



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
Área de Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

Parceria com o Cliente Idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica/Cuidador na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração

Dora Margarida Fragoso Santos

2013





**3º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
Área de Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

Parceria com o Cliente Idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva
Crónica/Cuidador na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração

Dora Margarida Fragoso Santos

Orientadora: Professora Doutora Idalina Gomes

2013



“A identidade própria do humano é construída na coexistência e na inter-relação. Na base dessa percepção está o cuidado, compreendido como solicitude, dedicação e inquietação pelo outro.” (Silva et al., 2008, p. 699)

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora, Professora Doutora Idalina Gomes

Às orientadoras de estágio, Enf^a Fátima, Enf^a Irene e Enf^a Isabel

À minha família, em especial à minha mãe, à minha irmã, ao meu pai e ao Pedro

Aos meus amigos em especial à Sónia, Natália, César, André, Cristina, Liliana e

Francisco

Aos meus colegas de equipa

Mas especialmente a todos os clientes idosos com OLD que cuidei e cuidarei

OBRIGADA

RESUMO

O presente trabalho consiste no relatório de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa. A problemática que norteou a elaboração do mesmo foi a adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD) da pessoa idosa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

A OLD é um tratamento associado à insuficiência respiratória crônica presente no contexto da DPOC. Constatou-se que a DPOC representa a doença respiratória crônica com maior prevalência nas pessoas idosas, gerando necessidades específicas ao nível da sua gestão e da gestão de tratamentos como a OLD, em programas de acompanhamento em hospital de dia de insuficientes respiratórios (HDIR) e sala de ventilação eletiva (SVE).

Este trabalho teve como finalidade assegurar a adesão do cliente idoso submetido à terapêutica de OLD, promovendo o cuidado de si, que emergiu da lacuna de um registo estruturado de intervenções específicas de enfermagem. A sua consecução permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, nomeadamente na prestação de cuidados globais às pessoas idosas, na educação das mesmas e suas famílias/cuidadores, na investigação, na liderança profissional e no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem promovidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Foram prestados cuidados de enfermagem diretos aos clientes idosos e sua família/cuidador com base no Modelo de Parceria de Gomes (2009) e os resultados do projeto permitiram encarar o cliente idoso numa visão holística com base numa avaliação multidimensional, identificando as necessidades decorrentes do processo de envelhecimento e de transição de saúde-doença. Os resultados do projeto mostram que a implementação de estratégias de avaliação e intervenção de enfermagem que promovem a adesão à OLD permitiram às enfermeiras conhecer mais profundamente o cliente idoso e sua família/cuidador, envolvendo-os e incluindo-os nos seus cuidados, capacitando-os para tomarem decisões e para assumirem o cuidado de si. Os registos de enfermagem demonstraram maior eficácia nas intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: cliente idoso, adesão à OLD, parceria, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

This work consists in the report of the clinical practice in Nursing Masters degree, Clinical-Surgical area – nursing intervention to elderly. The main theme that guided this report was the adherence to Long Term Oxygen (LTO) in elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

LTO is a treatment associated to chronic respiratory failure present in COPD context. COPD is the chronic respiratory disease with higher prevalence in elderly people, what creates specific needs in its management and in treatments like LTO management, in monitoring respiratory failure patients and ventilation follow-up programs.

The present work aim was to insure the elderly client adherence to LTO, promoting self-care, and emerges from the lack of an organized registration of specific nursing interventions. It's elaboration contributed for the development of skills as a specialist nurse, particularly in global care to elderly, in their families/caregivers education, in investigation, in professional leadership and in the nursing care quality promoted by *Ordem dos Enfermeiros*.

There were given nursing care to elderly people and their families/caregivers based on the Partnership Model from Gomes (2009) and the project results allowed an holistic vision of the elderly patient based on a multidimensional evaluation, identifying the needs of the aging process and the health-disease transition demands. The project results demonstrated that the implementation of evaluation and nursing intervention strategies that promote the LTO adherence allowed the nurses to improve their knowledge about the elderly patient and its family/caregivers, evolving and including them in their caring process, helping them taking decisions and assuming self-care. The nursing records demonstrated bigger accuracy in the nursing interventions.

Key-Words: elderly patient, adherence to LTO, partnership, nursing interventions

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD: Atividades de Vida Diárias

CAT: COPD Assessment Test

CNCRD: Comissão Nacional dos Cuidados Respiratórios Domiciliários

DGS: Direção Geral de Saúde

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FEV1: Volume expiratório máximo no 1ºsegundo

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HDIR: Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios

HDP: Hospital de Dia Pneumológico

INE: Instituto Nacional de Estatística

MRC: Medical Research Council

OE: Ordem dos Enfermeiros

OLD: Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONDR: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PNS: Plano Nacional de Saúde

SPP: Sociedade Portuguesa de Pneumologia

SVE: Sala de Ventilação Eletiva

UR: Unidade de Registo

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	10
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1. O envelhecimento: a pessoa idosa com doença crónica.....	16
2.2. A doença pulmonar obstrutiva crónica e a oxigenoterapia de longa duração na pessoa idosa.....	18
2.3. Adesão ao regime terapêutico na pessoa idosa: a adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC	22
2.4. Cuidar do cliente idoso com DPOC numa situação de transição causada pela gestão da OLD.....	29
2.5. A parceria com a pessoa idosa com OLD na promoção do Cuidado de Si	31
3. DESENHO DO PROJETO/IMPLEMENTAÇÃO	36
3.1. Execução, avaliação e divulgação dos resultados	39
3.2. Reflexão das competências desenvolvidas e das implicações para a prática de enfermagem	62
4. CONCLUSÃO	67
BIBLIOGRAFIA	69
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE I - Revisão Sistemática da Literatura “Adesão das pessoas idosas à Oxigenoterapia de Longa Duração”	
APÊNDICE II – Cronograma de Atividades	
APÊNDICE III – Questionário aplicado às equipas de enfermagem	
APÊNDICE IV – Análise de conteúdo dos questionários aplicados às equipas de enfermagem	
APÊNDICE V – Grelhas com os indicadores das fases do Modelo de Parceria observados nos Registos de Enfermagem	
APÊNDICE VI – Indicadores da Parceria utilizados na para a observação participativa das enfermeiras	
APÊNDICE VII – Notas de Observação das Práticas (1, 2 e 3)	

APÊNDICE VIII – Póster científico “Parceria com o Cliente Idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)/cuidador na adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD)”

APÊNDICE IX – Sessão de Formação realizada à equipa de Enfermagem: Plano da sessão e Apresentação

APÊNDICE X - Estudo de Caso

APÊNDICE XI – Guia Orientador “Avaliação e intervenção de Enfermagem na Promoção da Adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC”

APÊNDICE XII – Reflexão individual segundo o Modelo de Jonh’s

APÊNDICE XIII – Base de dados em Excel da colheita de dados

APÊNDICE XIV – Avaliação Qualitativa das Enfermeiras Orientadoras de Estágio

ANEXOS.....172

ANEXO 1 – Abordagem da DPOC segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* [GOLD] (2013)

ANEXO 4 – Instrumentos complementares na avaliação multidimensional, durante a prestação direta de cuidados especializados ao cliente idoso.

ANEXO 5 – Registos sobre adesão à OLD, segundo a CIPE, informatizados

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Fases do Processo de Parceria (Adaptado de Gomes, 2009).....	34
Gráfico 1 – Intervenções de enfermagem implementadas pelas equipas de enfermagem para promover a adesão à OLD do cliente idoso com DPOC no assegurar o cuidado de si.....	45
Gráfico 2 – Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) – Identidade do cliente, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE nos na primeira e última fase do estágio.....	55
Gráfico 3 – Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) - Contexto de Vida, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE, na primeira e última fase do estágio.....	56
Gráfico 4 – Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) - Contexto de Doença, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.....	56
Gráfico 5 – Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) - Contexto de Doença: Oxigenoterapia de Longa Duração, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.....	56
Gráfico 6 – Registos dos indicadores da 2ª fase do Modelo de Parceria (Envolverse), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.....	57
Gráfico 7 – Registos dos indicadores da 3ª fase do Modelo de Parceria (Capacitar ou Possibilitar), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.....	57
Gráfico 8 – Registos dos indicadores da 4ª fase do Modelo de Parceria (Comprometer-se), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.....	57
Gráfico 9 – Registos dos indicadores da 5ª fase do Modelo de Parceria (Assegurar o cuidado de si ou o cuidado do outro), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.....	58
Gráfico 10 – Intervenções de enfermagem implementadas pelas equipas de enfermagem para promover a adesão à OLD do cliente idoso com DPOC no assegurar o cuidado de si.....	61

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de competências de enfermagem na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, área específica à pessoa idosa, tem por base a compreensão da pessoa ao longo do ciclo de vida, focando uma etapa de vida específica - a velhice. Neste perspectiva, os cuidados de enfermagem não se descentram do percurso de vida da pessoa, mas dirigem cuidados personalizados às pessoas idosas¹. As áreas de competência de enfermagem desenvolvidas tiveram por base um projeto de saúde ao idoso, para que este vivencie processos de saúde/doença com o objetivo de promover a sua saúde, a prevenção e o tratamento da doença, com uma readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

A competência, no contexto do envelhecimento, refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação do conhecimento e das capacidades efetivas (OE, 2009). Benner (2005) aborda o desenvolvimento de competências de enfermagem em cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Analisando o ponto de partida do projeto, no desenvolvimento do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, área específica à pessoa idosa, a avaliação e intervenção pessoais não estavam totalmente dirigidas às especificidades desta população. Com a realização do estágio no contexto da prática - a pessoa idosa com doença respiratória crónica, visou-se o desenvolvimento de competências de modo a avançar nos estados apresentados, conseguindo analisar, intervir e avaliar melhor o exercício nas múltiplas situações de prática clínica. Assim, no cuidado ao idoso desenvolveram-se competências de perito de modo a identificar a necessidade de cuidados do idoso, estabelecer prioridades no cuidado, formular diagnósticos de enfermagem, planear e executar intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características e contextos individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores, com cuidados de enfermagem multidisciplinares e multidimensionais, visando-se dinamizar a capacitação da pessoa idosa na gestão da doença crónica (Carvalho, 2009; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2011).

¹No relatório foi utilizado o conceito cliente, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2003), como a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem com um papel ativo na relação de cuidados, indo assim de encontro ao conceito definido pela teórica de referência Afaf Meleis. Em relação ao conceito de pessoa idosa, este refere-se à pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2012).

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e, desta forma, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo-se num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a).

No que diz respeito às competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e de promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No domínio da melhoria contínua da qualidade, defende-se o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro. Ao nível da gestão de cuidados procura-se prestar cuidados especializados à população específica, gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem na articulação com a equipa multiprofissional e adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando o aumento da qualidade dos cuidados. No domínio das aprendizagens profissionais: deve desenvolver o autoconhecimento e a educação do cliente, família/cuidadores com assertividade e basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010a; ESEL, 2011).

De modo a desenvolver estas competências optou-se por delinear o projeto de estágio em torno da temática da DPOC na pessoa idosa. Esta, a par de outras doenças que causam Insuficiência Respiratória Crónica, é a doença respiratória com maior prevalência na população idosa (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008; Comissão Nacional dos Cuidados Respiratórios Domiciliários [CNCRD], 2010; CNCRD, 2012). A OLD consiste na administração de oxigénio por um período superior a 15h/dia de modo a reverter e estabilizar a insuficiência respiratória crónica (Direção Geral de Saúde [DGS], 2006; *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* [GOLD], 2011), considerando-se a gestão do regime terapêutico um dos focos principais dos enfermeiros especialistas na Gestão das Doenças Crónicas.

Esta realidade serve de referencial ao presente trabalho, tendo sido a Gestão da OLD na pessoa idosa com DPOC um dos pontos principais no desenvolvimento do estágio. Esta temática assume particular importância pelas limitações que gera na

vida e no quotidiano das pessoas idosas, pelos constrangimentos nas atividades de vida diária e pelo declínio da sua qualidade de vida (Casaburi, 2006).

Enquanto profissional a exercer funções num Serviço de Pneumologia, é evidente um número significativo de pessoas idosas com DPOC e a realizar tratamento com OLD. A má adesão à OLD é um fator recorrente, o que implica complicações na gestão da doença com aparecimento de exacerbações como cansaço extremo e consequente diminuição da qualidade de vida.

Com base na temática escolhida, utilizou-se como referencial teórico a teoria de Afaf Meleis (2010). Esta refere que o enfermeiro facilita as transições vividas pelas pessoas no sentido de os ganhos alcançados potenciarem a sensação de conforto, bem-estar e equilíbrio (Meleis, et al., 1994), o que permite encarar a OLD, na gestão da DPOC de um cliente idoso, como um fator de desequilíbrio que exige uma intervenção de enfermagem neste processo de transição de saúde–doença. Assim, o Modelo de Intervenção de Gomes (2009) com base na Parceria, estrutura a intervenção de enfermagem de modo a capacitar a pessoa para o cuidado de si, guiando os enfermeiros numa relação eficaz. Estes fatos permitiram delinear os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeira especialista, intervindo em parceria com o cliente idoso e família, nomeadamente os submetidos à terapêutica de OLD na gestão da mesma no contexto da sua doença crónica, visando o cuidado de si e contribuir com a equipa de enfermagem desenvolvendo competências para a avaliação da adesão à OLD, intervindo na sua promoção, usando a parceria como intervenção de enfermagem, para promover o cuidado de si. O desenvolvimento do estágio e apresentação deste documento teve por base a Metodologia de Projeto que se centra na investigação, análise e resolução de problemas, do qual resulta a organização deste relatório em três capítulos principais: a justificação do projeto e diagnóstico da situação, as competências adquiridas através das atividades desenvolvidas e a reflexão das mesmas nas implicações para a prática. Assim, pretende-se que este relatório seja um documento escrito demonstrativo do percurso percorrido durante o processo de ensino-aprendizagem no estágio com relatório que decorreu de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013, dos conhecimentos mobilizados, das competências adquiridas e desenvolvidas, bem como dos objetivos alcançados envolvendo as pessoas idosas e as equipas de enfermagem.

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países desenvolvidos, verifica-se um aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Em 2011 esta representava 19,1% da população, com uma esperança média de vida de 76,14 anos para o sexo masculino e 82,05 anos para o sexo feminino (INE, 2011).

O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas é explicável por fatores como a melhoria significativa das condições sociais, incremento das medidas de prevenção da doença, maior sensibilização para os riscos comportamentais (tabaco) e ambientais e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Por outro lado, é documentada a diminuição do número de anos de vida potenciais perdidos. Assim importa refletir sobre as consequências destes dados. Acima dos 65 anos, 57,9% das pessoas refere uma diminuição moderada ou acentuada da sua atividade em que a maioria dos idosos se considera com má saúde e com carência de estruturas de apoio (Observatório Nacional das Doenças respiratórias [ONDR], 2012).

Com o aumento da esperança média de vida, importa referir o facto de as doenças respiratórias crónicas graves, as perturbações respiratórias do sono e as doenças neuromusculares afetarem mais de 10% da população (CNCRD, 2010), sendo a DPOC a doença respiratória crónica mais comum nos idosos (CNCRD, 2010; ONDR, 2012). A OLD surge no contexto terapêutico do cliente com insuficiência respiratória, ou seja, como terapêutica relevante na melhoria da qualidade de vida e na diminuição das complicações associadas. Deste modo, a sua gestão e adesão assumem particular importância na melhoria do controlo da causa de insuficiência respiratória, ou seja, da DPOC.

No contato diário com pessoas idosas a cumprirem terapêutica de OLD tem-se vindo a verificar que a maioria tem como diagnóstico principal a DPOC e que a sua gestão é frequentemente deficitária, com baixos níveis de adesão, o que compromete a sua eficácia. Aos serviços onde se desenvolveu o estágio correspondem duas equipas de cuidados de saúde em regime de ambulatório do serviço de pneumologia de um hospital central de Lisboa: o Hospital de Dia de Insuficientes Respiratórios (HDIR) e a Sala de Ventilação Eletiva (SVE). O serviço no seu todo desenvolve um acompanhamento amplo do cliente crónico respiratório, nomeadamente com cuidados respiratórios domiciliários, incluindo a OLD, permitindo a continuidade de cuidados e articulação com outras equipas do mesmo serviço.

Na fase de elaboração do projeto de estágio, no HDIR e na SVE, constatou-se que não existia um plano estruturado e sistematizado, dirigido à pessoa idosa, para avaliar a adesão à OLD, nem de intervenção e registo da promoção da mesma e do cuidado de si. Nessa fase, que correspondeu ao período de Maio de 2012, dos 144 clientes acompanhados no HDIR, 92 faziam OLD, 90 eram idosos (62,5%), a maioria do sexo masculino, dos quais 71 faziam OLD (78,8%), e em que 58 (81%) tinham como diagnóstico principal a DPOC. Enquanto que na SVE, dos cerca de 13 clientes observados numa semana na SVE, 6 tinham como diagnóstico principal DPOC (46%), dos quais 4 com Ventilação Não Invasiva Domiciliária e OLD (66%).

Por outro lado, na fase de planeamento (1ª fase) do estágio constatou-se que no HDIR, dos 32 clientes idosos, com média de idades de 72 anos, acompanhados no mês de Outubro de 2012, 23 tinham como diagnóstico principal a DPOC (72%) e 21 deles prescrição de OLD (60%). Destes, 15 tinham indicação para OLD durante 24 horas por dia, em que apenas 15 usavam como fonte o oxigénio líquido, conferindo maior independência e 3 dos que tiveram acesso a esse oxigénio líquido, referiam não sair de casa. Em média estes clientes referem Grau de Dispneia 3 (segundo MRC). Na SVE, dos 13 clientes que estiveram na consulta de *follow-up* durante uma semana (primeira semana de Novembro de 2013), 9 eram idosos (70%) e destes 5 tinham como diagnóstico principal DPOC (56%), sendo que 3 usavam OLD associada à ventilação não invasiva domiciliária (33%). Estes dados corroboram a fase diagnóstica realizada no projeto e enfatizaram a pertinência do estágio e da implementação do projeto. Assim sendo, na sua maioria pessoas idosas com OLD e com um padrão de adesão à OLD desconhecido, tornou-se pertinente ajudar estes clientes a encontrar soluções para uma gestão da doença mais eficaz.

O acompanhamento dos clientes com Insuficiência Respiratória Crónica preconizado e realizado nas equipas mencionadas pretende a redução da mortalidade, a redução da morbilidade com prevenção das exacerbações, a melhoria da função física e psicológica com a melhoria da tolerância ao esforço, o alívio dos sintomas e a melhoria da relação custo-benefício dos serviços prestados, impondo uma abordagem terapêutica multidisciplinar e o envolvimento da família para melhorar a qualidade e promover ganhos em saúde (ONDR, 2012; GOLD, 2013).

Perante o maior investimento do acompanhamento do cliente com doença crónica respiratória (insuficiência respiratória) em regime de ambulatório, sendo esta população na sua maioria composta por idosos, torna-se fundamental o

desenvolvimento e aquisição de competências no cuidado especializado às pessoas idosas, com foco na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, readaptação funcional e na reinserção social em todos os contextos de vida do cliente idoso (OE, 2010a). Estas competências específicas, inseridas no mestrado de enfermagem médico-cirúrgica, área específica de enfermagem à pessoa idosa, permitem atingir o nível de perito nos cuidados especializados aos clientes idosos, procurando-se no presente relatório apresentar o percurso e respectivas atividades desenvolvidas nesse âmbito.

Assim, o presente projeto de estágio tem como finalidade assegurar a adesão do cliente idoso submetido à terapêutica de OLD, promovendo o cuidado de si, e como objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeira especialista, intervindo em parceria com o cliente idoso e família, nomeadamente os submetidos à terapêutica de OLD, na gestão do mesmo no contexto da sua doença crónica, visando o cuidado de si; e contribuir com a equipa de enfermagem desenvolvendo competências para a avaliação da adesão à OLD, intervindo na sua promoção, usando a parceria como intervenção de enfermagem, para promover o cuidado de si. A OLD, neste contexto, é encarada como um fator de desequilíbrio no meio que rodeia o cliente, com limitação das atividades de vida, aumento de dependência e diminuição no autocuidado. Os clientes com indicação para a OLD necessitam de desenvolver capacidades e conhecimentos de modo a atingir uma transição saudável, incorporando a complexidade e as características temporais da transição que experienciam (Schumaker, Jones e Meleis, 1999). Através da Parceria pretende-se capacitar o enfermeiro para a prestação de cuidados de enfermagem que dão respostas às reais necessidades manifestadas pelos clientes e sua família/cuidador, de forma a capacitá-los para o cuidado de si (Gomes, 2009).

O capítulo seguinte apresenta o enquadramento teórico com a revisão da literatura da temática estudada, por forma a reunir uma base científica que sirva de sustentação sólida, verificada e validada, à componente prática.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se apresentar o referencial teórico e conceptual (definição de conceitos) que suportou a realização e implementação do projeto, tendo em conta a prática de cuidados de enfermagem especializados. Este decorre da revisão narrativa da literatura, suportando uma metodologia de revisão sistemática da literatura (Apêndice I), bem como da integração da Teoria de Enfermagem de Médio Alcance de Afaf Meleis (2011) e do Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria de Gomes (2009).

Encontra-se dividido em cinco subcapítulos, que se iniciam com uma abordagem do envelhecimento e da doença crónica no cliente idoso, sendo posteriormente especificada a DPOC e o contexto da OLD. Deste ponto partimos para um aprofundamento teórico sobre a adesão ao regime terapêutico da OLD na pessoa idosa e como este processo de transição é encarado. Por fim, o Modelo de Parceria é abordado como modelo para a intervenção de enfermagem nas suas fases com o objectivo da pessoa idosa/família/cuidador assumir(em) o cuidado de si.

2.1. O envelhecimento: a pessoa idosa com doença crónica

O envelhecimento é um fenómeno complexo, com mudanças individuais ao longo da vida, em que cada um pode otimizar os recursos biológicos, comportamentais e sociais e, assim, melhorar o equilíbrio entre ganhos e perdas (Fernández e Ballesteros, 2011).

Ao processo de envelhecimento está associado o declínio progressivo da homeostasia e o risco aumentado de doença e de morte. Nesta perspetiva, o envelhecimento resulta da interação entre a lesão e a reparação celular, como resultado da energia intrínseca produzida de forma a manter a integridade orgânica e proteger o ADN da agressão oxidativa (Kirkwood, 2005).

Em Portugal, em 2011, dos cerca de dez milhões e meio de portugueses, esta representava 19,1%, e mais especificamente, 10% tinham mais de 75 anos. A par da melhoria da qualidade de vida, houve um significativo aumento da esperança média de vida para os 76,14 anos no sexo masculino e 82,05 anos no sexo feminino (INE, 2011).

A este respeito, em média 88% dos adultos com idade superior a 65 anos têm pelo menos uma doença crónica (Wolff et al., 2002). Este facto deve-se em parte às consequências do envelhecimento conjugadas com os estilos de vida adotados pela pessoa ao longo da vida. (Henriques, 2011).

A OMS define doença crónica como aquela que tem uma ou mais das seguintes características: permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do cliente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados específicos.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012 define a doença crónica com recurso ao conceito legislado, referindo-a como doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante. Esta implica gravidade originada pelas limitações nas possibilidades de tratamento e aceitação pelo cliente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, particularmente afetados. São nomeadas patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, entre outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida, como a DPOC.

Na população portuguesa encontramos uma elevada prevalência dos fatores de risco associados às doenças crónicas mais representativas na nossa realidade, nomeadamente o tabagismo, a hipertensão arterial, a diabetes, a hipercolesterolemia e o sedentarismo (DGS 2005). Este facto remete para as principais causas de morte nos idosos, no grupo etário dos 65-74 anos: tumores, doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, doenças endócrinas/metabólicas e do aparelho digestivo (DGS, 2009) e para valores de 40-45% de doença crónica em Portugal (PNS, 2012).

Aproximadamente 90% dos idosos necessitam de cuidados em regime de ambulatório e de emergência para tratamentos relacionados com as doenças crónicas. Para essas pessoas, a gestão dos cuidados específicos é o meio mais adequado para uma gestão eficaz da doença crónica. Assim, os clientes são encarados como clientes e parceiros no controle das suas doenças, onde a educação do cliente para a autogestão da sua condição é vista como fundamental para o sucesso (Hendrix & Wojciechowski, 2005). Infelizmente, ainda é prática o

clínico não ajustar os cuidados às múltiplas condições crónicas, porque as diretrizes clínicas são mais focadas numa única patologia (Schäfer, et al., 2010).

O aumento do número de pessoas idosas nos países industrializados é geralmente associado ao maior uso de serviços de saúde e a maiores custos. É verdade que encontramos uma elevada taxa de utilização de serviços de saúde pelos idosos, sendo a multi-morbilidade uma condição associada. No entanto, a disponibilidade dos serviços de saúde nem sempre é equitativa, dependendo em muito do ambiente social (isolamento) ou das condições de vida dos clientes (na comunidade ou no lar de idosos, condição económica). (Aan den Bussche, et al, 2011).

Tendo por base este panorama, a gestão de doenças crónicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e investigadores em todo o mundo, que procuram intervenções e estratégias para combater as complicações e consequências inerentes. A Organização Mundial da Saúde define a gestão de doenças crónicas como a gestão contínua de condições crónicas durante um período de anos ou décadas (OMS, 2005). Neste âmbito, a prevenção, a manutenção da saúde, da independência e da autonomia e o atraso no aparecimento de mais doenças e fragilidades serão os maiores desafios relacionados com a saúde, decorrentes do envelhecimento da população (Veras, 2012).

Pelas características de incerteza e duração, as doenças crónicas não têm cura e têm que ser geridas. A doença crónica é uma situação complexa que implica por parte da pessoa estratégias de *copping* (esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas internas e/ou externas que facilitam o ajustamento individual ou a adaptação a situações instáveis) que estão relacionadas com a adaptação psicológica à doença e incapacidade (Gomes, 2009; Henriques, 2011).

Neste relatório aborda-se a doença crónica, DPOC, que representa uma condição crónica com várias implicações e limitações nas pessoas idosas, nomeadamente na integração de terapêutica e indicações específicas como é o caso da OLD.

2.2. A DPOC e a OLD na pessoa idosa

O envelhecimento envolve uma redução nos mecanismos homeostáticos e a perda da reserva funcional, com a deterioração de todos os sistemas fisiológicos (Valente et al., 2010; Gooneratne, Patel e Corcoran, 2010). As alterações que ocorrem a nível

celular causam reações inflamatórias, e estas, por sua vez, exacerbam as lesões celulares existentes. Desta forma, os fatores inflamatórios e anti-inflamatórios modulam a evolução do envelhecimento (Kirkwood, 2005).

No processo natural de envelhecimento, o sistema respiratório sofre um conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas, como a acentuação da cifose dorsal, o aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, a diminuição da mobilidade da parede torácica e a atrofia dos músculos respiratórios (Kirkwood, 2005; Valente et al., 2010). A nível do parênquima pulmonar, verifica-se uma progressiva dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos canais alveolares e dos espaços alveolares, com aumento do volume residual e da *compliance* pulmonar e com a diminuição da retração elástica. Estas alterações parenquimatosas, em conjunto com a diminuição da densidade capilar, promovem um aumento do espaço morto fisiológico, alterações da relação ventilação/perfusão e diminuição da perfusão (Figueiredo, 2001).

Nas alterações decorrentes do envelhecimento, a dilatação dos espaços aéreos é homogénea, regular, sem inflamação ou fibrose associadas, denominada habitualmente por pulmão senil (Verbeken, et al, 1992). No caso particular dos pulmões, é difícil separar o efeito atribuível exclusivamente ao envelhecimento fisiológico do efeito cumulativo da ação do ambiente (Rodrigues, 2009). As alterações celulares provocadas pelo envelhecimento e as que são provocadas pelo fumo do tabaco podem envolver mecanismos patogénicos que se inter-relacionam. O envelhecimento pode reduzir o limiar de lesão ou amplificar os mecanismos envolvidos na destruição pulmonar pelo fumo do cigarro. Por seu lado, o fumo do tabaco pode atuar como um fator ambiental que perturba a reparação e a manutenção orgânicas, contribuindo para o processo de envelhecimento (Tuder, 2006).

A limitação do débito aéreo (avaliada pela redução do volume expiratório máximo no 1.º segundo (FEV1)) progride muito lentamente ao longo de várias décadas, condicionando o aparecimento de sintomas em adultos acima dos 40 anos ou já na terceira idade. Desta forma, a prevalência da DPOC é dependente da idade, sugerindo uma relação íntima entre a patogénese da DPOC e a do envelhecimento (Rodrigues, 2009).

A DPOC constitui um problema de saúde global de importância crescente com um enorme impacto nos custos diretos e indiretos em recursos de saúde (Rodrigues,

2009) e, de acordo com a DGS e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia [SPP], a prevalência da DPOC aumenta com a idade.

Adaptado da definição de GOLD (2013), a DPOC é caracterizada pela obstrução do fluxo aéreo, não totalmente reversível. A limitação crónica do fluxo aéreo, tem como causa uma combinação da doença das pequenas vias aéreas (bronquite) e da destruição e perda de elasticidade do parênquima pulmonar, mais especificamente dos alvéolos (enfisema).

As pessoas portadoras de doença pulmonar obstrutiva podem apresentar a nível da funcionalidade orgânica, perda de peso e de massa muscular, com uma prevalência maior de instalação de sintomas de ansiedade e depressão (Janssen et al., 2010). Apesar de cumprirem a terapêutica farmacológica instituída, esses clientes apresentam sintomas que limitam as suas Atividades de Vida Diária (AVD) e consequentemente reduzem a qualidade de vida inerente (Fernandes, 2009).

Ferrara (2011) afirma que a deficiência de alfa1-antitripsina e o tabagismo são considerados os maiores fatores de risco, em que este constitui o fator de risco major, responsável por cerca de 95% dos casos nos países desenvolvidos (Barnes, Shapiro e Pauwels, 2003). Em simultâneo, verifica-se que a cessação tabágica é a única intervenção conhecida que reduz a progressão da doença e promove a preservação da função pulmonar, melhoria dos sintomas e redução da mortalidade (GOLD, 2011; 2013).

Os sintomas crónicos da DPOC incluem a dispneia, a tosse e o aumento da produção de muco. A dispneia é o sintoma particular da DPOC, a queixa mais frequente pela qual os clientes recorrem aos serviços de saúde e a maior causa de incapacidade e ansiedade, maioritariamente durante a realização de esforços mínimos, concomitantemente com acessos de tosse mais frequentes e produção de maior quantidade de expectoração (GOLD, 2010).

A DPOC é atualmente encarada numa tríade que relaciona o grau de limitação obstrutiva do fluxo aéreo (obtido através da espirometria) com o número de agudizações por ano e o nível de impacto da doença (obtido pelo CAT) ou de sintomas segundo a MRC podendo definir-se a partir do mesmo, o tratamento apropriado (GOLD, 2011; 2013) (Anexo I).

No entanto, o tratamento depende essencialmente da colaboração do cliente na gestão da sua doença, avaliada e promovida pelo acompanhamento nos respetivos serviços de saúde e orientações de saúde fornecidas. Como para qualquer doença

crónica, as técnicas educativas têm um papel chave para o sucesso da gestão da doença e sintomas (GOLD, 2010).

A DPOC é a doença respiratória crónica mais comum nos idosos, sendo o quarto diagnóstico mais presente no momento da alta hospitalar das pessoas com idades entre os 65 e os 74 anos (OMS, 2008; ONDR, 2011). No último estágio da DPOC é então recomendada a oxigenoterapia domiciliária que vai permitir a estabilidade do cliente e a diminuição das consequências da insuficiência respiratória (GOLD, 2011). As repercussões fisiológicas do envelhecimento, em conjunto com patologias respiratórias crónicas associadas, condicionam uma necessidade de cuidados respiratórios domiciliários, incluindo a OLD (Valente et al., 2010; Gooneratne, Patel e Corcoran, 2010).

Os Cuidados Respiratórios Domiciliários em Portugal compreendem três terapêuticas essenciais: OLD, ventilação e aerossoloterapia. Estima-se que o consumo de cuidados respiratórios domiciliários, onde se inclui a OLD, seja de 5,5 milhões de euros por ano (CNCRD, 2010). Essa despesa implica uma mobilização de profissionais de saúde para a gestão do cumprimento eficaz desta terapêutica (Lynes e Kelly, 2009a).

Entende-se por OLD a administração de oxigénio, habitualmente de baixo débito, no domicílio por um período superior a 15 horas diárias, ou período noturno (em situações específicas), cujo débito deve assegurar saturações de oxigénio superiores a 90% ou uma pressão parcial de oxigénio no sangue arterial (PaO_2) acima de 60 mmHg, de forma a diminuir a sintomatologia associada e as manifestações de hipóxia (DGS, 2006; GOLD, 2013).

Os efeitos benéficos da OLD, desde a década de 70, foram firmados com base científica em estudos randomizados e controlados (Jiménez e López-Campos em Esquinas, 2008). Os efeitos da OLD estão associados ao aumento da esperança de vida, com melhoria da qualidade de vida dos clientes respiratórios crónicos, à diminuição de agudizações e tempo de internamento, com conseqüente diminuição de consumo de cuidados de saúde, à diminuição abrupta da mortalidade e da morbilidade e a uma maior integração social e familiar destes clientes (Kvale, Coway e Coates 1980; Ingadóttir e Jonsdóttir, 2006; Lynes e Kelly, 2009b).

O oxigénio, assumindo-se como uma terapêutica, deve ser prescrito consoante critérios rigorosos, sendo que especificamente na introdução da OLD, esta deve ser efetuada em situação de estabilidade clínica do cliente (mínimo de 3 meses após

fase de agudização) e após reabilitação respiratória e cessação tabágica (DGS, 2006). Para a prescrição da OLD, o cliente deve possuir uma insuficiência respiratória (hipoxémica) grave, diagnosticada pela realização de uma gasometria arterial, encontrar-se em período estável e possuir a terapêutica otimizada (DGS, 2006). Esta tem indicação absoluta, perante valores de gasometria arterial em repouso e ar ambiente, coincidentes com (DGS, 2006): $PaO_2 \leq 55$ mmHg; PaO_2 entre 55 – 60 mmHg e hipertensão pulmonar, *cor pulmonale* ou hematócrito $> 55\%$.

Para uma correta instituição da OLD deve ser escolhido o equipamento e interface mais adequados às necessidades e situação clínica de cada cliente. Existem três formas de administração de oxigénio no domicílio, nomeadamente as garrafas de oxigénio gasoso, o oxigénio líquido (fixo e com dispositivo portátil) e o concentrador de oxigénio (fixo ou portátil) (Lynes e Kelly, 2009b). De modo a permitir maior independência do cliente, existem outros equipamentos como o dispositivo portátil de oxigénio líquido e o concentrador portátil. Deste modo, o equipamento a escolher deve ter em conta as condições físicas do meio envolvente do cliente, as suas condições socioeconómicas, culturais, o estadio da sua patologia de base, a mobilidade do cliente e o seu conforto (Lynes e Kelly, 2009a).

O acompanhamento após a alta não serve apenas o cliente, mas também pode ajudar a dar garantias aos membros da família (Bobay et. al, 2010). A comunicação com a família ajuda a compreender melhor a importância dos cuidados domiciliários inseridos na comunidade (Golden, et al., 2011).

Assim, considerando a OLD uma terapêutica de extrema importância nas pessoas idosas com DPOC, a sua adesão a este tratamento torna-se o foco de atenção neste projeto.

2.3. Adesão ao Regime Terapêutico na pessoa idosa: A adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC

A OMS (2003) define a adesão ao regime terapêutico como a extensão em que o comportamento da pessoa no que diz respeito à toma da medicação, dieta e/ou mudança nos estilos de vida, corresponde às recomendações acordadas com o prestador de cuidados. Haynes, et al. (2003) acrescentam ao conceito um grau de

concordância entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa em relação ao regime terapêutico apresentado.

A par desta temática distinguem-se outros conceitos associados: Gestão do Regime Terapêutico, que se refere ao comportamento de adesão em que se executam atividades, de forma a cumprir um programa de tratamento da doença e a atingir objetivos de tratamento e de prevenção. (*International Council of Nurses*, 2002). A adesão ao regime terapêutico surge habitualmente associada a doenças crónicas e às suas terapêuticas, deste modo *Gestão da Doença Crónica* diz respeito ao ensino para controlar a doença, na qual a gestão do regime terapêutico é um elemento importante (Henriques, 2011).

No entanto, as evidências convincentes de que a gestão da doença melhora os cuidados na DPOC estão em falta e os autores de uma recente meta-análise concluíram que mais estudos, randomizados e controlados, são necessários (Adam et al, 2007; Efiging et al., 2007). Porém, apesar de haver maior evidência na gestão de outras doenças crónicas, como a hipertensão arterial e a diabetes, os poucos estudos demonstram resultados positivos utilizando visitas domiciliárias e *follow-up* multidisciplinar na melhoria da gestão da DPOC grave (Sridhar, 2008).

A adesão ao regime terapêutico é um foco relevante de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas nos idosos (Henriques, 2011).

As doenças crónicas representam um impacto na saúde a nível mundial, com conseqüente sobrecarga económica dos serviços de saúde. As pessoas idosas têm maior longevidade e precisam de viver num ambiente seguro, preferencialmente junto da família e amigos, ou seja, no seio familiar e na comunidade, com o maior tempo possível de bem-estar e qualidade de vida, da forma mais autónoma e independente possível (Henriques, 2011). Assim, melhorar a adesão significa aumentar a segurança do cliente.

A adesão ao regime terapêutico é um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento de fatores que a possam influenciar negativamente: relacionados com a doença, com a pessoa/cliente, com o tratamento, com os profissionais e serviços de saúde e com fatores sociais, económicos e culturais (Bugalho e Carneiro, 2004).

A avaliação e intervenções na promoção da adesão à OLD são parte integrante das recomendações de prescrição e monitorização da OLD. As estratégias de avaliação

não são definidas, mas a prescrição obriga a um acompanhamento do cliente com OLD (DGS, 2006).

A adesão à OLD é definida como qualquer situação em que o cliente envolve qualquer forma de autogestão consistente com o aconselhamento do profissional de saúde (Hyland, 1998). Este fenómeno carece de investigação e de resultados, dado que os valores que são referidos têm uma grande variação em estudos internacionais (Cullen, 2006; Earnest, 2002; Neri et al., 2006).

Em Portugal, a adesão dos clientes não é exatamente conhecida, mas a CNCRD (2010) refere ser muito baixa devido à falta de esclarecimento e supervisão, citando vários estudos isolados. Esta conclusão confirma-se pelos dados de Simão et. al. (2000), em que apenas 25% dos clientes com OLD cumpria a prescrição (número de horas/dia) na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Noutro local, Drummond et al. (2001) analisaram a prescrição e uso de OLD no distrito do Porto, aferindo que apenas cerca de 11% cumpriam 15 horas/dia de oxigénio mínimos exigidos, enquanto no distrito de Évora o cumprimento desse período mínimo rondava os 31% (Caetano, 2002).

Dados do ONDR (2012) referem que nas quatro Regiões do país estiveram 104.633 clientes com OLD, ou seja cerca de 11 clientes (10,85) por 1000 habitantes. Ainda em relação à oxigenoterapia, outro dado relevante: a utilização de oxigénio líquido que permite a deambulação do cliente, melhorando a qualidade de vida, foi utilizada em 3% dos clientes na Região Centro, 22% em Lisboa e Vale do Tejo e 31% no Algarve, denotando diferenças significativas na equidade de cuidados disponíveis.

Os enfermeiros especialistas assumem um papel fundamental como responsáveis na avaliação e monitorização dos clientes com indicação para OLD de forma detalha, e funcionam como agentes de motivação para as equipas, de modo a ser dada atenção às mudanças necessárias. Será da responsabilidade de todos os profissionais de saúde assegurar que os clientes com OLD estejam familiarizados com as novas orientações e conscientes das implicações das mesmas (Henderson, 2005).

Com base nesta temática, surgiu a questão de investigação, segundo a metodologia PICO: em relação às pessoas com 65 e mais anos, quais as intervenções de enfermagem que promovem e avaliam a adesão à Oxigenoterapia de Longa Duração? Após a revisão sistemática da literatura com pesquisa na base de dados EBSCO de artigos científicos entre 2002 e 2012 foram selecionados 6 artigos com

níveis de evidência de I a V segundo Guyatt e Rennie (2002) (Apêndice I). A análise dos dados apresentados remete para dois aspectos principais na abordagem da adesão à OLD pelo cliente idoso: a avaliação e monitorização da adesão e as estratégias e intervenções que promovem a adesão.

Os estudos apresentados, embora não direcionados para idosos, têm como maioria de participantes pessoas idosas com média de idades superior aos 65 anos e com uma patologia mais frequente - a DPOC - o que corrobora os valores nacionais já referidos. Os estudos abordam o enfermeiro como elemento essencial no acompanhamento do cliente em *follow-up* e nas visitas domiciliárias, bem como na colaboração da avaliação da adesão à OLD.

Os valores de adesão encontrados variam entre 21% e 35% segundo Neri, et al (2006) estando distantes dos 45-50% de Cullen (2006), no que diz respeito à indicação do uso de 15H/dia, no mínimo.

Earnest (2002), na sua análise, identifica três padrões de uso da OLD nos clientes: tempo parcial, em que omitem situações específicas (como eventos sociais); uso conforme a necessidade para alívio dos sintomas (dispneia) nomeadamente no esforço e tempo integral, habitualmente numa fase de maior adesão à OLD. Por outro lado, aborda a autogestão do uso de OLD em que o cliente reflete as experiências, os valores pessoais e os esforços para otimizar a gestão da sua vida com a OLD no que diz respeito à gestão funcional (tarefas do dia a dia), à gestão em saúde (efeitos secundários e uso correto do OLD), à gestão social (como integra a OLD na sua família, comunidade e vida social) e à gestão do sintoma (minimizar a dispneia). Cada cliente descreve assim um sentido de compromisso nas decisões que toma sobre o uso da OLD com algumas perdas da independência e da autonomia. Neste processo, Earnest (2002) descreve as três etapas que os clientes percorrem para uma maior adesão ao oxigénio: iniciação, negociação (papel da OLD nas atividades de vida) e compromisso (nas perdas e ganhos). Os resultados ainda remetem para as preocupações com a falta de informação específica sobre os vários sistemas de administração de OLD que levantam questões na segurança e confiança nos vários sistemas de oxigénio. O envolvimento dos familiares e cuidadores é de extrema importância, bem como a adequação dos equipamentos às necessidades físicas e sociais do cliente.

Earnest (2002) avaliou a adesão à OLD com base em entrevistas semi-estruturadas e com recurso a valores da medição do FEV1 pela espirometria e aplicação do

Questionário da Qualidade de Vida da Doença Respiratória de St. George e do BSI (Brief Symptom Inventory).

No estudo de Neri, et al (2006), é avaliada a adesão à OLD, sobretudo de auto-relatos, onde existe uma discrepância entre o que é prescrito e o que o cliente efetivamente faz, nomeadamente em esforço, o que se justifica pela evidência no uso incorreto do sistema portátil de oxigénio líquido. Mais uma vez, é relatada a falta de informação, dado que apenas 2% referiram ter recebido informação correta e suficiente acerca da OLD. É de salientar que segundo os mesmos autores, o uso de oxigénio líquido portátil não está associado a maior adesão.

Na revisão sistemática da literatura de Cullen (2006), são focados os aspetos principais no que diz respeito aos fatores que influenciam a adesão, relacionados com a prescrição correta, um ensino e acompanhamento pós-prescrição e as razões que os clientes apontam para a não adesão como a restrição da autonomia, associada a sofrimento psicológico e social com sentimentos de vergonha e ainda o medo de dependência e não gestão de sintomas (dispneia). Mais uma vez, a falta de informação é referida em 67%, com referência a tabagismo ativo durante o uso de oxigenoterapia.

Como intervenções e estratégias para o aumento da adesão, Cullen (2006) considera essencial o suporte clínico multidisciplinar com uma comunicação eficaz. A aplicação de questionários prévios e durante o tratamento sobre a compreensão do uso da OLD, da sua doença, das normas de segurança do uso de oxigénio e do tabagismo permite uma avaliação que define as melhores intervenções. As visitas domiciliárias têm um efeito positivo e no *follow-up* são sugeridas estratégias como: conduzir uma retoma da demonstração, pedindo ao cliente para repetir as indicações, nomeadamente nos vários aspetos técnicos e de manuseamento; fornecer um papel com as indicações escritas e revê-las com o cliente integrando-as nas atividades de vida; abordar as questões e preocupações do cliente e família; adequar os ensinamentos às crenças e valores; e estabelecer metas de tratamento.

Na auto-gestão importa salientar outras terapêuticas concomitantes e morosas, que em conjunto levam a um impacto forte da doença respiratória na vida do cliente, sendo importante a gestão do regime terapêutico conjunto. A formação do cliente e família podem requerer apoio social e monitorização adequados.

Assim, Cullen (2006) propõe investigação futura que se baseie no facto da adesão à OLD ter uma abordagem comportamental e psicológica, remetendo para a avaliação

de quatro dimensões de exploração: resultados clínicos e qualidade de vida, informação e educação, complexidade do tratamento e barreiras aos cuidados de saúde, domínio do comportamento e aspetos psicológicos e emocionais.

Adotando como ponto de partida a abordagem dos fatores que influenciam a adesão do cliente à OLD, Katsenos e Constantopoulos (2011), definem estratégias para melhorar a adesão. Os fatores relacionados com a doença referem-se às características da doença, nomeadamente na gravidade da mesma em que esta afeta a qualidade de vida e o estado funcional; a complexidade do tratamento (duração do mesmo, gestão do regime terapêutico) e atitudes em relação à OLD, no que diz respeito às crenças e valores e informação sobre o uso da OLD. Os fatores pessoais e relacionados com a família referem-se a fatores demográficos, nomeadamente na desigualdade de acesso a serviços, funcionalidade da família, de modo a dar apoio e a fatores cognitivos, em que o nível de escolaridade pode estar associado a menor compreensão da importância do uso do OLD. Katsenos e Constantopoulos (2011) evidenciam que o facto de se ser idoso é encarado como uma influência negativa na adesão à OLD.

As estratégias que melhoram a adesão à OLD são a utilização de factos mensuráveis, como a monitorização do contador do concentrador, possível utilização de sensor que detete a pressão/fluxo do oxigénio no tubo do mesmo com as horas de utilização e o uso de oximetria periférica contínua; o acompanhamento com uma relação terapêutica eficaz, com foco numa abordagem comportamental e psicológica ao cliente e família baseada numa prescrição correta, ajustada e eficaz da OLD, o que permite esclarecer falsas ideias/mitos relacionados com a OLD como o medo da dependência, constrangimento, estigma e isolamento; a realização de um treino com uso de oxigénio, investindo nos ensinamentos relacionados com a doença, cessação tabágica, segurança e com o uso de sistemas portáteis (oxigénio líquido e concentradores portáteis), e posteriormente pedindo retorno das indicações e instruções dadas ao cliente sendo valorizados também os programas de visita domiciliar e de reabilitação respiratória (Katsenos e Constantopoulos, 2011).

Nasilowski et al (2009), após o acompanhamento pelos enfermeiros desde a prescrição do OLD até ao seu uso em casa, constatou que a média de uso do OLD passou de 4,6-12,5 horas para 2,6H-17,4 horas, sendo os melhores níveis de adesão verificados no início do tratamento. Ao contrário de Cullen (2006) e Katsenos e Constantopoulos (2011), Nasilowski et al (2009) referem que as visitas domiciliárias

não aumentam diretamente a adesão à OLD. Este autor sugere novas tecnologias de administração da OLD, especialmente aquelas que promovam a maior independência dos clientes, para aumento da adesão à OLD. Há ainda outros autores que referem as chamadas telefônicas entre o intervalo de tempo das visitas domiciliares, as idas a follow-up e após a alta hospitalar como chave de sucesso na adesão ao regime terapêutico dos clientes idosos com DPOC (Roberts, Leeder e Robinson, 2008).

Segundo Katsenos, et al. (2004) 25,7% dos clientes continuaram a fumar com OLD. O estudo relaciona diretamente a baixa adesão à OLD com o agravamento da função pulmonar e da saturação periférica de oxigênio e introduz um factor novo na adesão à OLD, relacionado com a técnica inalatória correta, estando assim associado a competências técnicas do cliente e logo a maior adesão à OLD. Tal como Cullen (2006), Katsenos e Constantopoulos (2011) sugerem que programas de acompanhamento domiciliário nos cuidados de saúde primários aumentam a adesão à OLD.

De acordo com Cullen e Stiffler (2009), para aumentar a adesão à OLD deve ser considerada uma abordagem multidisciplinar do cliente e família com adequação das indicações da OLD ao dia-a-dia, maximizando a independência dos clientes. Preconiza-se uma avaliação psicológica e da qualidade de vida antes e durante o tratamento, o que permite monitorizar e resolver a ansiedade e a depressão. A educação do cliente é um dos pontos importantes incluindo aspectos técnicos do equipamento, nomeadamente dos sistemas portáteis.

Em relação aos métodos de monitorização e avaliação do nível de adesão à OLD, não existe consenso nem instrumentos exclusivos para tal. Relacionados com a doença respiratória são utilizados instrumentos como o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e o *St George's Respiratory Questionnaire* (Earnest, 2002), que de uma forma sistematizada nos fornecem os sintomas e a afetação dos mesmos na qualidade de vida da pessoa com doença respiratória. Por outro lado, formas mais flexíveis, embora com um fio condutor, são a entrevista semi-estruturada (Earnest, 2002) e o uso de questionários (Neri et al., 2006; Cullen, 2006).

A maioria dos autores faz referência a valores mensuráveis e que devem incluir o acompanhamento do cliente com OLD, como a prova de marcha (de 6 minutos), a gasometria arterial, a oximetria e as provas de função respiratória regulares (Earnest, 2002; Katsenos e Constantopoulos, 2011, Neri et al., 2006; Earnest, 2002).

Relacionados com os dispositivos de administração da OLD, há valores que podem ser importantes e complementares, como o contador de horas (disponíveis nos concentradores) e a possível utilização de sensor que detete a pressão/fluxo do oxigênio no tubo de administração do oxigênio com as horas efetivas de utilização (Katsenos e Constantopoulos, 2011).

Para além do referido, tanto nas consultas de *follow-up*, como nas visitas domiciliárias, a realização dos ensinamentos, o retorno dos mesmos e das instruções por parte do cliente e família, podem dar maior segurança e promover a adesão à OLD (Katsenos e Constantopoulos, 2011; Cullen, 2006).

Na análise de todos os autores referidos, é notório que quando há adesão à OLD, o cliente idoso passa por um processo de transição eficaz, em que este integra esta terapêutica na sua vida de uma forma útil e ajustada à sua realidade e contextos, sendo este o objetivo final da mesma.

2.4. Cuidar do cliente idoso com DPOC numa situação de transição causada pela gestão do OLD

Ao longo do ciclo de vida, os clientes enfrentam mudanças nas suas vidas, algumas previsíveis e desejadas, e outras imprevisíveis e não desejadas, como, por exemplo, o surgimento e agravamento de uma doença. A capacidade de adaptação para lidar com estas mudanças e a necessidade de alteração de comportamentos, ou adoção e modificação de papéis, influencia a vivência de situações de crise que marcam o desenvolvimento dos seres humanos (Meleis, 2010).

As mudanças na saúde e doença dos clientes originam um processo de transição, podendo esta situação conduzir à vulnerabilidade e aos riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000). Meleis e Trangenstein (1994, p. 256) definem transição como a *“passagem de uma fase de vida, condição, ou status para outra”*, referindo-se *“aos processos e resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente.”* A transição denota mudança no estado de saúde, na relação de papéis, expectativas ou habilidades e requer a incorporação de novo conhecimento e alteração de comportamentos, sendo pois necessária uma redefinição do *self* no contexto social (Meleis, 2005). A idade avançada é um tempo de transições

múltiplas, sendo as mais comuns, transições de desenvolvimento e de saúde-doença (Schumacker, Jones e Meleis, 1999).

Como terapêutica de enfermagem, a mobilização de recursos potencializa os meios do cliente e do ambiente, apropriando-os às suas necessidades, constituindo um passo importante para uma transição saudável. As terapêuticas de enfermagem podem ser preventivas, promocionais ou interventivas e permitem que o enfermeiro identifique a melhor ação para manutenção e promoção da saúde (Meleis, 1997).

A intervenção de enfermagem tem assim por base a definição de cliente segundo Meleis (1997), como o ser humano com necessidades que está em interação constante com o ambiente e tem capacidade para se adaptar a este. Na doença, ou no risco de doença, este pode apresentar um desequilíbrio ou risco de desequilíbrio.

A OLD, ao fazer parte do dia-a-dia do cliente idoso com doença crónica respiratória, altera drasticamente as suas atividades de vida, com impacto psicológico e social. As várias transições que a pessoa ultrapassa na gestão da sua doença, alertam para a necessidade de intervenções estruturadas a fim de facilitar esses processos de transição, promovendo a adesão terapêutica e adequação de meios à sua realidade socioeconómica e ambiente envolvente.

A OLD foi entendida como um factor de desequilíbrio no meio que rodeia o cliente, devido à doença de base ou a outros fatores de vulnerabilidade. Os clientes com indicação para OLD necessitam de compreender e incorporar as razões e a importância do mesmo nas suas rotinas, na sua casa e no seu autoconceito (Lynes e Kelly, 2009a). Este aspeto permite ao cliente desenvolver o conhecimento e capacidades para uma transição saudável, sendo também importante relacionar as experiências dos clientes idosos, a complexidade e as características temporais da transição que experienciam (Schumaker, Jones e Meleis, 1999).

Os enfermeiros podem antecipar e detetar necessidades de aprendizagem, de novos conhecimentos e habilidades, os conflitos latentes e estratégias de adaptação necessárias, que possibilitem e facilitem a transição, bem como de continuar a acompanhar e monitorizar as transições relacionadas com esse processo (Kralik, 2002). Antecipa-se pois a necessidade de um acompanhamento continuado e de planeamento das transições, que garantam a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os clientes/família/cuidador, uma vez que se pode perspetivar a necessidade de cuidados entre diferentes contextos e em diferentes momentos.

O início ou a continuação da OLD, para o idoso e seus familiares ou cuidadores, constitui um processo de transição importante na gestão da sua condição de saúde/doença, com implicações nos seus papéis sociais e familiares e na satisfação das suas necessidades (Coleman, 2004).

O acompanhamento em *follow-up* é de extrema importância para enfrentar a ansiedade dos idosos, principalmente dos que vivem sozinhos. As visitas domiciliares podem ser necessárias no momento da transição de cuidados (Bobay et. al, 2010). Em casa, os idosos deparam-se com a necessidade de gerir os seus próprios cuidados, originando por vezes má gestão terapêutica, resultando em readmissões no serviço de urgência e nos serviços de internamento hospitalar (Meadar et al., 2008).

O envelhecimento e as perdas associadas constituem transições de vida que exigem a redefinição de papéis, uma vez que conduzem a mudanças significativas nas necessidades de todos os sistemas humanos (Meleis, 1997). Assim, os cuidados de enfermagem visam a mobilização das capacidades individuais e da família/grupo no sentido de ultrapassar as limitações resultantes da situação de dependência, promovendo consequentemente a sua crescente autonomia.

O cliente idoso e a sua família devem ser colocados no centro das intervenções estruturadas, de forma a promover a saúde, a gestão da sua situação de doença, com um papel ativo, participativo e esclarecido, o que justifica a parceria como base das intervenções de enfermagem.

2.5. A parceria com a pessoa idosa com OLD na promoção do Cuidado de Si

O cliente idoso é encarado como parceiro nos cuidados de enfermagem na medida em que deve participar ativamente na tomada de decisão com acesso à informação, encarado com o direito de ser ele próprio, portador de uma vivência única, responsável pelo seu projeto de saúde e de vida (Gomes, 2007). Como resultado, o cuidado de enfermagem tem que ser centrado na pessoa e na sua família, onde a relação de cuidados é um encontro entre a pessoa que vive a doença e o que cuida (Gomes, 2009).

O estabelecimento de uma relação de parceria em que se procura capacitar a pessoa idosa, visa o seu crescimento interno conseguido pelo aumento dos seus conhecimentos, competências e da consciência das suas potencialidades, limites e

direitos próprios, o que vai permitir participar ativamente na relação terapêutica de forma a ter decisões e ações informadas e consistentes (Falk-Rafael, 2001).

Desta forma, cuidar em Parceria refere-se ao respeito pela individualidade e subjetividade do cliente enquanto pessoa, o que pressupõe uma ação negociada entre o cuidador e o cliente (alvo de cuidados) no processo de transição (Gomes, 2009). A mesma autora refere oito atributos na Parceria para conseguir o *empowerment* do cliente: partilha na tomada de decisão, relacionamento, competência profissional, partilha de conhecimento, autonomia, comunicação, participação e partilha de poder. O *empowerment*, enquanto consequência desejada da intervenção de enfermagem baseada na Parceria, significa um processo de aprendizagem conjunta que engloba o reconhecimento das capacidades das pessoas tomarem decisões, assumirem as suas convicções, escolhas de vida e responsabilidades para cuidarem de si próprias (Gomes, 2009).

Na enfermagem, a competência profissional desenvolve-se na ação com o outro (pessoa/família/comunidade) e as representações positivas da pessoa e das suas capacidades, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, ajudando a vê-lo como parceiro nos cuidados. As pessoas idosas valorizam esta perspetiva dos cuidados de enfermagem em parceria e definem este conceito como uma capacidade de estabelecer uma relação com o enfermeiro que permite caminhar em conjunto para um determinado objetivo, onde a vontade e os anseios, saberes e sentimentos do cliente deverão ser prioridade máxima, pretendendo este ser compreendido pelos enfermeiros. Este processo exige que o enfermeiro se descentre de si próprio e tente gerir as situações bloqueadoras da parceria como a carga de trabalho, o grau de dependência dos clientes e as situações constrangedoras e difíceis (Gomes, 2007).

A gestão do regime terapêutico exige concordância entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa em relação ao regime terapêutico apresentado no que diz respeito à toma da medicação, dieta e/ou mudança nos estilos de vida e corresponde às recomendações acordadas com o prestador de cuidados (Haynes et al., 2003). A gestão do regime terapêutico faz parte da gestão da doença, e neste âmbito, o cliente ao recorrer ao processo de tomada de decisão consegue estabelecer parceria com o enfermeiro e estar incluído ativamente na gestão da doença (Mesquita, 2007)

De modo a incluir a pessoa idosa, esta deverá ser informada acerca da sua situação de saúde-doença, do porquê de cada procedimento, transmitindo-se uma mensagem

de forma clara e adequada à sua compreensão a informação, para que esta seja capaz de questionar e tomar decisões acerca do seu tratamento e dos cuidados que lhe são prestados (Kvale e Bondevik, 2008) e estar ativamente na relação terapêutica.

A parceria assume-se como um processo negociado que tem por objetivo ajudar a pessoa idosa a ser proactiva na consecução do seu projeto de vida e de saúde e a transformar as potencialidades da pessoa idosa em capacidades reais para que assuma o cuidado de si (cuidado de si próprio) ou, na ausência dessa capacidade, que lhe seja assegurado o cuidado de si pela família (cuidado do outro) para que possa continuar a sua trajetória de vida (Gomes 2009).

O processo de Parceria, analisado pormenorizadamente por Gomes (2009), é encarado como promotor do Cuidado de Si. No contexto de vulnerabilidade e dependência da pessoa idosa, entende-a como ser de projeto e de cuidado, com os contributos do património individual da pessoa (possibilidade de Ser), da inter-relação social, do querer da pessoa (Ser de direito), dando sentido à vida dela com o acreditar nas capacidades de ultrapassar momentos difíceis; de modo a promover a autonomia a nível da ação e da decisão, e da realização pessoal através da possibilidade de conhecer o potencial de desenvolvimento das pessoas, crescendo com o cliente pela aprendizagem e partilha (energizar a pessoa).

Outra condição essencial para a Parceria, é ter tempo e espaço para estabelecer uma relação de qualidade que permita o estabelecimento de uma relação de confiança com base no respeito pela identidade da pessoa, pelo seu espaço de intimidade num ambiente seguro. Estes aspectos promovem a afetividade demonstrando competências técnico-relacionais por parte do enfermeiro, indo de encontro às necessidades expressas pelo cliente, de modo a estabelecer compromissos reais ao longo do tempo (Gomes, 2009).

Deste modo, quando o cliente idoso em dependência e vulnerabilidade tem capacidade de autonomia, a estratégia para o processo de parceria nos cuidados em enfermagem resulta numa construção de uma ação conjunta que capacita o idoso para o cuidado de si. Por outro lado, quando não está presente a capacidade de autonomia, o enfermeiro constrói uma ação em que o cuidado de si é assegurado por ele ou capacitará a família/cuidador para o fazer.

O Cuidado de Si próprio ou do Outro tem por base a construção de subjetividade e respeito pela autonomia pessoal, em que o cuidado se centra na pessoa como um

ser de projeto de cuidados, mas também como um ser de inter-relações com os outros, incluindo o seu ambiente e todo o contexto (social, cultural, histórico, espiritual) (Gomes, 2009).

Este facto implica uma relação de Parceria num encontro com o outro, respeitando o seu espaço de liberdade, autonomia e singularidade, ajudando-o a assumir ou assegurar o cuidado de si. Assim, o conceito de Cuidado de si pode ser definido como controlo de cuidar de si próprio e do seu projeto de vida e de saúde (assegurar o cuidado de si), ou ter como princípio tomar cuidado com o cuidado que o Outro deveria ter consigo próprio, se tivesse capacidade de decisão no sentido de progredir na sua trajetória de vida (Gomes, 2009).

Este processo, segundo Gomes (2009), visa um cuidado centrado na pessoa e decorre em cinco fases distintas, mas interrelacionadas num *continuum*, sistematizadas no seguinte quadro:

Quadro 1 – Fases do Processo de Parceria (Adaptado de Gomes, 2009)

Fases da Parceria	Principais Aspetos
Revelar-se	<p>Nesta fase procura-se conhecer a pessoa idosa no seu potencial de desenvolvimento com a mobilização de competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa no sentido de ajudar a promover o seu projeto de saúde e de vida, e a realização de si.</p> <p>Portanto dá-se enfoque à identidade, valores e cultura da pessoa idosa. Pretende-se também compreender o acontecimento de doença e o significado na trajetória de vida, identificar conhecimentos e recursos pessoais, dando atenção ao sentido de vida e às necessidades expressas pelo cliente. Assim, ter-se-á acesso a uma colheita de dados global que irá potenciar as capacidades do cliente.</p>
Envolver-se	<p>Neste momento existe a procura de tempo e espaço para o estabelecimento de uma relação de confiança, de modo a permitir ir ao encontro do cliente, tentando identificar as singularidades da pessoa idosa. O enfermeiro mostra disponibilidade, promove um ambiente seguro (no contexto clínico), num espaço de reciprocidade e partilha de informação, procurando ir ao encontro das necessidades e projeto expressos. O enfermeiro demonstra competências técnicas e relacionais para intervir e propor soluções adequadas e obtém conhecimentos sobre a capacidade do cliente desenvolver a sua autonomia. Esta preocupação e envolvimento evidencia as necessidades e potencialidades: falta de conhecimentos, limites funcionais da doença, motivações, o que dá sentido à vida e em conjunto identificar os recursos do cliente para o cuidado de si</p>

Capacitar ou Possibilitar	<p>Esta fase tem uma dupla faceta. Capacitar, refere-se à construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir tendo em conta os aspetos partilhados pelo cliente. Com base nisso, o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, partilhando a responsabilidade e o poder com a pessoa. Aqui, o enfermeiro promove a autonomia, o conforto e as escolhas do cliente com base num diálogo de proximidade; ajuda a família/cuidador na construção da capacidade de cuidar do cliente; promove a reflexão e negociação, no interesse da melhor solução para o cliente</p> <p>Possibilitar o cuidado do outro, diz respeito à experiência de ação em que o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidador que o outro deveria ter consigo próprio ou ajuda a capacitar a família/cuidador para o cuidado com base nos valores de eficácia terapêutica e do conhecimento que detêm da identidade e do sentido de vida da pessoa. Assim, permite que a pessoa continue com o seu projeto de vida e de saúde.</p>
Comprometer-se	<p>Nesta fase procura-se atingir os objetivos definidos, com a mobilização de todos os recursos e esforços conjuntos para a gestão da vida e da saúde do cliente idoso. O enfermeiro ajuda a suportar os compromissos estabelecidos mutuamente e as suas ações visam uma transição progressiva na capacidade real e na promoção da saúde, nomeadamente a gestão e da sua vida e doença.</p>
Assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro	<p>Esta fase também tem uma dupla faceta. Por um lado, assumir o controlo de si próprio, em que o cliente assegura ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde. Ao estar informado, consegue decidir pelo melhor para si, gerir a sua situação e manifesta conforto e bem-estar. Por outro lado, pretende assegurar o cuidado do outro, em que a família/cuidador adquire capacidade para ajudar a cuidar da pessoa idosa podendo esta continuar a sua trajetória de vida. O enfermeiro tem que ter garantida a capacidade da família para o cuidado, mantendo-se sempre como recurso.</p>

O desenvolvimento de competências relacionais e de parceria a seguir explicitadas, comprovaram permitir aos clientes a vivência de processos de transição de forma saudável, dando relevância ao projeto e significado da sua vida, contribuindo assim para a integração eficaz da OLD nesse projeto de vida e de saúde (Schumacher & Meleis, 1994; Gomes, 2009).

3. DESENHO DO PROJETO/IMPLEMENTAÇÃO

O desenho do projeto e sua implementação tiveram por base uma metodologia de projeto reflexiva, baseada e sustentada na investigação de forma sistemática e participativa, que visou identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Assumiu-se assim como ponto de partida, a vontade de mudança em relação a uma necessidade/situação real (Guerra, 2002) da prática de enfermagem, no contexto do desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. O projeto decorreu em cinco fases: identificação do problema e diagnóstico de situação, relativamente ao desenvolvimento das competências necessárias para a especialidade e do contexto da prática clínica; definição de objetivos; planeamento; execução/avaliação e divulgação dos resultados (relatório). Deste modo, através de uma revisão da literatura, análise e resolução de problema da prática clínica, permitiu-se chegar a uma resolução assumindo os princípios da prática baseada na evidência (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A mudança que se pretendia na prática teve por base um processo de investigação-ação, em que se operacionalizou no estudo do contexto da prática, a identificação de possíveis decisões, a implementação das mesmas e a análise dos resultados das atividades incrementadas (Guerra, 2002). Considera-se ter havido investimento no desenvolvimento de atividades que permitiram adquirir competências de enfermeira especialista, alterando a prática de cuidados ao cliente idoso, incorporando a prática baseada na evidência e a liderança do presente projeto nas equipas mencionadas, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem inseridos na equipa multidisciplinar.

Assim, partindo da definição do problema e contextualizando o local onde se operacionalizou o projeto apresentado no primeiro capítulo, este teve como **finalidade**: assegurar a adesão do cliente idoso submetido à terapêutica de OLD, promovendo o cuidado de si. Desta, surgiram dois **objetivos gerais**: desenvolver competências como enfermeira especialista, intervindo em parceria com o cliente idoso e família, nomeadamente aos submetidos à terapêutica de OLD na gestão da mesma no contexto da sua doença crónica, visando o cuidado de si; contribuir com a equipa de enfermagem desenvolvendo competências para a avaliação da adesão à OLD, intervindo na sua promoção, usando a parceria como intervenção de enfermagem, para promover o cuidado de si. A definição dos objetivos específicos foi

organizada em três fases que refletiam a evolução pretendida ao longo do tempo de estágio e a sua operacionalização (Apêndice II).

A fase do **Planeamento** foi delineada com base num processo contínuo e dinâmico que possibilitou perceber a realidade e construir um percurso delineado na Unidade Curricular de Opção II. Assim, com base nos objetivos do projeto, no conhecimento dos recursos e nas competências específicas do cuidado ao idoso e família que se pretendiam desenvolver, foram definidas atividades indo ao encontro da sua consecução e que se apresentam no cronograma em anexo. Guerra (2002) refere que o planeamento das atividades é um documento estruturante da priorização sistematizada das atividades calendarizadas em função dos respetivos objetivos de fácil consulta.

A **população alvo/participantes** no projeto envolve a definição dos critérios de inclusão e exclusão, tendo em conta a população que beneficiaria do projeto, ou seja, refere-se ao conjunto de sujeitos que partilham características comuns (Fortin, 2009) e neste trabalho refere-se às seis enfermeiras que constituem as duas equipas de enfermagem e aos idosos a quem foram prestados cuidados durante o período de estágio. No decorrer de todo o processo do projeto de estágio foram assegurados os direitos fundamentais dos envolvidos. Por conseguinte, foi garantido o direito à autodeterminação, assegurando a decisão livre e informada de participar na implementação do projeto sendo alvo de cuidados especializados, baseada em dados confidenciais validados com a pessoa, colhidos segundo o processo de enfermagem, respeitando a sua intimidade e privacidade.

No planeamento dos cuidados de enfermagem foi também garantido um tratamento justo e equitativo, pelo que no contexto referido todos os clientes idosos puderam usufruir de cuidados especializados, sendo no entanto a área de projeto (Adesão à OLD) desenvolvida para todos os clientes dos serviços. Perante este facto e preconizando os princípios da beneficência e não maleficência, foi também garantido o princípio da proteção contra quaisquer danos físicos e/ou psicológicos relacionados com as intervenções planeadas. Desenvolveram-se cuidados especializados respeitando os direitos humanos e a responsabilidade profissional enquanto enfermeira especialista, dando ênfase à condição de cliente crónico devidamente legislada (OE, 2010a).

Na implementação do projeto participaram um total de seis enfermeiras (todas do sexo feminino), sendo duas enfermeiras generalistas, três enfermeiras graduadas e

uma enfermeira especialista com média de idades de 45 anos (33-55) e média de tempo de exercício da profissão de 20 anos.

Em relação às pessoas idosas, foram consultados os processos de enfermagem em dois momentos principais: no início e no final do estágio, analisando apenas os referentes aos idosos com diagnóstico principal de DPOC e com prescrição de OLD (24 na fase inicial e 16 na fase final), em ambos os serviços, o que permitiu monitorizar a adesão à OLD e validar as intervenções de enfermagem direcionadas para garantir essa adesão. Para além da consulta dos processos procurou-se também observar as práticas de enfermagem, em que as enfermeiras e os idosos foram monitorizados no desenvolvimento e manutenção da relação de parceria.

No domínio do desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na pessoa idosa, durante a consecução do projeto procurou-se motivar, interagir e compreender os factores facilitadores e constrangimentos no dia a dia, tendo um papel ativo no processo de tomada de decisão e na prestação direta de cuidados especializados à pessoa idosa em contexto de ambulatório e domiciliário. Tentou-se também investir na formação das equipas com base em padrões de conhecimento sólidos, válidos e o mais atuais e realistas possível, investindo num processo formativo constante. Estes factos permitiram desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da sua gestão, assumindo um papel dinamizador, criando um ambiente terapêutico seguro, bem como otimizar constantemente a resposta eficaz das equipas de enfermagem, liderando a implementação do projeto (OE, 2010a).

Em relação aos **instrumentos de recolha e análise dos dados**, estes permitiram partir para as conclusões e respostas às minhas inquietudes, levantadas na justificação do projeto, corporizadas nos objetivos do mesmo. Assim, os dados são elementos que representam eventos ocorridos, neste caso presenciados e observados, quer na sua forma escrita, quer na prática que conduziu à compreensão de determinados factos. Estes foram devidamente organizados, analisados e comparados, para servirem de base a uma tomada de decisão eficaz (Fortin, 2009).

De modo a diagnosticar e a monitorizar o projeto ao longo do estágio, a recolha de dados foi realizada através da análise documental dos registos de enfermagem, da observação direta dos participantes das práticas de cuidados em contexto de ambulatório, no hospital e no domicílio. No que diz respeito aos enfermeiros foram ainda aplicados questionários tanto no início como durante o estágio.

A análise deste tipo de dados foi possível através da análise estatística simples e da análise de conteúdo

3.1 Execução, Avaliação e Divulgação dos Resultados

Neste ponto são evidenciadas as duas últimas fases da metodologia de projeto utilizada, em que partindo da finalidade, que indica a razão do projeto e explicita a sua contribuição na resolução do problema identificado, e dos objectivos gerais, que descrevem as linhas de trabalho, assumindo-se como orientações para a ação, estão descritas as atividades desenvolvidas (Guerra, 2002; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

O período temporal de consecução decorre entre Outubro de 2012 e Fevereiro de 2013. Os resultados apresentados foram analisados com base na evidência científica, à luz da teoria e modelo de enfermagem utilizados, pretendendo também evidenciar as competências específicas desenvolvidas com base nas definições da Ordem dos Enfermeiros e do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção de enfermagem à pessoa idosa.

O enfermeiro especialista deve então prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do cliente em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui (Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro), cabendo-lhe um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida para tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010a).

Com base na temática escolhida e nos objetivos gerais do projeto, a definição dos objetivos específicos foi organizada em três fases que refletiram, no estágio, a evolução pretendida ao longo do tempo. A sua operacionalização decorreu com a finalidade de promover o cuidado de si na pessoa idosa (fases do processo do modelo de parceria) e com a aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e pelo plano de estudos da ESEL do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção de enfermagem à pessoa idosa.

Na **1ª Fase (Planeamento)** do decorrer do estágio, o objectivo número um foi: encontrar com a equipa de enfermagem métodos de avaliação da adesão do cliente

idoso à OLD.

Nesta primeira fase temporal do estágio, no que diz respeito à área específica a desenvolver, tentou-se fazer um diagnóstico da situação com as enfermeiras das equipas, de modo a aferir de que forma é realizada atualmente a avaliação da adesão à OLD dos clientes idosos com DPOC e que intervenções de enfermagem são implementadas para a promoção dessa adesão. Para isso foram então aplicados questionários às enfermeiras e realizadas análises dos registos no processo de enfermagem:

Atividade Realizada: Aplicação de questionários por forma a aferir a importância da avaliação e da promoção da adesão à OLD, as intervenções de enfermagem inerentes, bem como as dificuldades percebidas

Um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo com um conjunto de questões, que resultam em respostas escritas sobre opiniões, práticas, atitudes e acontecimentos (Fortin, 2009). No contexto deste trabalho, os questionários foram respondidos de forma anónima, individual e no *timing* de cada enfermeira no prazo máximo de duas semanas após a entrega. Estes eram constituídos por questões de resposta fechada, em que os dados obtidos foram tratados estatisticamente, e por questões de resposta aberta, tendo sido realizada análise de conteúdo. Para esta última foram posteriormente definidas subcategorias com base no tema de cada questão (Apêndice III).

Na análise de conteúdo pretendeu-se a sistematização do conteúdo das respostas dos participantes inquiridos resultando na definição de indicadores que permitissem deduções lógicas. Após a organização dos questionários (numerados aleatoriamente), enquanto conjunto de documentos a serem submetidos a análise, foram determinadas as unidades de registo (UR) nas respectivas subcategorias, de modo a aferir os significados das respostas das enfermeiras às questões abertas (Bardin, 2011).

Da análise dos questionários (Apêndice IV), constatou-se que a totalidade das enfermeiras (100%) concordam plenamente com a importância da avaliação da adesão à OLD na sua prática diária. Estas definiram a adesão à OLD como a percepção do padrão de utilização da OLD por parte do cliente (5UR) no que diz respeito ao número de horas prescrito nos diferentes momentos de repouso, esforço

e sono (6UR), em simultâneo com a obtenção dos benefícios na sua saúde e na qualidade de vida (4UR), demonstrando conhecimentos relacionados com a importância de efetuar OLD e cuidados relacionados consigo e com o material e dispositivos da OLD (2UR).

No que diz respeito à forma como é efectuada a avaliação da adesão ao OLD, na análise do conteúdo constatou-se que esta consiste em avaliar a adequação da OLD, em perceber se os clientes utilizam esta terapêutica em relação ao número de horas prescrito no esforço, repouso e a dormir, bem como o uso dos diferentes débitos consoante a atividade (6UR) e se estão a obter os ditos benefícios (5UR). Por outro lado, avaliaram-se junto da pessoa idosa/cuidador os conhecimentos relacionados com a importância de efetuar OLD, em que consiste e os cuidados relacionados consigo e com o material e dispositivos da OLD (4UR) e identificaram-se as possíveis causas para o não cumprimento das indicações (1UR).

No campo das Intervenções de Enfermagem que promovem a adesão à OLD as enfermeiras enunciaram seis intervenções de enfermagem primordiais, dentro de um plano estruturado e personalizado de cada cliente idoso. São elas: questionar o cliente sobre o número de horas prescritas que efetua no seu dia a dia (em casa, na rua e em situações de esforço) (6UR); identificar os factores que condicionam o cumprimento da prescrição da OLD no dia-a-dia junto do cliente/cuidador (3UR); planear estratégias com o cliente/cuidador, equipa de saúde e empresa fornecedora dos cuidados respiratórios domiciliários (3UR); realizar educação para a saúde que promova a importância desta terapêutica e o seu uso correto (1UR); reforçar sempre que possível os riscos/consequências do não cumprimento correto das indicações da OLD” (1UR); e definir estratégias em parceria com o cliente, estabelecendo compromissos reais (4UR). Saliento esta última intervenção onde surge o termo parceria sem uma conceptualização estruturada, mas como fazendo parte da prática diária das enfermeiras.

Tendo em conta que 100% das enfermeiras referem que realizam a avaliação da adesão à OLD de uma forma não estruturada nem muitas vezes registada, é compreensível que refiram dificuldades na consecução dessa avaliação. Destaca-se a referência à tendência manifestada por alguns idosos com doenças crónicas de sentimento de “fim da vida” sem vontade de investir (2UR) e no caso das pessoas mais ativas a introdução da OLD interferir negativamente com a percepção de auto-imagem e com as atividades diárias (4UR). Por outro lado, não estão disponíveis

para os clientes com OLD meios fiáveis (dispositivos/material) que permitam a aferição das horas efetivas de terapia (5UR), dado que a avaliação de adesão é baseada apenas no relato do cliente, o que pode nem sempre corresponder à sua utilização adequada (6UR).

De modo a consolidar conhecimentos, no que diz respeito à implementação do projecto e à operacionalização da intervenção de enfermagem na adesão à OLD, realizou-se uma ação de formação para envolver ativamente as enfermeiras.

Atividade Realizada: Realizar a ação de formação relacionada com a problemática da adesão à OLD

A ação de formação foi realizada no contexto de formação em serviço após reunião com as enfermeiras chefes, envolvendo assim as equipas no projeto. Esta atividade constituiu um momento formativo durante o qual se pretendeu a aquisição e/ou o aprofundamento das competências dos participantes, bem como a discussão do tema, para garantir o alcance dos seus objetivos (com base numa correta planificação) (Anexo IX). A escolha desta técnica pedagógica teve por base a atividade dos formandos e do serviço, o respeito pelas diferenças individuais; originar motivação com um *feedback* contínuo formando/formador (relacionamento interativo), pela facilidade de estruturação e de transferência dos conteúdos, e com o uso adequado dos recursos /materiais existentes. Assim, foi planeada a sessão com recurso ao método demonstrativo numa primeira fase da formação e método interrogativo gerando discussão e conclusões grupais (Rodrigues e Ferrão, 2006).

A sessão de formação decorreu envolvendo as duas equipas, dada a sua eminente junção física e proximidade de práticas. Teve como objetivos (1): apresentar o projeto de estágio, (2) contextualizar a temática da adesão à OLD na pessoa idosa com DPOC (3) apresentar os métodos de avaliação a adesão sugeridos pelo referencial teórico (4) criar momento de discussão e reflexão para decidir os métodos de avaliação de adesão à OLD a utilizar e ainda, (5) discutir e apresentar as principais intervenções que promovem a adesão à OLD.

Na sessão de formação participaram as seis enfermeiras e a enfermeira chefe dos dois serviços (100%). A reflexão originada por esta atividade permitiu que os enfermeiros tomassem consciência da importância desta avaliação, mesmo nos curtos períodos de tempo que têm com os clientes e da necessidade de uma avaliação contínua e objetiva da adesão à OLD ao longo do tempo, bem como de

uma intervenção cientificamente estruturada na promoção da adesão à mesma. Dada a inexistência no Serviço de linhas de orientação para a prática, as enfermeiras foram solicitadas a colaborar na realização em equipa de um documento de registo da avaliação do cliente idoso, bem como especificamente da avaliação da adesão à OLD, definindo critérios mínimos para o seu registo. Simultaneamente com o questionário foi também organizado um conjunto de intervenções de enfermagem utilizadas em contexto de ambulatório e domiciliário que promovem uma melhor avaliação da adesão e a promoção da mesma.

Foi plenamente aceite a pertinência do projeto, reforçando a evidência que dará ao papel da enfermeira na gestão de saúde/doença de cada cliente. Foi unânime a constatação de que seria necessário um investimento da equipa num melhor conhecimento do cliente e seus contextos, mas fundamentalmente na melhoria dos registos de enfermagem, dado que estes quase nunca dão visibilidade aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, comprometendo a continuidade de cuidados e os objectivos delineados para aquele cliente ao longo do tempo.

As duas atividades desenvolvidas permitiram assim discutir com a equipa os métodos mais eficazes para avaliar a adesão à OLD, tendo por base a revisão bibliográfica prévia, abordando e refletindo também sobre os instrumentos e práticas já disponíveis no serviço.

O enfermeiro está numa posição privilegiada para dar as respostas eficazes às necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa, durante a vivência do processo de transição, permitindo daí delinear intervenções que permitam o equilíbrio da pessoa e reestruturação de papéis (Schumacher e Meleis, 1994), trabalhando ao abrigo da teoria enunciada por Meleis com o fim de capacitar a pessoa idosa para o cuidado de si. Pretendeu-se que a equipa delineasse uma colheita de dados, planeamento de intervenções, avaliação das mesmas e reestruturação das informações e das intervenções ao longo do tempo de acompanhamento do cliente no sentido de promover, prevenir e intervir em saúde considerando sempre as potencialidades existentes e/ou reabilitáveis no cliente idoso, bem como dos recursos existentes ou possíveis de ser mobilizados no seio da família/cuidador, equipa multidisciplinar e na comunidade. Como compromisso final, a equipa decidiu colaborar na elaboração de um documento orientador para a Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Promoção da Adesão à OLD que

consolidará práticas comuns nos serviços, tendo por base a melhor evidência científica em articulação com o Modelo de Parceria de Gomes (2009).

Ainda na primeira fase, foi definido como objetivo número dois: Analisar o papel da equipa de enfermagem na promoção da adesão à OLD da pessoa idosa e do cuidado de si, com base na parceria com o cliente e família. Neste objetivo pretendia-se conhecer *in loco* quais as intervenções de enfermagem e como está organizado o processo de enfermagem, dando ênfase às intervenções de enfermagem que promovem o cuidado de si na pessoa idosa com DPOC e prescrição de OLD. Este objetivo permitiu que ao longo do estágio fossem geridos os cuidados de enfermagem e fosse promovida a melhoria da qualidade dos mesmos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem no seu contexto e situação real (OE, 2010a).

Atividade Realizada: Consultar e realizar a análise documental dos processos de enfermagem dos clientes idosos com DPOC e prescrição de OLD

A prática de enfermagem caracteriza-se por uma constante tarefa de colher dados, registar e fazer uso de informações relacionadas com a vida e saúde dos clientes, viabilizando o melhor cuidado de enfermagem. No entanto, o grande volume de dados gerados e a necessidade de controlar a qualidade dos respectivos cuidados de enfermagem, exige formas de análise válidas e fiáveis do conteúdo dos registos de enfermagem. Os registos hospitalares ainda se assumem como uma fonte importante de dados (Polit et al., 2004) e a análise documental pretende então agrupar o conteúdo desses registos de enfermagem, por forma a armazenar dados de fácil consulta (Bardin, 2011).

A análise foi realizada com dois objectivos principais, por um lado identificar as intervenções de enfermagem e os dados registados que visam a promoção do cuidado de si (Modelo de Parceria de Gomes (2009)) e por outro identificar os registos de intervenções de enfermagem específicas que promoveram a adesão à OLD. Para isso foram criadas grelhas de análise com base nas cinco fases do Modelo de Parceria descritas nas páginas 55 a 58 com indicadores das mesmas (Apêndice V). Estes incidiam na forma como o enfermeiro assumia ou assegurava o cuidado do cliente idoso tendo por base uma ação conjunta num ambiente seguro proporcionado por um conhecimento da pessoa idosa, seus contextos e significados face ao seu projeto de vida e de saúde.

Com base na revisão da literatura apresentada no ponto 2.3, foram criadas tabelas de frequência com as respectivas intervenções de enfermagem e campos em aberto e pretendeu-se aferir quais as intervenções de enfermagem registadas que promoviam a adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC.

A análise foi realizada durante três semanas nos dois serviços e englobou os clientes do HDIR que estavam num programa de acompanhamento atualmente, o que correspondeu a 21 clientes idosos com DPOC e prescrição de OLD (em 32 pessoas idosas acompanhadas no mês de outubro de 2012) e a 3 idosos com DPOC e OLD em consulta de follow-up na SVE (dos 5 clientes idosos em 13 clientes acompanhados na primeira semana de novembro de 2012), durante uma semana.

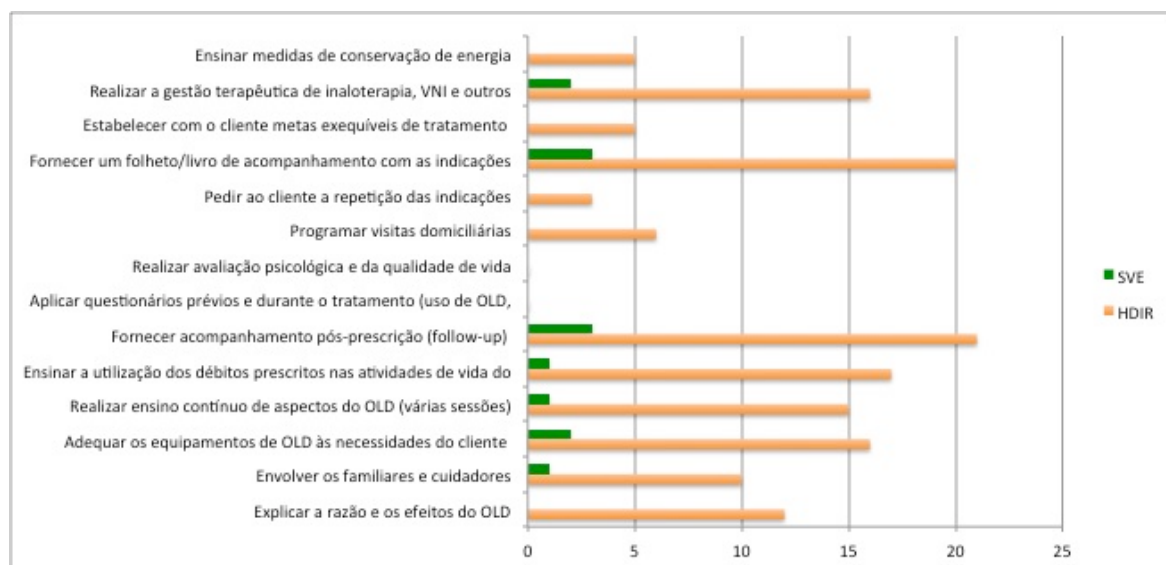


Gráfico Nº 1: Intervenções de enfermagem implementadas pelas equipas de enfermagem para promover a adesão à OLD do cliente idoso com DPOC no assegurar o cuidado de si.

Da análise dos registos conclui-se que as enfermeiras procuram conhecer a identidade do cliente idoso registando fielmente o nome preferido, idade, habilitações literárias, profissão ou reformado, identificação da pessoa com quem coabita, do seu cuidador e/ou pessoa de referência, do conhecimento do seu diagnóstico, dos seus antecedentes pessoais, internamentos anteriores e hábitos e estilos de vida. Quanto aos aspectos relacionados com a OLD, os registos incidiam no número de horas prescritas, tipo de fonte de oxigénio, débitos prescritos no repouso, sono e esforços, empresa fornecedora e valores de oximetria de pulso. No decurso de outras consultas de *follow-up* da SVE ou observações em HDIR, verificou-se que as

enfermeiras procuram envolver os idosos e pontualmente a família/cuidador nos seus próprios cuidados, contudo não é visível nos registos, o estabelecimento de um projeto de ação conjunta com objectivos reais e compromissos comuns, que a prática diária possa traduzir.

Assim, as intervenções de enfermagem que segundo a literatura são preconizadas, de uma forma geral, são utilizadas e registadas, mas com outras atividades esta lista de intervenções aumentou chegando a outras conclusões.

A análise segundo as fases do Modelo de Parceria será realizada mais detalhadamente na última fase temporal do projeto, dado que farei a comparação entre as avaliações inicial e final.

Por outro lado pretendeu-se também com a análise dos registos de enfermagem definir os parâmetros principais considerados para definir que um cliente tem adesão ou não à OLD. Este último aspecto foi trabalhado em conjunto com as equipas e definiu-se que o cliente idoso com OLD seria aderente se cumprisse o número de horas prescritos por dia nas situações distintas de repouso, sono e esforço, o que vai de encontro ao referido por Earnest (2002), Neri, et al. (2006) e Cullen (2006). Os valores de adesão no processo, relativos a esta primeira consulta, eram totalmente desconhecidos pela ausência de qualquer registo.

Na **segunda fase** da implementação do projeto, que diz respeito ao desenvolvimento, com base na pertinência do projeto, no interesse das equipas de enfermagem e na necessidade de implementar um guia estruturado de intervenção e avaliação da adesão à OLD foi delineado como objectivo número um: Prestar cuidados especializados à pessoa idosa

Atividade Realizada: Integrar a equipa na prestação direta de cuidados de enfermagem, intervindo de forma especializada

No desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em médica-cirúrgica, perita na pessoa idosa, foi primordial incorporar ao longo do estágio, bem como na implementação deste projeto a aplicação prática de todos os conteúdos apreendidos nas unidades curriculares do pós-especialização, bem como os crescentes contributos da pesquisa bibliográfica constante ao longo de todo o percurso. Cuidar de clientes idosos em diferentes contextos: HDIR, SVE e Visita Domiciliária, possibilitou a mobilização de diferentes estratégias de intervenção e o

desenvolvimento pessoal na atuação em cenários de cuidados com uma especificidade própria, fazendo a ligação com o serviço de internamento, onde exerce funções.

A operacionalização do Modelo da Parceria, permitiu apreender o seu potencial na qualidade de vida e autonomia dos clientes para a promoção do Cuidado de Si, em que a avaliação funcional do idoso, das suas capacidades e do seu contexto de vida e de doença crónica, assumiram um papel determinante no planeamento dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa. O estudo de caso em anexo (Anexo X) pretende apresentar uma das múltiplas situações de contexto de cuidados de encontradas no percurso. Este demonstra a mobilização de conhecimentos na avaliação multidimensional do idoso com doença crónica, a avaliação dos recursos que este possui, que necessita, que mobiliza por si e o conhecimento do cliente idoso nas suas várias dimensões (biopsicossocial), o que veio permitir uma intervenção de enfermagem especializada mais individualizada dirigida às necessidades reais e específicas de cada cliente.

No processo de tomada de decisão, o trabalho em Parceria promove a integração e compromisso do cliente e seu cuidador nas intervenções, sendo a decisão de acordo com o que considerarem melhor para si.

O cliente idoso e o seu familiar/cuidador para estarem integrados em todo o processo de cuidados, dependem claramente da informação fornecida nomeadamente sobre: a finalidade da intervenção, a importância da sua participação em parceria com a equipa de enfermagem, os benefícios esperados, os dados recolhidos e a necessidade de consentimento informado para a sua realização, aquando do início do acompanhamento em ambulatório, bem como na continuidade dos cuidados. Este facto permitiu a aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que se desenvolveram intervenções que respeitaram a individualidade de cada cliente idoso em simultâneo com uma prática de cuidados de qualidade dentro da individualidade de cada cliente.

A existência de um acompanhamento pós-alta para os clientes diminui a ansiedade e angústia muitas vezes manifestadas por eles na primeira sessão de HDIR ou consulta de follow-up na SVE que se podem relacionar com o desconhecimento, e falta de integração das indicações no seu dia a dia e que nos contextos em que estive inserida isso é colmatado.

A visita domiciliária corresponde ao melhor contexto de cuidados na gestão da doença crónica, sendo das atividades de enfermagem mais preconizadas para melhor acompanhar, intervir a avaliar o cliente idoso com DPOC e com OLD (Cullen, 2006; Katsenos e Constantopoulos, 2011).

Encarando o envelhecimento como uma desejável oportunidade para o viver da forma mais saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica, desde logo, uma ação integrada de intervenção de enfermagem na comunidade e contexto dos clientes, suas famílias e cuidadores, garantindo assim cuidados de proximidade. Estes cuidados dependem da articulação com outros profissionais como assistentes sociais, psicóloga e médica, bem como com os cuidados de saúde primários. Ao longo das visitas domiciliárias foi percepcionado o envolvimento da equipa de enfermagem em todas as fases de vida/transições da pessoa em que progressivamente foi conseguida uma melhor qualidade de vida e bem-estar do cliente e sua família. A enfermeira assume completamente a orientação e a responsabilidade no processo de cuidados, dando à pessoa oportunidade e espaço para intervir nas decisões, realçando a poder real do cliente para participar e influenciar a sua gestão dos cuidados (Gomes, 2009).

Em todos os contextos foi importante definir o que era a avaliação multidimensional da pessoa idosa e o que esta incluía na intervenção especializada que se preconizava. Neste aspecto foi necessário mobilizar conteúdos das várias unidades curriculares, sendo que esta avaliação multidimensional baseia-se essencialmente na avaliação do contexto social e de saúde do idoso, no que diz respeito às suas necessidades e capacidades percepcionadas, ou seja ao funcionamento global do idoso, dando sentido ao projeto de vida da pessoa idosa. Esta avaliação teve como principal objetivo a restauração ou preservação da qualidade de vida e bem-estar do idoso, promovendo sua autonomia de decisão e realização pessoal. Outra condição essencial que foi promovida ao longo da prestação de cuidados foi dar espaço e tempo para o estabelecimento de uma relação de confiança, adequando as técnicas de comunicação e proximidade com os clientes e suas famílias/cuidador, o que permitiu resultados eficazes (Gomes, 2009).

Assim confere-se à pessoa idosa a sua multidimensionalidade em que as escalas de avaliação adoptadas, e já referenciadas, integram algumas das principais funções afetadas nas pessoas idosas (OMS, 2005). O uso das referidas escalas permitiu avaliar o desempenho das atividades básicas de vida diária e das atividades

instrumentais de vida, bem como o risco de queda, o nível de dispneia e em que medida esta influencia as suas atividades de vida, avaliação mental, avaliação dos níveis de ansiedade e depressão e avaliação do impacto dos sintomas da DPOC no bem-estar do cliente. O seu uso, inserido numa colheita de dados completa, permitiu identificar os reais problemas e necessidades de cuidados nos clientes idosos, dirigindo o planeamento concreto de um plano de intervenção, quer no contexto ambulatorio como na própria casa do cliente, em que este foi sempre inserido nas decisões e encarado como parceiro neste processo.

Os registos de enfermagem no processo clínico individual do cliente incidiram sobre: as intervenções de enfermagem que integraram o conhecimento da pessoa e a respetiva avaliação inicial do cliente; um plano de cuidados individualizados com objetivos a longo e curto prazo propostos e negociados com o cliente; e sobre a avaliação do mesmo e a evolução ao longo do tempo, tendo sido envolvida a sua família/cuidador ao longo de todo o processo

A equipa de enfermagem, ao estar incluída na implementação da avaliação multidimensional, adotou no novo modelo de consulta de enfermagem do hospital de dia pneumológico a implementação de algumas das escalas, nomeadamente do Teste de Avaliação da DPOC - CAT (COPD Assessment Test); Avaliação do nível de dependência nas Atividades Básicas de Vida segundo o Índice de Barthel; Avaliação do nível de dependência nas Atividades Básicas de Vida segundo o Índice de Lawton e Brody e Avaliação da Ansiedade e Depressão através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. A sua implementação, já numa fase final do estágio, foi acompanhada pela elaboração de um guia simples de cada escala.

Os idosos foram sempre os guias orientadores na prestação de cuidados e na implementação do projeto. Ao longo das duas últimas semanas de estágio, (Fevereiro de 2013) no HDIR e na SVE, conseguiu-se aferir a sua satisfação por estarem incluídos nestes cuidados especializados. Refletiram sobre o seu potencial, sobre as suas percepções de saúde e de vida e estabeleceram objetivos a curto e a longo prazo visando a sua satisfação e bem-estar. Nos Serviços onde se desenvolveu este trabalho, foi possível constatar que se sentiram mais apoiados, quando se lhes transmitiram garantias, confiança e segurança para o futuro. Manifestaram sentir-se mais capazes na integração das alterações que a doença lhes trouxe, incluindo a gestão da OLD, bem como na identificação de sintomas e complicações decorrentes da mesma.

Em muitos casos, devido a internamentos por agudização da DPOC, a relação de parceria estabelecida pode ter continuidade no contexto do trabalho (internamento), o que permite fazer a transposição das intervenções de enfermagem especializada, dando assim continuidade aos planos de cuidados individualizados. Os clientes idosos identificavam assim a enfermeira como referência ao longo de todas as fases e transições na gestão da sua doença crónica. A gestão da OLD também mereceu assim mais importância no contexto da prática clínica ao mesmo tempo que no HDIR e na SVE se implementavam estratégias dirigidas.

Como objectivo número dois, ainda na segunda fase, foi estabelecido: Implementar com a equipa de enfermagem métodos de avaliação e intervenção na adesão do cliente idoso à OLD.

Atividade Realizada: observar de forma participante as práticas de enfermagem

A Observação Participante, enquanto técnica de investigação é realizada em contacto direto, frequente e prolongado do investigador/observador, com os participantes, nos seus contextos, sendo o próprio investigador instrumento de recolha de dados e de análise dos mesmos (Correia, 2009). Esta observação deve ser estruturada com objetivos definidos e, neste caso, foi utilizada uma observação participante ativa, em que o meu papel enquanto observadora diluiu-se, dado que estava integrada nas situações que observei, mas mantendo firmes os objetivos do que queria observar.

O recurso à Observação Participante permitiu aceder às práticas e intervenções de enfermagem que permitem à enfermeira estabelecer uma relação de parceria, conhecendo o cliente idoso e intervindo em conjunto com ele e com a família/cuidador na promoção do cuidado de si resultando concomitantemente na promoção da adesão à OLD.

Para a sua operacionalização foram escolhidos três momentos, tendo por base os contextos dos serviços em que estagiei. Assim, as notas de campo documentadas dizem respeito a um momento de cuidados no HDIR (Nota de Campo 1), SVE (Nota de Campo 2) e numa Visita Domiciliária (Nota de Campo 3) (Apêndice VII). Estas foram selecionadas por uma amostragem de conveniência de modo a evidenciar as diferenças e semelhanças dos contextos com participantes que aceitaram voluntariamente ser incluídas na observação.

De modo a estruturar a observação, foi definida uma grelha com o conjunto de indicadores do que observar segundo as cinco fases do Modelo de Parceria, semelhante ao dos registos, o que permitiu a sua posterior reflexão e análise (Apêndice VI). Durante a descrição são referenciados também aspectos relacionados com o contexto físico, comunicação não verbal e atividades desenvolvidas pelas participantes (Polit et al., 2004).

Da análise dos diários de campo concluiu-se que as enfermeiras procuram conhecer mais detalhadamente os contextos de vida e de doença dos clientes idosos, estabelecer uma relação de confiança, planear cuidados de enfermagem estabelecendo compromissos reais com o cliente, do que aquilo que é traduzido nos registos. As intervenções de enfermagem referenciadas no ponto anterior são, na sua maioria, implementadas tendo por base o conhecimento do cliente e o estabelecimento de uma ação conjunta com metas exequíveis pelos clientes.

Os três momentos em análise pretenderam refletir sobre o percurso e os contextos de cuidados dos idosos com que se teve contacto, em que foi atribuída mais importância aos cuidados em contexto de ambulatório, bem como à sua ligação com os serviços de internamento, onde exerce funções. O Modelo de Parceria refletiu eficazmente a intervenção estruturada da enfermeira ao cliente idoso na sua prática diária, na medida em que promove as capacidades reais dos idosos e suas famílias com base num conhecimento profundo dos seus contextos: a sua casa, as relações familiares, a ocupação do dia a dia, os valores, os projetos, as suas capacidades e as reais necessidades que se traduzem muitas vezes nas várias transições que o cliente ultrapassa ao longo de anos de acompanhamento. A enfermeira é realmente encarada como parceira nos cuidados que o cliente necessita e vice-versa. Este facto foi notório ao longo de todos os momentos de prática de cuidados.

A promoção do cuidado de si ocorreu nas várias observações, mesmo nas não documentadas, embora o objectivo final de assegurar o cuidado de si ou cuidado do outro pudesse estar comprometido pela instabilidade clínica dos clientes idosos com DPOC, sendo a enfermeira assumida por eles como ponto de referência e recurso.

Perante esta ausência de registos de enfermagem sistematizados que concedam visibilidade às intervenções que promovem a adesão à OLD e o cuidado de si na pessoa idosa, emergiu a necessidade de, com a equipa, construir um documento/guia orientador e implementá-lo na prática diária

Atividade Realizada: Elaborar e implementar o Guia Orientador “Avaliação e intervenção de Enfermagem na Promoção da Adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC” (Anexo XI)

De modo a envolver de forma ativa a equipa na consecução do projeto, o seu contributo foi decisivo no decorrer do estágio, bem como na elaboração deste guia orientador que reúne uma pequena introdução teórica realçando os aspectos principais referenciados pela equipa nas atividades descritas anteriormente, bem como a articulação do Modelo de Parceria numa intervenção de enfermagem estruturada bem como em registos de enfermagem mais completos, com uma avaliação completa da pessoa idosa. Esta operacionalização pretendeu dirigir a equipa no sentido de liderar o projeto, mas também desta colaborar e integrar o mesmo, estando eu incluída numa prática de cuidados próxima do cliente, sendo esta a base dos cuidados prestados.

Um Guia Orientador serve de base para sistematizar as intervenções de enfermagem, para adequar a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (OE, 2010b). Assim, com base na análise das práticas, e na reflexão gerada a nível pessoal e nas equipas, foi desenvolvido este documento no sentido de assegurar que este assumiu um papel crucial e central nos cuidados de enfermagem, servindo como um meio para a prestação de cuidados com maior qualidade à pessoa idosa, e assumindo esta intervenção especializada.

O documento teve como objectivo, sugerir orientações de atuação uniformes na avaliação da adesão à OLD com dados quantificáveis, bem como de intervenções de enfermagem que promovem a adesão à OLD no conjunto da gestão da doença crónica respiratória de base, tendo o cliente idoso como parceiro no processo dos cuidados de enfermagem. Estes princípios aplicaram-se a todos os clientes seguidos em ambulatório no HDIR e SVE que tenham prescrição de OLD. São excluídos casos de prescrição de outro tipo de oxigenoterapia domiciliária.

O instrumento apresentado corroborou com os estudos internacionais de avaliação e intervenção na adesão à OLD, em especial de clientes idosos (Earnest, 2002; Neri, et al., 2006; Cullen, 2006) e comportou uma avaliação inicial multidimensional do cliente idoso, incluindo o uso de várias escalas auxiliares, devidamente validadas para a população portuguesa, estando a maioria indicadas como referência no cuidado especializado à pessoa idosa (Apóstolo, 2011). As escalas anexadas são: Teste de Avaliação da DPOC - CAT (COPD Assessment Test); Avaliação do nível de

dependência nas Actividades Básicas de Vida segundo o Índice de Barthel; Avaliação do nível de dependência nas Actividades Básicas de Vida segundo o Índice de Lawton e Brody; Avaliação da Dispneia nas Atividades de Vida Diária; Avaliação do Estado Mental (Mini-Mental State); Avaliação Nutricional (Mini Nutritional Assessment); Avaliação do Risco de Queda (Índice de Tinetti); Avaliação da Ansiedade e Depressão: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Depressão Geriátrica (Apêndice 2).

As intervenções de enfermagem recomendadas no documento decorreram do enquadramento teórico, da reflexão da equipa decorrida nos questionários e das observações das práticas de enfermagem anteriormente descritas.

Procurou-se que o Guia fosse de fácil leitura e consulta com esquemas operacionais da mesma, com um registo completo mas simples de usar e que facilmente pudesse ser integrado no registo informatizado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que brevemente iria entrar em uso nos serviços (já em uso em quase todos os serviços de internamento da Pneumologia).

No sentido de integrar as intervenções de enfermagem nos registos informatizados segundo a linguagem CIPE, foi necessária uma reunião com um dos elementos do grupo de trabalho da implementação da CIPE no serviço de Pneumologia. Nessa reunião foi apresentado o projeto de estágio e os seus objectivos, dando relevância ao guia orientador anteriormente referindo, à monitorização da adesão à OLD e às intervenções de enfermagem que promovem uma maior adesão dos clientes a esta terapêutica.

Dessa reunião resultou o compromisso de ambas as partes no trabalho, em conjunto para a definição dos registos de enfermagem melhorados, de forma a avaliar a adesão do cliente à OLD, bem como a definição dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a não adesão e as respectivas intervenções de enfermagem, segundo a melhor evidência científica. O Modelo de Parceria foi tido sempre como referência, sugerindo uma avaliação completa do cliente, sua família/cuidador, seus contextos e capacidades, bem como a definição de objectivos reais para o planeamento do acompanhamento desse cliente.

A integração destes princípios no Processo de Enfermagem segundo a CIPE (sendo este um projeto da Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar) resultou na “identificação das necessidades de ensino do cliente com oxigenoterapia”, em que se procura conhecer o cliente com oxigenoterapia, incluindo a OLD, identificando os

conhecimentos que o cliente tem acerca da sua “situação clínica”, “oxigenoterapia” e “equipamento”, “a gestão da sua situação de saúde”, referente à “gestão da doença crónica”, “gestão da oxigenoterapia” e à “higiene e manutenção do equipamento” (Anexo 3).

No decorrer do estágio o Guia Orientador foi integrado na prática, bem como as intervenções e registos de enfermagem. O seu uso foi concretizado em cerca de 10 cliente idosos, com o diagnóstico médico principal de DPOC e prescrição de OLD (7 no HDIR e 3 no HDIR), com reavaliações em ambos os serviços ou na visita domiciliária, em momentos diferentes.

O conhecimento profundo dos clientes, suas famílias e contextos, pelas enfermeiras das equipas, foi operacionalizado nos registos que por sua vez constituíram importantes ferramentas na continuidade de cuidados e na responsabilização conjunta do cliente e da equipa nos objetivos propostos ao cliente, manifestando-se numa satisfação e bem-estar da equipa e principalmente do cliente, que se viu assim mais envolvido na gestão da sua doença.

Na última e **terceira fase** do estágio, que corresponde à fase de avaliação da implementação do projeto, delineei como objetivo: Identificar os contributos e possíveis ganhos em saúde para a pessoa idosa com OLD

Nesta fase foi importante dar visibilidade não só aos dados apresentados, mas também a toda a vivência enquanto futura enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa.

Atividade Realizada: Analisar de forma documental os processos de enfermagem dos clientes idosos em programa de HDIR e em follow-up na SVE

De modo a refletir estes projeto num contínuo, decidiu-se nesta última fase apresentar a análise dos registos de enfermagem, comparando já os dados iniciais e os finais traduzindo-se assim os ganhos em saúde para os clientes idosos. As categorias são as mesmas, definidas na primeira fase, ou seja, indicadores definidos segundo as fases do Modelo de Parceria.

A análise documental, nesta última fase, permitiu identificar as informações e dados que as enfermeiras começaram a registar, no que diz respeito à monitorização da adesão à OLD, intervenções de enfermagem que promovem essa adesão e consequentemente o cuidado de si no cliente idoso com DPOC. Com base no

Modelo de Parceria, tentou-se perceber como estabelecem uma relação de parceria com o intuito de promover a adesão à OLD e o cuidado de si.

A colheita de dados nesta fase foi realizada numa amostra de clientes idosos (Apêndice XIII) em ambos os serviços semelhantes às utilizadas na primeira fase, conferindo viabilidade para comparar resultados e permitir obter conclusões da implementação do projeto.

Dos 28 clientes idosos acompanhados no mês de janeiro de 2013 no HDIR, 17 têm como diagnóstico principal DPOC (61%), dos quais 13 fazem OLD (46%) (12 clientes com indicação para 24 horas de utilização por dia e 1, 18 horas por dia). Estes clientes têm como média de idades 74 anos, apenas 1 vivia sozinho, sendo 11 casados e 2 viúvos; 9 dos 13 clientes com OLD saem de casa e têm indicação para o uso de oxigénio líquido, 12 são ex-fumadores e 1 ainda é fumador ativo. Em média apresentam Dispneia grau 4 (MRC) e saturações periféricas acima dos 90%.

Na SVE, dos 14 clientes acompanhados na última semana de janeiro de 2103, 10 são idosos (77%) e 3 clientes têm como diagnóstico principal DPOC e fazem OLD em conjunto com Ventilação Não Invasiva Domiciliária (21%), com uma média de idades de 74 anos. Destaca-se neste aspecto que existiram, neste grupo de clientes, 3 clientes com OLD que têm como diagnóstico Síndrome Obesidade-Hipoventilação/Síndrome da Apneia do Sono e Sequelas de Tuberculose, mas excluídos da amostra, embora beneficiários da avaliação e intervenção para promover a adesão à OLD. Dos 3 clientes mencionados, 2 são viúvos, apenas 1 vive sozinho e todos saem de casa, mas apenas um têm indicação para OLD 24 horas por dia, pelo que apenas este tem prescrito oxigénio líquido. Salienta-se que 2 não referem Dispneia (Grau O) e 1 apresenta Dispneia Grau 5, segundo MRC.

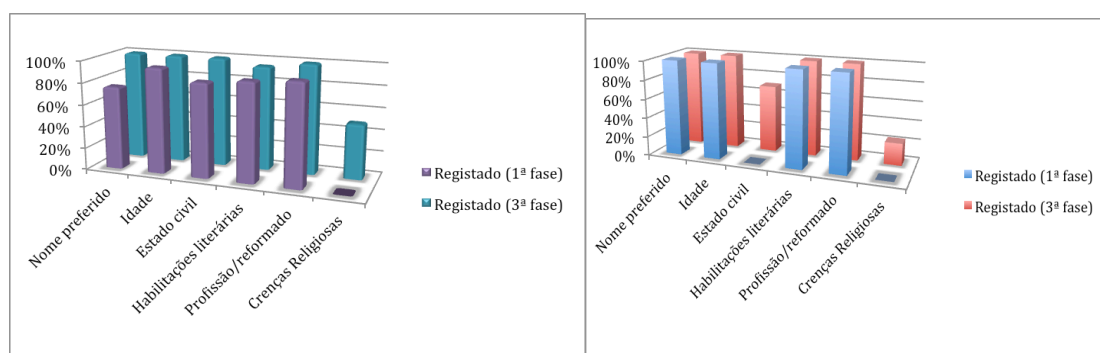


Gráfico 2: Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) – Identidade do cliente, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio

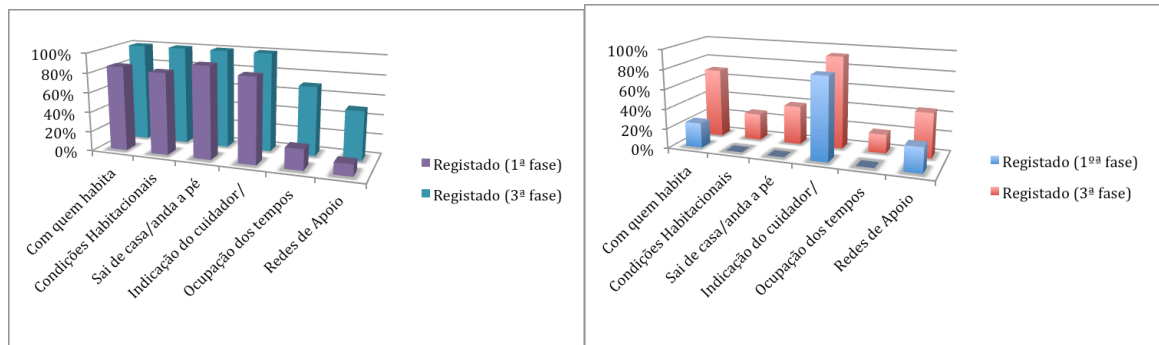


Gráfico 3: Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) - Contexto de Vida, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE, na primeira e última fase do estágio

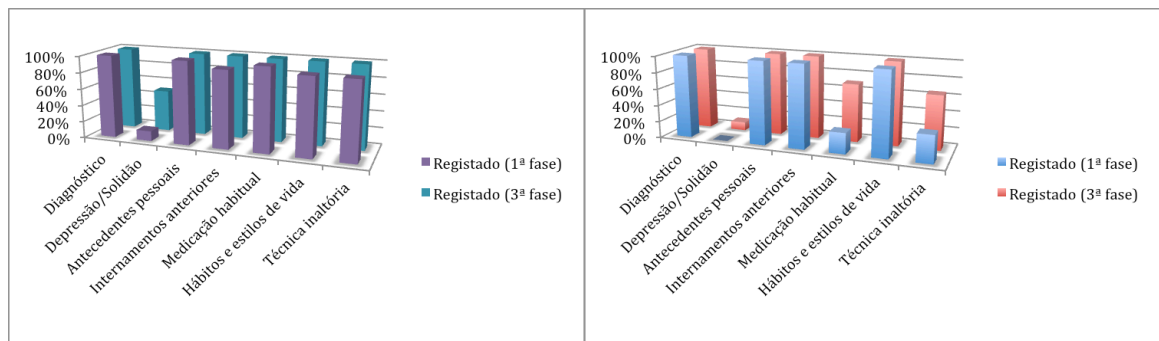


Gráfico 4: Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) - Contexto de Doença, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio

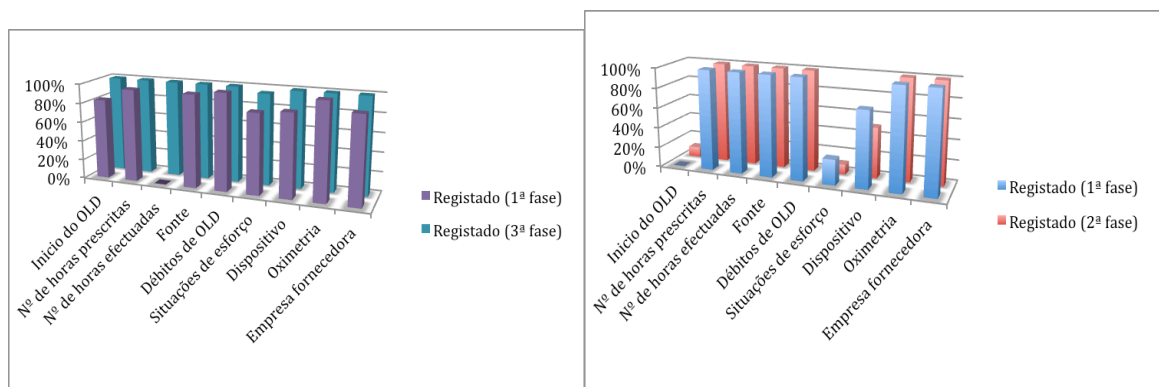


Gráfico 5: Registos dos indicadores da 1ª fase do Modelo de Parceria (Conhecer-se) - Contexto de Doença: Oxigenoterapia de Longa Duração, nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio

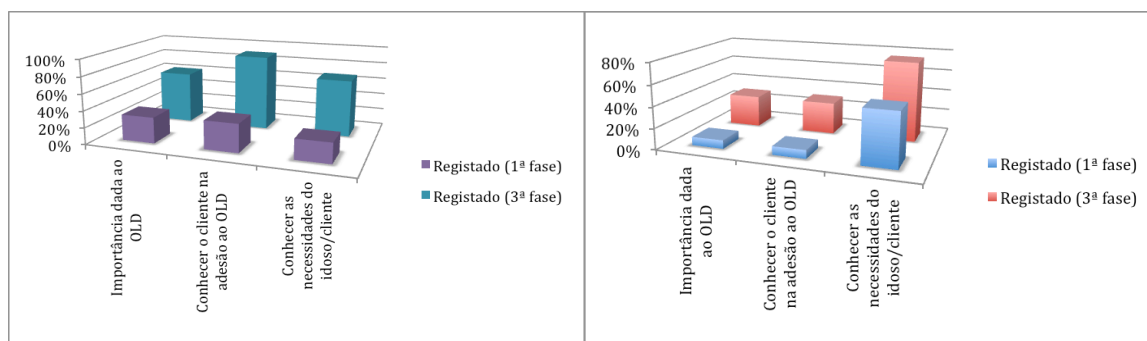


Gráfico 6: Registos dos indicadores da 2ª fase do Modelo de Parceria (Envolver-se), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio

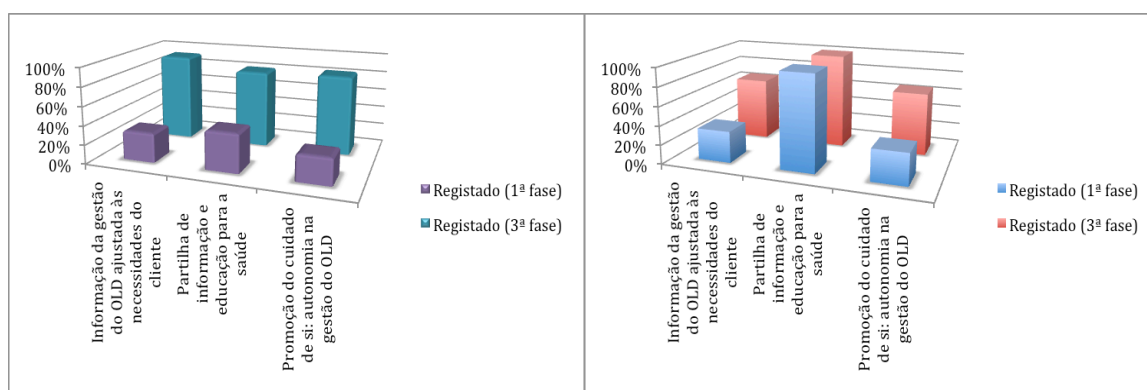


Gráfico 7: Registos dos indicadores da 3ª fase do Modelo de Parceria (Capacitar ou Possibilitar), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio

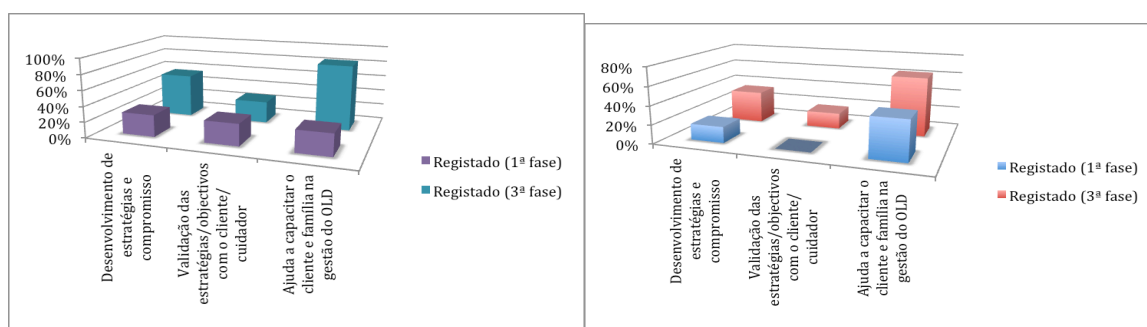


Gráfico 8: Registos dos indicadores da 4ª fase do Modelo de Parceria (Comprometer-se), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio.

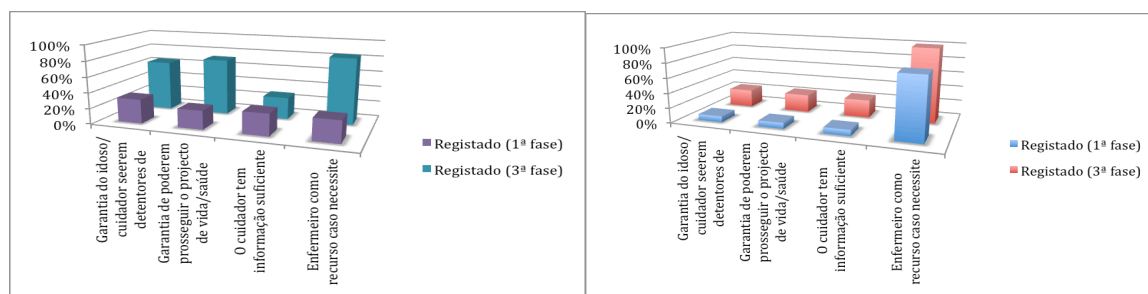


Gráfico 9: Registos dos indicadores da 5ª fase do Modelo de Parceria (Assegurar o cuidado de si ou o cuidado do outro), nos processos de enfermagem do HDIR e da SVE na primeira e última fase do estágio

Através da análise dos gráficos e dos dados obtidos, é possível concluir que houve uma evolução positiva na quantidade e no valor dos dados registados (Apêndice V). As enfermeiras passaram a ter registos de enfermagem mais completos, o que reflete melhor a sua intervenção na prática, como já foi mencionado. No que diz respeito à primeira fase do Modelo de Parceria, na identidade da pessoa idosa, houve maior evidência no registo do estado civil na SVE e das crenças religiosas em ambos os serviços. No que diz respeito ao contexto de vida do cliente idoso, houve um aumento em todos os aspetos, mas destaco o registo da ocupação dos tempos livres/projeto de vida, e do registo do tipo de rede de apoio do idoso no HDIR, das condições habitacionais junto com o facto da pessoa com OLD sair de casa e da ocupação dos tempos livres/projeto de vida, também na SVE. No contexto de doença, os registos de enfermagem têm mais presente a referência a situações de depressão e/ou solidão da pessoa idosa e, no caso da SVE, as enfermeiras preocuparam-se em melhorar os registos a nível da medicação habitual do domicílio, bem como da técnica inalatória. Especificamente no que diz respeito à OLD, desenvolveu-se uma abordagem separada, dado que foi a área específica do meu estágio, dando-lhe especial atenção. Assim, neste aspecto houve uma preocupação na melhoria dos registos das horas de cumprimento da OLD realmente efectuadas pelo cliente idoso com DPOC no HDIR e na SVE. Comprovou-se um aumento ligeiro do número de registos no que diz respeito à data de início da OLD (aspecto que condiciona aprendizagens e relação da OLD com o dia a dia do cliente), mas notou-se, contrariamente à maioria dos dados, um decréscimo nos registos das situações de esforço identificadas com o cliente, bem como do tipo de dispositivos usados para a administração da OLD, talvez devido ao facto de ser habitual o uso de cânula

nasal/óculos nasais e isso se assumir como um facto à partida.

Tendo em conta esta análise, é notório que a equipa de enfermagem inicialmente parecia conhecer a pessoa idosa mais profundamente que aquilo que registava, no entanto na maioria dos aspectos houve uma evolução positiva que denota um investimento das enfermeiras na melhoria dos registos de enfermagem. Estes reflectem a pessoa idosa como um ser de projecto de cuidados, em que ao conhecer todos os contextos do cliente idoso, as suas necessidades e recursos, permitiu identificar o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, de modo a ajudá-la a promover o seu projecto de vida e de saúde.

Na segunda fase do Modelo de Parceria - Envolver-se – é demonstrado que, após o reconhecimento da Parceria como intervenção estruturante dos cuidados de enfermagem, as enfermeiras têm noção da importância de registar em mais situações os aspectos relacionados com esta relação terapêutica, em que o cliente está inserido de forma a que em conjunto sejam atingidos objetivos reais e graduais no acompanhamento do cliente idoso. Assim, nesta fase houve um aumento significativo dos registos ao nível da importância atribuída à OLD na vida do cliente, bem como no registo fidedigno da adesão do cliente à OLD, no que diz respeito aos parâmetros, débitos da OLD, horas prescritas e situações de repouso, esforço e sono. Este aspecto remete para a identificação das necessidades com base na disponibilidade e reciprocidade criada, ajudando assim a partir para a capacitação do cliente e/ou família/cuidador na gestão da OLD. Aqui foi notório também a competência técnica, científica e relacional das equipas de enfermagem.

Partindo para os aspectos da terceira fase – Capacitar ou Possibilitar, no HDIR destaco o aumento dos registos nos três indicadores definidos, ou seja a equipa garantiu melhor a continuidade de cuidados, no que diz respeito à partilha de informação com o cliente idoso/cuidador acerca de gestão da OLD ajustando às necessidades e situações do contexto de vida e doença da pessoa, bem como de outras terapêuticas coadjuvantes (VNI, inaloterapia, regime terapêutico) e ainda ajudou o cliente idoso/cuidador a manter-se o mais independente possível na gestão da OLD (promoção do cuidado de si). Por outro lado, na SVE a melhoria é mais significativa nos aspectos da partilha de informação para a gestão da OLD, bem como a ajuda para a independência na gestão da mesma. Assim, de uma forma geral, estes dados traduzem a capacidade da equipa em capacitar a pessoa idosa numa ação conjunta com o cliente, em que a enfermeira desenvolve um processo de

enfermagem informado, esclarecido, reflexivo e negociado de forma a desenvolver e potenciar as competências da pessoa idosa. Nas situações em que o cliente não pode assumir esse compromisso, os registos evidenciam a responsabilidade no cuidado de enfermagem eficiente e próximo da vontade do cliente ou mesmo na capacitação do cuidador para as intervenções necessárias.

Na fase de Comprometer-se, que se refere à quarta fase, o aumento do número de registos revelam que as enfermeiras desenvolveram competências para atingir objectivos comuns, em que há registo dos compromissos estabelecidos com o cliente idoso/cuidador relativas à gestão da OLD, ajudando a estabelecer uma programa de acompanhamento. Há também a preocupação na validação de estratégias na adesão à OLD, ajudando assim a construir a capacitação no cuidado do cliente idoso/cuidador na adesão à OLD e na promoção do cuidado de si. Estes dados reflectiram o desenvolvimento de esforços conjuntos da equipa para atingir os objectivos definidos, mesmo em ambulatório de forma progressiva ao longo do tempo.

Na quinta e última fase do Modelo de Parceria – Assumir o controlo de Si ou Assegurar o cuidado do outro, os registos de enfermagem apresentaram um aumento menos assentado nos aspectos relacionados com a garantia que de o idoso ou cuidador tem informação suficiente para gerir a OLD e prosseguir o seu projecto de vida e saúde. Por outro lado, houve um aumento significativo no que diz respeito à disponibilidade demonstrada pela enfermeira e equipa em serem profissionais de referência e recurso. Este facto reflete-se nomeadamente pela disponibilização aos clientes de um livro de acompanhamento em que têm acesso ao contacto telefónico directo dos serviços e aos registos mais importantes do seu contexto de saúde. Esta última fase é aquela onde se denota mais necessidade de investimento, dado que as garantias totais da capacidade da pessoa em assegurar o cuidado de si ou do cuidador são baseadas muitas vezes em objectivos parcelares no acompanhamento do cliente e, apenas no final de alguns meses de intervenção, esta capacidade pode ou não ser totalmente alcançada.

A análise documental dos registos de enfermagem permitiu, nesta fase final, identificar, estruturar e organizar as intervenções de enfermagem que foram registadas e que efetivamente promovem a adesão à OLD do cliente idoso.

Da totalidade de registos identificados apresento o seguinte gráfico que reflete o número de registos encontrados, não especificando os Serviços.

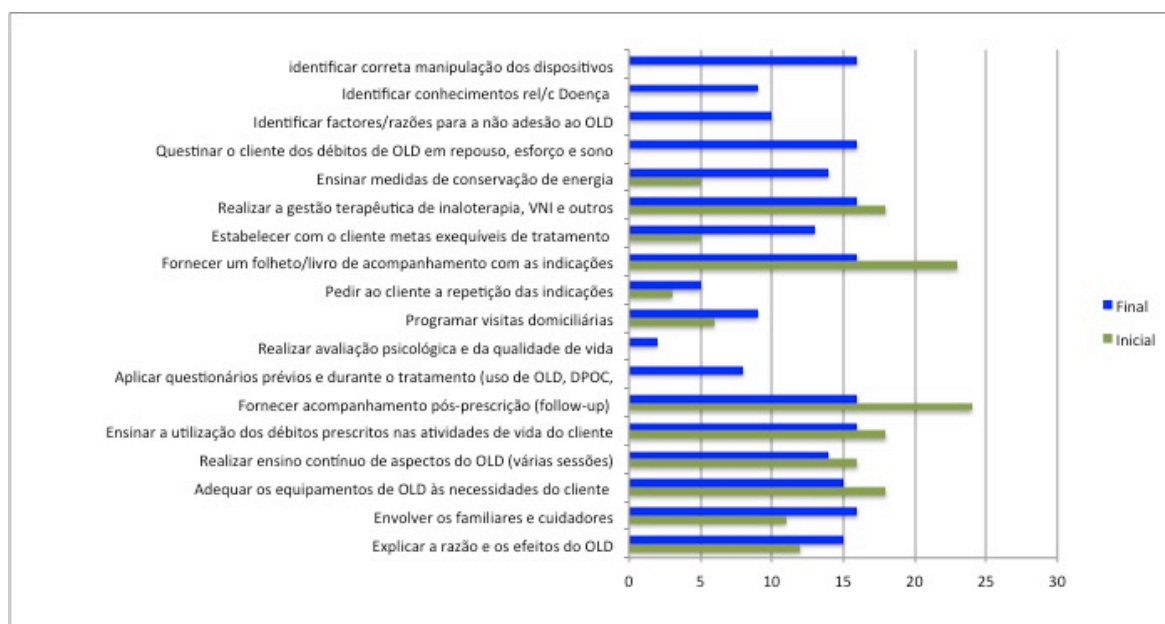


Gráfico 10: Intervenções de enfermagem implementadas pelas equipas de enfermagem para promover a adesão ao OLD do cliente idoso com DPOC no assegurar o cuidado de si.

As intervenções de enfermagem enumeradas e apresentadas em forma de gráfico permitem concluir que a prática de cuidados e os registos de enfermagem, dos 16 processos na análise final, refletindo que as intervenções preconizadas na evidência científica apresentada na primeira parte do relatório, refletem o desenvolvimento de uma melhor prática de cuidados. Estabelece-se assim cuidados de enfermagem baseados na evidência, cujo objectivo consiste em planear e implementar cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica (Fonseca, et al., 2012).

Atividade Realizada: Avaliar informalmente com os clientes idosos e equipa de enfermagem os possíveis ganhos em saúde

A avaliação final foi realizada de maneira informal com alguns idosos na última semana em cada serviço, bem como com as enfermeiras das equipas. Dada a proximidade com os clientes idosos, muitos já eram conhecidos desde há alguns anos do serviço de internamento. Foram colocadas questões informais inseridas no dia a dia do estágio, conseguindo-se proceder à obtenção dos dados necessários para garantir a satisfação de todos os envolvidos no estágio e na implementação do projeto aqui descrito.

Na equipa de enfermagem, as enfermeiras incluídas na implementação do projeto e no estágio, manifestaram uma clara satisfação na melhoria dos cuidados de enfermagem e sobretudo na melhoria dos registos de enfermagem. Na fase final do estágio, a junção dos Serviços no atual Hospital de Dia Pneumológico causou alguma agitação, desconforto e imprevisibilidade para elas, o que se refletia também no balanço que faziam dos contributos das alterações introduzidas. Foi de comum acordo que a operacionalização do Modelo de Pareceria nos registos, para além da prática, evidencia os cuidados de enfermagem praticados diariamente. Por outro lado, a integração de alguns dos aspectos da avaliação do cliente idoso com OLD, preconizado no Guia Orientador anteriormente referido, no processo de enfermagem informatizado segundo a CIPE, refletiu um trabalho conjunto das equipas resultando numa satisfação gratificante.

O envolvimento e colaboração das equipas de enfermagem a 100% no projeto permitiu a mobilização de resultados e recursos no sentido de uma intervenção direcionada junto dos clientes idosos, facilitando o planeamento dos cuidados e a avaliação dos resultados alcançados

As mudanças na prestação de cuidados e nos registos de enfermagem referenciadas pelas equipas, promovem assim mais eficazmente a continuidade de cuidados e a visibilidade do papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar. Por outro lado, os cuidados são mais individualizados com base na relação de Parceria tendo como objectivo a capacitação do cliente para o cuidado de si e na promoção da adesão ao OLD.

3.2. Reflexão das competências desenvolvidas e das implicações para a prática de enfermagem

A reflexão constituiu um momento de interiorização do ciclo de aprendizagem e percurso académico como Enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção de enfermagem à pessoa idosa.

O desenvolvimento das competências de enfermeira especialista na pessoa idosa foi progressivamente evidenciado e assentou em dois pontos essenciais: cuidar da pessoa idosa, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos da prática clínica, maximizando o seu bem-estar, qualidade de vida e capacidades; e estabelecer uma relação terapêutica com base na Parceria ajudando o cliente, sua

família e cuidadores ao longo das transições inerentes à velhice e aos processos de saúde-doença (OE, 2011).

Os clientes idosos com DPOC, enquanto doença crónica respiratória incapacitante, beneficiaram de cuidados de enfermagem de maior qualidade pelo facto de se identificarem as necessidades nas suas várias dimensões (física, psíquica, emocional e sóciofamiliar) recorrendo a uma avaliação multidimensional objectivando essas necessidades. Destes aspectos partiu-se ao longo do estágio para a definição de planos de cuidados individualizados englobando o cliente, sua família e equipa de saúde.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com base no Modelo de Parceria permitiu envolver ativamente os clientes, sua família/cuidadores e equipa de enfermagem na avaliação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem mediante uma visão holística e de acordo com o projeto de vida, desejos e capacidades de cada cliente.

Os resultados evidenciados na última fase do estágio permitiram verificar que foram utilizadas estratégias baseadas na evidência para o desenvolvimento do autoconhecimento e capacidades da equipa e do cliente e sua família/cuidadores. As estratégias de comunicação e trabalho promoveram o trabalho em equipa, liderando assim um projeto de saúde dirigido a uma necessidade específica da pessoa idosa – gestão da doença crónica, com o recurso a conhecimentos teóricos e práticos, aperfeiçoados nas equipas, relacionados com a ética e tomada de decisões adequadas e fundamentadas.

Desde o diagnóstico de situação, realizado na fase do planeamento do projeto que o interesse das equipas de enfermagem foi relevante para o sucesso da sua implementação. E enquanto enfermeira em processo de formação o envolvimento de todos os intervenientes gerou maior segurança, iniciativa, reflexão e crítica. Os contextos da prestação de cuidados podem revelar-se mais complexos do que está aquilo que está documentado, daí a importância da realização do estágio e da prestação direta de cuidados de enfermagem simultaneamente à implementação do projeto.

O processo formativo permitiu vivenciar, a par da realidade enquanto enfermeira de cuidados gerais no internamento, o cuidado de enfermagem em contexto de ambulatório e visita domiciliária. Nestes contextos colaborou-se no projeto hospitalar da reestruturação destes serviços incorporados no recente Hospital de Dia

Pneumológico (HDP), integrando assim os resultados práticos do projeto, nomeadamente na avaliação do cliente e sua família/cuidador, na reestruturação da consulta de enfermagem e na melhoria dos registos de enfermagem, logo na continuidade dos cuidados e do plano individualizado. Esta prática clínica proporcionou uma experiência de adaptação a novos contextos, gerando novas exigências e permitindo uma articulação nas várias valências de cuidados e serviços disponibilizados aos clientes com doença crónica respiratória, requerendo uma organização de trabalho rigorosa e sistematizada.

No domínio das competências do enfermeiro especialista nomeadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a) no que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, tentou-se demonstrar uma prática de cuidados segura ao cliente idoso com DPOC submetido a OLD, assente na Parceria com o mesmo e a sua família/cuidador. Procedeu-se no sentido de alcançar uma definição partilhada de planos de cuidados individuais com intervenções de enfermagem suportadas pela melhor evidência científica. A revisão da literatura em conjunto com o envolvimento da equipa na definição de novas formas de avaliação e intervenção, permitiu liderar a implementação do projeto.

No respeito pelos direitos humanos dos idosos, estes foram envolvidos de forma ativa nos cuidados, criando um ambiente de confiança, com base na informação constante sobre a sua evolução e objetivos traçados ao longo do tempo para sessões subseqüentes. O estabelecimento de uma relação de confiança foi possível pela confidencialidade e privacidade nos cuidados e sobre os dados recolhidos presentes neste relatório. Por outro lado a prática, ao estar baseada no modelo de intervenção em Parceria, permitiu conhecer melhor a pessoa idosa, com base numa avaliação multidimensional, valorizando as suas necessidades, capacidades e projeto de vida e de saúde, direcionando o trabalho desenvolvido para a definição de planos de cuidados individualizados, o que possibilitou mais eficácia na ação. Este facto possibilitou a priorização de objetivos e intervenções reais e adequadas à vontade dos idosos.

No domínio da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, dinamizou-se a realização de atividades que permitissem cuidar da pessoa idosa de forma a promover a sua singularidade, bem como otimizar a gestão da sua doença crónica, nomeadamente na adesão à OLD. A definição de indicadores segundo o Modelo de Intervenção de Gomes (2009) permitiu ao longo do projeto definir um guia para a

intervenção da equipa. Na fase inicial, a análise dos processos individuais do cliente idoso (auditoria) e da reflexão gerada nas equipas de enfermagem através da formação em serviço e dos questionários, permitiu desenvolver capacidades na formação de grupos. Procurou-se desenvolver a assertividade, a capacidade de prestar atenção; de clarificar conceitos e ações; de encorajar na tomada de decisão eficaz; de dar opinião fundamentada; de ajudar a encontrar soluções para determinada situação; de negociar planos futuros; de orientar; de estabelecer critérios e de condicionar possíveis intervenções (Alarcão & Tavares, 2003).

De forma a melhorar o processo de avaliação e intervenção junto da pessoa idosa e sua família/cuidador na adesão à OLD, foi elaborado o guia orientador “Avaliação e intervenção de Enfermagem na Promoção da Adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC”, assente na evidência científica e na implementação das fases do Modelo de Parceria.

No domínio da gestão de cuidados pretendeu-se otimizar a resposta da equipa junto do cliente idoso com DPOC sob OLD com as várias atividades no percurso descrito, demonstrando uma postura de assessoria e disponibilidade no planeamento dos cuidados, com um estilo de supervisão e liderança colaborativa (Alarcão & Tavares, 2003).

No domínio da investigação foi delineado e implementado um projeto com base numa prática baseada na evidência, tendo-se desenvolvido capacidades de pesquisa em bases de dados electrónicas, análise e síntese da melhor evidência. Os instrumentos de investigação mobilizados permitiram diagnosticar e monitorizar o processo de mudança, promovendo-se a capacidade de reflexão, análise e conclusão dos dados.

Este percurso não teria sido possível sem o importante papel de motivação e apoio das enfermeiras orientadoras e suas equipas de enfermagem, bem como dos colegas de grupo de trabalho do hospital, tendo sido possível, através dos momentos de partilha proporcionados pelas reuniões de orientação de grupo, evoluir e avançar no sentido das especificidades da realidade da especialização em enfermagem. Embora cada um tenha desenvolvido o seu projeto, procurou-se atuar em equipa, o que possibilitou ultrapassar com maior capacidade as dificuldades e dúvidas encontradas ao longo do percurso.

Por outro lado, a orientação próxima da professora orientadora, sempre disponível, bem como as reuniões mensais de orientação ao longo do tempo de estágio,

permitiram que através das metas estabelecidas para cada reunião se conseguisse obter resultados pertinentes no desenvolvimento de cada projeto, como por exemplo a elaboração do póster científico no âmbito das comemorações do aniversário da ESEL (Anexo VIII).

Ao longo da implementação do projeto foi impulsionada pela orientadora uma reflexão constante da intervenção e da prática enquanto especialista, o que permitiu um planeamento mais eficaz das intervenções desenvolvidas, bem como das respostas mais adequadas ao cliente idoso e sua família/cuidador (Anexo XII).

As dificuldades encontradas na consecução do projeto prenderam-se essencialmente com a limitação do tempo. A população em estudo é acompanhada ao longo de vários meses até anos no HDIR e na SVE, o que exige da equipa multidisciplinar de uma forma geral, e em particular da enfermagem, a definição de planos de cuidados com vários objetivos por etapas, sendo este um processo árduo e trabalhoso. Em certos momentos a pertinência de intervir junto de duas equipas, que estavam em processo de fusão eminente, poderia ser posta em causa, mas pensa-se que o resultado final foi positivo, manifestado pelos clientes e pelas equipas, o que validou as opções tomadas.

Os projetos futuros partem deste conhecimento ampliado da realidade de cuidados de enfermagem especializados e dos clientes e suas famílias/cuidadores. Aqui emergiu uma responsabilidade futura de dar continuidade a este projeto, envolvendo, construindo e mobilizando as equipas, agora unificadas no Hospital de Dia Pneumológico, continuando a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem de qualidade e respostas eficazes aos clientes idosos. Procurar-se-á também continuar a promover a articulação entre os serviços de internamento e o HDP, já existente, bem como contribuir na formação em Serviço relacionada com o cuidado à pessoa idosa, bem como no cuidado à pessoa com OLD. Ambiciona-se ainda contribuir na formação de futuros especialistas na área de médico-cirúrgica e investir na Investigação em Enfermagem com trabalhos práticos no Serviço.

4. CONCLUSÃO

A sociedade portuguesa continua a envelhecer e este envelhecimento representa um conjunto de modificações fisiológicas, sociais e familiares na sua maioria associadas a processos de doenças crónicas exigindo dos idosos e seus cuidadores/familiares processos de adaptação eficazes.

Reconhecendo a necessidade de adequar as respostas dos cuidados de saúde e políticas associadas, a Ordem dos Enfermeiros (2010a) defende a criação e implementação de projetos de saúde para o idoso e sua família que visem a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, a readaptação funcional e a reinserção social, propondo a todos os enfermeiros que se melhorem as práticas profissionais no âmbito do envelhecimento originando importantes ganhos em saúde. De encontro a este aspecto, este projeto pretendeu definir e aplicar intervenções especializadas, de modo a assegurar a adesão do cliente idoso submetido à terapêutica de OLD, promovendo o cuidado de si na gestão da doença crónica, DPOC.

A sua implementação permitiu desenvolver conhecimentos e capacidades na abordagem multidimensional da pessoa idosa, encarando as suas necessidades, mas também as suas capacidades reais para estar inserido no seu processo de cuidados, logo às transições decorrentes como a de saúde-doença.

O modelo de Parceria permitiu guiar as intervenções dirigidas à individualidade da pessoa e sua família/cuidador com base num conhecimento amplo dos seus contextos e do seu projeto de vida. A promoção do cuidado de si permitiu ir além de uma prestação de cuidados *standardizada*, indo de encontro aquilo que a pessoa idosa queria para si, envolvendo todos os seus contextos (de vida e de saúde) e projetos, de forma a atingir uma decisão informada e participativa nos cuidados, melhorando e adquirindo assim mais capacidades na gestão da sua doença crónica, incorporando a OLD no seu dia-a-dia.

Por outro lado, a pesquisa de uma base assente na evidência científica permitiu nortear o projeto e validou a transmissão de conhecimentos para as equipas de enfermagem com que se interagiu de forma a melhorar a gestão da OLD. As equipas foram incluídas de forma eficaz através da interação e participação constantes, visíveis através das reflexões nos questionários, sessão de formação e implementação do Guia Orientador - Avaliação e intervenção de Enfermagem na

Promoção da Adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC, que possibilitaram o desenvolvimento de competências de liderança, supervisão e de investigação.

A gestão da OLD, no contexto de uma doença crónica como a DPOC, foi encarada como um fenómeno complexo, reforçando os autores mencionados numa abordagem comportamental, psicológica e clínica. A implementação do projeto e respectivas intervenções de enfermagem evidenciaram na equipa a necessidade de melhorar a adesão à OLD.

As mudanças na realidade da prática de cuidados de enfermagem permitiu implementar registos sistemáticos, até com a implementação da linguagem CIPE de forma informatizada, incorporando os princípios do Modelo de Parceria, o que se traduziu em planos de cuidados individualizados, acompanhando a pessoa idosa e os seus contextos ao longo do tempo de forma mais eficaz e próxima do seu projeto de vida.

A continuidade do projeto foi adquirida pelas equipas no novo HDP e permitiu projetar rumos futuros na adesão à OLD da pessoa idosa com DPOC, tendo sido implementada a avaliação multidimensional da pessoa idosa e os registos com os respectivos diagnósticos, intervenções de enfermagem e avaliação dos mesmos, traçando objectivos negociados e reais com o cliente e sua família/cuidador.

Tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista, podem enunciar-se as competências especializadas à pessoa idosa: promover a avaliação multidimensional da pessoa idosa, adquirindo um conhecimento completo dos seus contextos (de vida e de saúde), englobando o seu familiar/cuidador (recorrendo inclusive a instrumentos (escalas) fiáveis); reconhecer alterações decorrentes do processo de envelhecimento e prevenir complicações inerentes; salvaguardar os direitos da pessoa idosa, do cliente com doença crónica e/ ou terminal; implementar planos e estratégias de intervenção de enfermagem adequadas e negociadas com o cliente idoso ao nível da prevenção, tratamento e recuperação e dinamizar as equipas de enfermagem nos vários contextos clínicos na definição de estratégias dentro da equipa multidisciplinar.

Para o futuro considera-se que o caminho a percorrer deverá passar pela continuidade da monitorização da adesão à OLD, envolvendo todos aqueles que têm indicação para a mesma de uma forma ativa e comprometida, operacionalizando o Modelo de Parceria com o máximo de eficácia e eficiência.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, G.; Smith, K.; Allan, F.; Anzueto, A.; Pugh, A.; Cornell, E. (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management (Structured abstract). *Archives Of Internal Medicine*, 167(6), 551-56.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Apóstolo, J. (2011). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnes, P., Shapiro, S., & Pauwels, R. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. *The European Respiratory Journal: Official Journal Of The European Society For Clinical Respiratory Physiology*, 22(4), 672-688.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Bobay, K., Jerofke, T., Weiss, M., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*, 31(3), 178-187.
- Bugalho, A., Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Caetano, F. (2002). Prescrição de OLD no distrito de Évora. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. VIII(5), 5008
- Carvalho, E. (2009). Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade. Comunicação livre apresentada no 1º Encontro Psicogeriatrico do Porto.
- Casaburi, R. (2006). Effectiveness of supervised high intensity continuous and interval training compared with self-controlled exercise training in COPD. *Proceedings of the American Thoracic Society*.
- Coleman, E.; Fox, P. (2004). One patient, many places: managing health care transitions, part I: introduction, accountability, information for patients in transition... three-part series. *Annals Of Long Term Care*, 12 (9). 25-32.

- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2010). *Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários: Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários e Portugal*. Ministério da Saúde. Acedido a 20/10/2012. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/>.
- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2010). *Relatório da Situação. Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários e Portugal*. Ministério da Saúde. Acedido a 20/01/2012. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/>.
- Correia, M. (2009). Observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36.
- Cullen, D. (2006). Long term oxygen therapy adherence and COPD: what we don't know. *Chronic Respiratory Disease*, 3(4), 217-222.
- Cullen, D., & Stiffler, D. (2009). Long-term oxygen therapy: review from the patients' perspective. *Chronic Respiratory Disease*, 6(3), 141-147.
- Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. Ministério da Saúde.
- DGS (2005). Saúde em Portugal. Indicadores básicos. Direção Geral de Saúde. Lisboa. Acedido a 24/02/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009854.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2006) - *Prescrição dos Cuidados Respiratórios Domiciliários*. Ministério da Saúde. Lisboa. Acedido a 20/01/2012. Disponível em: http://www.paraquenaolhefalteoar.com/upload/File/CircularPCRD1_2.pdf
- Direcção Geral de Saúde (2009). Elementos Estatísticos. Direção Geral de Saúde. Lisboa. Acedido a 24/02/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>
- Drummond, M. et al. (2001). Prescrição e uso de oxigenoterapia de longa duração: situação atual no distrito do Porto. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. VII(3), 297-303.
- Earnest, M. A. (2002). Explaining Adherence to Supplemental Oxygen Therapy. *JGIM: Journal Of General Internal Medicine*, 17(10), 749-755.
- Effing, T. (2009). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). Planeamento do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). Regulamento de Mestrado.

Lisboa.

- Falk-Rafael, A. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances In Nursing Science*, 24(1), 1-16.
- Fernandes, A. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*, 1(1), 71-78.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal Of Applied Psychology*, 7(1), 22-30.
- Ferrara, A. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease. *Radiologic Technology*, 82(3), 245-263.
- Figueiredo A. (2001) Pneumonia no idoso. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. VII(6), 485-493.
- Fonseca, C., Ramos, A., Santos, D.(2012) Nursing Practice Based on Evidence: The Case of Wounds. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (6): 5-14.
- Fortin, M-F (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD] (2010) *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Acedido em 22/06/2012. Disponível em: <http://www.goldcopd.com/>
- GOLD (2011). *Pocket Guide to COPD diagnosis, management and prevention: a Guide for Health Care Professionals*. [em linha]. Acedido a 22/02/2012. Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_PocketGuide_2011_Jan18.pdf
- GOLD. (2013) *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Acedido em 22/01/2013. Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf
- Golden, A. G., Martin, S., da Silva, & Roos, B. A. (2011). Care Management and the Transition of Older Adults From a Skilled Nursing Facility Back Into the Community. *Care Management Journals*, 12(2), 54-59.
- Gomes, I. (2011). *Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team*. (1ª ed.) European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Layout, Binding and Printing: Imprenta Tomás Hermanos, Madrid.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si. A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da

Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

- Gomes, I. et. al. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem - uma questão decidadania*. Coimbra: Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Gooneratne, N., Patel, N., & Corcoran, A. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease diagnosis and management in older adults. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58(6), 1153-1162.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Principia. Cascais.
- Guyatt G.; Rennie D.; Meade M.; Cook D. (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. American Medical Association. Chicago, EUA.
- Haynes, R., McDonald, H., Garg, A., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, (2), CD000011.
- Henderson, Y. (2005). Respiratory care. Changes in the provision of home oxygen therapy. *Nursing Times*, 101(42), 42-43.
- Hendrix, C., & Wojciechowski, C. (2005). Chronic care management for the elderly: an opportunity for gerontological nurse practitioners. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 17(7), 263-267
- Henriques, Maria Adriana Pereira (2011) - *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade, Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Hyland ME (1998). Types of noncompliance. *European Respiratory Review*, 8, 255–59.
- Ingadóttir, T., & Jonsdóttir, H. (2006). Technological dependency -- the experience of using home ventilators and long-term oxygen therapy: patients' and families' perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 20(1), 18-25.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Lisboa. Acedido a 05/01/2013. Disponível: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão Beta 2* (1ª ed.). Genebra: International Council of Nurses.

- Jiménez, A.; López-Campos, J. (2008). Variability in long-term oxygen therapy prevalence. Em Esquinas, A. *Yearbok Respiratory Care Clinics and Applied Technologies*. Múrcia: World Deferation of Respiratory Care and Applied Technologies.
- Katsenos, S., & Constantopoulos, S. (2011). Long-Term Oxygen Therapy in COPD: Factors Affecting and Ways of Improving Patient Compliance. *Pulmonary Medicine*, 2011325362.
- Katsenos, S., Froudarakis, M., Charisis, A., Vassiliou, M., & Constantopoulos, S. (2004). Long-term oxygen therapy in Ioannina. *Respiration; International Review Of Thoracic Diseases*, 71(6), 619-624.
- Kirkwood TB. Understanding the odd science of aging. *Cell* 2005; 120:437-447;
- Kralik, D. (2002). The Quest of Ordinariness: Transition Experienced by Midlife Women Living with Chronic Illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39. 146-154.
- Kvale, P.; Conway, W.; Coates, E. (1980) Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. A clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 93(3), 391–398.
- Lynes, D.; Kelly, C. (2009a). Oxygen therapy for acutely ill patients in community settings. *Nursing Standard*, 24(5), 50-55.
- Lynes, D.; Kelly, C. (2009b). Long-term, ambulatory and short-burst oxygen therapy in the community. *Primary Health Care*, 19(6), 40-46.
- Meador, R.; Wethington, E.; Norton, L.; Holmes, L.; Skawski, J.; Cermiglia, M.; Wright, L.; Rodgers, L. (2008). Transitions of Care for Frail Elders: a research review prepared for Transitions of Care for Frail Elders Consensus Workshop.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress (3rd Ed.)*. Lippincott Co Filadélfia, EUA.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Praticce*. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em: Meleis A., *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Praticce*. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

- Mesquita, A. (2007). Empowerment e Associativismo no Doente Crónico em Gomes, I. et. al. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem - uma questão cidadania*. Coimbra: Formasau Formação e Saúde, Lda.
- Nasifowski, J., Przybyłowski, T., Klimiuk, J., Leśkow, A., Orska, K., & Chazan, R. (2009). [Effects of nurse home visits on compliance to long-term oxygen therapy. 14 months follow-up]. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 77(4), 363-370.
- Neri, M., Melani, A., Miorelli, A., Zanchetta, D., Bertocco, E., Cinti, C., & ... Sestini, P. (2006). Long-term oxygen therapy in chronic respiratory failure: a Multicenter Italian Study on Oxygen Therapy Adherence (MISOTA). *Respiratory Medicine*, 100(5), 795-806.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão. Acedido em 22/05/2012. Disponível em: http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2012). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: A Sociedade, o Cidadão e as Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão. Acedido em 22/10/2012. Disponível em: http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. Acedido a 21/01/2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Acedido a 01/07/2012 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Padiatria. Acedido em 05/03/2103. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2008). *Vigilância Global, Prevenção e Controlo das Doenças Respiratórias Crónicas Uma Abordagem Integradora*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012). Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde. Acedido a 20/01/2013. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/> e <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização (5ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Roberts, M. M., Leeder, S. R., & Robinson, T. D. (2008). Nurse-led 24-h hotline for patients with chronic obstructive pulmonary disease reduces hospital use and is safe. *Internal Medicine Journal*, 38(5), 334-340.
- Rodrigues, F. (2009). A DPOC como uma doença de envelhecimento acelerado. *Revista Portuguesa de Pneumologia* . 15(4): 743-746.
- Rodrigues, M.; Ferrão, L. (2006). *Formação Pedagógica de Formadores (7ª Edição)*. Lisboa: Lidel.
- Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Setúbal. ISSN: 1646-5067. nº 15 (2010). p. 2-37.
- Schäfer, I., von Leitner, E., Schön, G., Koller, D., Hansen, H., Kolonko, T., & Van den Bussche, H. (2010). Multimorbidity Patterns in the Elderly: A New Approach of Disease Clustering Identifies Complex Interrelations between Chronic Conditions. *Plos ONE*, 5(12), 1-10.
- Schumacher, K. L.; Jones, P. S.; Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1–26). Nova Iorque: Springer.
- Schumacker, K; Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal Of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119 -127.
- Silva, Irene de Jesus, Oliveira, Marília de Fátima Vieira de, Silva, Sílvio Éder Dias da, Polaro, Sandra Helena Isse, Radünz, Vera, Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos, & Santana, Mary Elizabeth de. (2009). Cuidado, autocuidado e

cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703.

- Simão, P. et al. (2000). Protocolo de estudo de doentes em oxigenoterapia de longa duração (OLD). *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2000 VI(5), 537.
- Sridhar, M., Taylor, R., Dawson, S., Roberts, N., & Partridge, M. (2008). A nurse led intermediate care package in patients who have been hospitalised with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 63(3), 194-200.
- Tuder, R. (2006). Aging and cigarette smoke: fueling the fire. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 174(5), 490-491.
- Valente, S.; Pasciuto, G.; Bernabei, R.; Corbo, G. (2010). Do we need different treatments for very elderly COPD patients? *Respiration*, 80 (5), 357-368.
- Valente, S.; Pasciuto, G.; Bernabei, R.; Corbo, G. (2010). Do we need different treatments for very elderly COPD patients? *Respiration*, 80 (5), 357-368.
- Van den Bussche, H., Schön, G., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., & Koller, D. (2011). Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity-results from a claims data based observational study in Germany. *BMC Geriatrics*, 1154.
- Veras, R. (2012). Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. *Acta Scientiarum: Human & Social Sciences*, 34(1), 3-8.
- Verbeken, E., Cauberghs, M., Mertens, I., Clement, J., Lauweryns, J., & Van de Woestijne, K. (1992). The senile lung. Comparison with normal and emphysematous lungs. 2. Functional aspects. *Chest*, 101(3), 800-809.
- Wolff, J.L., Starfield, B. & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162(20), 2269-2276.
- World Health Organization [WHO] (2012). Definition of an older or elderly person. Acedido a 05/03/2013. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- World Health Organization (2003) - *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Acedido em 24/04/2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>