



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

**Enfermagem na promoção do autocuidado da Pessoa
Idosa com insuficiência cardíaca e família, no
processo de transição do hospital para o domicílio**

Mário João Ribeiro da Silva

**Lisboa
2023**



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

**Enfermagem na promoção do autocuidado da Pessoa
Idosa com insuficiência cardíaca e família, no
processo de transição do hospital para o domicílio**

Mário João Ribeiro da Silva

Orientador: Maria da Graça de Melo E Silva

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Cada dia é uma nova experiência!
Cada experiência é uma nova aprendizagem...
Cada aprendizagem é um novo caminho a seguir...
E assim se vai construindo um mundo novo!”

Deolinda Ascensão Grilo

AGRADECIMENTOS

A família é sem dúvida um pilar essencial na construção do ser humano.

Somos o que somos porque a família nos constrói, e nos faz construir os outros.

Por isso agradecemos à nossa família, esposa e filhas pelo apoio incondicional que nos tem dado ao longo da vida, sem ela, não seria o que sou hoje.

Obrigado, Família!

A equipa de enfermagem que nos acolheu, cuja relação se constituiu como uma dimensão crucial, e que nos proporcionou as oportunidades para atingir os objetivos e o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa.

Os nossos mais sinceros agradecimentos!

A Professora Doutora Maria da Graça de Melo E Silva, que nos orientou de forma sistemática, e cujo rigor pedagógico e científico nos ajudou a manter o foco. Foi uma aprendizagem constante e enriquecedora.

Muito obrigado, Professora Doutora Maria da Graça de Melo E Silva!

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

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

DGS – Direção Geral de Saúde

EACPIC – Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca

HF – Heart Failure

IC – Insuficiência Cardíaca

ICN – International Council of Nursing

QVRS – Qualidade de Vida em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

YLL – Years of Lost Life

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é considerada como uma epidemia global que afeta mais de 64 milhões de pessoas em todo o mundo. Em Portugal, espera-se que a mortalidade por IC aumente 73,0% nos próximos 20 anos, ou seja, 8.112 mortes em 2036. As pessoas idosas com IC enfrentam desafios, que poderão comprometer a independência, e, muitas vezes são incapazes de demonstrar, que por apresentarem dependência, não têm de perder a autonomia. Daí, a relevância do cuidado centrado na pessoa, e a implementação do modelo de *"Empowerment"*, que promova as competências de autodeterminação, autorrealização, autoperceção, e autocontrolo, com repercussões na capacidade de satisfação das necessidades de autocuidado. Na conceção do projeto pretendemos desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre, em enfermagem médico-cirúrgica, na área da Pessoa Idosa. Perspetivamos a compreensão dos problemas e prestação de cuidados de enfermagem, à Pessoa Idosa com IC, em situação aguda ou crónica, num Hospital de Dia. Desenvolvemos um estudo descritivo de carácter exploratório, transversal. Aplicamos a Escala de autocuidado à pessoa com IC (EAPIC), a 20 pessoas idosas, com análise descritiva dos dados. Relevamos como aprendizagens, a apreciação da Pessoa Idosa com IC, para compreender e conhecer a sua singularidade, e assim, podermos elaborar planos individuais de cuidados, com o envolvimento efetivo das tomadas de decisão da pessoa; o desenvolvimento e oportunidades para a formação e reflexão em equipa, sobre a prática clínica; a implementação do processo de cuidados, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem, e o respetivo registo em SCLÍNICO; a importância da continuidade dos cuidados, com a implementação de um roteiro de teleconsulta de enfermagem. Constatamos que promovemos na equipa de enfermagem a sistematização dos registos de enfermagem, assim como, a centralidade da Pessoa Idosa com IC no processo de cuidados.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Enfermagem; *"Empowerment"*; Autocuidado; Insuficiência cardíaca;

ABSTRACT

Heart failure (HF) is considered a global epidemic affecting more than 64 million people worldwide. In Portugal, mortality from HF is expected to increase by 73.0% over the next 20 years, or 8,112 deaths in 2036. Elderly people with HF face challenges that may compromise independence and are often unable to demonstrate that because they are dependent, they do not have to lose their autonomy. Hence, the relevance of person-centered care, and the implementation of the "Empowerment" model, which promotes the skills of self-determination, self-realization, self-perception, and self-control, with repercussions on the ability to satisfy self-care needs. In the design of the project we intend to develop skills as a specialist nurse and master in medical-surgical nursing in the area of the Elderly. We envisage the understanding of the problems and provision of nursing care to the Elderly with HF, in acute or chronic situation, in a Day Hospital. We developed an exploratory, cross-sectional descriptive study. We applied the Self-care Scale to the person with HF (EAPIC), to 20 elderly people, with descriptive analysis of the data. We reread as learning, the appreciation of the Elderly Person with HF, to understand and know their uniqueness, and thus, we can develop individual care plans, with the effective involvement of the person's decision-making; the development and opportunities for team training and reflection on clinical practice; the implementation of the care process, according to the scientific methodology of the nursing process, and its registration in SCLÍNICO; the importance of continuity of care, with the implementation of a nursing teleconsultation script. We found that we promote in the nursing team the systematization of nursing records, as well as the centrality of the Elderly with IC in the care process.

Keywords: Elderly; Nursing; "Empowerment"; Self-care; Heart failure;

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	12
1.1 O processo de doença – Insuficiência Cardíaca - na pessoa idosa e família	12
1.2. A transição como conceito integrador no processo de cuidados à pessoa idosa com insuficiência cardíaca e família	15
1.3. Centralidade da pessoa no processo de cuidados – Uma Filosofia de cuidados	17
1.4. O Modelo de “ <i>Empowerment</i> ” na promoção do autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família	18
2. METODOLOGIA	22
2.1. Problemática e justificação do estudo.....	22
2.2. Objetivos e atividades planeadas.....	23
2.3. Caracterização do contexto de estágio	27
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	29
3.1. Atividades desenvolvidas e análise dos resultados obtidos	29
3.1.1. Prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família, na transição de cuidados	30
3.1.2. Implementação do modelo “ <i>Empowerment</i> ” e sistematização do processo de cuidados e sua documentação no SCLÍNICO..	31
3.1.3. Implementação do roteiro da teleconsulta de enfermagem para a promoção do processo de transição de cuidados do hospital para o domicílio	37
3.1.4. Promoção do processo de transição da Pessoa Idosa com IC e família do hospital para o domicílio.....	40
3.1.5. A implementação do estudo para avaliar as capacidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC.....	41
4. AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE NUMA PERSPETIVA DE ENFERMAGEM AVANÇADA	44
5. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS	60

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
---	-----------

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca

ANEXO II – Roteiro de teleconsulta

ANEXO III – Consentimento informado para a realização do estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I – Apresentação do modelo de “*Empowerment*” à equipa de enfermagem

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção da Pessoa Idosa desenvolvemos o relatório tendo por base a conceção do projeto de estágio que ocorreu de 26 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023.

A Pessoa Idosa, face às suas características singulares relacionadas com o processo de envelhecimento, e cuja vivência é experienciada por cada uma de forma única, é sem dúvida um desafio, primeiramente para a própria pessoa, para a família, para a comunidade, para a sociedade no geral, e também para o Sistema Nacional de Saúde, e profissionais de saúde que o constituem. Nesta perspetiva, consideramos que a Pessoa Idosa e família terá que ser um sujeito ativo nas tomadas de decisão, em relação ao seu projeto individual de saúde, e por isso, os profissionais de saúde devem ter como filosofia o cuidado centrado na pessoa. Para que possamos integrar esta filosofia, a enfermagem deverá integrar na sua prática clínica modelos teóricos emergentes, em detrimento dos modelos em uso, ou seja, ter em conta as competências de *“empowerment”* da Pessoa Idosa, e desta forma promover o autocuidado tendo em vista a sua capacitação para ser agente de autocuidado, e assim, assumir a autogestão da sua vida diária.

Neste contexto, o desenvolvimento do relatório de estágio centrou-se no tema: Enfermagem na promoção do autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca (IC) e família, no processo de transição do hospital para o domicílio. A estrutura do relatório teve como fio condutor seis dimensões, que consideramos relevantes para a compreensão do mesmo: enquadramento teórico e concetual, metodologia, implementação do projeto, competências de enfermeiro especialista e mestre numa perspetiva de enfermagem avançada, análise reflexiva do percurso desenvolvido, e considerações finais e perspetivas futuras.

No âmbito das orientações que fundamentam a compreensão dos conteúdos, iniciamos com o processo de doença, (IC) vivenciado pela Pessoa Idosa e família. Integramos os conceitos de

transição, de *“empowerment”*, autocuidado e insuficiência cardíaca, centrados na Pessoa Idosa. Desta forma, integramos como pensamento em enfermagem, e conceção teórica, a teoria das transições de Meleis, a filosofia do cuidado centrado na pessoa, o modelo de *“empowerment”*, para a promoção do autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família.

Em relação às perspetivas metodológicas explicitamos a problemática e justificação do projeto, assim como, os objetivos e atividades planeadas, e caracterizamos o contexto de cuidados, onde o mesmo foi implementado. Explicitamos ainda, no âmbito da investigação, o protocolo do estudo realizado, e as questões éticas relacioandas não só como o desenvolvimento do estágio, como da realização do estudo. No que diz respeito à implementação do projeto relevamos as atividades realizadas e os resultados obtidos, em quatro áreas, a prestação de cuidados, a implementação do modelo de *“Empowerment”* e a sistematização do processo de cuidados e sua documentação, implementação da teleconsulta em enfermagem, e a elaboração de um estudo para avaliar as capacidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC.

Na relação entre as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, integramos as competências de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa Idosa, numa simbiose entre o normativo, a prática clínica e a conceção de cuidados desenvolvida. Finalizamos com a análise reflexiva do percurso desenvolvido e com as considerações finais e perspetivas futuras.

Para a consecução do projeto de estágio tivemos como finalidade: Promover as competências de *“Empowerment”* à Pessoa Idosa com IC e família, tendo em vista a sua autonomia e independência para o desenvolvimento das ações de autocuidado, de acordo com as suas necessidades. Como objetivos gerais: Promover o autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família na transição de cuidados, face ao seu processo de saúde doença, de acordo com o modelo de promoção de *“Empowerment”*; Promover na Pessoa Idosa com IC e família, a transição de cuidados, através do modelo de *“Empowerment”*; melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar.

No sentido de dar resposta aos objetivos supracitados, traçamos como objetivos específicos: Apreciar as necessidades e ações de autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família; Elaborar um roteiro para a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com IC e família, através de teleconsulta; Realizar um estudo centrado na avaliação das capacidades de autocuidado, a 20 pessoas idosas com IC.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Como enquadramento teórico e conceptual, tendo como tema a promoção do autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família integramos a filosofia do cuidado centrado na pessoa (McCormack et al., 2015), o modelo de “*Empowerment*” (Cabete, 2012; 2021), a teoria de transições (Meleis, 2010; Meleis, et al., 2000), e a Teoria de autocuidado (Orem, 2001).

1.1 – O Processo de doença – insuficiência cardíaca – na Pessoa Idosa e família

Esta conceção não tem como objetivo, não contemplar a dimensão bio fisiológica do processo de saúde de doença, mas sim, conhecer esta Pessoa Idosa e família, tendo por base a sua história de vida, as suas preferências, valores e hábitos, e também a história clínica. Neste caso, centramo-nos na Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família, e nas suas respostas ao processo de saúde doença.

A insuficiência cardíaca caracteriza-se pela incapacidade do músculo do coração em bombear sangue suficiente para todo o corpo e apresenta sintomas como dificuldade em respirar, fadiga e retenção de líquidos (DGS, 2020). Também se constitui como um descritor que produz resultados em termos de pesquisa científica, cujo conceito surge como:

“Condição heterogénea, na qual o coração é incapaz de bombear sangue suficiente para suprir as necessidades metabólicas do corpo. A insuficiência cardíaca pode ser causada por defeitos estruturais, anormalidades funcionais (disfunção ventricular) ou uma sobrecarga súbita além de sua capacidade. A insuficiência cardíaca crónica é mais comum do que a insuficiência cardíaca aguda que resulta de um dano súbito à função cardíaca, como o enfarte do miocárdio” (MeSH, 2022).

Consiste numa alteração da função contráctil do coração, cujas causas passam por inúmeros fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os não modificáveis, temos a idade, o género, a hereditariedade, e a doença congénita. Os modificáveis, temos a hipertensão, dislipidemias,

doenças valvulares, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e o consumo de outras drogas, todas elas associadas aos estilos de vida. Para além destes, ainda temos as doenças infecciosas virais e bacteriémicas, que por vezes são a causa de alterações na função muscular e contráctil do coração, uma vez que, causam hipertrofia ventricular, direita ou esquerda. Também a literatura revela que, esta hipertrofia leva a uma insuficiência do coração, para exercer a sua função de forma eficiente e eficaz, no processo circulatório sistémico (DGS, 2020; Timóteo et al., 2020).

A insuficiência cardíaca de acordo com Sal-fung YU et al (2022), é considerada como uma epidemia global que afeta mais de 64 milhões de pessoas em todo o mundo, que corresponde a custos associados à doença de cerca de 346,17 biliões de dólares. Ainda, Lippi & Sanchis-Gomar (2020) referem que a mesma representa 9,91 milhões de anos perdidos por incapacidade. Afirmam, que este valor ainda é maior nos homens. Segundo os mesmos autores, a (IC) após os 60 anos de idade representa o maior peso, e reforçando mais especificamente, que tanto a prevalência, quanto a incapacidade tiveram um aumento de 3,9% e 4,5% em pessoas muito idosas durante os últimos 28 anos. Constatam ainda, que há uma relação linear e direta entre o índice sociodemográfico e a prevalência da incapacidade, e a perda de saúde causada pela IC, e que se verifica um aumento constante, especialmente em pessoas idosas, considerando-a assim, uma ameaça mundial emergente. Segundo os mesmos autores torna-se prioritário, intervenções preventivas urgentes e recursos de saúde redesenhados em torno deste fenómeno epidemiológico em evolução (Heidenreich et al., 2022; Lippi & Sanchis-Gomar, 2020; Seid et al., 2023).

Em Portugal, os dados referentes à evolução epidemiológica da IC traduzem uma similitude face aos países europeus e até a nível mundial. Espera-se que a mortalidade por IC aumente 73,0% nos próximos 20 anos, ou seja, 8.112 mortes em 2036. Contribui para este fenómeno, o fato da taxa de mortalidade por IC ser maior na população idosa, e também o envelhecimento populacional. É expectável que YLL (anos de vida perdida) aumentem em 47,3%, correspondendo a 16.788 YLL em 2036 (Fonseca et al., 2017; Fonseca et al., 2018; Gouveia et al., 2018). Estima-se ainda, que com o elevado número expectável de pessoas com IC, o aumento significativo do número de hospitalizações, mortalidade e do impacto económico. Relevam ainda, ser crucial a consciencialização para este fenómeno, no sentido de ajudar no diagnóstico, assim como na referenciação precoce das pessoas com IC, e, por conseguinte, uma melhor gestão da insuficiência cardíaca, diminuindo o impacto da doença em Portugal (Fonseca et al., 2018; Seid et al., 2023).

Relativamente ao impacto económico desta doença em Portugal, referem que a sua prevalência global na população adulta foi estimada em 4,36%, e atingiu 12,67% na faixa dos 70-79 anos, e 16,14% acima dos 80 anos. Este impacto é muito elevado, e em países desenvolvidos os custos diretos da IC representam cerca de 2% do orçamento total para a saúde, ou seja, o valor estimado ascendeu aos 102 mil milhões de euros em 2012, numa amostra que engloba 92,4% de todos os países e 98,7% da população mundial para esse ano (Fonseca et al., 2018). Importa referir que em Portugal estima-se que estes custos possam aumentar 34% até 2036 (Gouveia et al., 2020; Seid et al., 2023)

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos (DGS, 2017). Neste contexto, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares, determina como uma das áreas principais de atuação a prevenção e tratamento da Insuficiência Cardíaca (Batista et al., 2021; DGS, 2017)

Também importa integrar, qual a realidade em relação à readmissão hospitalar. Definida como uma nova admissão urgente, independentemente do diagnóstico, no prazo de 30 dias após o internamento inicial (Cunha, 2017; Tavares et al., 2020). Independentemente do conceito, verifica-se a existência de características comuns inerentes à própria definição, o tipo de readmissão (planeada/não planeada), a relação com o episódio de internamento inicial (todas as causas/mesmo diagnóstico principal ou relacionado com o internamento inicial) e a determinação do período de observação (intervalo de tempo que decorre entre a alta hospitalar e a readmissão) (Cunha, 2017).

A maioria das readmissões ocorre no 1º mês após a alta hospitalar, sendo considerado o período mais vulnerável para uma grande variedade de patologias, pelo que os 30 dias é o prazo mais utilizado nos diversos estudos realizados. No entanto, outros intervalos de tempo têm sido considerados na definição de readmissão não planeada: 3, 7, 14, 28, 45 e 90 dias, 6 meses e 1 ano. O pico das readmissões hospitalares ocorre nos primeiros dias após a alta, sendo neste período de tempo, que as readmissões não planeadas são frequentemente classificadas como evitáveis e associadas à qualidade dos cuidados prestados (Cunha, 2017). É importante salientar que 9% a 48% de todas as readmissões poderiam ser evitadas (Gralha, 2019).

As readmissões não planeadas podem ser divididas em evitáveis e não evitáveis. As evitáveis, quando o motivo de readmissão está clinicamente relacionado com uma admissão prévia (baixa

qualidade do processo de cuidados durante o internamento inicial, ausência de planeamento da alta hospitalar, falta de acompanhamento após a alta hospitalar e má coordenação entre serviços. Também resultante da não adesão ao regime terapêutico prescrito ou decorrente da incapacidade da pessoa em identificar atempadamente sintomas suscetíveis de gerar um novo internamento. Esta readmissão também está associada a problemas sociais ou psicológicos, a efeitos iatrogénicos (exemplo: erro médico, erro de diagnóstico e reações adversas a medicamentos), a alta precoce e a complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos (Cunha, 2017; Seid et al., 2023; Tavares et al., 2020; Weber et al., 2019).

1.2 – A Transição como conceito integrador no processo de cuidados à Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família

A Pessoa Idosa é um ser único, com projetos de vida de acordo com a sua conceção de ser pessoa, do ambiente que foi co construindo de forma individual, social, cultural e espiritual, cuja relação com a sua conceção de saúde, a torna realmente singular. Este conhecimento é complexo, uma vez que, não existem respostas humanas iguais, a fenómenos iguais. É nesta dimensão da singularidade de cada pessoa que os enfermeiros devem centrar a sua intervenção (ICN, 2010; 2009; Silva, 2017).

As pessoas idosas com IC, no seu dia a dia enfrentam grandes desafios, que poderão comprometer a sua independência, e, para além desta dimensão, muitas vezes são incapazes de demonstrar, que apesar de apresentarem alguma dependência, não têm que perder a sua autonomia. Ao confrontarem-se com a doença, sintomas como a dispneia e ortopneia, cansaço fácil a pequenos e médios esforços, aumento de peso, por retenção hídrica, alterações do padrão de sono, medo e ansiedade, habitualmente estão presentes, assim como a complexidade do regime terapêutico farmacológico, e a necessidade de implementar alterações nos seus hábitos de vida. A intervenção de enfermagem deve centrar-se em ajudar a Pessoa Idosa com IC e família, no processo de transição, ou seja, capacitá-la para desenvolver ações de autocuidado, e autogestão do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico, e assim poder desenvolver uma transição segura, de um contexto de cuidados para o seu domicílio (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

De acordo com Batista et al (2021), a importância da continuidade do cuidado após a alta, no âmbito da referência de enfermagem (carta de alta), a falta de dados relacionados com a pessoa, contemplando as informações para as mesmas e/ou cuidadores, ainda é algo transversal e persistente, a grande dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, a dificuldade de uma efetivação do verdadeiro trabalho em equipa, e por último, a pouca capacidade para a gestão e planeamento de linhas estratégicas e diretrizes que possam ajudar nestes cuidados de transição à Pessoa Idosa e família, do hospital para a sua casa. Por último, mas de extrema relevância, ter em conta os níveis baixos de literacia em saúde, como uma das causas para a não compreensão das intervenções a desenvolver (Batista et al, 2021).

O número cada vez maior de pessoas idosas que têm alta hospitalar, a necessitar de cuidados, traduz-se em elevadas taxas de erros de medicação, transferência de informações incompletas ou imprecisas, e a falta de acompanhamento adequado, evidenciam que é crucial a compreensão deste processo de transição, tendo por base a complexidade e vulnerabilidade que estas pessoas e família apresentam. Concluem referindo que é urgente que os profissionais de saúde se concentrem nas necessidades e preferências individuais da Pessoa Idosa, primando o cuidado centrado na sua história de vida, história clínica e complexidade da situação (Hvalvik & Dale, 2015).

As transições constituem-se como um processo complexo e multidimensional, cujas propriedades essenciais passam pela capacidade da Pessoa Idosa com IC e família desenvolverem uma consciencialização, envolvimento, assunção da mudança e da diferença, da temporalidade e dos pontos e eventos críticos. A complexidade centra-se na perspectiva da inter-relação em que as mesmas se desenvolvem, e na experiência vivenciada (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Para que a transição se desenvolva de forma integrada, face à pessoa idosa e família enquanto agente de autocuidado, cujas necessidades e ações de autocuidado possam estar em equilíbrio, importa conhecermos os seus hábitos, condições, recursos na comunidade e os conhecimentos para os mobilizar (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Este processo de transição, deve ser desenvolvido, o mais próximo da realidade da pessoa, tendo por base, a sua conceção de saúde, expectativas face à sua manutenção e reabilitação e que a mesma desenvolva as competências de “*empowerment*” (Cabete, 2012; 2021; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Silva, 2017).

1.3 – Centralidade da Pessoa no processo de cuidados – Uma Filosofia de cuidados

Uma concepção de cuidados centrados na pessoa, nesta dimensão do cuidado à Pessoa Idosa com IC e família promove uma compreensão das suas respostas humanas ao processo de saúde doença. A complexidade na abordagem a esta pessoa e família exige da enfermagem, um olhar que vai para além da dimensão bio-fisiológica que a pessoa está a vivenciar. Numa perspetiva integrativa e evolutiva, a Organização Mundial de Saúde (2007) referiu a importância de uma abordagem centrada na pessoa, com o objetivo de humanizar os cuidados de saúde, tendo por base os princípios universais de direitos humanos e dignidade, não discriminação, participação e *“empowerment”*, acesso e equidade, e uma relação em parceria: *“A visão geral para os cuidados de saúde centrados nas pessoas é aquela em que os indivíduos, famílias e comunidades são servidos e são capazes de participar em sistemas de saúde confiáveis que respondem às suas necessidades de forma humana e holística...”* (WHO, 2007, p.7).

Integramos a concepção do cuidado centrado na pessoa (McCormack et al., 2015), pela relevância que a mesma constitui, face à complexidade dos cuidados de saúde, na atualidade, e mais especificamente na área de intervenção à Pessoa Idosa. Constatamos que, ao nível do poder político, das políticas públicas de saúde, das instituições de saúde, de ensino, sociais, económicas e outras, os termos *“centrado na pessoa”*, *“cuidados centrados na pessoa”*, são integrados de forma abrangente, mas genérica no seu discurso. No entanto, a enfermagem deve ir para além dos termos, e centrar-se nos conceitos, que segundo McCormack et al. (2015) é mais do que o referido anteriormente, integra uma concepção cujo foco é a humanização dos cuidados e serviços de saúde, de forma a garantir a centralidade da pessoa no processo de cuidados.

É portanto uma perspetiva humanizadora dos cuidados, onde o sistema de saúde, e os respetivos contextos de cuidados mais centrados na pessoa, a possam apoiar e capacitar para tomar decisões informadas, gerir com sucesso o seu projeto de saúde individual, e poder ter a autonomia e independência para definir como e quem pode agir em seu nome (McCormack et al., 2015). Emerge assim, nesta concepção, o imperativo por parte dos serviços e respetivos profissionais de saúde, a necessidade de implementarem os cuidados centrados na Pessoa, através da compreensão e promoção de cuidados, que respondam às suas habilidades, preferências, estilos de vida e objetivos individuais (McCormack et al., 2015).

Deste modo, integramos o conceito, que surge também associado à dimensão cultural, de acordo com McCormack et al., (2015):

'...Uma abordagem à prática estabelecida através da formação e promoção de relações saudáveis entre todos os prestadores de cuidados, utentes dos serviços e outros significativos para eles nas suas vidas. É sustentada por valores de respeito pelas pessoas, direito individual à autodeterminação, respeito mútuo e compreensão. É possibilitado por uma cultura de *"empowerment"* que promove abordagens contínuas para o desenvolvimento da prática." (McCormack et al. 2015, 3)

Constitui-se como conceção, quatro construtos que permitem a compreensão e a sua integração nos contextos de cuidados, ***os pré-requisitos; o ambiente de cuidados; os processos centrados na pessoa, e os resultados*** (McCormack et al., 2015).

1.4 – O Modelo de *"Empowerment"* na promoção do autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família

A intervenção de enfermagem na promoção de *"empowerment"* da Pessoa Idosa e família, face ao seu processo de saúde doença - insuficiência cardíaca (IC), para a satisfação das necessidades de autocuidado, tem como principais premissas a parceria e o envolvimento da Pessoa Idosa e família nas tomadas de decisão, face ao seu processo de saúde doença, numa perspetiva integrativa e de acordo com as suas capacidades, motivações, vontade e conhecimentos (Cabete, 2012; 2021).

Importa referir ainda, que tendo por base Cabete (2012; 2021), a promoção de *"empowerment"* à Pessoa Idosa com IC e família passa por ajudá-la a desenvolver competências de autodeterminação, autoperceção, autocontrolo e autoresponsabilização sobre o seu projeto de saúde, "...Trabalhar o *"empowerment"* é, por isso, procurar o equilíbrio entre a capacidade, a liberdade e a vontade de cada um exercer o direito à autodeterminação, em cada momento e circunstância particular do seu projeto de saúde...também a tomada de decisão partilhada e o conceito de parceria, através da escuta, negociação e participação equilibrada de todos os envolvidos numa determinada circunstância..." (Cabete, 2021, 243-250). Podemos constatar, que tanto profissionais como a pessoa e família têm informação relevante para uma tomada de decisão partilhada.

Segundo Yu et al. (2022), referem que os internamentos por insuficiência cardíaca, aproximadamente 40% dos casos são evitáveis pelo autocuidado eficaz. Mobilizam o conceito de autocuidado na pessoa com IC, como "...um processo cognitivo-comportamental dinâmico que visa a manutenção da saúde por meio da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (manutenção do autocuidado), monitorização proativa dos sintomas (percepção dos sintomas), a interpretação precisa e a resposta aos sinais precoces de deterioração da doença (gestão do autocuidado)" (Yu et al., 2022, p.2). Em concomitância, afirmam ainda, o papel eficaz do autocuidado na determinação dos resultados em saúde relatados pela pessoa. As diretrizes internacionais mais recentes de gestão da doença (IC) defendem o autocuidado, como um componente crucial do tratamento para complementar os cuidados farmacológicos (Yu et al., 2022; Seid et al., 2023).

Os mesmos autores, desenvolveram um programa de autocuidado baseado na promoção de "*empowerment*" e um programa educacional didático nos domínios de autocuidado, incluindo manutenção do autocuidado, gestão e percepção de sintomas, conhecimento e autoeficácia de autocuidado, relacionados com a qualidade de vida em saúde (QVRS), o atendimento nos serviços de urgência, e o internamento hospitalar de pessoas com insuficiência cardíaca; para investigar se uma abordagem de "*empowerment*" em termos de custo-efetividade melhorava o autocuidado, a QVRS e reduzia a utilização dos serviços de saúde (Yu et al., 2022; Seid et al., 2023).

Um programa liderado por uma enfermeira, estruturado em 5 sessões presenciais, e de grupo (4-5 pessoas), sobre tópicos baseados em diretrizes, incluindo: manifestações da (IC) e monitorização de sintomas; alteração da dieta e de fluídos; gestão do regime terapêutico farmacológico; deterioração do reconhecimento e gestão dos sintomas; conselhos sobre como permanecer fisicamente ativo. As sessões foram seguidas de 3 ligações telefónicas semanais e quinzenais, centradas no cuidado em monitorizar as metas traçadas, e educação para a saúde, relacionada com os défices de autocuidado, se necessário. O programa promoveu a capacitação das pessoas para desenvolverem metas personalizadas na melhoria do autocuidado relacionado com o seu processo de saúde doença (IC) e usarem parcerias pessoa-profissional de saúde para otimizarem suas habilidades, disponibilidade de recursos e suporte para o alcance de metas (Yu et al., 2022).

A definição de metas em cada sessão presencial foi fundamental para o design baseado no "*empowerment*". Esta discussão desenvolveu a percepção das pessoas sobre os seus próprios défices

de autocuidado, e quais poderiam ser os resultados desses déficits. O desenvolvimento da autopercepção das pessoas motivou e apoiou as mesmas no estabelecimento de metas e planos de ação para melhoria do autocuidado. Para isto, a enfermeira utilizou várias estratégias de “empowerment”: treino em habilidades táticas e situacionais relacionadas com o autocuidado, como: monitorizar os sintomas, administrar fluídos e medicamentos, manter um estilo de vida ativo e a procurar apoio de um profissional de saúde atempadamente; otimização da influência dos pares; abordagem através da educação para a saúde, sobre as barreiras e desafios previstos pelas pessoas no alcance das metas (Yu et al., 2022).

Neste sentido, integramos a conceção da disciplina de enfermagem no modelo de “*Empowerment*” (Cabete, 2012; 2021), e mobilizando o conceito de transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010), assim como os conceitos de autocuidado, pessoa enquanto agente de autocuidado, que desenvolve ações de autocuidados, de acordo com as necessidades, ou seja, ser capaz de gerir o equilíbrio entre as necessidades e as ações de autocuidado na sua vida diária. O grande desafio da enfermagem, passa por, mobilizando o modelo de “*Empowerment*”, desenvolver um raciocínio e juízo clínico que se constitua num plano de intervenção de enfermagem, centrado na Pessoa Idosa com IC e família, ou seja, um plano de cuidados individualizado e personalizado (Cabete, 2012; 2021; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Orem, 2001; Silva, 2017).

Orem (2001) refere-se ao autocuidado como a visão da forma como as pessoas experienciam e trabalham consigo próprios. E neste sentido, podem ser tanto agentes da ação (aquele que age), quanto objetos da ação (aquele que agiu). O autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que as pessoas iniciam e desenvolvem dentro de prazos específicos, e cujos objetivos são manter a vida e o bem-estar pessoal (Orem, 2001). O autocuidado é um sistema permanente de ações produzidas por ou para pessoas durante o ciclo vital, com a realização de ações de cuidado. As capacidades e habilidades constituem a pessoa enquanto agente de autocuidado, que lhe permite desenvolver atividades de autocuidado, que promovem a transição e as motivações e disposições essenciais (Orem, 2001). Assume ainda, que dimensões importantes do autocuidado são a autoavaliação e autogestão, cuja eficácia contribui para o desempenho de outras atividades. O autocuidado ocorre dentro da ampla situação de vida da pessoa, como família, ocupação, educação, casa e cuidados e orientação de familiares dependentes e outros (Orem, 2001).

Numa relação entre as competências de *“empowerment”* da Pessoa Idosa com IC, e as suas capacidades de autocuidado, Giezemana et al. (2022) referem que, intervenções de enfermagem como *“Apoiar a Pessoa Idosa no seu autocuidado para a autoeficácia do exercício”* é uma forma de promover o seu *“empowerment”*; *“Identificar os fatores precipitantes da IC e os conhecimentos da pessoa”*, promove uma intervenção individualizada; *“Instruir a pessoa e família com IC sobre estes fatores”*; *“Validar os conhecimentos e reforçar os mesmos”*, permite a promoção do seu autocuidado; *“Educar para a saúde sobre alimentação”*; *“Negociar estratégias para a capacitação da gestão do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico”*, são promotoras do autocuidado.

Ainda nesta lógica, *“Envolver a pessoa e a família nos cuidados”*, promove a tomada de decisão partilhada e a sua autorresponsabilização; *“Conhecer as relações entre os cuidadores e as pessoas com IC”*; *“Promover a comunicação entre os profissionais, a pessoa e a família”* garantem a segurança e a qualidade dos cuidados; *“Promover cuidados em parceria com os familiares cuidadores”*; *“Capacitar os familiares cuidadores para reconhecer os sintomas da pessoa com IC”*, promove habilidades para a apoiar as atividades de autocuidado; *“Encorajar a pessoa e família a procurar o tratamento e apoio adequado”*; *“Implementar um sistema de comunicação centrado na pessoa e família”* garante a continuidade, segurança e promove a confiança com a pessoa e família. *“Incentivar o trabalho em equipa”*, promove uma relação de confiança e de segurança com a pessoa e família, e a tomada de decisão partilhada (Blakeney et al., 2019; Bouldin et al., 2019; Eriksson et al., 2019; Giezemana et al., 2022; Hart & Nutt, 2020; Lavalley et al., 2020; Khoshab et al., 2019; Orem, 2001; Silva, 2017; Verdu-Rotellara et al., 2020).

2 – METODOLOGIA

Constituindo-se como projeto do estágio a Enfermagem na promoção do autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família, no processo de transição do hospital para o domicílio, perspetivamos a compreensão dos fenómenos na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com IC e família, em contexto hospitalar, no serviço do Hospital de Dia, mais especificamente, no âmbito da consulta de enfermagem; a análise da prática clínica em enfermagem nas diferentes áreas específicas de intervenção à Pessoa Idosa com IC, em situação agudizada ou crónica; perspetivamos o percurso de formação na área clínica, orientados por quadros de referência e modelos de cuidados de Enfermagem na área de intervenção à Pessoa Idosa, cujo percurso de formação privilegiou a análise das necessidades de aprendizagem, tendo por base as competências do enfermeiro especialista e de mestre.

2.1 – Problemática e justificação do projeto

No âmbito da Unidade Curricular Opção II/Estágio, cuja finalidade passou por desenvolver competências que permitissem cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família, e, em contexto de trabalho de campo analisamos e refletimos com a equipa de enfermagem e enfermeiro cooperante, numa perspetiva de proximidade, acompanhamento e promoção de “*Empowerment*” da Pessoa Idosa com IC e família, que pudesse ir ao encontro das suas necessidades de autocuidado, no sentido de promover o processo de transição do hospital para o domicílio. Algumas dimensões relevantes para a promoção do autocuidado, passavam pela relação de confiança que as pessoas tinham com os enfermeiros, pelo recurso sistemático por parte das mesmas, com questões sobre a gestão da doença e vida diária, quer via telefone, quer presencialmente, corroborado também pelo enquadramento teórico e concetual desenvolvido. Constatamos ainda, que a sistematização e documentação dos processos de cuidados de

enfermagem centrava-se num protocolo de intervenção baseado na avaliação dos sinais vitais e administração de injetáveis, apesar de todas as intervenções realizadas irem muito para além destes procedimentos técnicos. Neste âmbito, a conceção do projeto desenvolveu-se baseada na preocupação demonstrada pela equipa de enfermagem, em sistematizar o processo de cuidados e a sua documentação no SCLÍNICO, no sentido de criar indicadores que pudessem contribuir para a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, através da promoção do “*empowerment*” da Pessoa Idosa com IC e família, centrada nas necessidades de autocuidado, para proporcionar cuidados que permitissem a transição em segurança para o seu domicílio, e assim, diminuir as readmissões e reinternamentos em contexto hospitalar (Cunha, 2017; Gralha, 2019; Tavares et al., 2020; Weber et al., 2019;).

Centrados nas razões que podiam levar as pessoas a recorrerem aos cuidados de saúde hospitalares, após um período de internamento por uma situação aguda, ou crónica agudizada, como pode ocorrer na Pessoa Idosa com IC, e de acordo com a literatura mobilizada, consideramos constituir-se um problema relevante, e que necessitava de um projeto de intervenção, onde a enfermagem deve assumir um papel preponderante, através de uma conceção de cuidados centrada na pessoa e família.

2.2 – Objetivos e atividades planeadas

Neste âmbito, baseado no diagnóstico de situação enunciamos como finalidade:

- Promover as competências de “*Empowerment*” à Pessoa Idosa com IC e família, tendo em vista a sua autonomia e independência para o desenvolvimento das ações de autocuidado, de acordo com as suas necessidades;

Perante estes dados, e face à revisão de literatura consideramos pertinente o desenvolvimento do projeto centrado nos seguintes objetivos gerais:

- Promover o autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família na transição de cuidados, face ao seu processo de saúde doença, de acordo com o modelo de promoção de “*Empowerment*”.

- Promover na Pessoa Idosa com IC e família, a transição de cuidados, através do modelo de “*Empowerment*”, melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar .

No sentido de dar resposta aos objetivos supracitados, traçamos como objetivos específicos:

- Apreciar as necessidades e ações de autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família;
- Elaborar um roteiro para a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com IC e família, através de teleconsulta;
- Realizar um estudo centrado na avaliação das capacidades de autocuidado, a 20 pessoas idosas com IC.

Integramos o modelo de promoção de “*Empowerment*” (Cabete, 2012), que preconiza a apreciação, a intervenção e avaliação. Para a etapa de apreciação da Pessoa Idosa e família centramo-nos nas questões: “O que gostaria de melhorar na sua saúde? O que queria saber sobre a sua condição de saúde? O que pretendia conseguir no controlo da sua situação? Quais eram os seus objetivos a curto/médio/longo prazo? O que podia ter impacto na sua saúde, o que era mais importante para si/família? Quais os recursos (materiais e humanos) que podia mobilizar para apoiar nas ações que pudessem levar à melhoria ou controlo da sua situação? O que considerava prioritário, no momento? E o que motivava a pessoa/família?” (Cabete, 2021, p.253).

Mobilizamos a Escala de autocuidado para a pessoa com IC – SCHFI V 6.2 – Self-Care of Heart Failure Index Versão 6.2 (Riegel et al., 2009). Validada para a população portuguesa, com a designação: Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EACPIC) (Marques et al., 2016) (Anexo I). A escala é constituída por 3 secções (22 itens): A – Adesão e gestão da informação – 10 itens; B – Sintomas relacionados a doença – 1 item e comportamentos que adequa face aos sintomas – 4 itens e 1 item sobre a avaliação do resultado desse comportamento; C – Confiança – 6 itens. Com a avaliação da Pessoa Idosa com IC, através desta escala, em conjunto com as questões acima referenciadas pretendemos conhecer melhor a(s) pessoa(s), quer no âmbito da sua história de vida, a sua história clínica e condição atual, e estabelecer uma relação de confiança e de parceria, um envolvimento, valorização e demonstração de interesse.

Em relação à intervenção, consistirá em elaborar o plano individual de cuidados, centrado nas seguintes dimensões: “Formular um plano com a Pessoa Idosa e família; Negociar as metas e

objetivos a curto/médio e longo prazo; Discutir com a Pessoa e família a razoabilidade ou exequibilidade do seu plano; Disponibilizar a informação de acordo com a sua necessidade; Identificar os potenciais recursos a mobilizar; Mobilizar a rede de apoio da Pessoa e família; Desenvolver as ações adequadas às necessidades encontradas; valorizar a sua ação e tomada de decisão” (Cabete, 2021, p.253). O plano individual de cuidados, para cada uma destas intervenções, permitirá centrar os cuidados nestas pessoas e família, e ir ao encontro da sua singularidade.

No que diz respeito à avaliação passará por: “Quais os resultados obtidos? Qual o grau de envolvimento da Pessoa e família? Qual a sua motivação para continuar? Qual o envolvimento da sua rede de apoio? Que dificuldades são encontradas? Como se propõe superar as dificuldades? Qual a ajuda mais necessária? Há necessidade de refazer metas ou objetivos? Qual o grau de reconhecimento dado à Pessoa e família?” (Cabete, 2021, p.253).

Para podermos avaliar os resultados do plano individual de cuidados, definimos alguns momentos-chave para a realização das consultas de enfermagem, quer por teleconsulta, e/ou presencialmente, esta última poderá ocorrer mais vezes, de acordo com as necessidades da pessoa e família. Assim definimos que a primeira consulta após a alta, deveria ocorrer entre as 48 horas e as 72 horas, as consultas seguintes ocorreriam ao 14º dia, ao 28º dia, ao 45º dia, ao 90º dia, aos 6 meses, ou sempre que necessário.

Para a realização da teleconsulta, integramos o modelo desenvolvido por Gomes, et al. (2019), que a estrutura: 1) **a preparação**, que passa pela consulta do processo clínico da Pessoa Idosa, garantir o consentimento para a consulta e os instrumentos de avaliação a serem utilizados, garantir a sua disponibilidade, e proteger a confidencialidade e a sua privacidade face às consultas telefónicas; 2) **o início da teleconsulta**, que promove o compromisso e relação terapêutica, e que passa pela apresentação à Pessoa Idosa, comunicação e informação do objetivo da consulta, assim como, lembrar o compromisso estabelecido, e a síntese dos pontos principais abordados na primeira consulta presencial; 3) **o desenvolvimento da teleconsulta**, cujos passos integram a compreensão, a avaliação e orientação, o compromisso, a capacitação e habilitação, a validação das estratégias e dos compromissos; 4) **a conclusão da teleconsulta**, com objetivos centrados na disponibilidade para esclarecimento, e outras questões, e perceber a perceção e a importância que a Pessoa Idosa e família atribui à teleconsulta. Para além disso, reforçar a data da próxima consulta, bem como os instrumentos de avaliação e guia terapêutico que deve ter na próxima teleconsulta.

No final, para além de se despedir, deve-se mostrar disponibilidade caso a Pessoa Idosa necessite de ajuda (Gomes et al., 2019) (Anexo II).

No sentido de identificarmos as capacidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC, e poder contribuir para uma intervenção individualizada, propusemos a realização de um estudo transversal e descritivo, de carácter exploratório, com o objetivo de avaliar a capacidade para o autocuidado da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca numa amostra de conveniência (20 pessoas idosas, com idade superior a 65 anos), com o diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca registado no processo clínico, mobilizando a Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EAPIC). Definimos como critérios de inclusão:

- Pessoa Idosa, ou seja, pessoa com idade superior ou igual a 65 anos; ter como diagnóstico IC registado no processo clínico; aceitar participar no estudo; residir em sua casa, sozinho ou com familiares/pessoas significativas/cuidadores; ser o responsável pela gestão da sua vida diária, ou ter um familiar/cuidador;

Para a elaboração do protocolo do estudo, tivemos em conta as etapas de um processo de investigação. Desde a contextualização e pertinência do mesmo, a descrição da metodologia, a obtenção de autorização dos autores da escala. A garantia dos aspetos éticos e deontológicos, com a elaboração do consentimento informado (Anexo III), a confidencialidade e anonimização dos dados. O instrumento de colheita de dados foi composto por questões para caracterização socio-demográfica e a Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (EACPIC) (Marques et al., 2016). A colheita de dados foi realizada via telefone, ou presencialmente, tendo o cuidado de disponibilizar tempo, ou caso a pessoa solicitasse fazer a leitura do consentimento informado, assim como, explicitar a escala dimensão a dimensão, de forma a que a pessoa pudesse questionar algum aspeto, ou desejasse esclarecer alguma questão.

Para podermos realizar o estudo, submetemos o protocolo à Comissão de Ética da instituição onde o mesmo se realizou. Obtivemos o parecer favorável, através do despacho nº 63/2022 de 29/11/2022 .

2.3 – Caracterização do contexto de estágio

O Hospital onde decorreu o estágio é um hospital distrital, EPE, público, de agudos, diferenciado, de acesso universal. Em termos jurídicos reveste a forma de entidade pública empresarial com autonomia administrativa, financeira e patrimonial que está integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes distribuídos por nove concelhos, numa área de 3.500 Km². A distribuição da população, da área de influência do Hospital apresenta uma dispersão rural muito acentuada, e é composta por uma população muito envelhecida.

Para além da sua área de influência, também presta cuidados a populações de catorze concelhos do Distrito, num total de cerca de 233 mil habitantes, em especialidades que no Hospital tiveram um desenvolvimento técnico e tecnológico elevado, como sejam, a Cirurgia Vascular, Dermatologia, Infeciologia, Psiquiatria e Radioterapia Oncológica.

O Hospital de Dia é uma entidade autónoma, com uma estrutura organizacional e com um espaço físico próprio, onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período não superior a 12 horas (ACSS, 2010). Mais do que um espaço é um conceito. É um serviço que cada vez mais, se coloca em alternativa ao internamento hospitalar, e assegura o tratamento aos que têm alta do hospital, mas ainda necessitam de continuidade de cuidados de saúde. Poder-se-á entender como uma extensão dos cuidados em ambulatório, assim como uma forma de reabilitação e apoio a pessoas com doença crónica, com ganhos na qualidade assistencial (ACSS, 2010). Em termos de acessibilidade, este deve situar-se ao nível da rua, com entrada direta ou com fácil acesso. Na articulação com outros serviços do hospital, o laboratório, farmácia, e imagiologia são os mais referenciados, no entanto, de acordo com a especificidade, assim esta articulação ocorrerá (ACSS, 2010).

Neste contexto, o hospital de dia onde desenvolvemos o estágio tem as características de um hospital de dia polivalente, uma vez que tem várias especialidades, cardiologia, neurologia, doenças

degenerativas e urologia. Tendo por base o projeto que implementamos, ou seja, cuidados à Pessoa Idosa com IC e família centramos a nossa intervenção na área da cardiologia.

Em termos de equipa, esta é constituída por 6 enfermeiros, e um coordenador. A sua distribuição está organizada em torno das áreas médicas existentes, ou seja, dois enfermeiros estão mais centrados na área da cardiologia, outros dois, na área das doenças degenerativas, e autoimunes, e um enfermeiro na área da urologia. No âmbito da cardiologia, os processos de cuidados estão centrados essencialmente na intervenção à pessoa com insuficiência cardíaca, doença valvular com necessidade de anti coagulação e doença oncológica, sendo esta última, desenvolvida no âmbito da consulta externa, mas com acompanhamento por parte de um enfermeiro do hospital de dia. Para além da enfermagem, existe uma assistente técnica responsável pelo agendamento e procedimentos administrativos, e duas assistentes operacionais. Em relação ao acompanhamento médico, existe um médico que é o coordenador do hospital de dia, no entanto, cada especialidade acompanha as pessoas pelas quais é responsável em termos de processo clínico.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

No âmbito da implementação do projeto, sem dúvida que as fases anteriores foram cruciais. No entanto, também consideramos que a sua implementação e respetiva execução, pode sempre fazer emergir outras dimensões que inicialmente, na sua conceção e planeamento não tenham sido contempladas.

Na descrição das atividades e análise dos resultados obtidos, procuramos demonstrar e integrar as mesmas, fundamentando as razões e a forma como as mesmas contribuíram para ir ao encontro das necessidades, quer das pessoas cuidadas, quer da própria equipa de enfermagem.

3.1 – Atividades desenvolvidas e análise dos resultados obtidos

Numa perspetiva integrativa consideramos como fio condutor, a simbiose entre os objetivos traçados e o planeamento das atividades, para a consecução das mesmas, e análise dos resultados obtidos.

A articulação entre as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos integra uma análise descritiva, contemplando a razão para a ação e a ação na prática clínica em enfermagem, perspetivando uma prática baseada em evidência, cuja tríade preferências da pessoa, experiência do profissional e a evidência mais atual contribuíram para a prestação de cuidados individualizados à Pessoa Idosa com IC e família.

3.1.1 – Prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família, na transição de cuidados.

A centralidade da pessoa no processo de cuidados promove um pensamento que nos permite olhar para a Pessoa Idosa com IC, como um ser singular, com necessidades de autocuidado, que pode ou não ser capaz de desenvolver as ações de autocuidado para colmatar as mesmas. O objetivo passou por promover ações, para que mesma pudesse atingir um equilíbrio harmonioso, entre as necessidades emergentes e a sua capacidade como agente de autocuidado (Orem, 2001; Silva, 2017).

Neste sentido, a Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca apresenta necessidades de autocuidado, que por vezes excedem as ações que consegue desenvolver. A enfermagem tem um papel preponderante na capacitação destas pessoas, na consecução deste equilíbrio e procura de uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Compreender as necessidades destas pessoas, e com elas desenvolver estratégias que lhes permitam uma transição no seu processo de saúde doença, torna-se imprescindível.

Na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com IC e família, integramos também as dimensões da gestão e da formação, no âmbito do desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa. Desenvolvemos como atividades: *“Apresentação à equipa de enfermagem do modelo de promoção de “Empowerment”, como conceção de enfermagem para prestar cuidados à Pessoa Idosa com IC e família”*; *“Apreciação das necessidades e ações de autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família”*; *“Avaliação das necessidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC”*; *“Documentação/registo, no processo de cuidados, através do SCLÍNICO”*; *“Elaboração de um roteiro para a intervenção de enfermagem à Pessoa Idosa com IC e família, por teleconsulta”*; *“Apresentação à equipa de enfermagem o roteiro da teleconsulta”* e *“Realização da consulta, teleconsulta às 48h/72h; 14º, 28º, 45º e 90º dias”*.

Para o desenvolvimento das atividades propostas, e o atingir do objetivo foi fulcral a excelente receção por parte de toda a equipa multiprofissional e multidisciplinar. Após a integração no contexto, através do acompanhamento do enfermeiro responsável na área de intervenção à pessoa com alterações da função cardíaca, onde compreendemos a dinâmica e a forma como o

processo de enfermagem era operacionalizado, iniciámos a prestação de cuidados de enfermagem de forma gradual centrados no planeamento estabelecido. Nesta fase, a análise de todas estas dimensões foi relevante, para compreender como é que o enfermeiro as desenvolvia.

Sendo a avaliação da pessoa realizada tendo por base um protocolo de atuação, centrado em intervenções interdependentes, designado de anti coagulação e insuficiência cardíaca, e, associadas a este, as intervenções eram registadas como “avaliação de sinais vitais e injeção endovenosa”, sendo a fundamentação baseada na produção de indicadores mensuráveis ao nível da gestão hospitalar. Além deste registo, todas as outras dimensões dos cuidados eram registadas em notas gerais de enfermagem. Constatamos que, apesar do conhecimento que os enfermeiros tinham sobre as pessoas que cuidavam no seu dia a dia, com dados relevantes sobre a forma como as mesmas satisfaziam as suas necessidades, o hábitos de vida, o ambiente onde se inseriam, as condições familiares, sócio económicas e culturais, estes não eram integrados e sistematizados no processo de cuidados das pessoas, assim como, a forma como o raciocínio e o juízo clínico eram desenvolvidos, e as respetivas tomadas de decisão em enfermagem. Ao refletirmos com a equipa de enfermagem, sobre estas questões, verificamos que estavam sensíveis à importância da realização do processo de cuidados sistematizado, integrando a metodologia científica da disciplina, ou seja, o processo de enfermagem, mas que, no âmbito do hospital dia, na área da cardiologia, e não só, estas ainda não estavam a ser desenvolvidas. Estas dimensões constituíram-se como o primeiro desafio, para podermos desenvolver um processo de cuidados integrando as etapas de um modelo, cuja conceção implicava, reflexão sobre as práticas e na forma como poderíamos documentar os cuidados prestados, para além dos procedimentos técnicos, numa perspetiva de implementação de melhorias em termos de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

3.1.2 – Implementação do modelo de “*Empowerment*” e sistematização do processo de cuidados e sua documentação no SCLÍNICO

Neste âmbito, consideramos como estratégia, e pela proximidade com a equipa de enfermagem do hospital de dia, a apresentação do modelo de promoção de “*Empowerment*”, para prestar cuidados à Pessoa Idosa com IC e família, explicitando as suas etapas. Assim como a escala

de autocuidado (EACPIC) para a avaliação das necessidades de autocuidado da pessoa idosa com IC. Promovemos a discussão sob a forma como a conceção do cuidado em enfermagem estava a ser desenvolvida, que foi considerada crucial, pela reflexão que produzimos, onde emergiu a consciencialização por parte da equipa de enfermagem, para a necessidade de iniciarem a sistematização dos processos de cuidados e sua documentação através do SCLÍNICO.

Consideramos que a recetividade dos enfermeiros na discussão destas dimensões foi crucial, para implementarmos uma prática centrada na pessoa e de acordo com a metodologia científica da disciplina e profissão. Falamos assim, da documentação do cuidado prestado a estas pessoas, uma vez que conforme referimos anteriormente, esta, até ao momento, apenas estava centrada nas dimensões técnicas, e não era mobilizado enquanto processo de enfermagem através do SCLÍNICO. O desenvolvimento destas estratégias promoveram, de forma integrada e em congruência com as necessidades referidas pela equipa de enfermagem, não só na área da cardiologia, mas também na área das doenças degenerativas, cujo processo se desenvolvia da mesma forma.

Consideramos que para capacitarmos estas pessoas para o autocuidado, temos que desenvolver um raciocínio e juízo clínico centrado na pessoa enquanto agente de autocuidado, com capacidades para desenvolver consigo próprio, com o ambiente, com a família e com a comunidade, ações de autocuidado que lhe permita realizar as suas atividades de vida diárias. Esta premissa foi essencial no trabalho e reflexão que desenvolvemos com a equipa de enfermagem, ou seja, deixarmos de nos focar apenas e só no fenómeno da doença, mas sim, nas respostas humanas ao processo de saúde doença (Yu et al., 2022).

A integração destas competências, por parte da equipa de enfermagem promoveram a implementação de intervenções centradas nas capacidades e habilidades cognitivas e comportamentais da Pessoa Idosa com IC, ao nível das tomadas de decisão, cuja identificação das necessidades, conhecimentos, expectativas, crenças, motivações e valores, tendo por base, a sua própria conceção de ser pessoa, do que é para si a saúde, e de que forma o ambiente lhe promove as mesmas, constituíram-se como intervenções promotoras da autogestão do seu processo de doença, ou de apoio e educação, caso não seja capaz de forma autónoma de as implementar (Yu et al., 2022).

Também neste contexto emerge como premissa, a filosofia de cuidados centrados na pessoa. O desenvolvimento das competências supracitadas traduz-se no envolvimento da pessoa no seu processo de cuidados, ou seja, cuidados em parceria. Para que esta parceria se desenvolva, a enfermagem enquanto disciplina e profissão deve orientar a sua ação para a promoção das competências supracitadas. Só desta forma poderemos promover o autocuidado da Pessoa Idosa com IC e da própria família (Yu et al., 2022).

Ainda no âmbito desta atividade elaboramos o plano individual de cuidados decorrente da apreciação da Pessoa Idosa com IC, de acordo com a etapa da intervenção do modelo de “*Empowerment*”. Na implementação do plano individual de cuidados, a discussão em equipa foi uma constante. Muitas vezes questionávamos, como chegávamos aquelas intervenções? Porque eram aquelas e não outras? Será que as nossas intervenções se limitavam à avaliação de sinais vitais, da punção venosa, ou avaliação do valor de anticoagulação (INR)? Claro que este questionamento só fazia sentido, porque a relação estabelecida com a equipa o permitia, ou seja, não seria de todo possível desenvolvermos esta reflexão, se a equipa não estivesse disponível para a assumir como importante, para a melhoria do processo de cuidados e dos seus resultados ao nível, não só da satisfação das pessoas em relação aos cuidados de enfermagem, mas também na forma como estes se traduziam em indicadores mensuráveis para a enfermagem, em contexto de hospital de dia (Cabete, 2012; 2021; Lima et al., 2021).

Constatávamos que o conhecimento que os enfermeiros tinham, em relação às pessoas que cuidavam, estava centrado nas dimensões pelas quais nos temos vindo a debater ao longo deste relatório, ou seja, sempre que uma pessoa chegava ao contexto, habitualmente acompanhada de um familiar, os enfermeiros demonstravam conhecê-la, não apenas na dimensão casual do atendimento, mas de uma forma individualizada, desde os hábitos e necessidades, às suas capacidades, ao seu ambiente, à sua conceção de saúde, e também, quais seriam as intervenções a realizar, tendo por base a avaliação desenvolvida ao longo do tempo de interação.

Perante esta constatação, a estratégia para a implementação do processo individual de cuidados passou por, em equipa discutir entre aquilo que é na realidade desenvolvido com estas pessoas e família, e aquilo que é efetivamente documentado no processo de cuidados da pessoa, no que à enfermagem diz respeito, ou seja, o registo da avaliação inicial, o raciocínio e juízo clínico com a identificação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de intervenções

individualizadas, a implementação/execução e a respetiva avaliação. Este processo foi estimulante, uma vez que, na prática clínica os momentos de partilha e reflexão dos saberes não ocorre de forma sistemática, o contexto organizacional e as rotinas habituais dos serviços sobrepõem-se ao cuidado individualizado à pessoa, fatores há muito reconhecidos, mas que não temos sido capazes de demonstrar o contrário, ou seja, a centralidade da pessoa no processo de cuidados é uma conceção ao nível do discurso político, social e contextual, mas que na prática ainda não é consensualmente integrado pelos profissionais de saúde.

O contexto de hospital de dia, mais especificamente onde realizámos o estágio tem potencialidades para a promoção desta reflexão, uma vez que, a dimensão da imprevisibilidade inerente a outros contextos de cuidados, não está tão presente. O facto de termos um agendamento das consultas de enfermagem devidamente estabelecido, permite que haja um planeamento mais individualizado dos processos de cuidados. Desta forma, e tendo por base as características do contexto, foi possível ao longo do estágio discutir os planos de cuidados, integrando a conceção que temos vindo a desenvolver. O grande desafio passou por trabalhar com os enfermeiros, o que é o foco/fenómeno da prática de enfermagem? A maior parte das discussões centravam-se na perspetiva do cuidado centrado na doença, e não na pessoa. Procuramos com os enfermeiros desenvolver um raciocínio e um juízo clínico centrado nas necessidades de autocuidado da Pessoa idosa com IC e suas famílias, que depois foi sendo transferível para outras áreas de intervenção em enfermagem, que não apenas as pessoas com IC. Discutirmos e refletirmos com os enfermeiros, esta conceção de cuidados foi crucial, para que a implementação e documentação dos cuidados prestados fosse ao encontro das necessidades das pessoas, e não dos profissionais ou contextos.

Partilhamos um caso que demonstra o supracitado, e, que nos fez refletir sobre a forma como olhamos o fenómeno da Pessoa Idosa com IC, a vivenciar um processo de saúde doença. Tendo por base o que temos vindo a relatar, e a forma como frequentemente nos questionávamos, sobre os cuidados prestados a esta Pessoa Idosa, que mais do que a doença e os seus sintomas, verbalizava em todos os momentos de interação dimensões da sua vida diária, cuja doença poderia ter influência, mas que para ela, não havia relação. Cuidar desta pessoa, foi muito para além da sua doença. Perspetivando os cuidados centrados na mesma desenvolvemos o processo de cuidados partindo da apreciação da pessoa, do conhecimento da mesma sobre a sua situação, escutamos as

suas preocupações, expectativas e motivações, enquanto fomos identificando as suas capacidades, as atividades que desenvolvia e como, as estratégias que utilizava para ultrapassar as dificuldades, a forma como estas o ajudavam. Perante esta postura na forma como interagimos com a Pessoa Idosa, criou-se uma relação terapêutica, crucial para podermos desenvolver um raciocínio e juízo clínico centrado nas suas necessidades de autocuidado, tomar decisões sobre o(s) diagnóstico(s) de enfermagem e elaborar um plano individual de cuidados (Yu et al., 2022).

A conceção em enfermagem desenvolvida, permitiu-nos identificar que, para além do cansaço fácil, a dispneia e ortopneia, aumento de peso, sintomas que não referia, e até demonstrava ter estratégias para gerir os mesmos, apresentava um conjunto de questões relacionadas com o padrão de sono, a anorexia e a ansiedade, cuja a atenção por parte da equipa médica não era valorizada, ou seja, em termos de sintomatologia da doença estava tudo controlado, valores analíticos, respiração sem alterações, sem edemas, portanto, a decisão era manter-se assim. Mas, a pessoa não estava bem, sentia que cada vez estava a perder mais capacidades, qualidade de vida e bem-estar. Nesta dimensão, e de acordo com a conceção em enfermagem percebemos que a pessoa tinha sido combatente na guerra colonial, esteve 4 anos em Angola, e ainda hoje falava desta situação com alguma ansiedade e nervosismo. Sabemos que o padrão de sono é uma das necessidades no ser humano que afeta muitas outras necessidades, inclusive a circulação e respiração e vice-versa, no entanto, a pessoa não fazia essa relação, referindo que não conseguia dormir, mesmo com os medicamentos, uma dimensão que ele geria de forma muito organizada, e conhecia toda a medicação que tomava (Yu et al., 2022).

Realizamos com a pessoa o roteiro de teleconsulta, conforme tínhamos planeado, e que, de acordo com a mesma, foi muito importante, pois sentia-se mais segura, mais confiante, sabia que ia falar com o enfermeiro sobre a sua situação, e de acordo com o plano estruturado da teleconsulta, tinha sempre tudo organizado para o decorrer da mesma. Apesar de todos estes ganhos referidos pela pessoa, houve a necessidade de agendar uma consulta presencial para intervirmos em conjunto com o médico, na resolução do que mais a preocupava, o sono. Não foi fácil, uma vez que apesar de documentarmos a história de vida da pessoa, de alertarmos para a forma como a pessoa estava a desenvolver o seu autocuidado em relação ao sono, não obtínhamos resposta da parte médica.

No entanto, após a explicitação da situação, da informação adicional de ser uma pessoa ex-combatente, com sequelas desta questão, com a sensibilização para o tipo de terapêutica que estava a fazer...conseguimos a implementação de uma nova terapêutica. Após esta decisão, agendamos a teleconsulta seguinte, com o objetivo de avaliar a situação, assim como todas as outras dimensões relacionadas com a sua situação de saúde doença. A teleconsulta ocorreu, e, a primeira dimensão que a pessoa referiu foi, "Sr. Enfermeiro agora sim...já durmo muito melhor, até já tenho mais apetite, e a comida sabe melhor...". O nosso objetivo com este relato, não é enaltecer-nos enquanto enfermeiros, mas sim, refletir sobre a enfermagem e qual o nosso objeto de estudo, sem dúvida as respostas humanas ao processo de saúde doença. Mais do que avaliar o cansaço, importa compreender quando é que o sente, o que faz para o sentir, e deixar de o sentir. Falamos tanto de ensino, mas este implica outras dimensões para além do ensinar, devemos demonstrar, instruir, treinar e validar se a pessoa ficou capacitada para o que pretendíamos, um exemplo, a Pessoa Idosa com IC apresenta, segundo a literatura uma função cardíaca alterada, habitualmente uma silhueta cardíaca aumentada, quando a pessoa nos refere que quando flete o tronco (se baixa) sente tonturas e fica cansado, como podemos trabalhar com a pessoa, para que a mesma não volte a ter estes sintomas? Consideramos que, não será referindo que não poderá fletir o tronco, mas demonstrar como o deve fazer, para isso, temos que explicar a razão disto acontecer, demonstrar como fazer e treinar com a pessoa, a forma como o deve fazer. Escutar da pessoa, que aquilo que explicámos, demonstrámos e treinámos com a mesma, foi muito importante, e que desde desse momento, nunca mais teve tonturas, ou cansaço, são resultados dos cuidados de enfermagem, e ganhos em saúde para a pessoa (Yu et al., 2022; Cabete, 2012; 2021; McCormack et al., 2015; DGS, 2020; Fonseca et al., 2018; Meleis et al, 2000; Meleis, 2010; Seid et al., 2023; Yu et al. 2022).

Neste âmbito, foi consensual a realização de vários momentos de interação com o enfermeiro responsável/auditor da área dos registos e sistema de informação SCLÍNICO, os quais ocorreram sempre em articulação com o enfermeiro cooperante. O objetivo destes momentos de interação foi validar a possibilidade de podermos iniciar de forma progressiva, o registo em SCLÍNICO dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas com IC. A meta final seria podermos constituir-se como o mote, para que após um período de integração do processo, todos os enfermeiros implementassem os registos dos cuidados de todos os processos pelos quais são responsáveis.

Apesar de nos propormos atingir um número na execução destas atividades, e da existência dos constrangimentos acima referidos, conseguimos convertê-los em oportunidades, nesta perspectiva de implementarmos a mudança na prática clínica. Para além dos processos de cuidados desenvolvidos enquanto estudante, cujos resultados passaram pela implementação da avaliação inicial das pessoas cuidadas, definição de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, consideramos que no final do estágio a equipa de enfermagem das duas áreas de intervenção, já estavam a implementar a documentação dos cuidados de acordo com a metodologia do processo de enfermagem, no SCLÍNICO.

3.1.3 – Implementação do roteiro da teleconsulta de enfermagem para a promoção do processo de transição de cuidados do hospital para o domicílio

O roteiro de teleconsulta foi apresentado de forma individualizada à equipa de enfermagem, baseada no conceito desenvolvido por Gomes, et al., (2019). Apesar de, em algumas situações específicas, os enfermeiros efetuarem consultas a distância (via telefone), essencialmente, na fase da pandemia, estas não obedeciam a um roteiro devidamente sistematizado, e que espelhasse uma conceção do cuidado de enfermagem, assim como a sua efetivação, em termos de documentação do cuidado no SCLÍNICO. Também aqui, constatamos que para o agendamento destas consultas, não era possível a sua efetivação ao nível do hospital de dia, mas sim, através das consultas de enfermagem que se realizavam nas consultas externas, na área da cardiologia. Não havendo forma de contornar a situação, todo o processo de documentação do cuidado realizado nestas consultas, foi efetivado através deste agendamento, no processo clínico de cada pessoa cuidada. Esta situação permitiu, no tempo de estágio desenvolver todo o processo de cuidados a três pessoas idosas, e respetivas famílias. Apesar de terem sido apenas três, foram significativamente apreciadas como relevantes para a compreensão do fenómeno.

A implementação da teleconsulta de enfermagem, à Pessoa idosa com IC foi iniciada em continuidade com a implementação do plano individual de cuidados. O roteiro da consulta sistematizava a intervenção após a interação presencial com a Pessoa Idosa e a elaboração do plano individual de cuidados. A teleconsulta de enfermagem ocorreu ao 3º dia, 14º, 28º, 45º e 90º dias.

Neste âmbito, face às pessoas idosas que tivemos oportunidade de operacionalizar este roteiro, até à data de término do estágio, apenas uma delas, necessitou de recorrer ao serviço de urgência, mas não pela descompensação da sua doença IC, apesar da evidência demonstrar que estas pessoas estão mais vulneráveis a qualquer tipo de infeção, neste caso recorreu por uma infeção urinária, uma vez que tinha como comorbilidade uma neoplasia da próstata, com necessidade de algália permanente.

No entanto, mesmo nesta situação o primeiro passo que a pessoa e família realizou foi o contato direto com a equipa de enfermagem do hospital de dia, cuja intervenção passou pela disponibilidade em avaliar a pessoa numa consulta presencial, face às necessidades de autocuidado que a pessoa apresentava. Solicitamos uma requisição de urocultura a realizar no hospital, para compreendermos e identificarmos a etiologia das suas queixas. Desenvolvemos assim, o cuidado de acordo com as normas da DGS (2017) emanadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PEPCIRA), ou seja, procedemos à realgália da pessoa, com a respetiva colheita de urina. A pessoa foi para a sua casa com orientações específicas relacionadas com os cuidados a ter com o dispositivo, assim como, a necessidade de hidratação de acordo com a sua condição de saúde doença, assim como os cuidados de higiene a realizar à região perineal e genital. Ficou também, uma teleconsulta agendada para o 3º dia após o contato, cujo objetivo passou por informar sobre os resultados da análise, perceber os resultados dos cuidados implementados e orientar para possível gestão da terapêutica a ser instituída, para além de validar as questões da avaliação preconizadas no âmbito do modelo de promoção de *“empowerment”* (Yu et al., 2022 Yu et al., 2022; Cabete, 2012; 2021; Seid et al., 2023).

Neste contexto, e após a avaliação do resultado da análise, efetivamente apresentava uma infeção urinária. Foi agilizado através do médico do hospital de dia de urologia, a prescrição do antibiótico de acordo com o antibiograma. Mas, estes processos devem ser monitorizados, ou seja, não podemos deixar o acompanhamento desta pessoa, pensando que agora a responsabilidade está noutro profissional de saúde. É nesta dimensão que emerge a centralidade da pessoa no processo de cuidados, ou seja, para além da prescrição médica é crucial que a enfermagem possa acompanhar esta pessoa, não só numa dimensão biomédica, mas centrando os cuidados na resposta da pessoa à situação de doença, no fundo o objeto de estudo da disciplina.

O resultado desta situação demonstrou que a implementação desta teleconsulta promoveu a continuidade dos cuidados e garantiu que a pessoa tivesse efetivamente a prescrição medicamentosa. Após a validação no momento de interação por teleconsulta, percebemos que a pessoa ainda não tinha recebido a prescrição, desenvolvemos o contato com o enfermeiro responsável da Unidade de Cuidados na Comunidade da área de residência da pessoa, enviamos via email o resultado da análise, os cuidados prestados em relação ao dispositivo urinário, inclusive a data de realgaliação e a possibilidade de agilizarem a aquisição de sacos colectores de urina com sistema de fixação à coxa, e cuja participação é gratuita, a necessidade de iniciar antibioterapia, no sentido de solicitarem ao seu médico de família estas questões. Esta articulação foi muito importante, pois após estas diligências, a pessoa viu satisfeitas as necessidades, para além de referir que sentiu que os enfermeiros o acompanharam e resolveram o seu problema atual, traduzindo-se em melhoria da sua condição de saúde doença, segurança dos cuidados, melhor qualidade de vida e bem-estar, e garantiram a transição segura para o seu domicílio (Batista et al., 2021; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Para além do relato supramencionado, também relevamos as intervenções de enfermagem implementadas na teleconsulta, não só na perspetiva da avaliação dos cuidados prestados, e da forma como a Pessoa Idosa com IC e família realizavam as atividades de autocuidado, ou seja, validar as atividades no âmbito da autogestão do processo de doença, como a monitorização do peso, a existência de dispneia e ortopneia, e se as estratégias implementadas resultaram, ou o que fez, para diminuir esta sintomatologia, se o padrão de sono era reparador, com quantas almofadas dormia, se mantinha a gestão do regime terapêutico farmacológico, e não farmacológico, como a ingestão hídrica, e do sódio, e se realizava caminhadas de acordo com a sua tolerância, e como se sentia após as mesmas. Antes de terminarmos a teleconsulta disponibilizávamo-nos para que a pessoa e família pudessem colocar questões relacionadas com as dimensões acima referidas, ou outras que tivessem necessidade de saber. Nesta perspetiva, a teleconsulta permitiu ainda, o desenvolvimento de educação para a saúde, para reforçar e elogiar as atividades desenvolvidas, assim como, para implementar algumas estratégias a desenvolver pela pessoa, caso algumas dimensões não estivessem ainda bem integradas na sua vida diária (Yu et al., 2022).

Numa perspetiva analítica, desenvolvemos os processos de cuidados das pessoas idosas com IC, na perspetiva dos cuidados centrados na pessoa tendo por base os quatro construtos, os

atributos do enfermeiro, o ambiente de cuidados, os processos centrados na pessoa e os resultados (McCormack et al., 2015). Esta perspetiva promoveu a integração das etapas do modelo de “*Empowerment*” centrados nas capacidades, motivações, crenças e valores da pessoa, assim como, nas suas expectativas face ao seu processo de saúde doença. O que fez com que tivéssemos sempre presentes as dimensões do modelo, ou seja, olhar para a pessoa tendo por base o seu projeto de saúde, na forma como demonstrava competências de autorrealização, autodeterminação, autocontrolo e auto percepção (Cabete, 2012; 2021). Desta forma, a avaliação desenvolvida à Pessoa Idosa com IC perspetivou as tomadas de decisão para a elaboração do plano individual de cuidados em parceria com a mesma e família (Yu et al., 2022).

3.1.4 – Promoção do processo de transição da Pessoa Idosa com IC e família do hospital para o domicílio

No que diz respeito ao processo de transição da Pessoa Idosa com insuficiência cardíaca e família, a prestação de cuidados foi desenvolvida para capacitar estas pessoas no seu processo de transição de cuidados do hospital para o seu domicílio. Portanto, as intervenções foram sempre realizadas no âmbito da avaliação, de acordo com o modelo de “*Empowerment*” (Cabete, 2012; 2021). A avaliação desenvolvida constituiu-se como momentos privilegiados, cuja relação de proximidade, a confiança estabelecida, o envolvimento da Pessoa Idosa e família, mobilizando as suas competências de “*empowerment*”, promoviam a demonstração das suas capacidades na gestão da doença (IC), especificamente na gestão do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico. Para além das competências referidas, sentiam-se mais confiantes consigo próprias, e, portanto, com a percepção de uma melhor qualidade de vida, de bem-estar e satisfação com a própria vida (Batista et al., 2021; Cabete, 2012; 2021; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Sanermaa et al., 2020; Seid et al., 2023).

Ao avaliarmos a Pessoa Idosa e família, na forma como se sentia, a influência da doença no seu quotidiano, (bem-estar, humor, sono, caminhadas, socialização, ...), solicitar à pessoa e família os registos que tinha realizado, perceber a sua percepção em relação aos aspetos que agravavam e melhoravam os sintomas relacionados com a doença, como estava a gerir a medicação, o que mais

lhe custava fazer na sua vida diária e que estratégias utilizava, para as realizar, ou seja, os autocuidados, se tinha dificuldades nos registos, e que impacto tinham os resultados dessas avaliações nas suas tomadas de decisão, o que a preocupava mais, e por fim, o que necessitava para manter a autogestão da sua doença e níveis de bem estar na vida diária. A avaliação constituiu-se também como a oportunidade para a reformulação do plano individual de cuidados, tendo em vista o processo de transição da Pessoa Idosa e família.

Este acompanhamento próximo e sistemático promoveu nas pessoas, um sentimento de que faziam parte do processo, que as suas tomadas de decisão eram respeitadas, e não levavam a juízos de valor, por parte da equipa de enfermagem, mas sim, contempladas para a compreensão do todo, e para a implementação de intervenções de enfermagem centradas nas suas reais necessidades, que nem sempre estavam relacionadas com a doença IC, mas em outras dimensões que eram importantes para desenvolverem um processo de transição dos cuidados segura, e se mantivessem em suas casas (Yu et al., 2022).

Podemos também inferir, que face aos cuidados prestados às pessoas idosas com IC promovemos a transição de cuidados de forma segura, uma vez que, as pessoas até ao final do estágio mantiveram-se nas suas casas e com competências integradas no processo de gestão da sua doença, e portanto, a serem capazes de realizar as ações de autocuidado no seu quotidiano.

3.1.5 – A implementação do estudo para avaliar as capacidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC

No que diz respeito a resultados obtidos, aplicámos a escala de autocuidado (EACPIC) a 20 pessoas que cumpriram os critérios de inclusão. Sendo o número de participantes reduzido, embora se constitua uma limitação realizamos o tratamento dos dados, pela estatística descritiva, e apresentamos os mesmos numa perspetiva do objetivo proposto, ou seja, avaliar as capacidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC. Assim, podemos referir que, em relação aos dados sociodemográficos, a maioria das pessoas eram do género feminino (80%), o grupo etário mais prevalente situava-se entre os 65 e 69 anos (60%), valor idêntico em relação ao estado cívil, ou seja,

a maioria eram casadas (65%). Em relação às habilitações literárias metade das pessoas (50%) tinham apenas o 1º ciclo de escolaridade.

No que concerne à primeira secção da escala - Adesão e gestão da informação constatamos que 40% das pessoas monitorizavam o seu peso frequentemente, no entanto, ainda temos nesta população, 25% que nunca ou raramente o fazia. Em relação à inspeção e observação dos tornozelos, (35%) nunca ou raramente o faziam, assim como, a prática de atividade física, e exercitar-se por 30 minutos, em que 45% das pessoas referiram que nunca ou raramente o faziam. No entanto, na mesma secção, mas onde as questões se direccionavam para as dimensões da sua responsabilidade, ou seja, da procura em se manter saudável: evitar adoecer (60%), ingerir uma alimentação com baixo teor de sódio (40%), cumprir as orientações dos profissionais de saúde (75%), demonstraram resultados centrados no frequentemente e sempre ou diariamente. Na adesão à terapêutica 50% das pessoas nunca ou raramente se esquecia, mas ainda assim, constatámos que 25% ainda se esquecia sempre ou diariamente. Na dimensão, cujo controlo por parte das pessoas não dependia de si, ainda temos resultados que nos levam a pensar como podemos apoiar as pessoas, falamos do cuidado em pedir alimentos com baixo teor de sal quando faziam refeições fora de casa, os resultados demonstraram que as pessoas nunca, ou raramente o faziam (75%). A maioria utilizava como estratégia a caixa organizadora dos medicamentos (60%).

Na segunda secção - Sintomas relacionados com a doença, comportamentos que adequa face aos sintomas e avaliação do resultado desse comportamento, constatámos que 45% das pessoas reconheciam de forma rápida, ou muito rápida os sintomas relacionados com a doença. Também, no que diz respeito a efetuarem procedimentos para não agravar os sintomas pudemos constatar que 50% reduzia o sal na dieta, já a diminuição da ingestão hídrica, os resultados demonstraram que 35% das pessoas, não consideraram como um procedimento a realizar. Mais uma vez, nesta secção o procedimento consultar o profissional de saúde, surgiu com 75% das pessoas a referirem como muito provável. Face a estas dimensões, 40% das pessoas referiu ter a certeza que estes procedimentos, as ajudaram.

Na terceira secção - que avalia os níveis de confiança, a maioria das pessoas considerou-se muito e extremamente confiante, em relação à avaliação e manterem-se livres de sintomas, seguir

o tratamento, reconhecer mudanças na vida, fazer alguma coisa que alivie os sintomas e avaliar a eficácia de um qualquer procedimento, com valores entre os 45 e 50%.

Como referimos, o número de participantes não nos permitiu realizar análise correlacional. No entanto realizamos uma análise estatística narrativa, o que nos permitiu explorar o fenómeno, e face ao desenvolvimento do estágio, estes dados contribuíram de forma congruente para a avaliação da Pessoa Idosa com IC, ou seja, consideramos que a aplicação de uma escala por si só, não nos permite desenvolver a avaliação da pessoa e das suas necessidades. No entanto, os dados vieram incrementar na nossa ação, pelo questionamento que fizemos em relação aos mesmos, e que se relevou como importante, pois, não se pretendia agir sobre um número/taxa, mas sim, com cada pessoa na sua singularidade. Emergem questões como: Porque é que ainda existe um número significativo de pessoas que não têm o cuidado de monitorizar o seu peso? Porque é que ainda temos pessoas que não seguem as orientações dos profissionais de saúde? O que leva as pessoas a não realizarem uma prática de exercício? Por outro lado, identificámos que aquilo que emerge em termos de autoconfiança destas pessoas, relaciona-se com a procura e a consulta dos profissionais de saúde.

Neste âmbito, consideramos que estes resultados vieram sustentar o raciocínio e juízo clínico que desenvolvemos ao longo do estágio, e cuja reflexão e discussão em equipa produziu resultados na implementação do registo em SCLÍNICO, com tomadas de decisão no que diz respeito aos diagnósticos que emergiram de forma congruente: em relação à razão para a ação, e ação realizada pelo próprio: "Aceitação do estado de saúde; Conhecimento; Autocuidado atividade física e na função: Função cardíaca/Hipotensão...".

4 – AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE NUMA PERSPETIVA DE ENFERMAGEM AVANÇADA

O desenvolvimento do conhecimento numa área específica do saber em enfermagem deve centrar-se numa conceção e pensamento integrado, cujo fio condutor perspassa desde a dimensão abstrata à dimensão operacional dos cuidados de enfermagem, e que se deve repercutir numa prática clínica baseada em evidência, que mobiliza as preferências da pessoa, a experiência do enfermeiro e a evidência mais atual.

Quando falamos da dimensão abstrata do conhecimento, o metaparadigma em enfermagem, Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem constitui-se como o promotor para qualquer filosofia, teoria ou modelo basear a sua conceção de cuidados. São pilares para a estruturação de uma conceção em enfermagem centrada no seu objeto de estudo, ou seja, as respostas humanas aos processos de saúde doença. É neste sentido, que refletimos sobre as competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa.

Consideramos de extrema relevância refletir de forma individual, sobre a perspetiva que temos sobre este processo de desenvolvimento de competências em enfermagem, numa área específica do saber. Quando enveredamos e procuramos o conhecimento, em termos de formação especializada, a perspetiva passa por nos posicionarmos, por vezes como sujeitos passivos em relação à aprendizagem. Ora, este princípio, quando falamos do desenvolvimento de competências em enfermagem, a perspetiva do estudante, como sujeito passivo na aprendizagem, não se compadece com este nível de formação. Para desenvolvermos as competências, enquanto enfermeiros especialistas, não podemos estar centrados, apenas e só, numa aprendizagem de conhecimentos novos, novas técnicas, novas intervenções, ou seja, centrarmos o conhecimento numa dimensão prática é o princípio para que as mesmas não sejam, de facto e efetivamente desenvolvidas e integradas na sua prática clínica. É evidente que as dimensões referenciadas anteriormente são muito importantes, mas muitas delas desenvolvem-se no âmbito da formação

ao longo da vida, noutros contextos, e de acordo com as motivações e interesses individuais de cada enfermeiro.

Esta dualidade entre o desenvolvimento de competências no âmbito de uma prática avançada e uma enfermagem avançada, foi crucial no desenvolvimento do estágio, e por conseguinte no atingir dos objetivos do mesmo, cujo resultado final é demonstrado neste relatório e sua respetiva defesa pública. Consideramos relevante mobilizar ambos os conceitos supracitados, a prática avançada que está centrada na prática de enfermagem, no desenvolvimento de competências dirigido ao domínio biomédico do exercício, e ao desenvolvimento disciplinar e de uma linguagem comum, podendo evoluir até para a prescrição de medicamentos e exames. Isto é, "...maior competência e mais competências para o desempenho centrado numa lógica executiva – frequentemente baseada em modelos biomédicos que têm por "Core" o diagnóstico e o tratamento da doença" (Silva, 2007, p. 18). A Enfermagem avançada definida pela teoria de enfermagem, cuja conceção passa por uma "Enfermagem com mais enfermagem" centrada no desenvolvimento de competências dirigido ao domínio específico do exercício, centrado nas transições, e no desenvolvimento disciplinar e de uma linguagem comum, indispensáveis para o mesmo. Isto é, maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela interrelação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por "Core" o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão (Silva, 2007, p. 18). A evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão em termos de conceção, tem procurado um caminho em que o modelo biomédico, ainda presente na nossa prática clínica possa deixar de ser o modelo predominante, onde os enfermeiros estão centrados na gestão dos sintomas das doenças e nas atividades interdependentes, diretamente ligadas à medicina, para a integração de uma conceção e pensamento em enfermagem, baseada em modelos que emergem do seu desenvolvimento disciplinar que possam contribuir para um paradigma transformador do cuidado em enfermagem (Silva, 2007).

É também neste paradigma transformador, que considerámos relevante refletir sobre uma dimensão importante, e que no relatório também emerge. Ao longo do desenvolvimento do estágio, fomos percebendo que a enfermagem, nesta perspetiva evolutiva enquanto disciplina e profissão, ainda demonstra uma interdependência entre o conhecimento médico e o conhecimento específico em enfermagem, que ao nível organizacional não promove o seu

desenvolvimento. Constatamos que a predominância do conceito multiprofissional, em detrimento do conceito multidisciplinar ainda se encontra muito presente. Porque é que temos necessidade de refletir sobre isto? Sem dúvida, o envelhecimento da população, com o respetivo aumento da esperança média de vida promovem nas pessoas, necessidades individuais, sociais, culturais e económicas, com uma complexidade muito abrangente, pelo que a natureza dos cuidados de saúde e a sua complexidade, assim como o avanços tecnológicos têm eles próprios, sido promotores desta evolução através da investigação e sua integração nas práticas. No entanto, apesar de acreditarmos que esta evolução deveria promover no seio das equipas de saúde, um trabalho multidisciplinar, onde cada disciplina conflui para o todo, que é a pessoa que cuidamos, com o seu conhecimento próprio, o conceito que ainda emerge é o multiprofissional, numa perspetiva unidisciplinar.

Não é generalizável, mas importa referenciar que estas dimensões influenciam o desenvolvimento da enfermagem, enquanto disciplina e profissão. Muitas vezes pensamos, nesta perspetiva com uma questão, quantas disciplinas têm como fonte o conhecimento em enfermagem? Ao contrário da Enfermagem, cujas fontes de outras áreas disciplinares contribuem para o seu “Core” de conhecimentos. Procuramos integrar no nosso pensamento, não só o conceito multidisciplinar, mas ir mais além, e pensar numa dimensão transdisciplinar, ou seja, o ideal para qualquer que seja o contexto onde existem várias disciplinas em interação. Assumirmos o conceito multiprofissional, não promove a distinção de um conhecimento especializado por parte dos enfermeiros, cujos resultados deveriam promover o reconhecimento por parte das pessoas. Para isso temos que ser nós enquanto enfermeiros, e na enfermagem a integrar nas nossas práticas um pensamento disciplinar em enfermagem, através do uso da teoria e da investigação em enfermagem, centrados no nosso objeto de estudo, as respostas humanas às transições vivenciadas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo de vida.

Esta reflexão vem ao encontro do que foi explicitado ao longo do relatório, ou seja, sentimos necessidade de referenciar estas dimensões para podermos, de seguida integrar o desenvolvimento das competências enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área da Pessoa Idosa, numa perspetiva de enfermagem avançada.

Neste contexto, o desenvolvimento da formação ao longo da vida torna-se crucial e emergente. Confluir para a especialização dos saberes em enfermagem promove uma intervenção

cada vez mais individualizada centrada no conhecimento científico, onde a investigação e os seus resultados devem ser mobilizados e integrados numa perspetiva de uma prática baseada em evidência. Em termos de enquadramento legal, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), o (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e o (Decreto-Lei 74/2006, 2006) legitimam e corroboram as dimensões supracitadas, o que promove o reconhecimento de uma enfermagem cujos conhecimentos nas áreas específicas de intervenção são cruciais para garantir cuidados de saúde de qualidade. No entanto, este reconhecimento traduz-se numa responsabilidade social, cultural, económica, moral e ética da enfermagem enquanto disciplina e profissão, para com a sociedade, uma vez que, as políticas públicas de saúde, e a própria sociedade reconhecem estas competências como relevantes para o sistema de saúde.

Consideramos que, enquanto enfermeiro especialista desenvolvemos as competências comuns e específicas. Mas, a nossa reflexão neste ponto vai para além do normativo. A importância de conhecermos o conteúdo funcional da profissão, é uma condição sine qua non para a consecução de cuidados de enfermagem especializados, no entanto, o desenvolvimento destas competências não podem, nem devem ser olhadas apenas como uma lista de funções a desempenhar. Quando analisamos o conteúdo compreendemos que nos é reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, ou seja, temos no nosso mandato social esta responsabilidade. Face ao desenvolvimento do relatório temos vindo a refletir sobre estas competências, que são a base para todas as outras que estão em continuidade. No projeto desenvolvido centrado no *“empowerment”* da Pessoa Idosa com IC, onde integramos as competências comuns e específicas relacionadas com o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção da Pessoa Idosa, centrados na promoção do autocuidado, as dimensões da educação, de orientação, aconselhamento, liderança, foram o fio condutor para a realização do estágio.

Consequentemente para uma prestação de cuidados personalizados, onde os cuidados centrados na pessoa constituiu-se uma premissa essencial, no desenvolvimento de uma relação interpessoal e terapêutica com a Pessoa Idosa e família, cujos resultados demonstrados revelaram o seu envolvimento, a promoção das suas capacidades de autorrealização, autodeterminação, autoperceção, autocontrolo face ao seu projeto de saúde, assim como, na discussão e reflexão no seio da equipa de enfermagem, em que conseguimos levar a mesma a desenvolver um

pensamento em enfermagem, centrado nestas dimensões, e que na prática se operacionalizou com a implementação de processos de cuidados centrados nas necessidades da Pessoa Idosa com IC e família, com a consequente sistematização dos registos efetivos no processo clínico (SCLÍNCO), tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem (Cabete, 2012; Silva, 2017).

A efetivação de cuidados centrados na pessoa integra construtos que corroboram estas competências, e que nem sempre emergem na prática clínica. Na conceção desta filosofia de cuidados, o grande desafio passa por apoiar a pessoa nas tomadas de decisão informadas, para uma gestão eficiente e eficaz o seu projeto de saúde, assim como, poder decidir quando é que necessita de outros para a ajudarem a decidir, ou a fazer por ela. Nem sempre estamos a este nível de pensamento, quer os serviços de saúde, quer os profissionais, mas consideramos emergente compreendermos que é da nossa responsabilidade promover cuidados que respondam às habilidades, preferências, estilos de vida e objetivos individuais das pessoas (McCormack, et al., 2015). É neste sentido que, no âmbito das competências e do seu desenvolvimento, mais do que especificar o que cada domínio contempla, importa desenvolver um pensamento em enfermagem, tendo por base teorias e modelos emergentes que possam ser discutidos e implementados face aos modelos em uso, e que possam implementar mudanças na prática clínica (Batista et al., 2021; Silva, 2007; Yu et al., 2022).

Relevamos a importância da disseminação do conhecimento através da investigação desenvolvida, que promova o avanço e a melhoria contínua da prática clínica em enfermagem, através dos conhecimentos, capacidades e habilidades centradas nas necessidades de saúde das pessoas, na dimensão dos seus contextos de vida, nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento de Competências 140/2019), e para as quais também concorrem as competências específicas, alicerçadas nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de acordo com a especialidade, em que a especialização do conhecimento deve demonstrar a conceção, gestão e supervisão de cuidados, mas também os domínios da formação, investigação e assessoria (Yu et al., 2022; Regulamento de Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018; Decreto-Lei 74/2006, 2006).

Perspetivar o desenvolvimento das competências no âmbito da realização do estágio, tendo por base uma enfermagem avançada promoveu em primeira instância o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois consideramos que no contexto de

cuidados, rapidamente nos sentimos envolvidos e em pleno alinhamento com as dimensões organizacionais dos mesmos. Exigiu uma capacidade de autoreflexão constante, e por conseguinte, a necessidade de nos centrarmos constantemente, no sentido de não rotinizarmos os cuidados. Razão pela qual temos vindo de forma congruente a assumir a necessidade de refletirmos sobre as práticas, não numa perspetiva crítica, mas de desenvolvimento do autoconhecimento, que se traduzisse numa capacidade assertiva e com a integração da evidência científica. Este processo foi crucial para podermos desenvolver com a equipa de enfermagem uma relação de partilha de saberes, cujas reflexões contribuíram para uma dimensão muito importante no desenvolvimento de qualquer disciplina e profissão, ou seja, um mecanismo de retroalimentação que deve existir entre a teoria e a prática clínica, uma vez que, só através da prática clínica podemos estudar os fenómenos que à enfermagem dizem respeito, e assim, podermos teorizar sobre os mesmos, para posteriormente haver transferência deste conhecimento para a essa prática.

A opção por refletirmos anteriormente, sobre o domínio da aprendizagem relacionou-se com o facto de, mais uma vez numa relação próxima com o que consideramos crucial na enfermagem, as competências centradas no autoconhecimento contribuíram para uma construção pessoal e profissional que promoveu um pensamento integrado e complexo, condições de extrema importância para a implementação de uma enfermagem avançada. O desenvolvimento deste domínio promoveu um olhar e uma melhor integração de todos os outros domínios das competências. Quando falamos de responsabilidade profissional, ética e legal, ou de melhoria contínua da qualidade, o pensamento e a perspetiva anteriormente exposta tem como premissas estes dois domínios. É inconcebível desenvolvermo-nos enquanto enfermeiros especialistas centrados apenas e só num dos domínios, todos promovem uma construção dos saberes comuns e específicos (Regulamento de Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018; Decreto-Lei 74/2006, 2006; Silva, 2007).

Cuidar da Pessoa Idosa com IC e família alicerçou-se sem dúvida, na emergente complexidade em que os cuidados de saúde se desenvolvem, ou seja, olhar para os fenómenos do processo de saúde doença vivenciados por estas pessoas, não apenas na dimensão biomédica, mas nas dimensões do ser pessoa, contemplando o ambiente, a sua conceção de saúde e de que forma a enfermagem pode ir ao encontro das suas necessidades de autocuidado, garantindo processos de transição segura, tendo como finalidade a promoção da sua qualidade de vida e bem-

estar. Portanto, todas estas dimensões concorreram para a o desenvolvimento das competências específicas centradas nos processos terapêuticos, assim como, a responsabilidade intrínseca face aos procedimentos relacionados com os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Batista et al., 2021; Regulamento de Competências 429/2018; Decreto-Lei 74/2006, 2006; Yu et al., 2022).

Os contributos enquanto enfermeiro especialista implementaram uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados dos cuidados de enfermagem, dimensões que ao longo do estágio foram sendo discutidas, e cujo reconhecimento por parte da equipa foi sendo demonstrado, ou seja, a discussão e partilha da evidência científica, assim como a efetivação de um pensamento emergente, onde mais do que a doença, ou o procedimento, discutia-se sobre a enfermagem e qual era o nosso foco de atenção. Esta discussão e reflexão promoveu a necessidade de realizarmos momentos de formação informal, onde discutíamos a avaliação e os dados a colher perante determinada situação, assim como, os diagnósticos de enfermagem e as intervenções a implementar. Este processo de discussão e partilha informal, promoveu mudanças na prática clínica, onde compreendemos que os resultados e a preocupação por parte da equipa na sua avaliação e documentação foi uma mais valia. Tendo por base a filosofia dos cuidados centrados na pessoa, assim como, a avaliação centrada no seu *"empowerment"*, a equipa no acompanhamento das pessoas, quer via presencial, ou por teleconsulta baseavam-se na avaliação, nos diagnósticos e intervenções realizadas, e com a preocupação do envolvimento e das expectativas da pessoa e família, em relação ao próximo momento de interação. Relevamos assim, as competências de liderança no âmbito da formação, assessoria e de investigação que visam a área de especialização. Neste âmbito, foi-nos proposto promovermos momentos de formação com a equipa, mesmo após o término do estágio, algo que ficou acordado, e que se prevê a sua concretização pelo menos com uma periodicidade de dois em dois meses. O objetivo passa por refletirmos sobre a conceção e pensamento em enfermagem e a sua implementação gradual na prática clínica, considerado pela equipa, como crucial para a implementação das boas práticas, e não haver uma rotinização dos cuidados em enfermagem (Cabete, 2012; Decreto-Lei 74/2006, 2006; Regulamento de Competências 429/2018; McCormack et al., 2015; Meleis et al., 2000; Silva, 2007; Silva, 2017).

Enquanto enfermeiros especialistas, e face ao que temos vindo a discutir e refletir, consideramos que a conceção que integramos e mobilizámos constituíram-se como precursores para prestarmos cuidados com competência no âmbito da prevenção da doença, promoção de estilos de vida, de processos de adaptação e de gestão do regime terapêutico, com a capacitação da pessoa e família para a vivência e gestão da doença crónica, com a respetiva readaptação do seu projeto de saúde, com vista à promoção da sua qualidade de vida e bem-estar (Yu et al., 2022; Decreto-Lei 74/2006, 2006; Regulamento de Competências 429/2018; Silva, 2017)

5 – ANÁLISE REFLEXIVA DO CAMINHO DESENVOLVIDO

Um processo reflexivo envolve um conjunto de competências que exigem uma complexidade do pensamento, mas cujos contributos terão que forçosamente espelhar os resultados das dimensões para que foi desenvolvido.

A análise reflexiva do percurso desenvolvido tem na sua génese o conceito de reflexividade, ou seja, ter a competência de agir compreendendo como e o porquê da ação, que promove um conhecimento de si e a capacidade de distanciamento e reflexão sobre a ação, cujo resultado é a melhoria das práticas. Este distanciamento permite sermos capazes de fazer a separação entre nós próprios e as nossas práticas, e entre nós e os recursos pessoais e externos. Esta competência contribui assim, para a capacidade de tomada de decisão em relação às aprendizagens e à sua transferibilidade (Boterf, 2015). Este processo permite uma tomada de consciência das nossas práticas, o que nos leva a ter uma capacidade de as concetualizar, falar sobre as mesmas, e poder sistematizá-las, não é apenas e só descrever como se desenvolveram, mas explicar as razões das mesmas. Deste modo, a reflexividade permite a reconstrução da realidade. Sermos capazes de refletir na e sobre a ação, nesta perspetiva do distanciamento, ou seja, após a mesma, olharmos para a forma como agimos, e conseguirmos refletir sobre ela promove e implementa a construção dos saberes no âmbito profissional e pessoal (Boterf, 2015).

Estrutturamos a análise em três dimensões: a prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com IC e família, os processos de tomada de decisão em contexto organizacional e os fatores que os influenciam, os resultados no âmbito do desenvolvimento da aprendizagem profissional.

A implementação de um projeto de estágio, num contexto de cuidados de saúde integra e mobiliza um planeamento previamente estabelecido, de acordo com a missão do mesmo, e em articulação com os objetivos delineados e as atividades que pretendemos desenvolver. Nesta perspetiva, uma das dimensões contempladas centrava-se na prestação de cuidados de

enfermagem à Pessoa Idosa com IC e família, tendo como propósito o desenvolvimento do “empowerment” e, por conseguinte, a promoção do autocuidado para a gestão da sua doença no processo de transição do hospital para a casa. Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa com IC e família, após um período de integração foi sendo desenvolvida, primeiramente de acordo com o processo de cuidados que estava implementado no contexto.

Pretendemos no desenvolvimento do processo reflexivo elencar um conjunto de dimensões, cujo objetivo não é tecer juízos de valor em relação aos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, mas sim desenvolver um raciocínio que demonstre o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências enquanto especialista e mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa. Neste âmbito, e tendo por base a conceção de cuidados que pretendíamos desenvolver, de forma progressiva fomos implementando a apreciação da Pessoa Idosa com IC e família. Porque consideramos relevante explicitar esta dimensão? Quando refletimos sobre os cuidados de enfermagem, numa perspetiva da disciplina e profissão, consideramos importante compreender como é que na prática clínica, as duas dimensões se relacionam e promovem cuidados de enfermagem individualizados e centrados nas pessoas (McCormack et al., 2015).

Compreendemos que, o contexto organizacional e de gestão do serviço tinha orientado a equipa de enfermagem para uma documentação dos cuidados prestados centrados apenas na dimensão da gestão de indicadores focados nos procedimentos técnicos, ou seja, um protocolo devidamente estabelecido onde os enfermeiros documentavam os cuidados apenas e só, na avaliação de sinais vitais e injetáveis (este último, pela necessidade de se colher sangue para análises, ou administração de terapêutica endovenosa). Todos os cuidados centrados na pessoa, que eram desenvolvidos tendo por base a metodologia do processo de enfermagem não eram operacionalizados, sendo o resultado dos mesmos documentado em notas gerais, cuja efetividade não permitia a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este foi o primeiro grande desafio que abraçámos, uma vez que, apesar da equipa de enfermagem demonstrar um conhecimento personalizado de cada pessoa cuidada, este não era documentado de forma a garantir um acompanhamento sistematizado, onde demonstrasse um processo de cuidados centrado nas necessidades de autocuidado, e nas intervenções que promoviam o

autocuidado destas pessoas, que as capacitasse para elas próprias serem agentes de autocuidado (Batista et al., 2021; Orem, 2001; Rocha et al., 2021; Silva, 2017).

Consideramos que a reflexão desenvolvida com a equipa de enfermagem ao longo do estágio, relacionada com estas dimensões foi uma das competências que nos permitiram construir com a mesma, uma conceção de cuidados centrada no “*empowerment*” da Pessoa Idosa com IC e família, em que os resultados passaram pela efetivação de um processo de cuidados, cuja documentação passou a ser realizada no SCLÍNICO, desde a avaliação inicial, ao diagnóstico, até ao planeamento das intervenções de enfermagem e a sua avaliação. Permitam-nos referir que, tudo isto foi possível, porque quer o Senhor Enfermeiro cooperante, quer a restante equipa de enfermagem se demonstraram recetivos, e com motivação para assumir estas transições. A importância de podermos discutir com a equipa os processos de cuidados, de forma partilhada e sem juízos de valor, foi um exercício que nos permitiu refletir sobre os cuidados e qual a sua conceção. Podermos questionar, através da prática, quais os modelos em uso, e os modelos emergentes desenvolvidos pelo conhecimento da disciplina, permitiu-nos desenvolver competências com integração na prática clínica, de uma conceção de cuidados de enfermagem centrados na Pessoa Idosa com IC e família (Cabete, 2012; McCormack et al., 2015).

A sensibilização da equipa de enfermagem para esta dimensão dos cuidados, cuja reflexão passou por desenvolvermos um raciocínio e juízo clínico, onde prevalecia um modelo biomédico, centrado na doença e na sua sintomatologia, e a quase inexistência de um pensamento centrado nas respostas humanas aos processos de saúde doença, foi uma constante ao longo do estágio. Muitos momentos de reflexão integraram a discussão em torno dos focos da prática, e nas tomadas de decisão em cada processo de cuidados desenvolvido. Compreendermos a conceção e o pensamento em enfermagem de uma equipa, e ao mesmo tempo, termos a possibilidade de discutir o que consideravam ser um foco da prática, promoveu uma reflexão integrada sobre os cuidados prestados e de que forma os poderíamos documentar, a fim de produzirmos indicadores relacionados com os cuidados de enfermagem, e, com ganhos em saúde percebidos pela Pessoa Idosa com IC e família (Cabete, 2012; McCormack et al., 2015; Silva, 2007; Silva, 2017).

Constatamos que a equipa de enfermagem demonstrava um conhecimento individualizado das pessoas que cuidavam, aliás, os cuidados prestados iam muito para além dos procedimentos instituídos, que eram meramente técnicos, e cuja importância era relevada pelas

peças. No entanto, os cuidados prestados centrados na pessoa, no seu ambiente, e na sua conceção de saúde eram visíveis, e demonstravam um cuidado de proximidade e de preocupação extrema com as pessoas e respetivas famílias. Esta realidade permitiu que pudéssemos desenvolver com a equipa de enfermagem, um pensamento e uma estratégia que fosse ao encontro das necessidades da mesma, ou seja, podermos ter a oportunidade de implementar processos de cuidados devidamente documentados no SCLÍNICO, onde as etapas do processo de enfermagem estariam contempladas e devidamente sistematizadas. Percebemos que, as maiores dificuldades estavam centradas na forma como a equipa tinha rotinizado o modelo em uso, e o assumir de que não seriam capazes de mudar. O compromisso assumido por nós, enquanto estudante e futuro enfermeiro especialista e mestre centrou-se nas competências nesta área de formação, através não só da implementação de uma prática centrada na prestação de cuidados especializados, integrando uma prática baseada em evidência, como também na dimensão da formação dos pares, e na implementação de melhorias que resultassem na qualidade dos cuidados prestados e na segurança das pessoas cuidadas (Regulamento de Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018; Silva, 2007). Para isso, para além da reunião com a equipa de enfermagem, com a explicitação e apresentação do modelo de “*Empowerment*” de Cabete, (2012; 2021), mobilizando a filosofia do cuidado centrado na pessoa de McCormack et al., (2015) para a promoção do autocuidado à Pessoa Idosa com IC e família (Apêndice I), assumimos, que em continuidade, e face às funções que atualmente desempenhamos, enquanto Professores numa Escola Superior de Saúde, cuja parceria está protocolada há longos anos, podermos desenvolver momentos de discussão e reflexão, para a integração da conceção dos cuidados de enfermagem centrados nos autores acima referenciados.

Desenvolvemos no âmbito da prestação de cuidados, a implementação da apreciação da pessoa com a documentação respetiva, assim como, a identificação dos diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades de autocuidado da pessoa cuidada, e as respetivas intervenções de enfermagem. Tivemos ainda, a preocupação de validar sempre com as pessoas o planeamento dos cuidados, no sentido de garantir que a nossa análise ia ao encontro das necessidades das pessoas. Esta estratégia contribuiu para que a equipa de enfermagem iniciasse ela própria a efetivação dos processos de cuidados, de acordo com o que fomos implementando, em que o nosso papel passou a ser de consultoria (Giezemana et al., 2022; Regulamento de

Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018; Decreto-Lei 74/2006, 2006; Yu et al., 2022).

Importa ainda, integrar nesta reflexão as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que permitiram a implementação destas estratégias. A avaliação da Pessoa Idosa com IC, para além da apreciação desenvolvida integrou também a análise em relação aos dados da escala de autocuidado das pessoas com IC. Estes dados por si só, não nos permitiam tomar decisões em relação aos cuidados a prestar. Consideramos importante a integração de instrumentos de avaliação que possam contribuir para a conceção dos cuidados à Pessoa Idosa com IC, mas a apreciação integrando uma conceção centrada na pessoa é essencial, que vai muito para além das dimensões do instrumento de avaliação em questão. Por isso, o desenvolvimento dos processos de cuidados integraram os resultados obtidos pela escala, mas como um complemento, até porque os dados da escala acabam por padronizar a avaliação, ou seja, ao mobilizarmos as dimensões da apreciação realizada à Pessoa Idosa com IC, promoveu a obtenção de dados que demonstravam a singularidade de cada pessoa e família, e que contribuiu para a individualização dos cuidados, onde as dimensões relacionadas com o autocuidado foram integradas (Cabete, 2012; 2021; Giezemana et al., 2022; McCormack et al., 2015; Silva, 2017; Yu et al., 2022).

Para além disso, termos conseguido implementar a documentação dos cuidados, através do SCLÍNICO, com o registo da apreciação, dos diagnósticos e intervenções individualizadas com a Pessoa Idosa com IC e família, foi o incentivo para a implementação na prática clínica, por parte da equipa de enfermagem, de forma progressiva, mas que, de acordo com a mesma trouxe ganhos para a pessoa, e também para a produção de indicadores relacionados com os cuidados de enfermagem, que se repercute na gestão e organização do contexto.

Consideramos importante, compreendermos e refletirmos sobre a forma como a enfermagem tem autonomia no seio da equipa multidisciplinar. Isto porque, para referenciar e agendar consultas de enfermagem com estas pessoas, e, uma vez que, para a pessoa ser acompanhada na consulta de hospital dia, teria de ser referenciada por um dos elementos da equipa, constatamos que este procedimento só poderia ser efetuado por um médico, o que inviabilizou a possibilidade de operacionalizarmos o processo de referenciação da Pessoa Idosa com IC, para a consulta de enfermagem do hospital dia, após o seu internamento. Apesar de tudo, como habitualmente as pessoas ficavam com agendamento de consulta de follow-up, acabavam

por vir ao hospital, ter com a equipa de enfermagem, quer no âmbito de intervenções colaborativas com a parte médica, quer por identificação de dimensões relevantes, que a equipa considerava como necessárias para garantir o processo de transição do hospital para a sua casa. Refletir sobre esta dimensão transdisciplinar, numa relação próxima com a promoção de um trabalho em equipa, ainda está muito aquém do que o conceito preconiza. A perspetiva de uma abordagem transdisciplinar em prol da pessoa cuidada impõe que haja uma relação transversal dos conhecimentos de cada área disciplinar, e o que assistimos ainda está assente numa base de relação hierárquica. Muitas vezes refletimos sobre estas dimensões com a equipa, procurando descentrar a discussão de quem pode, ou não pode, quem decide ou não decide, quem é ou não chamado para as tomadas de decisão...mas sim, centrar a discussão na forma como a enfermagem se posiciona nos momentos cruciais, quer na prestação de cuidados, quer na gestão? O estímulo muitas vezes passou pela questão: quando uma pessoa nos questiona sobre determinada dimensão relacionada com o modo de tomar determinado medicamento, a forma como deve realizar determinado procedimento, quantas vezes nós respondemos, "Ah isso é com o médico...ele é que manda..." e aquilo que refletíamos era precisamente, estamos ou não a assumir esta relação hierárquica, consciente ou inconscientemente. Assumimos muitas vezes na nossa relação com as outras áreas disciplinares, um saber menor, questionamos o porquê de determinados fenómenos ocorrerem na pessoa com determinada situação crónica ou agudizada, questionamos se podemos fazer desta forma, ou de outra, enfim! O que estamos a demonstrar? As áreas disciplinares deveriam desenvolver um diálogo centrado nas necessidades das pessoas, e não naquilo que são as dimensões organizacionais, e quantidade de trabalho que cada uma desenvolve, ou a conceção de que uma disciplina tem um corpo de conhecimentos maior que outras (Batista et al., 2021; Blakeney et al., 2019; Giezemana et al., 2022; Khoshab et al, 2019; Regulamento de Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018; Silva, 2007).

Consideramos que estas dimensões devem ser desenvolvidas de forma progressiva, não numa perspetiva de ganhar ou perder, mas sim, na definição dos níveis de responsabilidade de cada área disciplinar. Esta responsabilidade demonstra-se na forma de estar, de ser e de saber. Daí a importância de cultivarmos uma conceção em enfermagem numa perspetiva do cuidado centrado na pessoa, em que o "empowerment" e a promoção do autocuidado, neste caso, da Pessoa Idosa com IC e família sejam o nosso foco, e cujos planos individuais de intervenção promovam resultados, e ganhos em saúde percebidos pelas pessoas. Estas competências fomentam na

pessoa uma transição na forma como gerem a sua situação de saúde doença. Se tivermos, cada vez mais pessoas a perceberem estes ganhos, resultantes dos cuidados de enfermagem, não necessitamos de demonstrar a mais ninguém, que somos uma disciplina com um corpo de conhecimentos próprio que sustentam uma profissão, na sua prática clínica. Sabemos que ainda vai demorar algum tempo para um verdadeiro trabalho transdisciplinar, mas acreditamos que vai acontecer de forma mais integrada e sistematizada (Cabete, 2012; Giezemana et al., 2022; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; McCormack et al., 2015; Regulamento de Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018; Silva, 2007; Silva, 2017).

Integramos o conceito de reflexividade de Boterf, (2015) porque nos fez sentido na construção do processo reflexivo. As competências enquanto enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa, cuja legislação atual nos remete para a Pessoa com Doença Crónica (Regulamento de Competências 140/2019; Regulamento de Competências 429/2018), foram sendo desenvolvidas ao longo do estágio, sempre nesta perspetiva. Face às pessoas idosas com IC e famílias que cuidámos, permitiu-nos realizar este exercício de reflexividade, ou seja, após cada dia, olhámos de forma distante, para o que desenvolvemos com as pessoas. Identificámos numa perspetiva transformadora, o que aconteceu, porque aconteceu daquela forma? O que poderíamos ter feito de forma diferente? Foi sem dúvida, um exercício pleno para a construção do processo de aprendizagem.

A inquietude constante que mantivemos ao longo do estágio, levou-nos a questionar e pesquisar, tendo por base a prática baseada em evidência, ou seja, integrámos na prática clínica, a experiência profissional do enfermeiro, as preferências da pessoa e a evidência mais atual. Constatámos que, para este processo reflexivo muito mais poderíamos desenvolver, até porque, o mesmo, desde que faça parte da nossa forma de estar na vida, e tendo em conta o desenvolvimento das competências aqui relatadas, irá ser sempre uma constante. Porque olhar os fenómenos à luz de uma conceção em enfermagem, numa perspetiva transformadora exige de nós uma reflexividade diária, não no sentido de equacionar a prática clínica, mas de a construir tendo por base os modelos emergentes da teoria, implementando mudanças face aos modelos em uso, o que se repercute numa proximidade maior entre esta e a prática clínica, sempre na procura da excelência do cuidado, com conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação das

peessoas (Cabete, 2012; 2021; Giezemana et al., 2022; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; McCormack et al., 2015; Silva, 2007; Silva, 2017)

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

O desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em enfermagem, emerge do compromisso que estabelecemos quando decidimos ser enfermeiros. Este compromisso foi sendo concretizado, numa perspetiva de formação ao longo da vida, e cujo percurso demonstra a forma como temos vindo a construir e contribuir para o conhecimento em enfermagem.

A construção de um projeto de vida relacionado com a profissão que abraçámos, tem sido um desafio constante, mas que tem valido a pena, uma vez que, consideramos que o desenvolvimento de competências deve ocorrer numa relação próxima com o nosso nível de maturidade, motivação e empenho, face aos desafios que nos são colocados. O conhecimento, no âmbito da disciplina de enfermagem tem sido construído, de acordo com as nossas convicções, valores, numa perspetiva do cuidado centrado na pessoa, onde o metaparadigma enquanto dimensão mais abstrata da disciplina tem contribuído para o desenvolvimento de um pensamento e conceção em enfermagem, no sentido de caminharmos para um paradigma de transformação, que acreditamos ser aquele que a enfermagem deve constantemente desenvolver na sua prática clínica (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; McCormack et al., 2015; Pepin et al. 2017). Esta conceção promove um olhar individualizado para os fenómenos relacionados com as pessoas que cuidamos. Neste âmbito, consideramos relevante elencar um conjunto de considerações finais e perspetivas futuras, face aquilo que foi o desenvolvimento do estágio, que contribuiu de forma coerente e congruente com aquilo que referimos anteriormente.

A enfermagem contribui de forma significativa para a promoção da qualidade de vida das pessoas e seu bem-estar. Esta é uma das dimensões que queremos evidenciar, o cuidado centrado na Pessoa Idosa com IC e família, que na prática clínica, e no contexto de estágio era visível, pela forma como a equipa de enfermagem integrava os construtos desta filosofia de cuidados, ou seja, a dimensão dos pré-requisitos e atributos do enfermeiro que, face à situação da pessoa e a forma

como respondia ao seu processo de saúde doença, a enfermagem demonstrava o conhecimento, a perícia, e a sensibilidade no cuidado, indo ao encontro das suas necessidades de autocuidado, numa perspetiva do cuidado em parceria, onde a mesma era incentivada a participar nas tomadas de decisão, tendo em conta as suas expectativas e preocupações (Cabete, 2012; 2021; McCormack et al., 2015; Silva, 2017). Para além desta dimensão, também o próprio ambiente de cuidados, outro construto desta conceção, cuja influência se traduz numa relação terapêutica de proximidade e de ajuda centrada na individualidade de cada pessoa. Esta dimensão promove na Pessoa Idosa com IC e família autoconfiança, autodeterminação, autorrealização, autocontrolo e autoperceção, que se repercute na forma como a mesma responde aos estímulos relacionados com o seu processo de saúde doença. Deste modo, os resultados de enfermagem centrados nas respostas da Pessoa Idosa com IC e família emergem, não numa perspetiva do profissional, mas na forma como a pessoa percebe os ganhos em saúde, no âmbito do seu projeto individual de saúde (Batista et al., 2021; Cabete, 2012; 2021; McCormack et al., 2015; Silva, 2017).

Os desafios são constantes nesta relação entre os cuidados centrados na pessoa, e a forma como as organizações e a gestão procuram dar resposta às necessidades da mesma. Consideramos ser uma dimensão de extrema relevância, uma vez que, se constitui como fatores que influenciam a implementação de cuidados, centrados num paradigma de transformação, onde muitas vezes a dimensão organizacional e centrada em tarefas pré-estabelecidas promove a rotinização dos cuidados. Uma conceção de cuidados de saúde centrada na pessoa, deve assentar num trabalho transdisciplinar. Para isso, cada disciplina deve confluir para o mesmo fim, ou seja, face à complexidade cada vez mais emergente dos cuidados de saúde, esta deve ser a premissa a ser desenvolvida. Neste âmbito, a perspetiva holárquica do conhecimento deveria prevalecer, em detrimento da perspetiva hierárquica. Claro que, esta perspetiva deve ser em primeiro lugar, trabalhada ao nível Intra disciplinar, mas á posteriori deve ser implementada ao nível transdisciplinar. Assumirmos que, ainda temos um longo caminho a percorrer para atingir esta perspetiva transdisciplinar, é o primeiro passo, para que possamos olhar para esta complexidade como uma oportunidade de desenvolvermos cuidados centrados na pessoa, considerando a mesma como parceira e com capacidades individuais e específicas, que devem ser contempladas. Para isso, não há conhecimentos mais ou menos científicos, mas, todos no seu conjunto devem promover cuidados de qualidade, garantindo a segurança, a satisfação da pessoa, a qualidade de vida e bem-estar. A enfermagem tem de desenvolver esta dimensão através da reflexão e

integração dos modelos emergentes da disciplina em detrimento dos modelos em uso (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Silva, 2007; Silva et al., 2022).

O contexto de formação promove nas equipas de enfermagem, a possibilidade de refletirem sobre a prática clínica, e de que forma a mesma pode ser desenvolvida numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Por vezes, termos um elemento externo ao contexto de cuidados promove um olhar isento e imparcial, sobre a prática clínica desenvolvida. Seremos capazes de questionar, sem ajuizar, e levar a equipa de enfermagem a refletir sobre a prática clínica e qual a conceção em enfermagem que integram no modelo de cuidados em uso, constituiu-se um desafio. O desenvolvimento enquanto estudantes, no âmbito do Mestrado e Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa contribuiu para esta formação e construção de um pensamento e conceção em enfermagem, cujos resultados evidenciaram a capacitação da equipa de enfermagem para a implementação e documentação dos processos de cuidados centrados nos modelos emergentes que refletimos com a mesma. Neste contexto, gostaríamos ainda de relevar um pensamento muitas vezes presente, que tem a ver com a perspetiva que existe sobre a formação, o desenvolvimento de Pós-Licenciaturas e Mestrados em Enfermagem. Quando enveredamos por uma formação desta natureza, os nossos pares questionam, então o que estás a aprender? Então, se estás em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o estágio vai ser nas urgências, cuidados intensivos, ou bloco operatório. Ou seja, uma relação linear entre um pensamento dos modelos em uso, em detrimento dos modelos emergentes da disciplina. Não temos dúvidas, que a complexidade dos cuidados de enfermagem, não deve ser olhada pela dimensão tecnológica e contextual onde eles são prestados, mas pela dimensão do cuidado centrado na pessoa e pela complexidade que a mesma apresenta na sua forma de ser “Pessoa”, face ao “Ambiente” onde vive e experiencia o seu processo de saúde doença, e na sua conceção de “Saúde”, sendo a “Enfermagem” uma disciplina e profissão que pode e deve contribuir que estas dimensões sejam o foco da sua conceção (Batista et al., 2021; Cabete, 2012; 2021; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Silva, 2007; Silva et al., 2022)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde - (ACSS). (2011). *Recomendações Técnicas para Hospital de Dia*. Lisboa: Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos/ACSS (MS nº RT 04/2010). <https://www.acss.min-saude.pt/>
- Amendoeira, J. (2006, Jul.). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Revista Sinais Vitais*, 67 (14), p.7.
- Bartz, Claudia C. (2010). International Council of Nurses and person-centered care. *International Journal of Integrated Care*, 10. <https://doi.org/10.5334/ijic.480>
- Batista, J. C., Madeira, C., Gomes, P., Ferreira, Ó. R., & Baixinho, C. L. (2021). Transitional Care Management from Emergency Services to Communities: An Action Research Study. *International Journal Environmental . Research and Public Health*, 18(12052), 1-12. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph182212052>
- Benner, P. E. (2001). *From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Michigan: Prentice Hall.
- Blakeney, E. A.-R., Lavalley, D. C., Baik, D., Pambianco, S., O'Brien, K. D., & Zierler, B. K. (2019). Purposeful interprofessional team intervention improves relational coordination among advanced heart failure care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 481-489. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1560248>
- Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: Agir et réussir avec compétences, les réponses à 100 questions*. Eyrolles.
- Bouldin, E. D., Aikens, J. E., Piette, J. D., & Trivedi, R. B. (2019). Relationship and communication characteristics associated with agreement between heart failure patients and their Care partners on patient depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1122–1129. doi:<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481923>
- Brymen, A. (2012). *Social Research Methods* (4ª ed.). Oxford University Press Inc.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. LAP Lambert Academic Publishing.

- Cabete, D. (2021). Empowerment: A Chave para a Concretização do Projeto de Saúde do Cliente e para a Promoção do seu Potencial de Saúde. In Henriques, E. (Ed), *O Cuidado Centrado no Cliente – Da apreciação à intervenção em enfermagem* (pp. 243-255). Sabooks – Lusodidacta.
- Cunha, P. C. (2017). *Distribuição temporal das readmissões dos doentes com insuficiência cardíaca e fatores associados*. [Trabalho Final do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública]. <http://hdl.handle.net/10362/53910>
- Decreto-Lei, n. 74/2006. (24 de Março de 2006). Procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo, aprovada pela Lei nº 49/2005, de 30 de Agosto . Assembleia da República. *Diário da República I Série* (Nº 60 de 24 de março 2006). 2242-2257. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. (Direção Geral de Saúde). www.dgs.pt
- Eriksson, B., Wändell, P., Dahlström, U., Näsman, P., Lund, L. H., & Edner, M. (2019). Limited value of NT-proBNP as a prognostic marker of all-cause mortality in patients with heart failure with preserved and mid-range ejection fraction in primary care: A report from the swedish heart failure register. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(4), 434-443. doi:<https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1684029>
- Lima, Fernando C., Soares, Thainara B., Ueno, Thalyta M. R. L., Garcez, Juliana C. D., Martínez-Riera, Jose R., & Ferreira de Aguiar, Viviane F. (2021). Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. *Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 78-87. doi:<https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>
- Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2(37), 97-104. doi:<https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
- Fonseca, C., Brito, D., Cernadas, R., Ferreira, J., & Franco, F. (2017). Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal - documento de consenso. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(1), 1-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>
- Giezemana, M., Theanderb, K., Zakrissona, A.-B., Sundhc, J., & Hasselgren, M. (2022). Exploration of the feasibility to combine patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in self-management groups with focus on exercise self-efficacy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 40(2), 208–216. doi:<https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2073961>

- Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes, M.P., & Gomes, B. (2020). A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation. In: García-Alonso, J., Fonseca, C., (eds) *Gerontechnology. IWoG 2019. Communications in Computer and Information Science*, 1185, 213-218. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_21
- Gouveia, M. R., Ascensão, R. M., Fiorentino, F., Costa, J., Broeiro-Gonçalves, P., Fonseca, M. C., & Borges, M. (2020). Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. *Portuguese Journal of Cardiology*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2019.09.009>
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Costa, J., Caldeira, D., Broeiro-Gonçalves, P., Fonseca, M. C., & Borges, M. (2019). The current and future burden of heart failure in Portugal. *Esc Heart Failure*, (6), 254-261. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12399>
- Gralha, J. (2019). *Fatores que contribuem para a readmissão de doentes com insuficiência cardíaca* [Trabalho Final do Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Universidade Nova de Lisboa-Escola Nacional de Saúde Pública]. <http://hdl.handle.net/10362/96274>
- Harkness, K., Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H., & Clark, A. M. (2015). A Systematic Review of Patient Heart Failure Self-care Strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 121-135. <https://doi.org/10.1097/jcn.000000000000118>
- Hart, J., & Nutt, R. (2020). Improving Inpatient Education and Follow-Up in Patients with Heart Failure: A Hospital-Based Quality Improvement Project. *Nursing Economic\$,* 38(2), 74-85.
- Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin, MM, Deswal A, Drazner MH, Dunlay SM, Evers LR, Fang JC, Fedson SE, Fonarow GC, Hayek SS, Hernandez AF, Khazanie P, Kittleson MM, Lee CS, Link, MS, Milano CA, Nnacheta LC, Sandhu AT, Stevenson LW, Vardeny O, Vest AR, Yancy CW. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 79:e263–e42. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>
- Hvalvik, S., & Dale, Bjørg. (2015). The Transition from Hospital to Home: Older People's Experiences. *Open Journal of Nursing*, 5. 622-631. doi:<http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.57066>
- Khoshab, H., Nouhi, E., Tirgari, B., & Ahmadi, F. (2019). A survey on teamwork status in caring for patients with heart failure: A cross-sectional study. *Journal of Interprofessional Care*, 33(1), 8–14. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1512959>

- Lavallee, D., E. B., Abu-Rish, Yu, Y., Johnson, R., Liner, D., Murphy, N., Pambianco, S., Paquet, R., Spacciante, L., Woodard, N., & Zierler, B. (2020). Engaging patients and families to transform heart failure care. *Journal of Interprofessional Care*, 34 (6), 835–838. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1696286>
- Lippi, G., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Medical Journal*, 5(15), 1-6. doi:<http://dx.doi.org/10.21037/amj.2020.03.03>
- Marques, M. d., Lopes, M. J., Rebola, E., & Pequito, T. (2016). Autocuidado no Doente com Insuficiência Cardíaca. (R. Online, Ed.) *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*, 2(1), 439-452.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Nursing Theory and Concept Development or Analysis. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T., Porock, D., & Wilson, F. V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-15. <http://www.fons.org/library/journal.aspx>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (4^a ed.). TC Média Livres Inc. 228.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. *Diário da República*, II série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019). 4744-4750. Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro [especialista definidas em regulamento próprio](#). *Diário da República*, II série (N.º 135 de 16 de julho de 2018). 19359-19370. Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(24), 485-497. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>
- Rocha, Inês, Carvalho, A. L., Pinto, C. B., Rodrigues, A., & Rocha, Vânia. (2021). Impacto da supervisão clínica em enfermagem na avaliação e intervenção no autocuidado. *Revista Baiana de Enfermagem*, (35), 2-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43356>
- Sanermaa, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons – An integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 369-380. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>
- Seid, Sheka S., Amendoeira, José, Ferreira, M. Regina. (2022). Self-Care and Health-Related Quality of Life Among Heart Failure Patients in Tagus Valley Regional Hospital, Portugal: A Pilot Study. *Nursing: Research and Reviews*, 12, 85-99. <https://doi.org/10.2147/NRR.S358666>
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, M. (2010). *Adesão ao Regime Terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno*. (1ª Ed.). Formasau.
- Silva, M. (2017). *Enfermagem na promoção da autogestão, regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular. Uma teoria prescritiva de enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto - ICBAS]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106473>
- Silva, M., Amendoeira, J., Santos, I., Rosa, M., Lourenço, J., Paz, A. & Marques, G. (2022). Adultos na Vida Ativa. In: Amendoeira, J. (1ª Ed.), *Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida*, (pp. 95-111). Centro de Investigação em Qualidade de Vida.
- Tavares, M. G., Silva Junior, H. T., & Pestana, J. O. (2020). Readmissão hospitalar precoce no transplante renal: artigo de revisão. *Braz. J. Nephrol*, 42(2), 231-237. doi: <https://doi.org/2175-8239-JBN-2019-0089>
- Verdu-Rotellara, M., Vaillant-Rousseld, H., Abellanae, R., Jevsekf, L. G., Assenovag, R., Lazich, D. K., Torsza, Peter, Glynn, Liam G., Lingner, H., Demurtas, J., Borgstrom, B., Gibot-Boeuf, S., Munoz, Miguel A. (2020). Precipitating factors of heart failure decompensation, short-term morbidity and mortality in patients attended in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 473-480. doi: <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1844387>

Weber, L.A.F., Lima, M.A.D.S., & Acosta, A.M. (2019). Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19(4), 473-480. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1844387>

World Health Organization. (2007). *People-Centred Health Care: A policy framework*. (NLM classification: W 84). Geneva: Western Pacific Region.

Yu, Doris S., Li, Polly W., Li, Shirley X., Smith, Robert D., Yue, Sunny C., & Yan, Bryan P. Y., (2022). Effectiveness and Cost-effectiveness of an Empowerment-Based Self-care Education Program on Health Outcomes Among Patients With Heart Failure. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open Cardiology*, 5(4), 1-13. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.5982](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.5982)

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca

Escala de auto-cuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca

Todas as respostas são confidenciais

Pense na forma como se tem sentido durante o último mês ou desde a última vez que conversámos enquanto responde aos itens.

SECÇÃO A:

Em baixo estão listadas instruções comuns dadas a pessoas com insuficiência cardíaca. Com que frequência as cumpre?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1. Pesa-se sozinho?	1	2	3	4
2. Inspecciona os seus tornozelos à procura de inchaço?	1	2	3	4
3. Evita adoecer (e.g., faz vacina da gripe, evita contacto com pessoas doentes)?	1	2	3	4
4. Pratica algum tipo de actividade física?	1	2	3	4
5. Cumpre as orientações dos médicos ou dos enfermeiros?	1	2	3	4
6. Pratica uma alimentação com baixo teor de sal?	1	2	3	4
7. Exercita-se por 30 minutos dia?	1	2	3	4
8. Esquece-se de tomar algum dos seus medicamentos?	1	2	3	4
9. Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa?	1	2	3	4
10. Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembrete) para o ajudar a controlar a toma dos medicamentos?	1	2	3	4

SECÇÃO B:

Muitos pacientes têm sintomas devido à sua insuficiência cardíaca. Dificuldades respiratórias e inchaço nos tornozelos são sintomas comuns de insuficiência cardíaca.

No mês passado, teve problemas respiratórios ou inchaço dos tornozelos? Assinale com um **círculo**.

Não

0)

Sim

11. Teve problemas de respiração ou de inchaço nos tornozelos no último mês...

(assinale com um **círculo** um dos números)

	Não tive estes sintomas	Não reconheci estes problemas	De forma lenta	De forma normal	Rapidamente	De forma muito rápida
Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de insuficiência cardíaca?	N/A	0	1	2	3	4

Listados abaixo estão procedimentos que as pessoas com insuficiência cardíaca utilizam. Se tem problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos, qual é a probabilidade de usar um destes procedimentos?

(assinale com um **círculo** um número para cada procedimento)

	Nada Provável	Pouco Provável	Provável	Muito Provável
12. Reduzir o sal na sua dieta	1	2	3	4
13. Reduzir a quantidade de líquidos por si ingeridos	1	2	3	4
14. Tomar um diurético (comprimido para eliminar líquidos) extra	1	2	3	4
15. Contactar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento	1	2	3	4

16. Pense num procedimento por si tentado na última vez que teve problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos,

(assinale com um **círculo** um número)

	Não tentei nada	Não tenho a certeza	Tenho uma vaga ideia	Tenho a certeza	Tenho a certeza absoluta
Está <u>certo</u> sobre o facto do procedimento ter ajudado ou não?	0	1	2	3	4

SECÇÃO C:

No geral, está confiante de que consegue:

	Nada confiante	Pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
17. <u>Manter-se livre de sintomas de insuficiência cardíaca?</u>	1	2	3	4
18. <u>Seguir o tratamento</u> que lhe tenha sido aconselhado?	1	2	3	4
19. <u>Avaliar a importância</u> dos seus sintomas?	1	2	3	4
20. <u>Reconhecer mudanças</u> na sua saúde se estas ocorrerem?	1	2	3	4
21. <u>Fazer alguma</u> coisa que alivie os seus sintomas?	1	2	3	4
22. <u>Avaliar</u> a eficácia de um qualquer procedimento?	1	2	3	4

ANEXO II – Roteiro de teleconsulta

Fases da Teleconsulta a implementar no âmbito do desenvolvimento do projeto de estágio, segundo Gomes, Mela, Guerreiro, Lopes & Gomes (2019)

Esta estrutura será o fio condutor para o roteiro da teleconsulta a implementar, no entanto, e face à conceção que integramos, consideramos importante na primeira fase: a preparação, realizar a apreciação das necessidades de autocuidado da Pessoa Idosa com IC, tendo como objetivo conhecer a Pessoa Idosa, o seu contexto de saúde/doença e o ambiente envolvente, com as seguintes questões:

Fase 1 - Preparação

- O que gostaria de melhorar?
- O que quer saber sobre a sua condição de saúde?
- O que mais a preocupa, face à sua situação de doença no regresso a casa?
- O que pretende conseguir?
- Quais são os seus objetivos?
- O que pode ter impacto na sua saúde, o que é mais importante para si/família?
- Quais os recursos (materiais e humanos) que pode mobilizar?
- O que considera prioritário?
- E o que motiva a pessoa/família?
- Como a podemos ajudar?

Ainda nesta fase, pretendemos mobilizar a avaliação da situação clínica da Pessoa Idosa, relacionada com a sua condição física e as respostas humanas face à IC, no sentido da sua validação:

Fase 1 - Preparação

- Avaliação dos dados antropométricos (peso, altura, perímetro abdominal);
- Avaliação dos edemas nos membros inferiores (se presentes);
- Avaliação dos sinais vitais e saturação periférica de oxigénio;
- Avaliação da resposta cardiorrespiratória ao esforço (autocuidados);
- Avaliação do estado da pele e mucosas e sua coloração;
- Avaliação dos líquidos eliminados;
- Avaliação da acuidade dos sentidos;
- Avaliação das necessidades de autocuidado (Escala SFCI V)
- Elaboração de um plano individual de cuidados com a Pessoa Idosa/família;
- Negociação das metas e objetivos a curto/médio e longo prazo;
- Discussão com a Pessoa/família a razoabilidade ou exequibilidade do seu plano;
- Disponibilização da informação de acordo com a sua necessidade;
- Mobilização da rede de apoio da Pessoa/família;
- Desenvolvimento das ações adequadas às necessidades encontradas;

Roteiro para a implementação da teleconsulta, enquanto intervenção de enfermagem na promoção do “empowerment” da Pessoa Idosa com IC e família.

Mário Silva, 11034

Mestrando Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa.

13º Curso 2021/202

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Também em relação à segunda fase: o início da teleconsulta, para além das questões já definidas, pretendemos integrar:

Fase 2 – Início da teleconsulta

Está disponível para conversar?

Tem o guia terapêutico e o livro de registos facultados na consulta presencial?
(Livro de registos: *peso; perímetro abdominal; aporte hídrico diário; quantidade de sal; atividades que realiza diariamente; número de vezes que sentiu cansaço/falta de ar; o que provoca o cansaço/falta de ar; o que alivia o cansaço/falta de ar; presença de edemas nos membros inferiores e sua medida de 3/3 dias; tensão arterial e pulso 3/3 dias; líquidos eliminados; regime terapêutico farmacológico;*)

Quais os resultados obtidos?

Qual o grau de envolvimento da Pessoa/família?

Qual a sua motivação para continuar?

Qual o envolvimento da sua rede de apoio?

Que dificuldades foram encontradas?

Como se propõe superar as dificuldades?

Qual a ajuda mais necessária?

Há necessidade de refazer metas ou objetivos?

Qual o grau de reconhecimento dado à Pessoa/família?

Valorização da sua ação e tomada de decisão;

Na terceira fase: o desenvolvimento da teleconsulta, consideramos importante dar continuidade ao processo de cuidados desenvolvido, tendo por base as questões definidas e a validação da avaliação já realizada na fase anterior:

Fase 3 – Desenvolvimento da teleconsulta

Questionar a Pessoa Idosa/família como se tem sentido?

Centrar a Pessoa Idosa/família na última semana, para referir como a sua doença afetou o seu quotidiano? (bem-estar, humor, sono, caminhada, socialização, ...)

Solicitar à Pessoa Idosa/família o livro de registos;

Validar os registos da monitorização de sintomas;

O que considera que agrava os seus sintomas relacionados com a doença?

O que considera que melhora/alivia os sintomas?

Que medicação toma e como a toma?

Como/quem gere a sua medicação?

O que mais lhe custa fazer, das tarefas diárias?

Que estratégias utiliza para realizar as suas tarefas diárias (autocuidados)?

Que dificuldades tem tido, nos registos que lhe são pedidos?

Roteiro para a implementação da teleconsulta, enquanto intervenção de enfermagem na promoção do “empowerment” da Pessoa Idosa com IC e família.

Mário Silva, 11034

Mestrando Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa.

13º Curso 2021/202

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Qual o impacto das avaliações que realiza, nas suas decisões?

De tudo o que já foi dito, o que a preocupa mais?

O que necessita e que é mais importante para a Pessoa Idosa/família?

Em relação à quarta fase: a conclusão da consulta, integramos as questões preconizadas, e para dar resposta à avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem com a Pessoa Idosa/família definimos ainda:

Fase 4 – Conclusão da teleconsulta

Demonstrar disponibilidade para outras questões;

Saber qual a importância da nossa conversa para a Pessoa Idosa/família?

Saber as razões da importância que deu, ou não, à conversa?

Incentivar a Pessoa Idosa/família a expressar os seus medos/preocupações;

Agendar próxima teleconsulta;

Relembrar sobre a necessidade da monitorização dos sintomas no livro de registos;

Disponibilizar contato (serviço) da equipa, para dúvidas/angústias/receios;

Roteiro para a implementação da teleconsulta, enquanto intervenção de enfermagem na promoção do “empowerment” da Pessoa Idosa com IC e família.

Mário Silva, 11034

Mestrando Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa.

13º Curso 2021/202

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANEXO IV – Consentimento informados para a realização do estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO

O projeto que pretendemos implementar, centra-se na intervenção de enfermagem na promoção de “empowerment” da Pessoa Idosa e família, face ao seu processo de saúde doença - insuficiência cardíaca (IC), na capacitação para o autocuidado. Tem como principais premissas a parceria e o envolvimento da pessoa/família nas tomadas de decisão, face ao seu processo de saúde doença, numa perspetiva integrativa e de acordo com as suas capacidades, motivações, vontade e conhecimentos.

Este estudo pretende avaliar as suas capacidades para o autocuidado, face à sua situação de doença – insuficiência cardíaca.

Sendo uma Pessoa com IC, e com mais de 65 anos, a sua participação é muito importante para nós. Por isso convidamo-lo a responder a este questionário que faz parte integrante do referido projeto.

Solicitamos assim, a sua colaboração garantindo total anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas, que se destinam, exclusivamente, para a elaboração do Relatório de Estágio, no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de intervenção à Pessoa Idosa.

As respostas ao questionário são anónimas e os dados solicitados não permitem a identificação de quem responde. Não existirão riscos pessoais pela participação no estudo. Qualquer informação sobre o (a) participante será codificada. A recolha e armazenamento dos dados cumpre o Regulamento Geral de Proteção de Dados, e estes estarão acessíveis apenas ao estudante, Professor Orientador e Enfermeiro Orientador. As respostas serão analisadas no conjunto de todos os participantes, e nunca de forma individual. Após a análise e interpretação dos dados, os questionários serão destruídos.

Em caso de dúvida, pode contactar o estudante Mário Silva, através do endereço: mario.silva@campus.esel.pt, ou através do telefone: 967539516

Agradeço, desde já, a sua participação!

Para responder a este questionário confirme que aceita as condições de participação, assinalando com X, no que surge antes de "Declaro que li e que aceito as condições da minha participação".

"Declaro que li e que aceito as condições da minha participação".

Data: ____/____/20__

Participante

Investigador

APÊNDICES

Enfermagem na promoção do autocuidado da Pessoa Idosa e família em transição, no processo de saúde doença - Insuficiência Cardíaca.

13º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem à Pessoa Idosa

Unidade Curricular – Estágio e Relatório
Projeto de Estágio

Mário João Ribeiro da Silva, 11034

Professora Orientadora do Projeto: Professora Doutora Maria Da Graça Melo E Silva

Porquê? Para quê?

Compreender como é que a enfermagem olha para o fenómeno?

Quais os dados que tinha que ajudavam a fundamentar a implementação do projeto?

Dimensões que emergem como relevantes:

- Os cuidados de enfermagem estão centrados essencialmente na fase de agudização da doença (cansaço fácil, edemas generalizados, tosse...);
- As pessoas recorrem ao enfermeiro do Hospital Dia, via telefone e presencialmente. Referem que é mais fácil e mais rápido;
- A relação de confiança que têm com os enfermeiros, promove este contato preferencial;
- A consulta nos Cuidados de Saúde Primários nem sempre é acessível, e por vezes, implementam alterações da terapêutica instituída, sem articulação com a equipa do Hospital Dia;
- A articulação entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários, ou é muito insipiente e esporádica, ou mesmo inexistente;
- Relevam a importância de implementar uma visita domiciliária para esta pessoa/família. No ambiente da pessoa percebem melhor algumas dimensões do contexto de vida da pessoa/família

Porquê? Para quê?

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos.

(DGS, 2017, 16)

Estima-se que a insuficiência cardíaca afete cerca de 2% da população adulta nos países desenvolvidos e mais de 10% das pessoas acima dos 70 anos de idade. Caracteriza-se pela incapacidade do músculo do coração em bombear sangue suficiente para todo o corpo e apresenta sintomas como dificuldade em respirar, fadiga e retenção de líquidos.

(DGS, 2020)

Baseando-se na experiência adquirida na respetiva prática clínica dos membros do PNDCCV, determina-se como uma das áreas principais de atuação a prevenção e tratamento da Insuficiência Cardíaca.

(DGS, 2017)

Porquê? Para quê?

A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, cujo objeto de estudo são as **respostas humanas aos processos de saúde doença**, importa olharmos o fenómeno na **perspetiva da pessoa**, e a forma como **vivencia e interpreta este processo**. Este conhecimento é **complexo**, uma vez que, **não existem respostas humanas iguais, a fenómenos iguais**. É nesta dimensão da **singularidade de cada pessoa** que a enfermagem deve **centrar a sua intervenção**.

(ICN,2010, Silva, 2017).

A importância da **continuidade do cuidado após a alta**, a **falta de dados** relacionados com a pessoa, contemplando as informações para as mesmas e/ou cuidadores, a **dificuldade de comunicação** entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, a dificuldade de uma efetivação do **verdadeiro trabalho em equipa**, a pouca capacidade para a **gestão e planeamento de linhas estratégicas** e diretrizes que possam ajudar nestes cuidados de transição à Pessoa Idosa/família, do hospital para a sua casa.

(Batista et al, 2021)

> Nº Pessoas Idosas com **alta hospitalar a necessitar de cuidados**, traduz-se em elevadas taxas de **erros de medicação**, **transferência de informações incompletas ou imprecisas**, e a **falta de acompanhamento adequado**, a **necessidade de compreensão** deste processo de transição, tendo por base a **complexidade e vulnerabilidade que estas pessoas/família** apresentam. Os PS devem centrar os cuidados nas necessidades e preferências individuais da Pessoa Idosa, primando o cuidado centrado na sua história de vida, história clínica e complexidade da situação.

(Hvalvik, Dale, 2015).

AINDA...

FATORES POTENCIALMENTE MODIFICÁVEIS:

- Erro no diagnóstico/**Falta de tratamento adequado**/Planeamento de alta inadequado/**Alta precoce**;
- **Condição clínica instável** no momento da alta/**Falta de acompanhamento** clínico (regular) após a alta hospitalar;
- Literacia em saúde/**Características do ambiente domiciliário** e assistencial após a alta hospitalar
- Baixa qualidade nos cuidados de saúde prestados;
- **Falta de apoio domiciliário** e comunitário;
- **Acessibilidade reduzida** aos serviços de saúde; **Menor acesso aos cuidados de saúde primários** (CSP);
- Cuidados em ambulatório/cuidados paliativos inadequados e Complicações cirúrgicas

(Pinto, 2013; Gralha, 2019; Weber, 2019; Cunha, 2017).

Objetivos gerais:

- Promover o autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família na transição de cuidados, face ao seu processo de saúde doença, de acordo com o modelo de promoção de *"Empowerment"* .
- Promover na Pessoa Idosa com IC e família, a transição de cuidados, através do modelo de *"Empowerment"*, melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar .

Objetivos específicos:

- Apreciar as necessidades e ações de autocuidado da Pessoa Idosa com IC e família;
- Elaborar um roteiro para a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com IC e família, através de teleconsulta;
- Realizar um estudo centrado na avaliação das capacidades de autocuidado, a 20 pessoas idosas com IC.

CONCEÇÃO EM ENFERMAGEM

Cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa e família, em transição no processo de saúde/doença – Insuficiência Cardíaca;

❖ Proximidade, acompanhamento, continuidade e prevenção de reinternamentos;

❖ Conceção de enfermagem centrada na teoria das Transições (Meleis, 2000); Patient centered care;

❖ Processo de cuidados centrado no projeto de saúde da pessoa “Empowerment” (Cabete, 2012)

❖ Apreciação; Intervenção e Avaliação;

Patient centered care

Relações terapêuticas

Negociação em cooperação
Qualidade, envolvimento e bem-estar

Respeito mútuo, direito individual à
autodeterminação, e compreensão

**PESSOA IDOSA
FAMÍLIA**

Relação positiva
Conforto e segurança
Compromisso e conexão

Focado nas necessidades de cuidado.
Envolvimento, autonomia

Parceria mutuamente benéfica.
Resultados avaliados em colaboração
interprofissional

(Sanerma et al., 2020)

Patient centered care



(Sanerma et al., 2020)

PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO NA PESSOA COM DCV



(Silva, 2017)

MODELO DE EMPOWERMENT

A promoção de “*empowerment*” com a pessoa idosa/família como o pensamento em enfermagem que pode trazer contributos para a mesma desenvolver competências de ***autodeterminação, autoperceção, autocontrolo e autoresponsabilização*** sobre o seu projeto de saúde, “...Trabalhar o “*empowerment*” é, por isso, procurar o **equilíbrio** entre a **capacidade, a liberdade e a vontade de cada um exercer o direito à autodeterminação**, em cada momento e circunstância particular do seu projeto de saúde...também a **tomada de decisão partilhada** e o **conceito de parceria**, através da **escuta, negociação e participação equilibrada** de todos os envolvidos numa determinada circunstância...”

(Cabete, 2021, 243-250).

MODELO DE EMPOWERMENT

UMA CONCEÇÃO QUE FAZ SENTIDO...



APRECIACÃO

O que gostaria de melhorar na sua saúde?
O que quer saber sobre a sua condição de saúde?
O que pretende conseguir no controlo da sua situação?
Quais são os seus objetivos a curto/médio/longo prazo?
O que pode ter impacto na sua saúde, o que é mais importante para si/família?
Quais os recursos para a apoiar nas ações...?
O que considera prioritário, neste momento?
E o que motiva a pessoa e/ou família?



INTERVENÇÃO

Formular um plano com a Pessoa Idosa/família;
Negociar as metas e objetivos a curto/médio e longo prazo;
Discutir com a Pessoa/família a razoabilidade ou exequibilidade do seu plano;
Disponibilizar a informação de acordo com a sua necessidade;
Identificar os potenciais recursos a mobilizar;
Mobilizar a rede de apoio da Pessoa e/ou família;
Desenvolver as ações adequadas às necessidades encontradas;
Valorizar a sua ação e tomada de decisão;



AVALIAÇÃO

Quais os resultados obtidos?
Qual o grau de envolvimento da Pessoa e ou família?
Qual a sua motivação para continuar?
Qual o envolvimento da sua rede de apoio?
Que dificuldades foram encontradas?
Como se propõe superar as dificuldades?
Qual a ajuda mais necessária?
Há necessidade de refazer metas ou objetivos?
Qual o grau de reconhecimento dado à Pessoa/família?

PARA ALÉM DESTE PENSAMENTO EM ENFERMAGEM

Escala para avaliar as capacidades de autocuidado das pessoas com IC

1. Avaliação através da escala de autocuidado para a pessoa com IC - SCHFI V 6.2 - Self-Care of Heart Failure Index Versão 6.2

3 secções (22 itens):

A – Adesão e gestão da informação – 10 itens;

B – Sintomas relacionados a doença – 1 item e comportamentos que adequa face aos sintomas – 4 itens e 1 item sobre a avaliação do resultado desse comportamento;

C – Confiança – 6 itens;

(Lopes et al., 2016)

COMO DOCUMENTAR O CUIDADO (REGISTOS)?

Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, centrados na pessoa. A avaliação poderá ser o mesmo diagnóstico com outro juízo, ou o termo do(s) existentes e a identificação de outros, face à reavaliação.

- **Função:** Monitorizar, avaliar, observar, executar, medir, gerir...
- **Pessoa:** Avaliar, informar, gerir, ensinar, instruir, treinar, validar, reforçar, apoiar, assistir, promover, escutar, ...



A relação dos dados que servirão de base para a identificação dos diagnósticos:

- Centrados na função;
- Centradas na pessoa, na razão para ação, ou na própria ação;

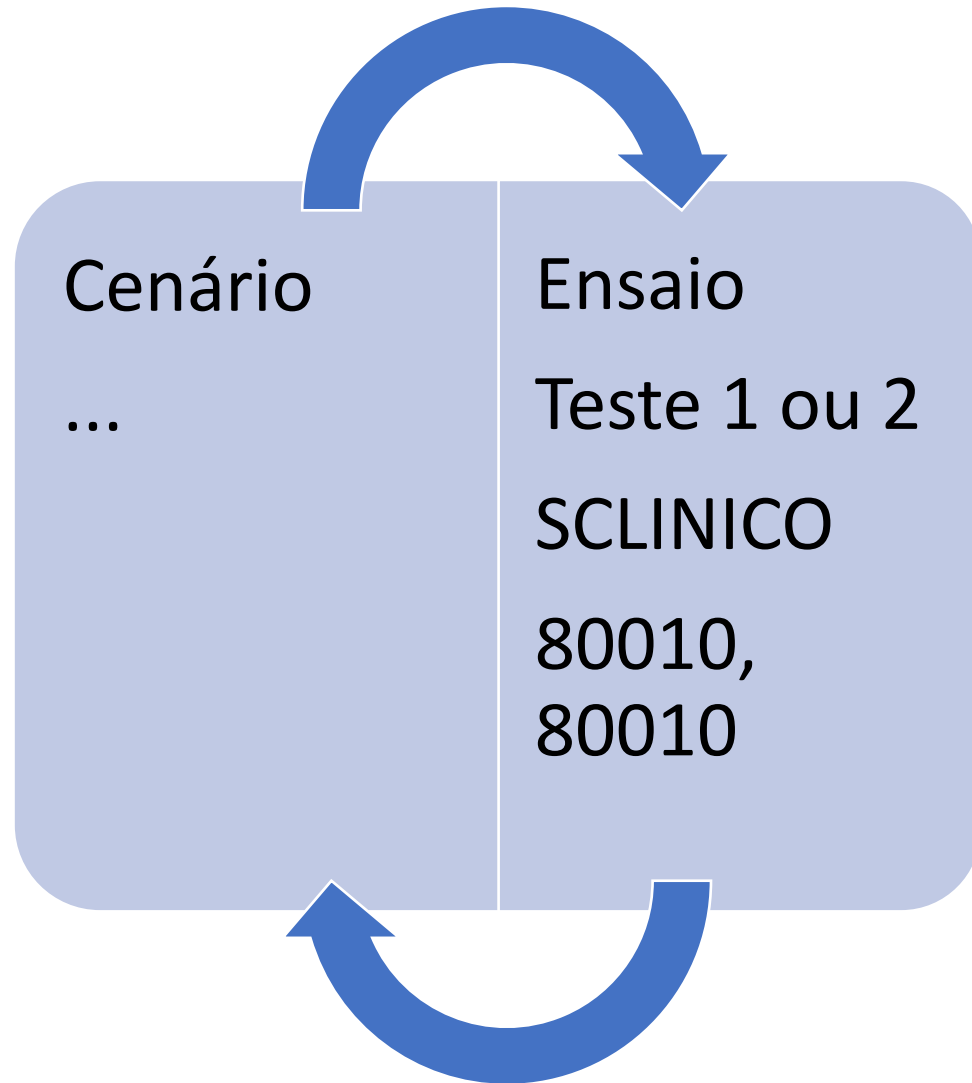
- **Função:** Dispneia, Hipo/hipertensão, Perda sanguínea (Risco), Função cardíaca, Edemas, Eliminação...
- **Pessoa:** Conhecimento, Aceitação do estado de Saúde, Medo/Ansiedade, Autocuidado atividade física, Comer e Beber...

COMO CHEGAR AOS DIAGNÓSTICOS?

AVALIAÇÃO INICIAL: dados biográficos e de saúde: preferência do nome; antecedentes; diagnóstico(s); medicação habitual; residência e seu ambiente; familiar/cuidador; Hábitos alimentação, pele, mobilidade, eliminação...

PROCESSO DE CUIDADOS: selecionar os focos já existentes, ou pesquisar os mesmos, através dos ramos: Função ou Pessoa/Indivíduo, e podemos ir explorando, para encontrar o mais adequado à Pessoa/família, e de acordo com os dados que analisamos e sintetizamos para a elaboração do diagnóstico.

VAMOS EXPERIMENTAR?



- Não há processos de cuidados corretos.
- É um processo dinâmico, cíclico e interativo no seio das equipas de enfermagem.
- Promove e garante a continuidade dos cuidados de enfermagem.
- Promove a discussão entre as equipas, quando os cuidados são centrados nas necessidades da pessoa/família.
- Na elaboração de um plano de cuidados, se tivéssemos que voltar ao início, temos a certeza que poderíamos fazer de forma diferente, tendo em conta o conhecimento e a avaliação que temos da pessoa/família em continuidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, Fernanda; Severo, Milton; Lopes, Carla. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado coma diabetes traduzida e adaptada. Acta Med Port. 20: 11-20.
- Cabete, D. (2012). Autonomy and empowerment of hospitalized older people. Saarbrücken - Germany: LAP Lambert Academic Publishing.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Modelo de Governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-266-0. 47p.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional para a Diabetes 2019. Desafios e Estratégias. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-302-5. 68p.
- Hvalvik, Sigrun. Dale, Bjørg. 2015. The Transition from Hospital to Home: Older People's Experiences. Open Journal of Nursing, 2015, 5, 622-631. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.57066>
- Marques, M. do Céu; Lopes, Manuel; Rebola, Ermelinda & Pequito, Telmo. (2016). Autocuidado no doente com insuficiência cardíaca. Self-care in Patients with Heart Failure. RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. Vol. 2 n.º 1 abril. 409 – 420pp.
- José Batista. Carla Munhoz Pinheiro. Carla Madeira. Pedro Gomes. Óscar Ramos Ferreira. Cristina Lavareda Baixinho. 2021. Transitional Care Management from Emergency Services to Communities: An Action Research Study
- Meleis, A. I. (1991). Theoretical Nursing: Development & progress. Second Edition. Philadelphia. J.B. Lippincott Company.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. www.dgs.pt
- Ruivo, Alice; Ferrito, Cândida e Nunes, Lucília. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Revista Percursos. Vol. nº 15, Janeiro-Março. ISSN 1646-5067. 38p.
- Silva, Mário. (2010). O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno. Coimbra: Formasau.
- Silva, M. J. (2017). Enfermagem na Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoas com Doença Cardiovascular: uma Teoria Prescrita de Enfermagem. RCAAP ICBAS. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106473>
- Taylor, Susan. (2004). Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem in Tomey, Ann Marriner & Alligood, Martha Raile. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. ISBN: 972-8383-74-6. 750p. 211-235.
- Torres, Ana Paula; Monte, B. Ana. (2011). A Articulação de Cuidados de Saúde Primários e Hospitais e o seu Impacto a Nível Regional. 17º Congresso Internacional da APDR. 5º Congresso de Gestão e Conservação da Natureza. Bragança – Zamora. 1607-1619. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte_Procedings_17%20c2%bacongresso_APDR-2011_p1607.pdf
- World Health Organization. (2005). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Opas. Brasil. 1ª ed. 62p.
- World Health Organization. (2015). Resumo. Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. OMS. Suíça. WHO/FWC/ALC/15.01. 62p.

Sites:

<https://www.dignus.pt/2022/02/01/parlamento-quer-que-estado-reforce-e-alargue-o-apoio-aos-idosos-que-vivem-sozinhos/>