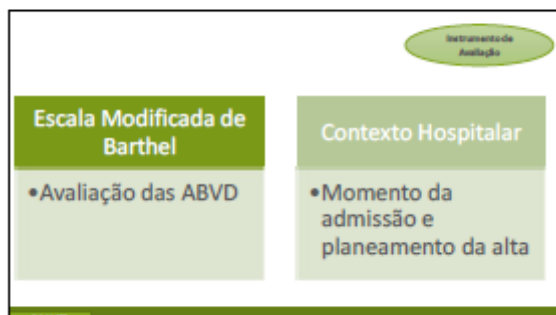
20



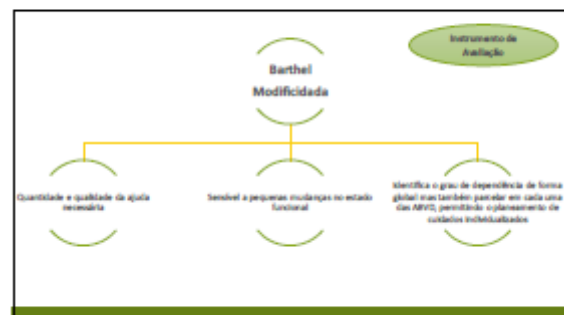
21



22



23



24

~

[illegible]

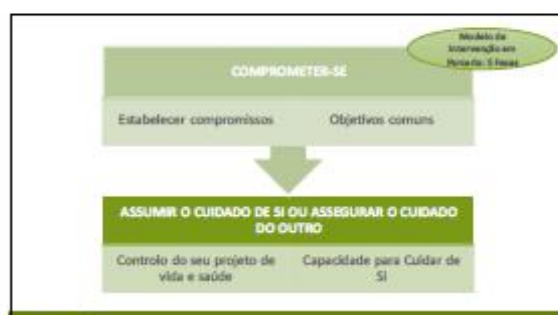
25



26



27



28



29



30

Registos de enfermagem

- Nem sempre espelham os reais problemas da pessoa idosa, não preveem objetivos, resultados esperados mensuráveis e intervenções específicas adequadas às suas necessidades.
- No entanto, são essenciais para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Dec. de lei 15/204/98). Importa definir estratégias que valorizem, facilitem e assegurem a eficácia dos mesmos.

31

Registos de enfermagem

- Quais os diagnósticos de enfermagem a considerar em S. Cívico:
- *Conhecimento;
- *UP;
- *Queda;
- *Dor;
- *Auto Cuidado;
- *Ferida Crónica;
- *Eliminação;
- *Ansiedade.

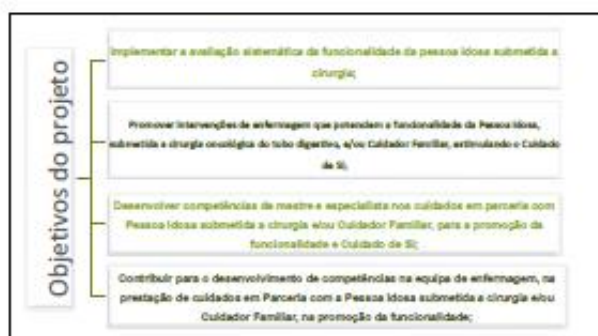
32



33



34



35



36



37



38



39



40



41



42

Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida

1. Identificação do paciente:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

2. Diagnóstico:

Doença: _____

3. Tratamento:

Medicamentos: _____

4. Avaliação de Qualidade de Vida:

1. Satisfação com a vida: _____

2. Satisfação com a saúde: _____

3. Satisfação com o tratamento: _____

4. Satisfação com a família: _____

5. Satisfação com a sociedade: _____

6. Satisfação com a religião: _____

7. Satisfação com a cultura: _____

8. Satisfação com a educação: _____

9. Satisfação com a economia: _____

10. Satisfação com a política: _____

11. Satisfação com a justiça: _____

12. Satisfação com a ciência: _____

13. Satisfação com a arte: _____

14. Satisfação com a natureza: _____

15. Satisfação com a vida: _____

43

Formulário de Avaliação de Qualidade de Vida

1. Identificação do paciente:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

2. Diagnóstico:

Doença: _____

3. Tratamento:

Medicamentos: _____

4. Avaliação de Qualidade de Vida:

1. Satisfação com a vida: _____

2. Satisfação com a saúde: _____

3. Satisfação com o tratamento: _____

4. Satisfação com a família: _____

5. Satisfação com a sociedade: _____

6. Satisfação com a religião: _____

7. Satisfação com a cultura: _____

8. Satisfação com a educação: _____

9. Satisfação com a economia: _____

10. Satisfação com a política: _____

11. Satisfação com a justiça: _____

12. Satisfação com a ciência: _____

13. Satisfação com a arte: _____

14. Satisfação com a natureza: _____

15. Satisfação com a vida: _____

44

Formulário de Avaliação de Qualidade de Vida

1. Identificação do paciente:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

2. Diagnóstico:

Doença: _____

3. Tratamento:

Medicamentos: _____

4. Avaliação de Qualidade de Vida:

1. Satisfação com a vida: _____

2. Satisfação com a saúde: _____

3. Satisfação com o tratamento: _____

4. Satisfação com a família: _____

5. Satisfação com a sociedade: _____

6. Satisfação com a religião: _____

7. Satisfação com a cultura: _____

8. Satisfação com a educação: _____

9. Satisfação com a economia: _____

10. Satisfação com a política: _____

11. Satisfação com a justiça: _____

12. Satisfação com a ciência: _____

13. Satisfação com a arte: _____

14. Satisfação com a natureza: _____

15. Satisfação com a vida: _____

45

Formulário de Avaliação de Qualidade de Vida

1. Identificação do paciente:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

2. Diagnóstico:

Doença: _____

3. Tratamento:

Medicamentos: _____

4. Avaliação de Qualidade de Vida:

1. Satisfação com a vida: _____

2. Satisfação com a saúde: _____

3. Satisfação com o tratamento: _____

4. Satisfação com a família: _____

5. Satisfação com a sociedade: _____

6. Satisfação com a religião: _____

7. Satisfação com a cultura: _____

8. Satisfação com a educação: _____

9. Satisfação com a economia: _____

10. Satisfação com a política: _____

11. Satisfação com a justiça: _____

12. Satisfação com a ciência: _____

13. Satisfação com a arte: _____

14. Satisfação com a natureza: _____

15. Satisfação com a vida: _____

46



47



48



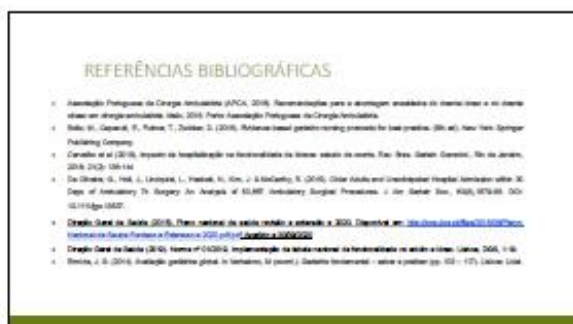
OBRIGADA PELA
ATENÇÃO

49



REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

50



51



52



PROMOÇÃO DA FUNCIONALIDADE NA PESSOA IDOSA E/OU CUIDADOR FAMILIAR, EM
CONTEXTO DE CIRURGIA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA
© 2020 UFRPE

53

APÊNDICE XIX

Documentos de Apoio e Apresentação da Segunda Sessão de Formação em Contexto Hospitalar

“A importância da avaliação pré-operatória da Pessoa idosa e a Promoção da sua Funcionalidade em contexto de cirurgia. Intervenção de Enfermagem em Parceria”

SEGUNDA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), relembra que o Enfermeiro na sua prática de enfermagem avançada deve reconhecer que a “melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p.4747) e foi nesse sentido realizada uma segunda sessão de formação, intitulada **“A importância da avaliação pré-operatória da Pessoa idosa e a Promoção da sua Funcionalidade em contexto de cirurgia. Intervenção de Enfermagem em Parceria”**, concretizada em contexto do estágio realizado em ambiente hospitalar que teve lugar nos dias 7 e 8 de maio de 2021.

De referir que esta sessão de formação foi planeada, desenvolvida e apresentada em grupo com outra estudante de mestrado a exercer funções e a realizar estágio no mesmo contexto que eu, pelo que o cruzamento dos temas individualmente trabalhados deu sentido à simbiose das temáticas, proporcionando assim um momento único de formação à equipa de enfermagem, considerando-se assim uma mais valia, por tornar possível agilizar tempo e recursos despendidos por todos os envolvidos (formadores e formandos).

Para a concretização desta segunda sessão de formação, foi novamente elaborado um plano de sessão, tendo-se procedido à divulgação do tema e data via on-line, tornando assim possível às formadoras perceber o interesse e disponibilidade da equipa de enfermagem para participar (questionário/divulgação disponível em <https://docs.google.com/forms/d/1ZXgH2bWkjh7bW0urEHtH8K0G9XMryGUqxoUr2DaTziw/prefill>).

À semelhança do que acontece na primeira sessão de formação, também esta foi realizada on-line (cumprindo as normas de distanciamento social ditadas pela necessidade do controlo pandémico atual), através da plataforma Microsoft Teams, contribuindo para o rápido e fácil acesso, por parte dos formandos, ao conteúdo programático desenvolvido em diapositivos do programa microsoft power point.

A destacar o fato de ter sido tomado em conta os aspetos referidos na avaliação da primeira sessão de formação, de modo a aplicar medidas corretivas e estratégias de melhoria.

A sessão de formação teve então a duração de 30 minutos, período durante o qual foi dado a conhecer os projetos de mestrado das formadoras, demonstrada a relação das temáticas e a divulgação dos resultados obtidos.

Utilizou-se como recurso material, um computador com webcam, microfone e acesso à internet, tendo-se recorrido aos métodos expositivos e interativos para a apresentação do seu conteúdo, tendo ainda sido facultado tempo para que os formandos pudessem partilhar dúvidas, comentários e/ou sugestões e colaborar nos estudos através do preenchimento de questionários (disponíveis em <https://forms.gle/s8vnNz7Aik5XFWd87> e <https://forms.gle/wop9AEqYbo8fN44J8>)

Foram fornecidos, no final da sessão de formação, novos links de acesso ao questionário de avaliação da mesma, assim como das suas formadoras (disponível em <https://forms.gle/mDAb12TyQHbnppN59> e <https://forms.gle/HebLbUV6MafG97cQ6>), demonstrando assim, mais uma vez, o seu contributo na identificação do nível de satisfação dos participantes e nas necessidades de melhoria da apresentação elaborada e cujos resultados podem ser consultados em <https://forms.gle/CDTuYXusgAUoi3X7> (relativamente à avaliação da formadora Andreia Oliveira).

Todos os documentos de apoio elaborados de apoio às sessões de formação encontram-se disponíveis para consulta em: <https://padlet.com/cirurgiaemparceria/drpx432c5qjg3p7>

Posto isto, apresentamos de seguida os diapositivos e os documentos de apoio que estruturam a sessão de formação aqui descrita.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). *Diário da República*, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS



1



2



2



5



6



PERTINÊNCIA DO TEMA E DEFINIÇÃO DE CONCEITOS



Breve do problema

Condição respiratória grave, com sinais de insuficiência cardíaca, com o paciente sob os seguintes sinais vitais: frequência cardíaca 120 bpm, pressão arterial 160/90 mmHg, saturação de oxigênio 90%, temperatura 38,5°C, frequência respiratória 24 rpm.

DATA	VALOR	UNIDADE
01/01/2020	120	bpm
01/01/2020	160/90	mmHg
01/01/2020	90	%
01/01/2020	38,5	°C
01/01/2020	24	rpm

13

PERTINÊNCIA DO TEMA E DEFINIÇÃO DE CONCEITOS



DATA	VALOR	UNIDADE
01/01/2020	120	bpm
01/01/2020	160/90	mmHg
01/01/2020	90	%
01/01/2020	38,5	°C
01/01/2020	24	rpm

14



PROCESSO DE ENFERMAGEM

15

Processo de Enfermagem

- Avaliação Inicial
- Diagnósticos de Enfermagem
- Carta de alta de Enfermagem

16



17

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem

Consciência	100%
Risco de Queda	100%
Risco de úlcera de Pressão	100%
Risco de Infecção	100%
Autocuidado (s)	100%
Metabolismo Energético	100%
Dor	100%
Conhecimento	100%
Gestão do Regime terapêutico	100%

18



19



20



21



22



23



24

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

Carta de alta de Enfermagem
Documento obrigatório para todos os usuários
Documento nº2794/2013

- Registro de informações iniciais
- Referência à avaliação da Pessoa Física
- Referência ao Condicionamento de referência
- Diagnóstico de enfermagem
- Descrição da intervenção realizada em cada grupo de sala de aula
- Efeito de 3 dias para avaliação de saúde primária (necessidade de continuidade de cuidados)

25

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM



PROPOSTAS DE MELHORIA

26

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM



27

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM



28

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM



29



TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA (TCEPO)
Atividade de enfermagem em Telemedicina

30

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Pertinência do Tema

Teleconsulta de Enfermagem

- Redução da Atividade Presencial em Contexto Pandémico



31

Portugal

2020/2021

Pandemia por SARS-CoV-2

Intensidade na atividade de saúde

Atração de atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

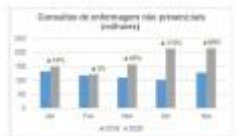
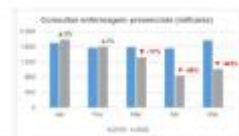
Redução da atividade e redução da procura de consultas presenciais que foram logo substituídas por consultas teleclínicas

Fonte: IRS (Instituto Registral e de Statística), 2020

32

Redução da Atividade Presencial em Contexto Pandémico

Consultas presenciais VS Consultas não presenciais



Em Portugal

Fonte: IRS (Instituto Registral e de Statística), 2020

33

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Pertinência do Tema

Teleconsulta de Enfermagem

- Dificuldade de Acesso do Utente aos Cuidados de Saúde



34

Teleconsulta de Enfermagem

- Dificuldade de Acesso do Utente aos Cuidados de Saúde

Processo de implementação relacionada com COVID-19 - categorias mais frequentes



REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Autores	Objeto	Conclusões
Autores: [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47], [48], [49], [50], [51], [52], [53], [54], [55], [56], [57], [58], [59], [60], [61], [62], [63], [64], [65], [66], [67], [68], [69], [70], [71], [72], [73], [74], [75], [76], [77], [78], [79], [80], [81], [82], [83], [84], [85], [86], [87], [88], [89], [90], [91], [92], [93], [94], [95], [96], [97], [98], [99], [100]	Objeto: [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47], [48], [49], [50], [51], [52], [53], [54], [55], [56], [57], [58], [59], [60], [61], [62], [63], [64], [65], [66], [67], [68], [69], [70], [71], [72], [73], [74], [75], [76], [77], [78], [79], [80], [81], [82], [83], [84], [85], [86], [87], [88], [89], [90], [91], [92], [93], [94], [95], [96], [97], [98], [99], [100]	Conclusões: [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47], [48], [49], [50], [51], [52], [53], [54], [55], [56], [57], [58], [59], [60], [61], [62], [63], [64], [65], [66], [67], [68], [69], [70], [71], [72], [73], [74], [75], [76], [77], [78], [79], [80], [81], [82], [83], [84], [85], [86], [87], [88], [89], [90], [91], [92], [93], [94], [95], [96], [97], [98], [99], [100]

35

36

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Na Correlação pré-operatória...

"A interseção entre uma masculinidade e um jeito de viver, pelo qual se dá a construção singular subjetiva de diferentes atitudes, ou ideias. O termo aponta para ideias distintas e não um uniforme, caracterizando uma masculinidade única, presente na interseção e permeado e subjugado ao contexto e a particularidade cultural"

(Breno, 2010, p. 32)

Tendemos a identificar problemas, distorsión a credibilidad e incongruencia por parte de los intermediarios al planear intervenciones para sus clientes que carecen de mérito, que pretenden a cualquier costo.

(Latham, 2013)

Uma consulta por telefone realizada por enfermeiros, conseguiu identificar doentes de maior risco, prevenir complicações e ajudar na sua recuperação. [Schult, 2000]

37

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



tema	tema	tema
Unidad de aprendizaje (UA)	Unidad de aprendizaje (UA)	Unidad de aprendizaje (UA)

38

TeleConsulta de Enfermagem

Consulte o site
www.cetv.com.br
para encontrar
instruções e
desafios à
sua maneira.

Recursos de proximidade com o objetivo de responder às necessidades socioeconômicas de abrangência, em particular das pessoas que apresentam dificuldades relacionadas com a mobilidade, distúrbio geográfico ou contraindicações locais com relação

**Garanti
completamente a
costo zero di
colazione**

**Secours à l'initiative
de personnes
responsables
innovantes,
ambitieuses et de
bonne**

**Regole d'argento
in pratica (dalla
dieta)**

Fonte: Dados do Informante, 2021.

39



40

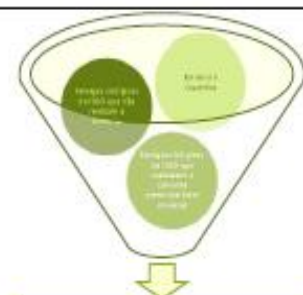
ANÁLISE DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM



PROPOSTAS DE MELHORIA

41

**Teleconsulta
de
Enfermagem**



Site webste 2007 modelle de constructie a performantilor pe constructia sa poa da
regula a constructiilor de casa. Site webste de performantilor pe constructia sa poa da

42

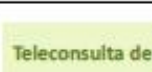
Fiche cliente - cliente - cliente - cliente

Data	Descrição	Valor	Debitado	Creditado
01/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
02/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
03/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
04/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
05/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
06/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
07/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
08/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
09/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
10/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
11/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
12/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
13/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
14/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
15/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
16/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
17/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
18/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
19/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
20/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
21/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
22/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
23/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
24/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
25/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
26/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
27/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
28/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
29/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
30/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	
31/01/2011	Conta de luz	20,00	20,00	
31/01/2011	Conta de água	10,00	10,00	
31/01/2011	Conta de gás	15,00	15,00	

43



44

 Teleconsulta de Enfermagem Pré-Operatória	<i>É expediente que a partir da primeira semana (30 de julho), todos os dias terão eletivos no turno da manhã (CEPO).</i> <i>Em cada grupo, deve ficar registrado que a avaliação inicial foi feita em teleconsulta, bem como, a data de sua realização.</i> <i>No campo destinado ao preenchimento de avaliação inicial do internamento deve ser apenas preenchido as observações que a sua realização foi feita em teleconsulta de enfermagem, na data e (uniformidade de registro).</i> <i>O preenchimento de ficha de avaliação cirúrgica será iniciado em CEPO, começando de segunda e terminando na última da semana.</i> <i>Os casos de diagnósticos mais importantes serão a serem em CEPO e passíveis de serem introduzidos no processo de enfermagem do internamento.</i> <i>Deve-se fazer a repetição de registro e preenchimento.</i>
---	---

45



PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Modelo de intervenção em
Pavane (Jornal, 2014)

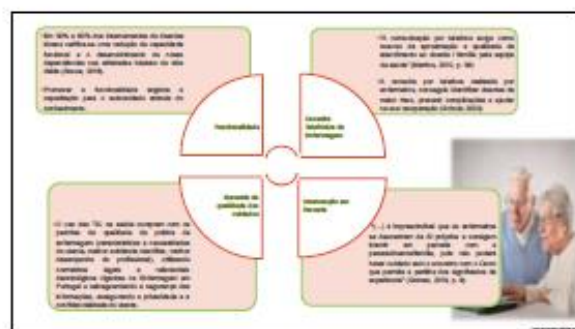
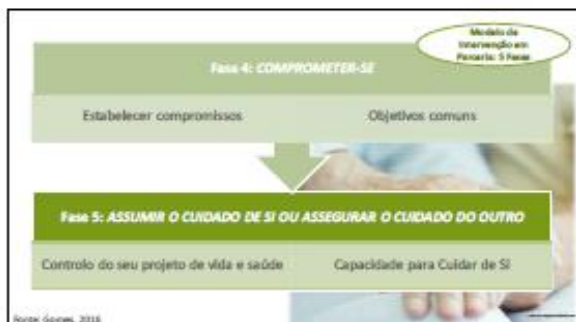
46



47



48





55



56

Toda a *informação* pertinente à realização desta sessão de formação ficará disponível no seguinte link:

<https://padlet.com/diurgienparceria/diupadit2-clggly3?>

Com a sugestão de que toda a equipa de enfermagem poderá utilizar esta via para incentivar debates e novas formações no Serviço

57

PEDIDO DE COLABORAÇÃO
Preenchimento de Questionário

58

PEDIDO DE COLABORAÇÃO (RESPONDER ATÉ 09.05)

Preenchimento de Questionário
Andréia Oliveira
<https://forms.gle/9dvnH7N8SUFW0T87>
Prévia CUI + clique para ir para a ligação

59

PEDIDO DE COLABORAÇÃO (RESPONDER ATÉ 09.05)

Preenchimento de Questionário
Sónia Moris
<https://forms.gle/9dvnH7N8SUFW0T87>
Prévia CUI + clique para ir para a ligação

60





67



68



69



70



71

GUIÃO DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

SEGUNDO O MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2016)

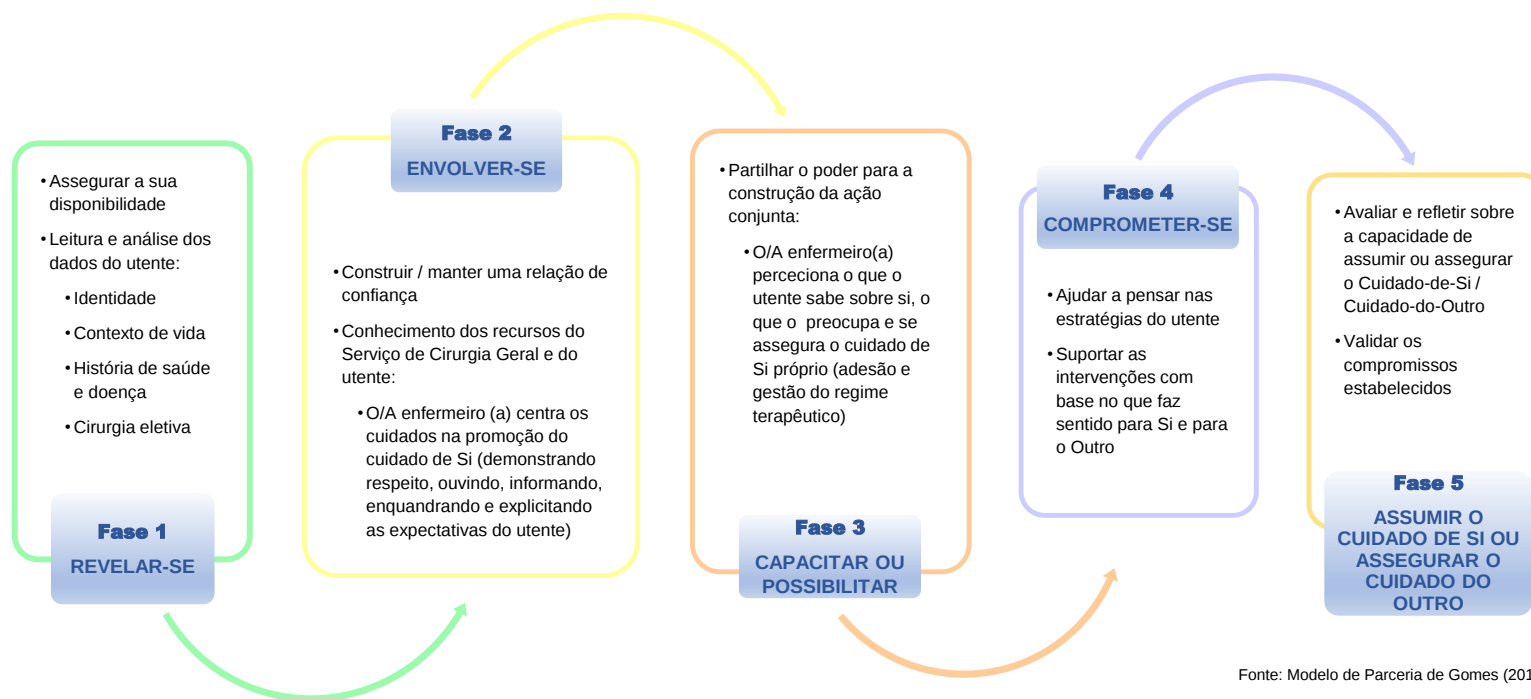
Fonte: "GUIA DAS FASES E PERGUNTAS PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA NA CONSULTA TELEFÓNICA" (Gomes et al, 2019)

REVELAR-SE	ETAPA 1 PREPARAÇÃO	CRIAR CONTEXTO	• Assegura a sua disponibilidade • Prepara o ambiente (maior privacidade possível)	
		CONHECER: IDENTIDADE, CONTEXTO DE VIDA, HISTÓRIA DE SAÚDE/DOENÇA	• Leitura e análise dos dados do utente no Sistema de Informação em Enfermagem: O que se sabe sobre o utente? <i>(recorda a sua identidade e historial)</i> • Promove um ambiente de socialização do utente com o Serviço de Cirurgia Geral	
ENVOLVER-SE	ETAPA 2 INÍCIO	CONSTRUIR CONFIANÇA NUM CURTO ESPAÇO DE TEMPO	• Inicia a chamada telefónica e apresenta-se <i>(nome, local de trabalho e objetivo da consulta)</i> <i>Bom dia / Boa tarde Sr. X / Sra. Y, sou o/a Enf. Z, e estou a ligar do HGO, Serviço de Cirurgia Geral. Estou a ligar-lhe com o objetivo de conhecer a sua história de saúde... perceber o que já sabe sobre a sua cirurgia... é oportuno?</i> • Questiona se o utente está sozinho ou acompanhado – <i>Quer chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?</i> • Confirma os dados: identidade, contexto de vida e história de saúde e doença (obtidos na Etapa 1) – <i>Diga-me que sintomas o/a levaram a procurar os serviços de saúde? Quer acrescentar alguma informação que eu não lhe tenha perguntado? O que sabe sobre a necessidade desta cirurgia? Quais são as dúvidas que tem? O que mais o/a preocupa?</i>	
		CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DO UTENTE	• Centra os cuidados na promoção do cuidado de Si • Conhecer e validar os Diagnósticos de Enfermagem com o utente: • Consciência (Aplicação da escala de Glasgow) • Risco de Queda (Aplicação da escala de Morse) • Risco de úlcera de Pressão (Aplicação da escala de Braden) • Risco de infeção • Compromisso do autocuidado (Aplicação da escala de Barthel) • Eliminação • Metabolismo • Dor • Conhecimento • Planeia e implementa intervenções de enfermagem que visem a manutenção/promoção da funcionalidade e autonomia do utente; – <i>Diga-me quais os seus antecedentes pessoais? Faz medicação em casa e qual? Tem apoio familiar? Apoio social?</i> • Conhece as expectativas do utente face ao internamento e cirurgia → enquadra e explicita face à sua avaliação <i>(Como podemos ajudá-lo (a) a manter a sua autonomia no regresso a casa? O que mais o (a) preocupa em relação a este internamento e cirurgia?)</i>	
CAPACITAR OU POSSIBILITAR	ETAPA 3 DESENVOLVIMENTO	PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO DA AÇÃO CONJUNTA	• Perceciona o que o utente sabe sobre si, sobre o seu diagnóstico, o que o/a preocupa e se conseguirá assegurar o cuidado de Si próprio • Valida informações • Fornece orientações específicas sobre despiste de complicações – Educação para a Saúde: • Diagnóstico de risco de infeção (Capacitação para a prevenção de infeção; • Diagnóstico de Dor (Capacitação do utente para a adesão e gestão do regime terapêutico para controlo de dor); • Diagnóstico de AutoCuidado (Capacitação do utente para a realização das atividades básicas de vida diária no regresso a casa após a cirurgia); • Diagnóstico de ferida cirúrgica (Capacitação para despiste de complicações do local da ferida cirúrgica; • Diagnóstico de Conhecimento (Capacitação sobre os recursos de saúde disponíveis para continuidade de cuidados • Valida as informações transmitidas <i>(Importa-se de repetir a informação que lhe dei?)</i> – Possibilita a articulação com os diferentes profissionais do Serviço Cirurgia Geral, conforme necessidade do utente <i>(Irei registar e transmitir à equipa de enfermagem e médica o que conversámos... Alguma dúvida não hesite em nos contactar, nós faremos o mesmo)</i>	
		SUPORTAR O COMPROMISSO - INTERVENÇÕES QUE FAZEM SENTIDO PARA SI E PARA O OUTRO	• Ajuda a pensar nas estratégias do utente (familiar ou cuidador) apoiando a tomada de decisão, com base no que faz sentido para Si / para o Outro • Valida os compromissos estabelecidos pelo utente (familiar ou cuidador) e por si próprio – <i>Concorda com o que lhe disse e decidimos?</i> – <i>Acha-se capaz de manter os seus hábitos de vida diários?</i>	
COMPROMETER-SE			ÁVALIAR E REFLETIR SOBRE A CAPACIDADE DE ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI E O CUIDADO DO OUTRO	• Avalia se o utente (familiar ou cuidador) detém informação que lhe permite tomar decisões • Avalia as ações tomadas • Valida as orientações e compromissos assumidos pelo utente, familiar, cuidador e por si • Valida que o utente, familiar ou cuidador, consegue decidir, gerir e lidar com o internamento (referindo conforto e bem-estar) • Clarifica o necessário: confirmação da adesão do utente, familiar ou cuidador – <i>Tem alguma dúvida? (utente); Sente-se capaz de assegurar o cuidado do seu familiar com o objetivo de manter a sua autonomia? (familiar / cuidador); Sente-se confortável com o que foi acordado? T</i> – <i>em alguma dúvida sobre este internamento? Reavivo que em caso de dúvida sobre o mesmo, a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia se mantém disponível, lembrando que foi feita a articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários com a transmissão de informação sobre a sua atual situação de saúde ao seu enfermeiro e médico de família.</i> – <i>Sente-se capaz de cumprir o que falámos? Dê-me um exemplo...</i>
			ASSUMIR O cuidado de si E ASSEGURAR O cuidado do outro	

FLUXOGRAMA DE APOIO À TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA, SEGUNDO O MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2016)

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA À PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA

Uma intervenção de PARCERIA para a PROMOÇÃO do Cuidado de SI



Fonte: Modelo de Parceria de Gomes (2019)

– Bom dia / Boa tarde Sr. X / Sra. Y, sou o/a Enf. Z, e estou a ligar do Serviço de Cirurgia Geral com o objetivo de conhecer a sua história de saúde... perceber o que já sabe sobre a sua cirurgia... é oportuno?

– Quer chamar alguém para nos acompanhar na consulta?

– Diga-me que sintomas o/a levaram a procurar o seu médico de família?

– Diga-me quais os seus antecedentes pessoais?

– Faz medicação em casa? Qual?

– Tem apoio familiar? Apoio social?

– Como podemos ajudá-lo (a) a manter a sua autonomia no regresso a casa?

– O que mais o (a) preocupa em relação a este internamento e cirurgia?

– De tudo o que me contou, o que o preocupa mais? Que tipo de ajuda acha que precisa?

– Se eu entendi, o seu conhecimento sobre a sua situação atual é... (avaliar se sabe despistar complicações, reconhece os recursos de saúde disponíveis para continuidade de cuidado...)

– Irei registar e transmitir à equipa de enfermagem e médica o que conversámos... Alguma dúvida não hesite em contactar-nos, nós faremos o mesmo....

– Concorda com o que lhe disse e decidimos?

– Acha-se capaz de manter os seus hábitos de vida diários?

– Tem alguma dúvida?

– Sente-se confortável com o que foi acordado?

– Tem alguma dúvida sobre este internamento? Reavivo que em caso de dúvida sobre o mesmo, a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia se mantém disponível, lembrando que foi feita a articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários com a transmissão de informação sobre a sua atual situação de saúde ao seu enfermeiro e médico de família.

– Sente-se capaz de cumprir o que falámos? Dê-me um exemplo...

Por fim, regista em sistema de informação em enfermagem: vigilâncias, escalas de avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Agenda consulta pós alta, para avaliação da funcionalidade.

APÊNDICE XX
Sessão de Formação em Contexto de Cuidados de Saúde Primários
(USF)

*“Consulta Telefónica à Pessoa idosa Diabética. Intervenção de Enfermagem em
Parceria”*

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (USF)

A sessão de formação realizada em contexto de cuidados de saúde primários, teve como título ***“Consulta Telefónica à Pessoa idosa Diabética. Intervenção de Enfermagem em Parceria”*** e ocorreu a 15 de abril de 2021 na USF.

Tratou-se de um trabalho desenvolvido em parceria com a estudante de mestrado, Sr^a En^{fa} , que tendo realizado o seu ensino clínico na USF, num período anterior ao meu, deu início (com a colaboração do enfermeiro orientador da prática clínica), ao diagnóstico das necessidades formativas da equipa e à elaboração de documentos de apoio à realização da teleconsulta de enfermagem, nomeadamente o guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa diabética em consulta telefónica, segundo o Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2016) e o fluxograma criado como sustento teórico do projeto desenvolvido com a teleconsulta, segundo o mesmo modelo teórico, ambos terminados (num trabalho desenvolvido entre mim, a referida estudante e o enfermeiro orientador) e apresentados na sessão de formação aqui mencionada, no culminar do trajeto percorrido ao longo das 5 semanas de contacto com a equipa de enfermagem e Pessoas Idosas diabéticas, utentes da USF .

A preparação desta sessão de formação, à semelhança do que aconteceu com as restantes, foi iniciada pela revisão da literatura sobre o tema, a par do diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem seguindo-se a elaboração da sua planificação, como base estruturante ao cumprimento dos objetivos propostos.

Esta sessão de formação ocorreu em regime presencial e com a participação de toda a equipa de enfermagem, tendo a duração de 30 minutos.

Utilizou-se como recurso material, um computador com acesso à internet, tendo-se recorrido aos métodos expositivos e interativos para a apresentação do seu conteúdo, tendo ainda sido facultado tempo para que os formandos pudessem partilhar dúvidas, comentários e/ou sugestões.

Foi ainda fornecido, no final da sessão de formação, um link de acesso ao questionário de avaliação da mesma (disponível em <https://forms.gle/bRETVw7EXw9zJQJw7>) através do qual se pretendeu identificar o nível de satisfação dos participantes e as necessidades de melhoria da apresentação elaborada e cujas respostas podem ser consultadas em <https://forms.gle/hvQGQJNE4WT8X3xx6>.

De referir que ambos os questionários aqui referidos foram desenvolvidos no aplicativo *google forms*, por se tratar de um instrumento de fácil e rápido acesso, que gera resultados imediatos, sem necessidade de utilização de outros recursos materiais para além do já utilizado para a apresentação da formação (computador e acesso à internet), por ser interativo e por ter um layout mais apelativo do que os tradicionais questionários em papel, tendo-se revelado por isso uma mais-valia na adesão dos formandos à sua participação.

Todos os documentos de apoio elaborados de apoio às sessões de formação encontram-se disponíveis para consulta em:
<https://padlet.com/ascte2021/5ehssl9uogdfxska>

Posto isto, apresentamos de seguida os diapositivos e os documentos de apoio que que estruturam a sessão de formação aqui descrita.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas edições académicas

APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS



1



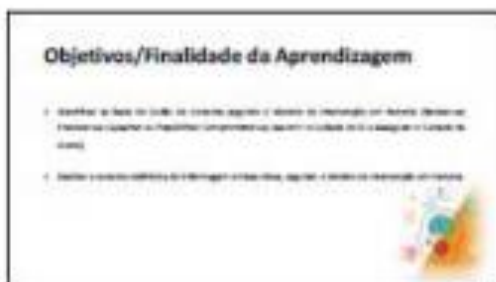
2



3



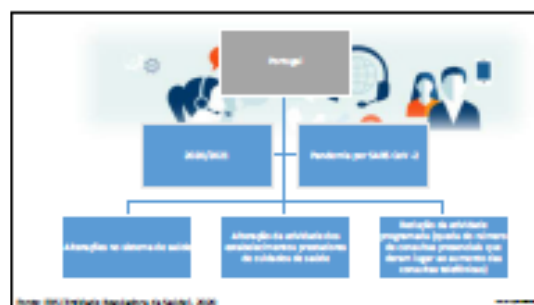
4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24

Definição de Conceitos

- De "Teleatendimento à Enfermagem"

TeleConsultas de Enfermagem

Consultas de Enfermagem Presencial

Fonte: Centro de Informática, 2003

25

Definição de Conceitos

- De "Teleatendimento à Enfermagem"

Identificação do paciente

Triagem de Enfermagem

Colheita de dados

Realização de procedimentos de Enfermagem

Transmissão e armazenamento de informações de Enfermagem

Avaliação de resultados

Fonte: Centro de Informática, 2003

26

Definição de Conceitos

- De "Teleatendimento à Enfermagem"

Identificação do paciente

Triagem de Enfermagem

Colheita de dados

Fonte: Centro de Informática, 2003

27

Definição de Conceitos

- De "Teleatendimento à Enfermagem"
- Adesão ao Regime Terapêutico
- Gestão do Regime Terapêutico
- Análise de intervenção de enfermeiro (Gomes, 2016)

28

Definição de Conceitos

- Adesão e Gestão do Regime Terapêutico

Adesão ao regime terapêutico

- Esforço voluntário por parte do cliente que participa com responsabilidade no seguimento do tratamento incluindo mudanças de comportamento (Avalio, 2002)

Gestão do regime terapêutico

- Necessidade de participação ativa do paciente com decisão conjunta (Santos, 2012)
- Tipo de comportamento de adesão com características específicas: adesão ao programa de tratamento de doença e das suas complicações, comprometimento em suas atividades como variáveis para se atingirem objetivos concretos em saúde (CPE, 2006)

29

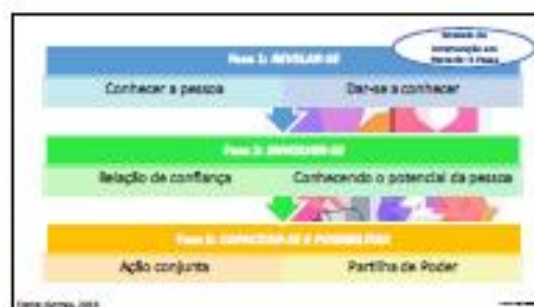
Definição de Conceitos

- De "Teleatendimento à Enfermagem"
- Adesão ao Regime Terapêutico
- Gestão do Regime Terapêutico
- Modelo de Intervenção de Parceria (Gomes, 2016)

30



31



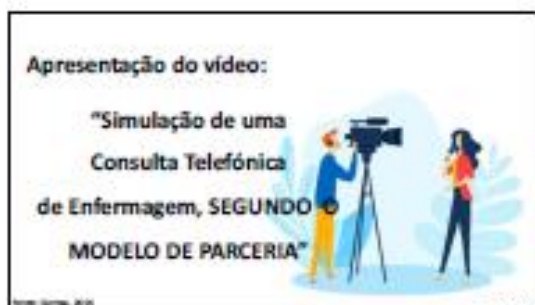
32



33



34



35



36

Particularidades da Consulta Telefónica de Enfermagem



37

Particularidades da Consulta Telefónica de Enfermagem

- Consulta presencial deve ser o núcleo principal, sendo a consulta telefónica um complemento.
- Deve ser possível aceder ao sistema de informação, permitindo aos enfermeiros, assistentes de enfermagem, participar na consulta, visto o tempo a salvar.
- Permite aos enfermeiros a possibilidade de receber, interpretar e transmitir informação de uma maneira mais rápida e eficaz, visto o tempo a salvar.
- Permite o acompanhamento de pacientes e a possibilidade de monitorizar a evolução da doença, visto o tempo a salvar.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2011

38

Particularidades da Consulta Telefónica de Enfermagem



Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2011

39

Consulta Telefónica de Enfermagem

Pré-Teste LSP



40

Consulta Telefónica de Enfermagem

Pré-Teste LSP

Pré-Teste LSP	Pré-Teste LSP
Informação clínica e de diagnóstico	Informação de diagnóstico
Informação de diagnóstico	Informação de diagnóstico
Informação de diagnóstico	Informação de diagnóstico
Informação de diagnóstico	Informação de diagnóstico



41

Síntese de Conteúdos



42



43



44



45



46

Toda a *informação* pertinente à realização desta sessão de formação ficará disponível no seguinte link:

47



48

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J. (2018). O uso da tecnologia na educação: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Educação*, 23(74), 1-15.

BRASIL. (2013). Lei nº 12.796, de 4 de outubro de 2013. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2014). Lei nº 13.009, de 12 de maio de 2014. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2015). Lei nº 13.416, de 12 de maio de 2015. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2016). Lei nº 13.640, de 12 de maio de 2016. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2017). Lei nº 13.785, de 12 de maio de 2017. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2018). Lei nº 13.979, de 12 de maio de 2018. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2019). Lei nº 14.133, de 12 de maio de 2019. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2020). Lei nº 14.432, de 12 de maio de 2020. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2021). Lei nº 14.720, de 12 de maio de 2021. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2022). Lei nº 14.886, de 12 de maio de 2022. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.



49

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J. (2018). O uso da tecnologia na educação: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Educação*, 23(74), 1-15.

BRASIL. (2013). Lei nº 12.796, de 4 de outubro de 2013. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2014). Lei nº 13.009, de 12 de maio de 2014. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2015). Lei nº 13.416, de 12 de maio de 2015. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2016). Lei nº 13.640, de 12 de maio de 2016. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2017). Lei nº 13.785, de 12 de maio de 2017. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2018). Lei nº 13.979, de 12 de maio de 2018. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2019). Lei nº 14.133, de 12 de maio de 2019. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2020). Lei nº 14.432, de 12 de maio de 2020. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2021). Lei nº 14.720, de 12 de maio de 2021. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.

BRASIL. (2022). Lei nº 14.886, de 12 de maio de 2022. Institui o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional de Secretários de Educação.



50

Comentários/Sugestões de melhoria



51

Avaliação da Sessão de Formação



52

Avaliação da Sessão de Formação

• Link para avaliação da sessão de formação

<https://forms.gle/1111111111111111>



53



OBRIGADO PELA
ATENÇÃO E
DISPONIBILIDADE

54

**PLANO SISTEMATIZADO PARA A CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA
DIABÉTICA, SEGUNDO O MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2016)**

REVELAR-SE – FASE 1				
“caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do utente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)				
PREPARAÇÃO DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM DE DIABETES	INDICADOR: CRIAR CONTEXTO	Registado	Não registado	Não aplicável
	O(A) Enfermeiro(a) assegura a sua disponibilidade			
	O(A) Enfermeiro(a) prepara o ambiente (maior privacidade possível)			
	INDICADOR: CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
	Leitura e análise dos dados do utente no Registo de Saúde Eletrónico / SClinico: o que se sabe sobre a pessoa			
	Nome / Nome pelo qual gosta e quer ser tratado			
	Idade			
	Escolaridade			
	Contacto telefónico			
	Atividade profissional (atual e/ou anterior)			
	Estado Civil			

	INDICADOR: CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
	Leitura e análise dos dados do utente no Registo de Saúde Eletrónico / SClinico: o que se sabe sobre o seu contexto de vida			
	Composição do agregado familiar (com quem vive)			
	Pessoa de Referência (Nome, Parentesco, Contacto telefónico)			
	Rede Familiar (Quem são, relacionamento e tipo de apoio)			
	Condições habitacionais (Tipo de casa, salubridade)			
	Situação económica (existem dificuldades e de que tipo)			
	Rede de apoio (Apoio social, Cuidador Familiar)			
	Atividades de lazer/projeto de vida (tempos livres, o que deseja para si)			
	Hábitos de vida e comportamento aditivos			
	Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual			
	INDICADOR: CONHECER A HISTÓRIA DE SAÚDE E DOENÇA DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
	Leitura e análise dos dados do utente no Registo de Saúde Eletrónico / SClinico: o que está registado que a Pessoa idosa sabe sobre a sua Diabetes, se cumpre consultas de vigilância, se realizou análises clínicas recentes, se cumpre medicação prescrita, ...			

	Antecedentes médico-cirúrgicos da Pessoa idosa			
	Medicação de ambulatório da Pessoa idosa			
	Data do diagnóstico da Diabetes			
	A Pessoa idosa tem conhecimento da Diabetes (Compreende? Aceita?)			
	A Pessoa idosa tem conhecimento sobre as complicações (Compreende? Aceita?)			
	A Pessoa idosa tem conhecimento sobre a medicação prescrita (Compreende? Aceita?)			
	O Familiar ou Cuidador tem conhecimento da Diabetes (Compreende? Aceita?)			
	O Familiar ou Cuidador tem conhecimento das complicações (Compreende? Aceita?)			
	O Familiar ou Cuidador tem conhecimento sobre a medicação prescrita (Compreende? Aceita?)			
	Responsabilidade da gestão terapêutica (Quem tem, em quê, porquê e quais os problemas de adesão)			

**ENVOLVER-SE – FASE 2 “caracteriza-se pela criação de um espaço de
reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para
desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...”**
(Gomes, 2013, p.100)

INÍCIO DA CONSULTA TELEFÔNICA DE ENFERMAGEM DE DIABETES	INDICADOR: CONSTRUIR CONFIANÇA NUM CURTO ESPAÇO DE TEMPO	Registado	Não registado	Não aplicável
	O (A) Enfermeiro (a) inicia uma chamada telefónica e apresenta-se: nome, local de trabalho, referência ao objetivo desta consulta			
	O (A) Enfermeiro (a) questiona a Pessoa idosa se é oportuno realizar a consulta nesse momento ou se prefere um reagendamento			
	O (A) Enfermeiro (a) questiona a Pessoa idosa se prefere realizar esta consulta sozinho ou acompanhado			
	O (A) Enfermeiro (a) questiona a Pessoa idosa se tem caneta para apontar o que se vai combinar ou se prefere que lhe seja enviado por email (para si, para familiar ou cuidador)			
	O (A) Enfermeiro (a) confirma todos os dados referentes à identidade, contexto de vida e história de saúde e doença (obtidos na Fase 1)			
	INDICADOR: CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA USF E DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
	O (A) Enfermeiro (a) mostra-se disponível para a Pessoa idosa, familiar ou Cuidador (tem tempo para ouvir, demonstra respeito, centra os cuidados na promoção do cuidado de Si)			
	O (A) Enfermeiro (a) promove um ambiente de socialização da Pessoa idosa com a USF (informa sobre a disponibilidade da equipa de saúde, médico de família e enfermeiro de família)			
	O (A) Enfermeiro (a) informa a Pessoa idosa que, todas as informações transmitidas e as dúvidas que foram esclarecidas, poderão ser redigidas e enviadas por email			

	O (A) Enfermeiro (a) procura conhecer: - Atitude da Pessoa idosa face a esta problemática - Valores de glicémia - Existência de fatores de risco - Capacidade de aprendizagem da reconstrução da autonomia			
	O (A) Enfermeiro (a) procura conhecer quais são as expectativas da Pessoa idosa, familiar ou Cuidador face à diabetes			
	O (A) Enfermeiro (a) enquadra e explicita as expectativas da Pessoa idosa face à sua avaliação			

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – FASE 3 “...é contribuir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...” (Gomes, 2013, p.101)

DESENVOLVIMENTO DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM DE DIABETES – FASE A: Orientar e Capacitar (Percecionar o objetivo da consulta, dar espaço de resposta à Pessoa idosa para se situar;	INDICADOR: PARTILHAR O PODER PARA A CONTRUÇÃO DA AÇÃO CONJUNTA	Registado	Não registado	Não aplicável
	O (A) Enfermeiro (a) perceciona o que a Pessoa idosa sabe sobre si, o que a preocupa e se conseguirá assegurar o cuidado de Si próprio			

	O (A) Enfermeiro (a) percebe o que a Pessoa idosa sabe sobre a sua Diabetes (questiona sobre sinais, sintomas, complicações): autovigilância e conhecimentos			
	O (A) Enfermeiro (a) valida informação que a Pessoa idosa fornece			
	O (A) Enfermeiro (a) fornece orientações específicas sobre a Diabetes – Educação para a Saúde:			
	- Redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m², ou redução de 10% do peso atual			
	- Hábitos alimentares saudáveis			
	- Atividade física, como por exemplo, exercício aeróbio, como caminhar 30 min/dia, 5-7 dias/semana			
DESENVOLVIMENTO DA CONSULTA TELEFÔNICA DE ENFERMAGEM DE DIABETES – FASE B: Capacitar, possibilitar e estabelecer compromissos (Estabelecer compromissos, orientar e assegurar o cuidado-de-si)	- Consumo moderado de álcool com um máximo 30 mL etanol/dia nos homens e 15 mL/dia para as mulheres			
	- Cessação do consumo de tabaco, que é, sobretudo, importante numa perspetiva de redução global do risco cardiovascular			
	O (A) Enfermeiro (a) valida as informações transmitidas			
	O (A) Enfermeiro (a) possibilita a articulação com os diferentes profissionais da USF, ou outros, conforme as necessidades da Pessoa idosa, familiar ou cuidador: Consulta de Nutrição; Consulta de Pé Diabético; Consulta de Endocrinologia; Consulta de Nefrologia; Consulta de Oftalmologia; ...			

COMPROMETER-SE - FASE 4 “... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar (...) o projeto de vida da pessoa...”
(Gomes, 2013, p.103)

INDICADOR: SUPORTAR O COMPROMISSO COM BASE EM INTERVENÇÕES QUE FAZEM SENTIDO PARA SI E PARA O OUTRO

Registado

Não
Registado

Não
Registado

O (A) Enfermeiro (a) ajuda a pensar nas estratégias da Pessoa idosa, familiar ou cuidador, apoiando a tomada de decisão

O (A) Enfermeiro (a) suporta as intervenções planificadas com base no que faz sentido para Si / para o Outro

O (A) Enfermeiro (a) valida os compromissos estabelecidos pela Pessoa idosa, familiar, cuidador e por si próprio

DESENVOLVIMENTO DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM DE DIABETES – FASE C: Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para a Pessoa idosa, familiar, cuidador e enfermeiro (Validação de estratégias e compromisso)	ASSUMIR O CUIDADO-DE-SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – FASE 5 “... assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro (...) o utente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...) a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do utente...” (Gomes, 2013, p.103)			
	INDICADOR: AVALIAR E REFLETIR SOBRE A CAPACIDADE DE ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO-DE-SI	Registado	Não Registado	Não Registado
	O (A) Enfermeiro (a) avalia se a Pessoa idosa, familiar ou cuidador detém informação que lhe permite tomar decisões sobre a promoção do Cuidado-de-Si / Cuidado-do-Outro			
	O (A) Enfermeiro (a) avalia as ações tomadas na promoção do Cuidado-de-Si (assume ou assegura)			
	O (A) Enfermeiro (a) valida as orientações e compromissos assumidos pela Pessoa idosa, familiar, cuidador e por si (comportamentos, medicação, consultas posteriores, ...)			
	O (A) Enfermeiro (a) valida que a Pessoa idosa, familiar ou cuidador, consegue decidir, gerir e lidar com a cirurgia / internamento (referindo conforto e bem-estar)			
	O (A) Enfermeiro (a) clarifica o necessário: confirmação da adesão da Pessoa idosa, familiar ou cuidador			

FINALIZAÇÃO DA CONSULTA TELEFÔNICA DE ENFERMAGEM DE DIABETES	O (A) Enfermeiro (a) avalia a importância da consulta telefônica de enfermagem de diabetes junto da Pessoa idosa, familiar ou cuidador			
	O (A) Enfermeiro (a) relembra que perante alguma alteração ou dúvida, pode sempre contatar a USF (enfermeiro como recurso)			
	O (A) Enfermeiro (a) registra o que deve ser aferido aquando da próxima consulta de enfermagem ou médica			
	O (A) Enfermeiro (a) regista em processo informático todas as informações que detém sobre a Pessoa idosa, familiar ou cuidador (incluindo processo de enfermagem)			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I. D. (2013). *Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o utente idoso no domicílio*. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 77-113). Loures: Lusociência.

Gomes et al (2019). *“Guia das fases e perguntas para a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na consulta telefónica”*. A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation.

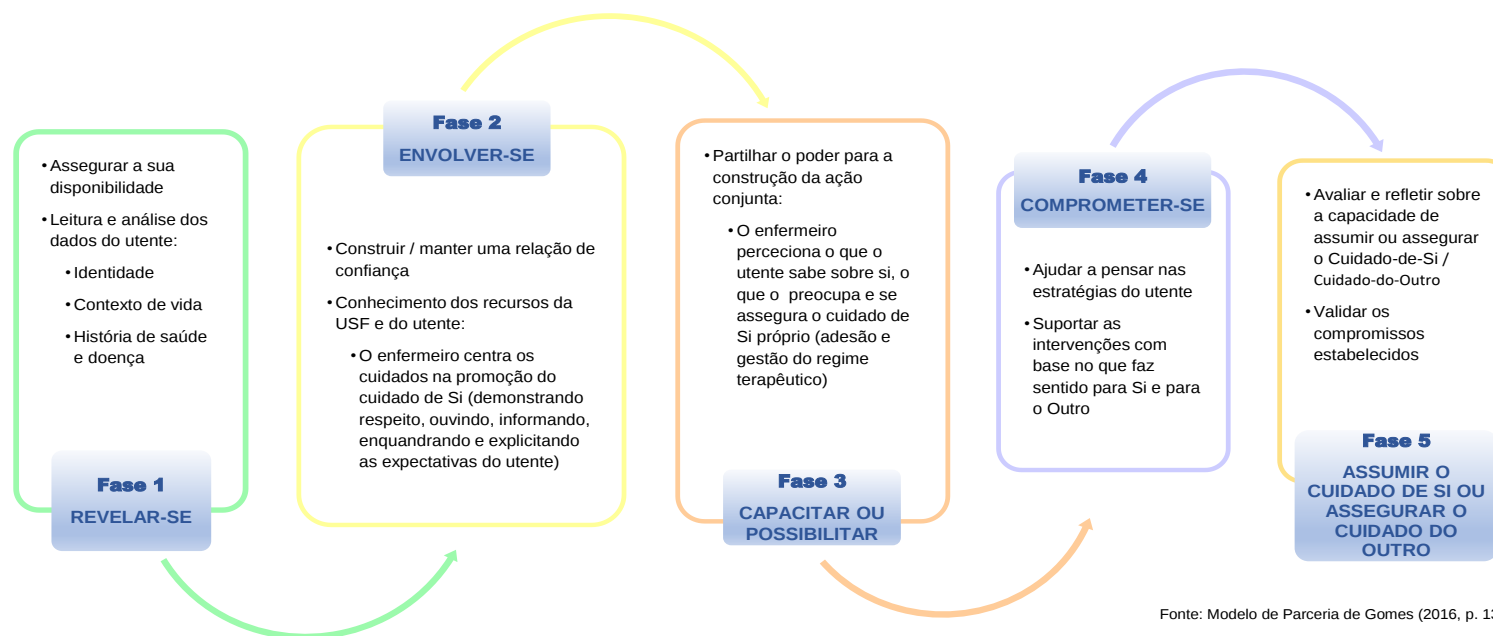
GUIÃO DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA SEGUNDO O MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2016)

REVELAR-SE	ETAPA 1 PREPARAÇÃO	CRIAR CONTEXTO	- Assegura a sua disponibilidade - Prepara o ambiente (maior privacidade possível)
		CONHECER: IDENTIDADE, CONTEXTO DE VIDA, HISTÓRIA DE SAÚDE/DOENÇA	Leitura e análise dos dados do utente no Sistema de Informação em Enfermagem: O que se sabe sobre utente? (<i>recorda a sua identidade e historial</i>)
ENVOLVER-SE	ETAPA 2 INÍCIO	CONSTRUIR CONFIANÇA NUM CURTO ESPAÇO DE TEMPO	- Inicia a chamada telefónica à hora marcada e apresenta-se (<i>nome, local de trabalho e objetivo da consulta</i>) <i>Bom dia / Boa tarde Sr. X / Sra. Y, sou o/a Enf. Z, e estou a ligar do posto. Conforme combinado consigo estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta de diabetes, é oportuno?</i> - Questiona se o utente está sozinho ou acompanhado <i>Quer chamar alguém para nos acompanhar nesta consulta?</i> - Confirma os dados: identidade, contexto de vida e história de saúde e doença (obtidos na Etapa 1) <i>Diga-me como tem passado?</i> <i>Houve alguma alteração desde a última consulta?</i>
		CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA USF E DO UTENTE	- Centra os cuidados na promoção do cuidado de Si - Promove um ambiente de socialização do utente com a USF - Conhecer: - Hábitos alimentares - Hábitos de exercício físico - Valores de TA - Glicémia capilar - Medicação - Cuidados com o pé <i>Diga-me como têm sido as suas refeições?</i> <i>Tem realizado alguns passeios? Quem realiza as suas compras?</i> <i>Tem avaliado a TA? E a glicémia? E como têm estado os valores? Regista-os?</i> <i>Quem compra e prepara a sua medicação? Diga-me quais são os medicamentos e como os faz...</i> <i>E sobre a vigilância dos pés? Ainda o consegue fazer? E como faz?</i> - Conhece as expectativas do utente face à Diabetes → enquadra e explicita face à sua avaliação (<i>Como acha que tem estado? ... Sim / Não, concordo consigo...</i>)
CAPACITAR OU POSSIBILITAR	ETAPA 3 DESENVOLVIMENTO	PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO DA AÇÃO CONJUNTA	- Perceciona o que o utente sabe sobre si, sobre a diabetes, o que o preocupa e se conseguirá assegurar cuidado de Si próprio (<i>De tudo o que me contou, o que o preocupa mais? Que tipo de ajuda acha que precisa?</i>) - Valida informações - Fornece orientações específicas sobre a Diabetes – Educação para a Saúde (<i>Se eu entendi, o que me dizer foi... (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, medicação instituída, importância dos cuidados ao pé). Correto ou o que acha se fizermos desta forma X?</i>) - Valida as informações transmitidas (<i>Importa-se de repetir a informação que lhe dei?</i>) - Possibilita a articulação com os diferentes profissionais da USF, conforme necessidade do utente (<i>Irei registar e transmitir ao médico o que conversámos e quando tivermos alguma decisão entraremos em contacto consigo.</i>)
		SUPORTAR O COMPROMISSO - INTERVENÇÕES QUE FAZEM SENTIDO PARA SI E PARA O OUTRO	- Ajuda a pensar nas estratégias do utente (familiar ou cuidador) apoiando a tomada de decisão, com base no que faz sentido para Si / para o Outro - Valida os compromissos estabelecidos pelo utente (familiar ou cuidador) e por si próprio <i>Concorda com o que decidimos?</i> <i>Acha as decisões capazes de serem concretizadas (utente e enfermeiro)?</i> <i>Acredito que irá dar o seu melhor...</i> <i>Quer agendar nova consulta para as voltarmos a validar?</i>
COMPROMETER-SE	ETAPA 4 FINALIZAÇÃO	AVALIAR E REFLETIR SOBRE A CAPACIDADE DE ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI E O CUIDADO DO OUTRO	- Avalia se o utente (familiar ou cuidador) detém informação que lhe permite tomar decisões - Avalia as ações tomadas - Valida as orientações e compromissos assumidos pelo utente, familiar, cuidador e por si - Valida que o utente, familiar ou cuidador, consegue decidir, gerir e lidar com a Diabetes (referindo confiança e bem-estar) - Clarifica o necessário: confirmação da adesão do utente, familiar ou cuidador <i>Tem alguma dúvida?</i> <i>Sente-se confortável com o que foi acordado?</i> <i>Quer agendar nova consulta para as voltarmos a validar?</i> <i>Sente-se capaz de cumprir o que falámos? Dê-me um exemplo...</i>
			- Avalia a importância da consulta telefónica de enfermagem de diabetes junto do utente, familiar ou cuidador (<i>Foi importante para si esta nossa conversa?</i>) - Relembra que perante alguma alteração ou dúvida, pode sempre contactar a USF (enfermeiro como recurso): (<i>Perante alguma dúvida não hesite em nos contactar, por telefone, email ou, na sua impossibilidade, presencialmente, mas saiba que podemos sempre ajudá-lo.</i>) - Regista o que deve ser aferido aquando da próxima consulta de enfermagem ou médica - Regista em Sistema de informação em Enfermagem todas as informações que detém sobre o utente, familiar ou cuidador (incluindo diagnósticos e intervenções de enfermagem)

Fonte: "GUIA DAS FASES E PERGUNTAS PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA NA CONSULTA TELEFÓNICA" (Gomes et al, 2019)

FLUXOGRAMA DE APOIO À TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA SEGUNDO O MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2016)

CONSULTA TELEFÔNICA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA



Fonte: Modelo de Parceria de Gomes (2016, p. 137)

– Bom dia / Boa tarde Sr. X / Sra. Y, sou o/a Enf. Z, e estou a ligar do posto. Conforme combinado consigo estou a ligar-lhe para realizarmos a consulta de diabetes, é oportuno?

– Quer chamar alguém para nos acompanhar na consulta?

– Diga-me como tem passado?

– Houve alguma alteração desde a última consulta?

– Diga-me como têm sido as suas refeições?

– Tem realizado alguns passeios? Quem realiza as suas compras?

– Tem avaliado a TA? E a glicémia? E como têm estado os valores? Regista-os?

– Quem compra e prepara a sua medicação? Diga-me quais são os medicamentos e como os faz...

– E sobre a vigilância dos pés? Ainda o consegue fazer? E como faz?

– De tudo o que me contou, o que o preocupa mais? Que tipo de ajuda acha que precisa?

– Se eu entendi, o que me quis dizer foi... (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico, medicação instituída, importância dos cuidados ao pé). Correto ou o que acha se fizermos desta forma X?

– Importa-se de repetir a informação que lhe dei?

– Irei registar e transmitir ao médico o que conversámos e quando tivermos alguma decisão entraremos em contato consigo.

– Concorda com o que decidimos?

– Acha as decisões capazes de serem concretizadas?

– Acredito que irá dar o seu melhor...

– Tem alguma dúvida?

– Sente-se confortável com o que foi acordado?

– Quer agendar nova consulta para as voltarmos a validar?

– Sente-se capaz de cumprir o que falámos? Dê-me um exemplo...

Por fim, regista em sistema de informação em enfermagem: vigilâncias, escalas de avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Se necessário reagenda consulta / visita domiciliária.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), este deverá ser um elemento que “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p.4747), desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, nomeadamente avaliando o seu desempenho enquanto formador e líder de projetos, assim como dos conhecimentos, competências e habilidades adquiridos pelos formandos, será por isso de suma importância a avaliação da aprendizagem de cada um dos envolvidos no processo formativo, tendo como objetivo primordial, que essa avaliação sirva de auxílio à equipa formadora, que planeou e concretizou a sessão de formação, para melhorar o processo de aprendizagem, considerando com isso as alterações necessárias (Diogo, R., & Vieira, J. (2006).

Mais se acrescenta que, segundo o Instituto de Estudos Sociais e Económicos (2012), a avaliação de uma formação deve contemplar áreas como a qualidade da formação, a orientação do controlo de qualidade da formação, assim como a análise da satisfação dos seus participantes.

Posto isto, as grelhas de avaliação aqui apresentadas contemplam secções como: avaliação dos conhecimentos iniciais face ao tema abordado; expectativas dos participantes; avaliação da formadora e da sessão de formação, assim como dos resultados alcançados, dando ainda lugar à nomeação de pontos fortes e fracos, assim como sugestões para a melhoria da qualidade das sessões de formação.

São de seguida apresentadas as grelhas de avaliação para as sessões de formação realizadas nos dois locais de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, R., & Vieira, J. (2006). *Guia metodológico (1.a ed.)*. Comissão europeia. Disponível em: <https://www.fea.pt/files/74f9fca7e9045a5d6cfb2253bee1b03251d029f1.pdf>

Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE. (2012). *Referencial de formação pedagógica inicial de formadores*. Departamento de Formação Profissional, Centro Nacional de Qualificação de Formadores. Disponível em: https://www.apq.pt/downloads/file422_pt.pdf

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Avaliação da sessão de formação

Terminada a apresentação desta sessão de formação, solicito agora a sua colaboração para avaliar este momento.

Para o seu preenchimento assinale o número que exprime a sua opinião, de acordo com a seguinte classificação: 1 - Insuficiente 2 - Satisfatório 3 - Bom 4 - Excelente

Conhecimentos Iniciais

1. Os seus conhecimentos sobre a intervenção de enfermagem em Parceria na promoção da funcionalidade da Pessoa Idosa submetida a cirurgia eram?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Expectativas

2. Esta sessão de formação correspondeu ao que esperava, mostrando-se útil à sua prestação de cuidados?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Formadora

3. A formadora transmitiu as informações com clareza?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

4. A formadora dominava o assunto exposto?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

5. A formadora utilizou recursos adequados à sessão de formação?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Sessão de Formação

6. Os objetivos da sessão de formação eram claros?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

7. O conteúdo da sessão foi adequado às suas necessidades formativas sobre o tema?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

8. A duração da apresentação foi adequado ao conteúdo apresentado?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

9. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo apresentado?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Resultados alcançados

10. Como classifica, de forma geral, esta sessão de formação?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

11. Pontos Fortes

12. Pontos Fracos

13. Sugestões

RESPOSTAS DOS FORMANDOS À AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

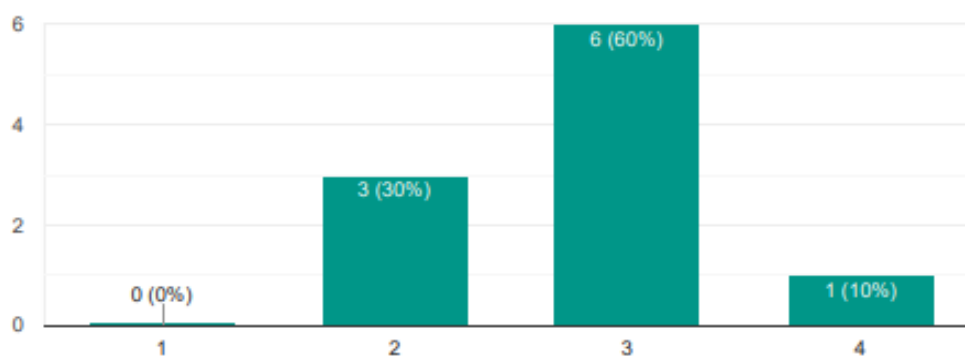
Avaliação da sessão de formação

10 respostas

Conhecimentos Iniciais

Os seus conhecimentos sobre a intervenção de enfermagem em Parceria na promoção da funcionalidade da Pessoa Idosa submetida a cirurgia eram?

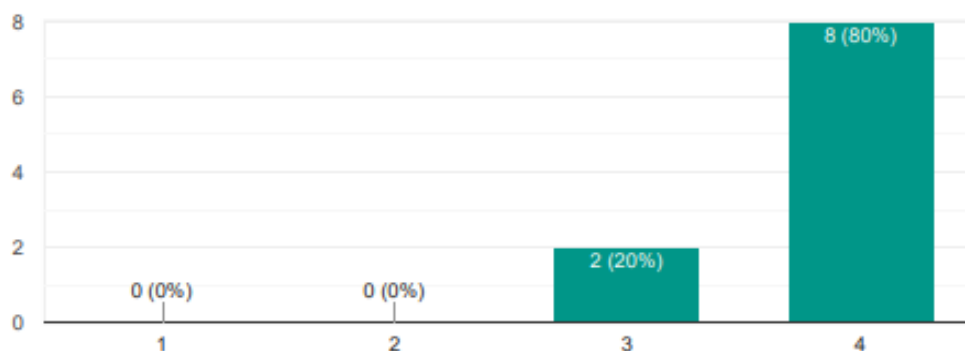
10 respostas



Expectativas

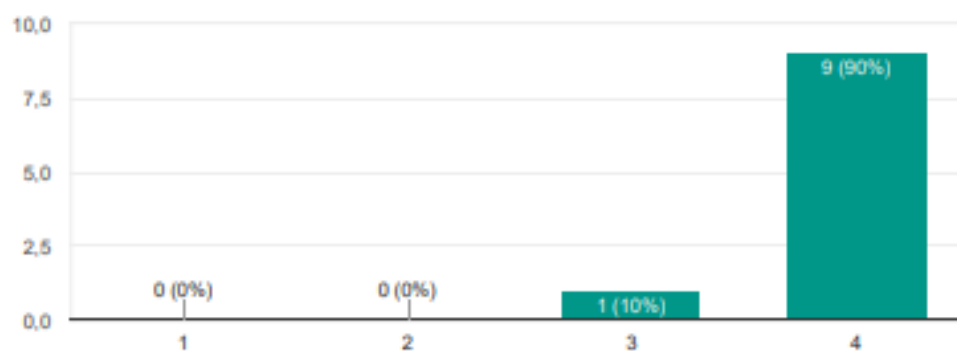
Esta sessão de formação correspondeu ao que esperava, mostrando-se útil à sua prestação de cuidados?

10 respostas



A formadora utilizou recursos adequados à sessão de formação?

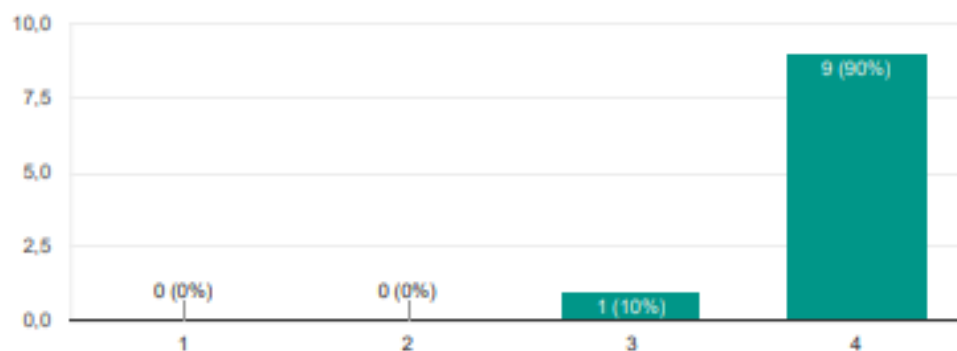
10 respostas



Sessão de Formação

Os objetivos da sessão de formação eram claros?

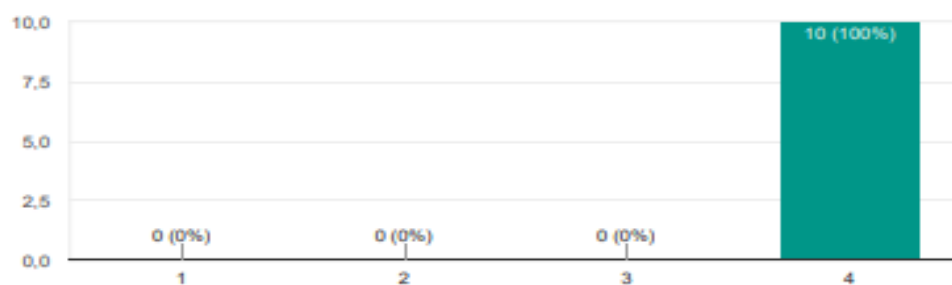
10 respostas



O conteúdo da sessão foi adequado às suas necessidades formativas

Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo apresentado?

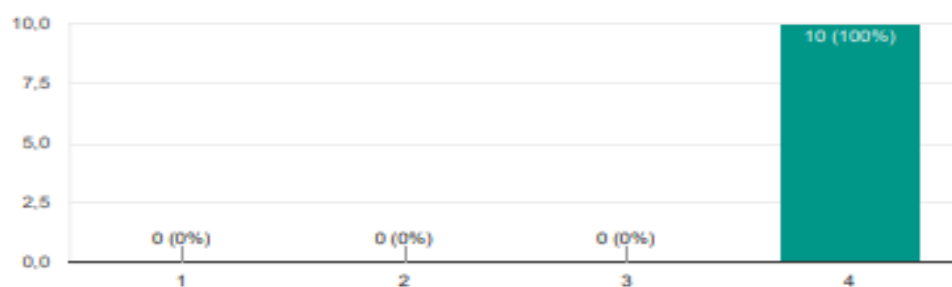
10 respostas



Resultados alcançados

Como classifica, de forma geral, esta sessão de formação?

10 respostas



https://forms.gle/nm9fmrscv1telaNR2ISvaITqkXCRs9uEHqA7X-XZ5OWWY0sdRn/viewanalytics

https://docs.google.com/forms/d/1elaNR2ISvaITqkXCRs9uEHqA7X-XZ5OWWY0sdRn/viewanalytics

Pontos Fortes

4 respostas

Informação clara e pertinente

Apresentação explícita e bem planeada e fundamentada

Linguagem clara; diapositivos com informação objetiva; voz a acompanhar a apresentação

Clareza de conteúdos . Boa dicção.

Pontos Fracos

1 resposta

Não identifiquei.

Sugestões

1 resposta

Não tenho sugestões a fazer.

Obrigada pela sua colaboração

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CSP

Avaliação da sessão de formação

Terminada a apresentação desta sessão de formação, solicitamos agora a sua colaboração para avaliar este momento.

Para o seu preenchimento assinale o número que exprime a sua opinião, de acordo com a seguinte classificação: 1 - Insuficiente 2 - Satisfatório 3 - Bom 4 - Excelente

Conhecimentos Iniciais

1. Como classifica os seus conhecimentos prévios sobre a intervenção de Enfermagem em Parceria na consulta telefónica à Pessoa Idosa diabética?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Expectativas

2. Esta sessão de formação correspondeu ao que esperava, mostrando-se útil à sua prestação de cuidados?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Formadoras

3. As formadoras transmitiram as informações com clareza?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

4. As formadoras dominavam o assunto exposto?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

5. As formadoras utilizaram recursos adequados à sessão de formação?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Sessão de Formação

6. Os objetivos da sessão de formação eram claros?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

7. O conteúdo da sessão foi adequado às suas necessidades formativas sobre o tema?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

8. A duração da apresentação foi adequado ao conteúdo apresentado?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

9. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo apresentado?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Resultados alcançados

10. Como classifica, de forma geral, esta sessão de formação?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

11. Pontos Fortes

12. Pontos Fracos

13. Sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

Andreia Oliveira e Sónia Moniz

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

RESPOSTAS DOS FORMANDOS À AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CSP

Avaliação da sessão de formação

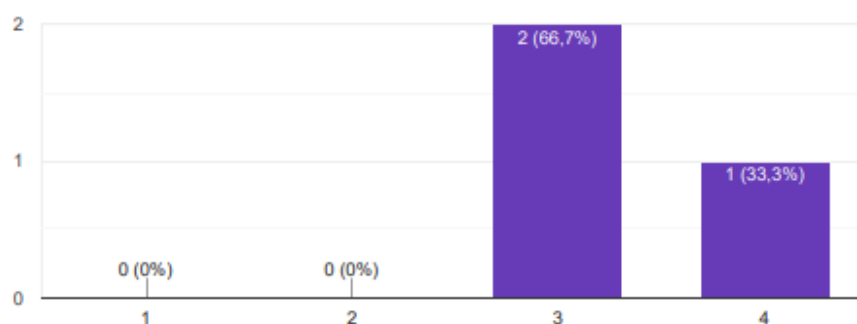
4 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Conhecimentos Iniciais

Como classifica os seus conhecimentos prévios sobre a intervenção de Enfermagem em Parceria na consulta telefónica à Pessoa Idosa diabética?

3 respostas

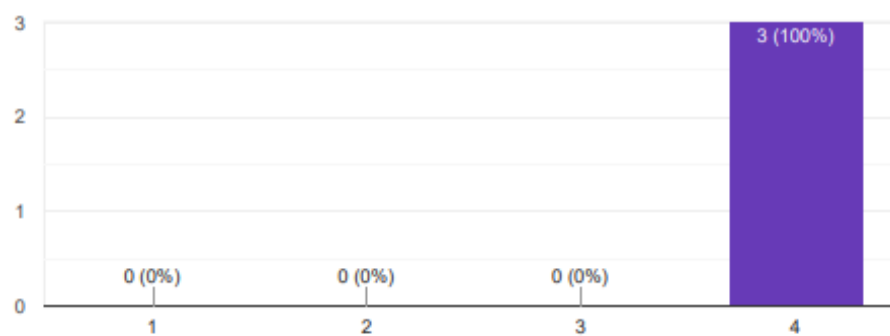


Expectativas



Esta sessão de formação correspondeu ao que esperava, mostrando-se útil à sua prestação de cuidados?

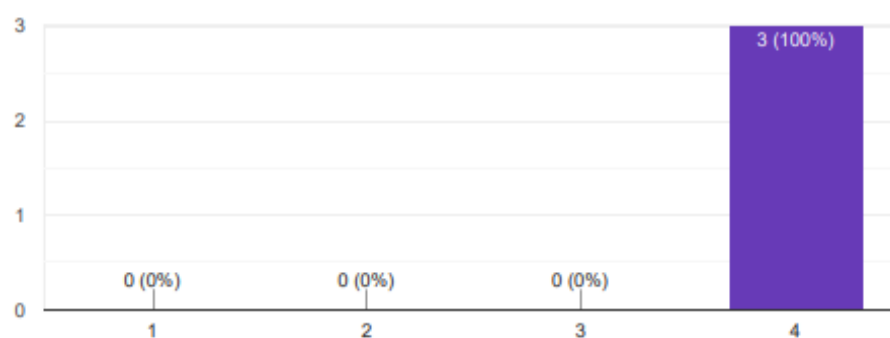
3 respostas



Formadoras

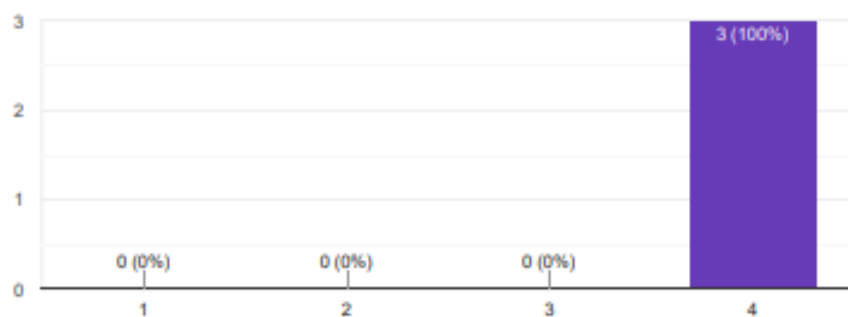
As formadoras transmitiram as informações com clareza?

3 respostas



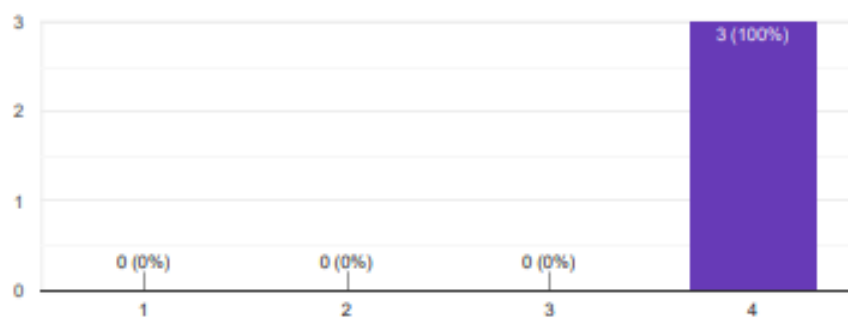
As formadoras dominavam o assunto exposto?

3 respostas



As formadoras utilizaram recursos adequados à sessão de formação?

3 respostas

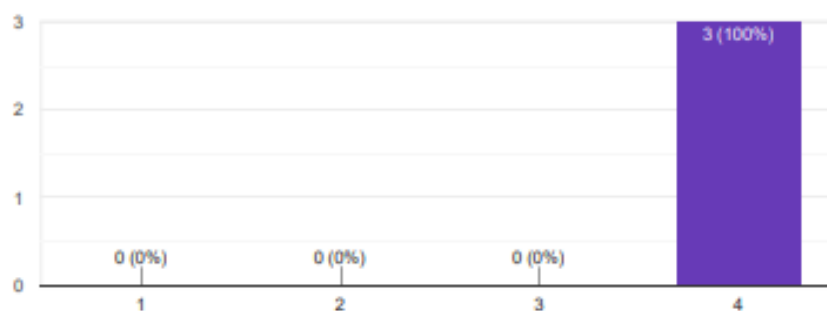


Sessão de Formação



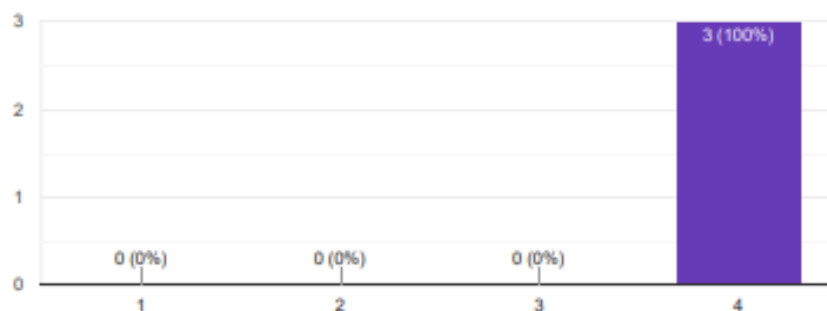
Os objetivos da sessão de formação eram claros?

3 respostas



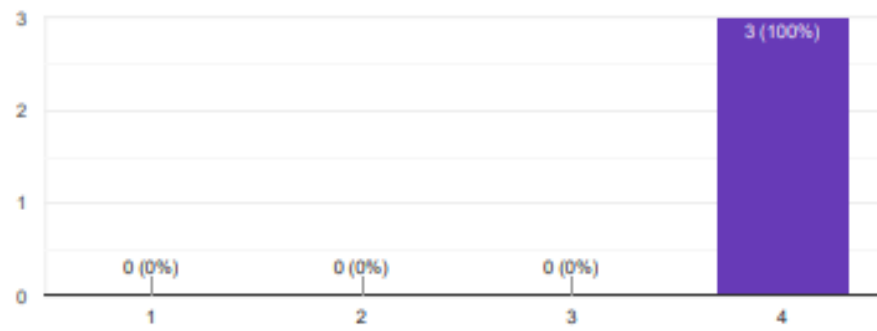
O conteúdo da sessão foi adequado às suas necessidades formativas sobre o tema?

3 respostas



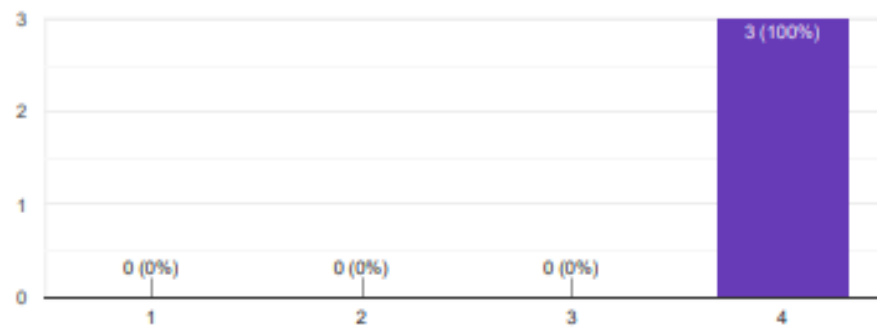
A duração da apresentação foi adequado ao conteúdo apresentado?

3 respostas



Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo apresentado?

3 respostas

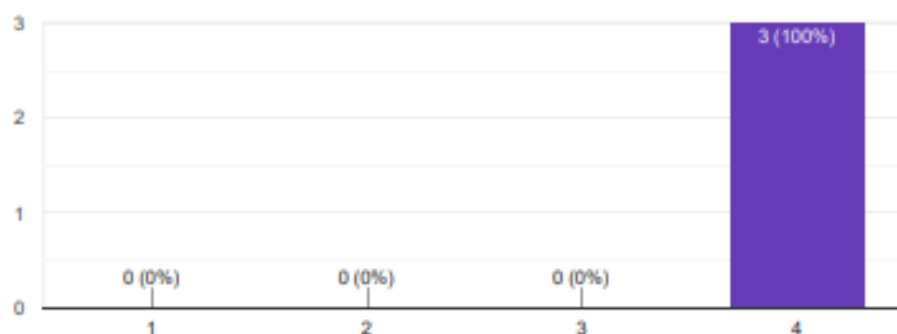


Resultados alcançados



Como classifica, de forma geral, esta sessão de formação?

3 respostas



Pontos Fortes

3 respostas

Utilização do recurso vídeo como forma de sistematização do conhecimento; Qualidade dos materiais disponibilizados; segurança na apresentação; rigor no tempo de duração da sessão, permitindo ainda disponibilizar tempo para discussão

a exposição esquemática do modelo proposto; conhecimento demonstrado pelas formadoras

Pontos Fracos

3 respostas

Nenhum a assinalar

nada a apontar

Sugestões de melhoria

1 resposta

Nada a apontar



APÊNDICE XXII

Grelha de análise aos Registos de Enfermagem

GRELHA DE ANÁLISE AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

	Sim	Não	Observações (Justificação da resposta)
Aplicação da Escala Modificada de Barthel na admissão da Pessoa idosa no Serviço de Cirurgia			
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa idosa			
Aplicação da Escala Modificada de Barthel 48h após a cirurgia da Pessoa idosa			
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa idosa			
Aplicação da Escala Modificada de Barthel, no caso de ocorrência de complicações ou agravamento do estado da Pessoa idosa			
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa idosa			
Aplicação da Escala Modificada no momento da alta			
Planeadas intervenções de Enfermagem de acordo com o Score e grau de dependência da Pessoa idosa			

APÊNDICE XXIII

**Guião do Processo de Parceria para a Promoção da Funcionalidade
da Pessoa idosa submetida a cirurgia concológica do tubo
digestivo e/ou Cuidador Familiar**

REVELAR-SE – FASE 1 “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)	
DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA E/OU CUIDADOR FAMILIAR	
O (A) Enfermeiro (a) cumprimenta a Pessoa idosa/Cuidador Familiar	
O (A) Enfermeiro (a) apresenta-se (nome, profissão)	
O (A) Enfermeiro (a) explica o que vai fazer (objetivo, colheita de dados/avaliação inicial)	
O (A) Enfermeiro (a) promove a afetividade (demonstrando simpatia, empatia)	
O (A) Enfermeiro (a) promove um ambiente promotor da interação (promove a escuta ativa, num ambiente calmo e mostrando disponibilidade e respeito pela Pessoa/Cuidador)	
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	
Nome	
Nome pelo qual gosta e quer ser tratado	
Sexo	
Idade	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e/ou anterior)	
Estado Civil	
REVELAR-SE – FASE 1 “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)	
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	
Composição do agregado familiar (com quem vive)	
Pessoa de referência (Nome, Parentesco, Contacto telefónico)	
Rede Familiar (Quem são, relacionamento e tipo de apoio)	
Condições habitacionais (Tipo de casa, salubridade)	
Situação económica (existem dificuldades e de que tipo)	

Rede de apoio (Médico de Família, Apoio social, Cuidador Familiar)	
Atividades de lazer/projeto de vida (tempos livres, o que deseja para si)	
Hábitos de vida e comportamento aditivos	
Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual	
CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	
Diagnóstico	
A Pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	
A Pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	
O Cuidador Familiar tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	
O Cuidador Familiar tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	
Antecedentes médico-cirúrgicos da Pessoa idosa	
Medicação de ambulatório da Pessoa idosa	
Responsabilidade da gestão terapêutica (Quem tem, em quê, porquê e quais os problemas de adesão)	

REVELAR-SE – FASE 1 “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)

CONHECER A CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA	
Estado Mental (Consciência/Orientação, eventual aplicação da escala de Glasgow)	Pontuação:
Estado Funcional (Atividades Básicas de Vida diária - Escala Modificada de Barthel)	Pontuação:
Estado Nutricional (Mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica – eventual aplicação do Mini Nutricional Assessement)	Pontuação:

Eliminação (Padrão de eliminação Vesical, Intestinal)	
Sono (Padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (Acuidade visual, auditiva, medidas adaptativas/próteses)	
Capacidade de aprendizagem de habilidades	Demonstra:
ENVOLVER-SE – FASE 2 “caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p.100)	
CONHECIMENTO MÚTO DOS RECURSOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA E DA PESSOA IDOSA/CUIDADOR FAMILIAR	
O (A) Enfermeiro (a) promove um ambiente de socialização da Pessoa idosa com o serviço (apresenta a equipa, a organização e a estrutura física do serviço)	
O (A) Enfermeiro (a) informa a Pessoa idosa/Cuidador Familiar sobre a preparação pré-operatória	
O (A) Enfermeiro (a) informa a Pessoa idosa/Cuidador Familiar sobre as vigilâncias pós-operatórias	
O (A) Enfermeiro (a) fornece guia de acolhimento à Pessoa idosa/Cuidador Familiar	
O (A) Enfermeiro (a) procura saber quais são as expectativas da Pessoa idosa face à cirurgia e ao internamento	
O (A) Enfermeiro (a) procura saber quais são as expectativas do Cuidador Familiar face à cirurgia e ao internamento	
O (A) Enfermeiro (a) enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis face ao procedimento cirúrgico previsto	
O (A) Enfermeiro (a) mostra-se disponível para a Pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, demonstrando respeito, centrando os cuidados na mesma)	
O (A) Enfermeiro (a) mostra-se disponível para o Cuidador Familiar (tem tempo para a ouvir, demonstrando respeito, centrando os cuidados no mesmo)	

O (A) Enfermeiro (a) procura conhecer como a Pessoa idosa considera estar a sua capacidade funcional	
O (A) Enfermeiro (a) procura conhecer como o Cuidador Familiar considera estar a capacidade funcional da Pessoa idosa	
O (A) Enfermeiro (a) procura envolver o Cuidador Familiar nos cuidados à Pessoa idosa	
CAPACITAR OU POSSIBILITAR – FASE 3 “...é contribuir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...” (Gomes, 2013, p.101)	
PARTILHAR O PODER PARA A CONTRUÇÃO DA AÇÃO CONJUNTA: PROMOVER O CUIDADO DE SI	
O (A) Enfermeiro (a) partilha conhecimento com a Pessoa idosa/Cuidador Familiar sobre a promoção da funcionalidade	
O (A) Enfermeiro (a) demonstra/incentiva e treina a Pessoa idosa para a manutenção da sua Funcionalidade após a cirurgia	
O (A) Enfermeiro (a) partilha informação e conhecimento sobre os cuidados e a prevenção/despiste de complicações pós cirúrgicos	
O (A) Enfermeiro (a) articula-se com a equipa multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista) de acordo com as necessidades da Pessoa idosa/Cuidador familiar	
O (A) Enfermeiro (a) promove o Cuidado de Si, respeita os tempos para aquisição de competências/aprendizagem de habilidades e atende às suas preferências	
O (A) Enfermeiro (a) incentiva a Pessoa idosa/Cuidador Familiar à adesão ao plano de intervenções promotoras da sua Funcionalidade	

Apêndice XXIV

Guia de entrevista às Pessoas Idosas e/ou Cuidador Familiar

ENTREVISTA ÀS PESSOAS IDOSAS E/OU CUIDADOR FAMILIAR

A entrevista é considerada uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Esta pode ser definida como uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e que através de perguntas formuladas procura a obtenção dos dados que lhe interessam. É uma conversa a dois, ou mais interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa (Minayo e Costa 2018).

Utilizar a entrevista para obtenção de informação é procurar compreender a subjetividade do Outro através do seu depoimento, precisamente por se procurar a forma como o próprio se observa, vivencia e analisa, no seu tempo histórico, no seu momento, no seu ambiente social (Gaskel, 2002).

Um bom entrevistador será aquele que sabe ouvir, de forma ativa, demonstrando ao entrevistado que está interessado do que diz, nas suas emoções, realizando com isso novas questões, confirmando com gestos que o ouve atentamente e que quer compreender as suas palavras, sem, contudo, influenciar seu discurso (Belei et al., 2008).

Existindo vários tipos de entrevista, dos quais destacamos a entrevista semiestruturada, por ter sido a aplicada. Essa modalidade obedece a um guia, tem um apoio claro, uma sequência ordenada, permitindo, sobretudo aos investigadores menos experientes, hipóteses para assegurar o seguimento dos seus objetivos, alcançando a finalidade da entrevista, no que respeita à obtenção de dados (Minayo e Costa 2018).

De destacar que é referido pelos mesmos autores, que desde o momento inicial, é fundamental que se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia para que o entrevistado se sinta desprendido de qualquer coerção, intimidação ou pressão. À medida que estas questões preliminares tenham sido suficientes para a criação de uma atmosfera favorável, o entrevistador poderá passar a abordar o tema central da entrevista.

Face ao exposto, é de seguida apresentado o guia da entrevista aplicada às Pessoas Idosas e/ou Cuidador Familiar, no momento da admissão ao internamento, no momento da alta e 7 dias após a mesma, com o objetivo de avaliar a manutenção, alteração ou recuperação da funcionalidade da Pessoa idosa após o evento cirúrgico.

Relembrar que para a aplicação das entrevistas foram elaborados e distribuídos previamente os consentimentos informados aos seus participantes, que autorizaram a sua gravação e posteriormente a sua transcrição para que fosse possível a sua análise de conteúdo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Belei et al (2008). *O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa*. Cadernos de Educação

Gaskell, G. (2002). *Entrevistas individuais e grupais. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.

Minayo e Costa (2018). *Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa*. Revista Lusófona de Educação, 40, 139-153

GUIA DE ENTREVISTA À PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA ONCOLÓGICA DO TUBO DIGESTIVO E/OU CUIDADOR FAMILIAR

NO NOMEMTO DE ADMISSÃO AO INTERNAMENTO

1. Como avalia a sua capacidade funcional atual? Qual o seu grau de dependência de Outro para a realização de atividades básicas de vida diária?
2. Existe algum aspeto que o/a preocupe em relação ao seu regresso a casa e aos cuidados que deve ter após a alta?
3. Considera importante a aquisição de competências para a manutenção da sua capacidade funcional após esta cirurgia?
4. Qual considera ser a melhor estratégia a adotar pela equipa de enfermagem para fornecer informações sobre os cuidados a ter após a alta? Exemplo: Fornecimento de guias orientadores; ensinos presenciais com cuidadores/familiares.

NO MOMENTO DA ALTA

1. Como avalia a sua capacidade funcional atual? Qual o seu grau de dependência de Outro para a realização de atividades básicas de vida diária?
2. Existe algum aspeto que o/a preocupe em relação ao seu regresso a casa e aos cuidados que deve ter após a alta?
3. O que considera importante saber para conseguir recuperar a sua capacidade de desenvolver as suas atividades no dia-à-dia após a cirurgia?

4. Sentiu, durante o internamento que existiu incentivo à sua participação, na prestação de cuidados, aquisição de competências e aquisição de habilidades? Acha que a equipa de enfermagem respeitou o seu tempo para realizar as atividades como ir tomar banho, preparar e comer a sua refeição, deambular pelo serviço?
5. Sabe a quem recorrer em caso de necessidade, após a alta hospitalar?

ATÉ 7 DIAS APÓS A ALTA

1. Durante o internamento considera que existiu incentivo à sua participação? A prestação de cuidados foi facilitadora para aprender a cuidar de Si próprio após a cirurgia?
2. Que sugestões daria à equipa de enfermagem para melhorar a transmissão de informação sobre os cuidados a ter após a alta?
3. Sente-se capaz de cuidar de Si no regresso a casa? Se **Não** porquê?
4. Em seu entender a sua família estará preparada para o ajudar a cuidar de Si em casa?

APÊNDICE XXV

**Análise de conteúdo das narrativas pessoas idosas e/ou cuidador
familiar, segundo Bardin (2013)**

ANÁLISE DE CONTEÚDO SEGUNDO BARDIN (2013)

A **Análise de Conteúdo** é uma técnica muito utilizada em estudos qualitativos. De acordo com **Bardin** (2013) é definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. É composta fundamentalmente por **3 etapas**, a **organização**, onde se começa por avaliar os documentos existentes e que se pretendem analisar, neste caso serão as entrevistas realizadas, para perceber o que poderá ser útil extrair para análise. Segue-se a fase de **codificação**, de onde se destacarão as unidades de registo (o que será analisado, qual a parte do texto, o verbo ou a temática, que palavra ou frase será analisada quando referida pelo entrevistado) e unidades de contexto (traduzindo onde está inserida a unidade de registo, é preciso contextualizar onde e porquê são referidas as unidades de registo, as tais palavras, verbos ou temáticas). Na última fase da análise de conteúdo sugerida por Bardin (2013) surge a **categorização** que deverá seguir algum dos seguintes critérios: semântico, sintático, léxico ou expressivo.

No âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e no aperfeiçoamento de técnicas de pesquisa e colheita de dados, é apresentada de seguida uma grelha de análise ao conteúdo das entrevistas semiestruturadas aplicadas às Pessoas Idosas e/ou Cuidador Familiar, segundo Bardin (2013), pretendendo com isso compreender como foi vivenciada por esta amostra da população, o internamento hospitalar e de que forma o evento cirúrgico representou ou não, uma alteração na sua capacidade funcional.

Para garantia de anonimato de cada participante, foi atribuída uma sigla que o identificará daqui em diante e como breve caracterização apresenta-se:

Definição	Sigla	Sexo	Idade	Diagnóstico/Cirurgia	Escala de Barthel (Admissão)	Escala de Barthel (Alta)
Pessoa Idosa 1	PI 1	Feminino	83 anos	Neoplasia Gástrica/Gastrectomia total	Totalmente independente	Dependente em grau moderado
Pessoa Idosa 2	PI 2	Masculino	79 anos	Neoplasia coloretal/Cirurgia de hartman	Dependente em grau moderado	Dependente em grau moderado

Definição	Sigla	Sexo	Idade	Pessoa Cuidada	Escala de Barthel (Admissão)	Escala de Barthel (Alta)
Familiar Cuidador 1	FC 1	Feminino	69 anos	Pai	Totalmente dependente	Totalmente dependente
Familiar Cuidador 2	FC 2	Feminino	75 anos	Marido	Dependente em grau moderado	Dependente em grau moderado

De seguida apresentamos exemplos das narrativas que permitam a extração de dados para análise:

Categoria	Subcategoria	Narrativas
Grau de dependência prévia ao internamento	Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa no momento de admissão ao internamento	"Sou independente. Faço tudo sozinha, ainda não preciso de ajuda de ninguém." (P11) "Sou dependente da minha mulher. É ela me ajuda". (P12) "O meu pai é dependente em quase tudo, dado o avançado estado de demência, sou eu a sua cuidadora". (CF 1)
Regresso a casa	Preocupação em relação ao seu regresso a casa, no momento de admissão ao internamento	"Preocupa-me se fico com alguma mazela que me leve a depender de alguém" (P11) "Preocupa-me dar ainda mais trabalho há minha mulher, ela já tem pouca força." (P1 2) "Preocupa-me que o meu pai deixa de conseguir andar" (CF 1)
Capacitação da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar para o Cuidado de-Si	Disponibilidade e interesse na capacitação para o Cuidado-de-Si; Disposição para o conhecimento na recuperação da capacidade para as	"Quero saber tudo o que me possa ajudar a recuperar. Que exercícios posso fazer para voltar a fortalecer os músculos e cansar-me menos e o que posso comer através deste tubo" (jejunostomia) (P11).
Grau de dependência no momento da alta	Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa no momento da alta	"Agora estou dependente. Depois de tanto tempo internada, sinto-me exausta". (P11) "Estou dependente no que já era. Eu sinto-me igual". (P12) "O meu pai mantém-se dependente em todas as atividades para as quais já o era". (CF 1)
Capacitação da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar para o reconhecimento dos recursos da comunidade	Conhecimento sobre recursos disponíveis após a alta hospitalar	"Devo recorrer primeiro ao centro de saúde e depois à urgência se for necessário". (P11) "Devo recorrer ao centro de saúde e à enfermeira que me vai seguir em consulta por causa do saco". (P12)
Melhoria dos cuidados de enfermagem	Sugestões de melhoria na transmissão de informação	"Acho que está tudo bem". (P11) "O meu maior receio era que, dado o atual contexto de pandemia e a restrição de visitas não fosse possível eu estar presente ou tirar as dúvidas necessárias, tal não aconteceu, pelo contrário, não senti que existisse nenhuma dificuldade de comunicação, se não fosse por presença, telefonicamente consegui sempre saber informações sobre o internamento e nos documentos referentes à alta, estavam claras todas as indicações necessárias à continuidade dos tratamentos e cuidados a ter". (CF 2)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70. (traduzido do original francês *L'analyse de contenu* (1977))

APÊNDICE XXVI

Questionários à Equipa de Enfermagem:

Análise de situação clínica segundo o Modelo Reflexivo de JOHNS

(1999)

QUESTIONÁRIOS À EQUIPA DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DE SITUAÇÃO CLÍNICA SEGUNDO O MODELO REFLEXIVO DE JOHNS (1999)

O questionário, segundo Gil (1999, p.128), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas”.

Quanto a vantagens e desvantagens desta técnica, se por um lado, esta colheita de dados permite abranger um grande número de pessoas, garante o anonimato das respostas, permite que respondam no momento que julguem mais conveniente, não expondo os pesquisadores à influência das opiniões e do aspeto pessoal do entrevistado, por outro lado, impede o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido (o que pode ser importante na avaliação da qualidade das respostas), não oferece a garantia de que a maioria das pessoas o devolvam devidamente preenchido, (o que pode implicar a significativa diminuição da representatividade da amostra), pode proporcionar resultados bastante críticos em relação à objetividade (um vez que os itens podem ter significados diferentes para cada sujeito inquirido), impedindo ainda a ajuda ao inquirido quando este não entende corretamente as instruções ou perguntas (Chaer, Diniz e Ribeiro, 2011).

O questionário aqui apresentado para aplicação à equipa de Enfermagem, teve como modelo teórico norteador o Modelo Reflexivo de Johns, cujo objetivo é trazer à prática de cuidados de enfermagem a capacidade para justificar intervenções e tomadas de decisão tendo em conta conceitos e constructos teóricos da própria disciplina de enfermagem, contribuindo assim para o desenvolvimento da consciência e da consistência do agir profissional, quer de alunos dos diferentes graus de ensino (pré ou pós-graduado) quer de Enfermeiros.

Como futura especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área Específica de Intervenção em Enfermagem à Pessoa idosa, pedi a colaboração da equipa de enfermagem do serviço de internamento de cirurgia para que, ao responder a este inquérito contribuísse com dados colhidos da prática diária onde estariam ou não, refletidas intervenções promotoras da funcionalidade da Pessoa idosa submetida a Cirurgia.

Este estudo, pretendeu incidir na avaliação de Pessoas Idosas submetidas a cirurgia oncológica do tubo digestivo (urgente ou eletiva) e assim contribuir para o

desenvolvimento de competências, por parte de toda a equipa, no âmbito da avaliação das necessidades existentes nesta área, na potencialização e demonstração do contributo da intervenção de enfermagem para a avaliação da capacidade funcional da Pessoa idosa e a sua promoção, colaborando na existência de menos complicações durante o internamento e promovendo um regresso a casa em condição idêntica ou melhor do que aquela em que a Pessoa idosa se encontrava na data do internamento.

A par de tudo isto, fizeram parte dos objetivos deste trabalho, por um lado, a avaliação e dinamização de Cuidadores Familiares, que nos diferentes contextos de vida em que as Pessoas Idosas possam estar inseridas, saibam agir de forma a manter e preservar a sua dignidade e por outro lado, esta prática reflexiva veio contribuir, também, para problematizar e aprofundar a compreensão que o enfermeiro tem sobre os cuidados que presta diariamente, e de que modo o processo de cuidados (colheita de dados, diagnóstico e planificação de intervenções, a intervenção e a sua avaliação) espelha um pensamento de enfermagem.

Tendo em conta a evidência apresentada, foi proposto a cada um dos enfermeiros participantes, nos seus diferentes níveis de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito (segundo Benner, 2001), que descreve-se uma situação em que cuidou de uma pessoa idosa internada no Serviço de Cirurgia, submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo, e que sofreu alteração da funcionalidade após o procedimento e em que foi promovida a capacidade funcional da pessoa idosa e/ou cuidador familiar para o Cuidado de Si.

Solicitou-se que a descrição da situação clínica fosse descrita respondendo às seguintes questões:

1. O que aconteceu? A Pessoa idosa foi submetida a cirurgia eletiva ou urgente?
2. Quando admitiu a Pessoa idosa, no internamento, avaliou e registou a sua capacidade funcional? Quais os objetivos que definiu com a Pessoa e cuidador familiar para promover a sua funcionalidade?
3. Em que baseou as suas intervenções?
4. Quais as intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade que planeou e implementou?
5. Quais foram os benefícios e consequências das suas intervenções para a Pessoa idosa? Para o Cuidador Familiar? Para si mesmo(a)?
6. Como é que essa Pessoa idosa e/o Cuidador Familiar se sentiram?

7. Quais os fatores que o fizeram agir de modo Congruente ou incongruente com as intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade da Pessoa idosa?
8. Que relação tem isso com a sua experiência prévia e os seus conhecimentos acerca da avaliação da funcionalidade e das intervenções que a promovem?
9. O que necessitaria para melhorar a sua intervenção, em situações similares?
10. Quais considera ser os diagnósticos de enfermagem (SCLínico) que contribuem para a avaliação da capacidade funcional da Pessoa idosa submetida a cirurgia e implementação de intervenções que a promovem?
11. Quais considera ser as consequências da ausência de avaliação da capacidade funcional da Pessoa idosa, durante o internamento?
12. Que sugestão daria para melhorar a Promoção da Funcionalidade da Pessoa idosa, submetida a cirurgia oncológica do tubo digestivo e/ou do seu Cuidador Familiar?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaker et al (2001) *"Marketing Research" (7th Ed.)*, New York: John Wiley & Sons, Inc

Johns, C. (2002). *Guided reflection: advancing practice*. London, England: Blackwell Science.

Peixoto e Peixoto (2017). *Reflective practice among nursing students in clinical teaching*. *Revista de Enfermagem Referência*. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Apêndice XXVII
Análise de conteúdo das narrativas dos Enfermeiros, segundo
Bardin (2013)

ANÁLISE DE CONTEÚDO SEGUNDO BARDIN (2013)

A **Análise de Conteúdo** é uma técnica muito utilizada em estudos qualitativos. De acordo com **Bardin** (2013) é definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. É composta fundamentalmente por **três etapas**, a **organização**, onde se começa por avaliar os documentos existentes e que se pretendem analisar, neste caso serão as entrevistas realizadas, para perceber o que poderá ser útil extrair para análise. Segue-se a fase de **codificação**, de onde se destacarão as unidades de registo (o que será analisado, qual a parte do texto, o verbo ou a temática, que palavra ou frase será analisada quando referida pelo entrevistado), as unidades de contexto (demonstrando onde está inserida a unidade de registo, contextualizando onde e porquê são referidas as tais palavras, verbos ou temáticas) e na última fase da análise de conteúdo sugerida por esta autora, surge a **categorização** que deverá seguir algum dos seguintes critérios: semântico, sintático, léxico ou expressivo.

No âmbito do desenvolvimento de competências de mestre e no aperfeiçoamento de técnicas de pesquisa e colheita de dados, é apresentada de seguida uma grelha de análise ao conteúdo dos questionários aplicados aos Enfermeiros, segundo Bardin (2013), pretendendo com isso compreender como são elaborados os diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções que visam a promoção da capacidade funcional da Pessoa idosa submetida a cirurgia e do seu cuidador familiar.

Para garantia de anonimato de cada participante, foi atribuída uma sigla que o identificará daqui em diante e como breve caracterização apresenta-se o quadro seguinte:

Categoria	Sigla	Anos de experiência profissional em internamento de cirurgia geral	Nível de competência segundo Benner
Enfermeiro especialista	E1	15	Enfermeiro perito
Enfermeiro	E2	1	Enfermeiro iniciado
Enfermeiro	E3	5	Enfermeiro proficiente
Enfermeiro	E4	6	Enfermeiro proficiente

De seguida apresentamos exemplos das narrativas que permitam a extração de dados para análise:

Categoria	Subcategoria	Narrativas
Grau de dependência prévia ao internamento	Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa no momento de admissão ao internamento	"Sou independente. Faço tudo sozinha, ainda não preciso de ajuda de ninguém." (PI1) "Sou dependente da minha mulher. É ela me ajuda". (PI2) "O meu pai é dependente em quase tudo, dado o avançado estado de demência, sou eu a sua cuidadora". (CF 1)
Regresso a casa	Preocupação em relação ao seu regresso a casa, no momento de admissão ao internamento	"Preocupa-me se fico com alguma mazela que me leve a depender de alguém" (PI1) "Preocupa-me dar ainda mais trabalho há minha mulher, ela já tem pouca força." (PI 2) "Preocupa-me que o meu pai deixa de conseguir andar" (CF 1)
Capacitação da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar para o Cuidado de-Si	Disponibilidade e interesse na capacitação para o Cuidado-de-Si; Disposição para o conhecimento na recuperação da capacidade para as	"Quero saber tudo o que me possa ajudar a recuperar. Que exercícios posso fazer para voltar a fortalecer os músculos e cansar-me menos e o que posso comer através deste tubo" (jejunostomia) (PI1).
Grau de dependência no momento da alta	Avaliação do grau de dependência da pessoa idosa no momento da alta	"Agora estou dependente. Depois de tanto tempo internada, sinto-me exausta". (PI1) "Estou dependente no que já era. Eu sinto-me igual". (PI2) "O meu pai mantém-se dependente em todas as atividades para as quais já o era". (CF 1)
Capacitação da Pessoa Idosa e/ou Cuidador Familiar para o reconhecimento dos recursos da comunidade	Conhecimento sobre recursos disponíveis após a alta hospitalar	"Devo recorrer primeiro ao centro de saúde e depois à urgência se for necessário". (PI1) "Devo recorrer ao centro de saúde e à enfermeira que me vai seguir em consulta por causa do saco". (PI2)
Melhoria dos cuidados de enfermagem	Sugestões de melhoria na transmissão de informação	"Acho que está tudo bem". (PI1) "O meu maior receio era que, dado o atual contexto de pandemia e a restrição de visitas não fosse possível eu estar presente ou tirar as dúvidas necessárias, tal não aconteceu, pelo contrário, não senti que existisse nenhuma dificuldade de comunicação, se não fosse por presença, telefonicamente consegui sempre saber informações sobre o internamento e nos documentos referentes à alta, estavam claras todas as indicações necessárias à continuidade dos tratamentos e cuidados a ter". (CF 2)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70. (traduzido do original francês *L'analyse de contenu* (1977))

APÊNDICE XXVIII

**Poster - Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa idosa
Diabética. Uma intervenção em Parceria na Promoção da
Funcionalidade da População Sénior**

POSTER

**TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA
DIABÉTICA.**

**UMA INTERVENÇÃO EM PARCERIA NA PROMOÇÃO DA
FUNCIONALIDADE DA POPULAÇÃO SÉNIOR**

A comunicação em póster pretende sintetizar a exposição de um trabalho académico impresso em cartaz, acompanhada de uma apresentação feita pelos autores ao público que dele se aproximem. O interesse deste tipo de comunicação é o de conseguir atrair a atenção do público e estimular a aproximação de possíveis interessados nos temas expostos para o contato com os autores (Dantas e Oliveira, 2015).

O Poster aqui apresentado terá assim como objetivo principal comunicar de forma resumida os conteúdos do tema em destaque, a Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa idosa Diabética, numa perspetiva de intervenção em Parceria e o seu contributo para a Promoção da Funcionalidade da População Sénior, consagrando em si a possibilidade de partilha de conhecimentos entre os participantes, conduzindo por isso ao aprimoramento do trabalho e até à possibilidade de estabelecimento de uma rede de contatos.

As apresentações em formato de poster, são feitas de forma resumida, atendendo ao tempo compreendido entre 3 e 5 minutos, de acordo com a comissão organizadora e onde se pretende que seja feita referência ao seu conteúdo e resultados obtidos.

Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica / Adulto e Idoso

Formação, Investigação e Exercício Clínico

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA - Uma intervenção em Parceria na Promoção da Funcionalidade da População Sénior -

Andreia Oliveira¹, [Redacted], [Redacted], [Redacted]

1. Enfermeira no Hospital Santa da Graça e aluna de Mestrado em Saúde e Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Pessoa Idosa. andreiaoliveira@ua.pt
2. Enfermeira no Hospital Santa da Graça e aluna de Mestrado em Saúde e Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Pessoa Idosa. mariafrancesca@ua.pt
3. Professora Assistente e docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. mariafrancesca@ua.pt
4. Enfermeira especialista na Unidade de Saúde Familiar (Unidade) e assistente de Saúde Superior de Enfermagem de Lisboa. mariafrancesca@ua.pt

Palavras Chave: Pessoa Idosa; Teleconsulta; Funcionalidade; Parceria; Cuidado-de-Si.

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO...



OBJETIVOS...

Desenvolver um guião para implementação da TCE dirigida à Pessoa Idosa que vive com diabetes, e seu cuidador, de modo a promover o Cuidado-de-Si;
Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a intervenção em parceria à Pessoa Idosa diabética, através da TCE, segundo o Modelo de Intervenção em Parceria.

METODOLOGIA...

ADGS (2020) tinha como meta para 2021, diminuir o aparecimento da diabetes em utentes de risco e aumentar o diagnóstico precoce, contudo, a pandemia veio provocar o distanciamento entre estes e os enfermeiros. Segundo a **Entidade Reguladora da Saúde (2020)**, as consultas de enfermagem presenciais em 04/2020 reduziram 46%, contra o aumento de 130% das consultas de enfermagem não presenciais, face ao período homólogo de 2019.
Como enfermeiros na área de enfermagem Médico-Cirúrgica é fundamental **promover a saúde, autonomia, segurança das pessoas idosas com diabetes** no contexto onde vive, adequando a nossa intervenção e potenciando o Cuidado de Si (Gomes, 2020), numa prática de enfermagem avançada assente em modelos conceituais que orientem e estruturam os cuidados de enfermagem. Assim, **Teleconsulta de Enfermagem (TCE)** surge como uma estratégia para **assegurar a continuidade desses cuidados** (Ministério da Saúde, 2018), mas também de **produzir conhecimento e melhorar a prática de cuidados de enfermagem**, pelo que importa, desenvolvê-la.



Participantes:

- ✓ 8 enfermeiros da equipa de enfermagem da USFX;
- ✓ 5 Pessoas Idosas com diabetes, utentes do USFX com idade igual ou superior a 65 anos (amostra intencional obtida pelo enfermeiro de família).

Instrumentos de coleta de dados

- ✓ Questionário Google Forms à equipa de enfermagem (diagnóstico da situação), identificadas necessidades formativas > a analisado por estatística descritiva;
- ✓ Revisão da literatura;
- ✓ Guião da TCE à Pessoa Idosa Diabética [baseado no modelo de parceria de Gomes (2020)] e nos contributos dos profissionais > s submetido a pré-teste.

RESULTADOS E DISCUSSÃO...



FLUXOGRAMA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA DIABÉTICA



CONCLUSÕES...

Competências nas áreas de investigação (diagnóstico de situação, pesquisa de melhor / mais recente evidência científica, divulgação de resultados), liderança (identificação de necessidades, formação da equipa de enfermagem) e consultadoria (promoção, participação, desenvolvimento de novos projetos). Sugere-se realizar um estudo quantitativo que caracterize os ganhos da aplicabilidade desta intervenção: melhorados indicadores da gestão da diabetes pelas Pessoas Idosas e indicadores de desempenho da USFX.

BIBLIOGRAFIA:
IN (2020). Programa de Saúde Prioritárias Médicas da Saúde 2020. <https://www.in.gov.pt/pt/programa-de-saude-prioritarias-medicinas-da-saude-2020>
Entidade Reguladora da Saúde. (2020). Relatório de atividades de 2020. <https://www.ers.gov.pt/pt/relatorio-de-atividades-de-2020>
Gomes, F., Martins, M., Queiroz, D., Lopes, P., Gomes, B. (2020). Using for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Risk by Telephone Consultation. In: Garcia-Alonso, A., Ferreira, C. (eds.), *SmartHealth, Health 2020*, *International Conference on Computer and Information Sciences*, vol. 1185, pp. 213-218. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-50000-0_17
Ministério da Saúde (2018). *Revista de Saúde*. Portugal. <https://www.revista-saude.gov.pt/pt/revista-saude>
Ruiivo, E., Almeida, C. (2013). *Práticas de Cuidado de Si e Enfermagem*. No 1/2013, 1-11. Arquivo a 10/06/2021. <https://www.revista-saude.gov.pt/pt/revista-saude>
Ruiivo, E., Almeida, C., Almeida, C. (2020). Metodologia de Projeto: abordagem descritiva de estudos. *Revista de Saúde*, 11, 1-11.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Dantas, Lys M. V; Oliveira, Adriano A. *Como elaborar um pôster acadêmico: Material didático de apoio à vídeo-dica Pôster Acadêmico*. Projeto de Extensão UFRB. Cachoeira: UFRB, 2015