ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa

"A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária do Doente Idoso Hospitalizado: A Parceria como uma Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si"

Sílvia Sofia Carrulo Lopes do Nascimento

2013

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente da Pessoa Idosa

"A Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária do Doente Idoso Hospitalizado: A Parceria como uma Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si"

Sílvia Sofia Carrulo Lopes do Nascimento

Orientadora: Professora Doutora Idalina Gomes

2013

“Este aumento de longevidade, associado à doença crónica e incapacidade coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente, equacionar a problemática da qualidade de vida, pois tão importante como dar anos à vida, é necessário dar vida aos anos”

(Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007, p. 60)

AGRADECIMENTOS

À professora Idalina Gomes pelos conhecimentos transmitidos e pelas questões inquietantes que me fizeram refletir e reconceber a minha prática de cuidados;

À enfermeira- chefe Emília Branco por ter aceite orientar este estágio, pelo estímulo e apoio permanente em todo o meu percurso;

Á equipa de enfermagem do serviço pelo empenho e colaboração em todo o projeto;

Aos idosos e famílias de quem cuidei pelas aprendizagens que me proporcionaram e por me tornarem uma pessoa cada vez mais apaixonada pela minha profissão;

Ao meu porto de abrigo, o meu marido, pelo apoio incondicional e pelo constante reforço positivo nesta etapa da nossa vida conjunta;

Aos meus pais, aos meus sogros e aos meus cunhados pela compreensão nos momentos de ausência e pelas constantes palavras de incentivo;

Aos meus amigos por encontrarem sempre uma forma de me transmitir força e me fazer sorrir nos momentos de maior tensão.

A todos o meu Muito Obrigado!

RESUMO

O declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas atividades básicas de vida diária (ABVD) pode conduzir à dependência, à diminuição da qualidade de vida, à institucionalização e/ou à morte do idoso, pelo que este projeto tem como finalidade prevenir a sua ocorrência. Este emerge da ausência no serviço de uma avaliação objetiva do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado e de linhas de orientação para a prevenção do seu declínio. Visa o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na avaliação sistemática das suas ABVD e na implementação de intervenções que permitem a sua otimização, bem como, o desenvolvimento ainda de competências como futura enfermeira especialista no âmbito da formação, investigação e gestão. Para a sua consecução recorreu-se a uma metodologia de projeto e envolveu-se toda a equipa de enfermagem (22 enfermeiros) e os doentes idosos internados no serviço. No diagnóstico inicial e monitorização final efetuaram-se questionários aos enfermeiros, realizaram-se notas de observação, analisaram-se registos de enfermagem e, para avaliar os contributos do projeto, solicitou-se uma reflexão aos participantes. Paralelamente, prestaram-se cuidados diretos aos doentes idosos, suportados pelo modelo de parceria. Os dados emergentes foram sujeitos a uma análise estatística e de conteúdo. Os seus resultados revelam que este projeto me permitiu olhar para o idoso de uma forma holística e multidimensional, com necessidades decorrentes do seu processo de envelhecimento e de transição de saúde-doença. Este viabilizou o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, centrada no idoso e nas suas ABVD em risco de declínio, o que me permitiu otimizar o seu desempenho e promover o cuidado de si. Com a implementação do Índice de Barthel no serviço, os enfermeiros passaram a avaliar, de forma sistemática e em parceria com os idosos, o seu grau de (in)dependência, sendo esta avaliação visível em 100% dos seus registos. Contrariamente à fase de diagnóstico, as intervenções implementadas para prevenir o declínio do desempenho do idoso passaram a ser baseadas na evidência científica (compilada no manual elaborado em parceria com a equipa de enfermagem), na avaliação objetiva das suas ABVD e a possuir maior enfoque na promoção do cuidado de si.

Palavras-Chave: Idoso; hospitalização; ABVD; parceria; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The decline in the level of (in)dependence of the hospitalized elderly patients in the realization of their basic activities of daily living (ADL) may lead to their dependency, diminished quality of life, institutionalization and/or even the death of the elderly. This project aims to prevent such occurrence and emerges, in this pulmonology service, from the absence not only of an objective evaluation of the (in)dependence degree of the hospitalized elderly patients but also guidelines for the decline prevention. It targets the development of personal and nursing team skills in providing care to the hospitalized elderly patients, specifically in their ADL systematic assessment and in the implementation of nursing interventions that enable its optimization as well as the development of further skills as a future nurse specialist in the training, research and management domains. A project methodology was employed involving the whole nursing team (22 nurses) and the hospitalized elderly in the pulmonology service. The initial diagnosis and final monitoring were performed through the use of questionnaires to the nurses, the realization of observation notes, the analysis of documentary nursing records and to better assess the project contributions, the participants were asked for a reflection. In parallel and supported by partnership model, direct care was provided to the elderly. The emerging data was subject to statistical analysis and content. Results show that this project allowed me to perceive the elderly as holistic and multidimensional, with needs resulting from the aging process and the health-illness transition. This project enabled the development of evidence-based practice centered in the elderly and their ADL at risk of decline, allowing me to optimize their performance and promote self-care. With the implementation of the Barthel Index in the pulmonology service, the nursing team began to evaluate, systematically and in partnership with the elderly, their degree of (in)dependence, which is visible in 100% of their records. Unlike it happened in the diagnostic phase, the interventions implemented to prevent the decline in elderly performance began to be based on the scientific evidence (compiled in guidelines created in partnership with the nursing team), in the objective evaluation of its ADL and increased the focus on promoting self-care.

Keywords: Elderly; hospitalization; ADL; partnership; nursing care.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABVD: Atividades básicas de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

AVD: Atividades de vida diárias

CE: Conselho da Europa

DGS: Direção Geral de Saúde

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HARP: Hospital Admission Risk Profile

INE: Instituto Nacional de Estatística

MS: Ministério da Saúde

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNSPI: Programa Nacional para a Saúde das Pessoais Idosas

RCN: Royal College of Nursing

UR: Unidade de Registo

WHO: World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1. PROBLEMÁTICA - JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO 16

2. QUADRO DE REFERÊNCIA 21

2.1. O processo de envelhecimento humano 21

2.2. O impacto da hospitalização na pessoa idosa e no seu grau de (in) dependência na realização das suas atividades básicas de vida diária 24

2.3. A avaliação do grau de (in)dependência da pessoa idosa hospitalizada na realização das suas atividades básicas de vida diária 29

2.4. Intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência da pessoa idosa hospitalizada na realização das suas atividades básicas de vida diária 32

2.5. A parceria com a pessoa idosa hospitalizada e em processo de transição como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si 39

3. METODOLOGIA DE PROJETO 46

3.1. Desenho do Projeto 46

3.2. Identificação do Problema e Diagnóstico (1ª Etapa) 46

3.2.1. Contexto de Ação 47

3.3. Definição dos Objetivos (2ª Etapa) 48

3.4. Planeamento (3ª Etapa) 49

4. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS (4ª E 5ª ETAPAS) 51

4.1. Desenvolver uma prática de enfermagem avançada adequando os cuidados às necessidades em saúde da pessoa idosa hospitalizada e sua família 51

4.2. Identificar a prática de cuidados de enfermagem ao doente idoso hospitalizado, com enfoque na avaliação das suas ABVD e na promoção do cuidado de si, tendo por base um modelo de intervenção em parceria 54

4.3. Sensibilizar a equipa de enfermagem para o projeto e para a implementação da avaliação sistemática das ABVD do doente idoso hospitalizado, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si 61
4.4. Identificar e definir com a equipa de enfermagem intervenções que, em parceria com o doente idoso hospitalizado, permitem otimizar o seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD 64
4.5. Implementar intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, em parceria com a equipa de enfermagem 67
4.6. Identificar os contributos do projeto para a prática de cuidados de enfermagem ao doente idoso hospitalizado no serviço, com enfoque na avaliação das suas ABVD e na promoção do cuidado de si, tendo por base um modelo de intervenção em parceria 69
4.7. Identificar os contributos do projeto para o desenvolvimento pessoal de uma prática de enfermagem avançada no cuidado ao doente idoso hospitalizado e sua família 77
5. CONCLUSÃO 81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84
APÊNDICES 95
APÊNDICE I: Tempo médio de internamento hospitalar da pessoa idosa no serviço
APÊNDICE II: Revisão narrativa da literatura - Intervenções de enfermagem que em parceria com o doente idoso hospitalizado previnem o declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas atividades básicas de vida diária
APÊNDICE III: Cronograma de atividades
APÊNDICE IV: Caraterização da equipa de enfermagem
APÊNDICE V: Questionário aplicado à equipa de enfermagem sobre a Importância atribuída à avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado

APÊNDICE VI: Questionário aplicado à enfermeira-chefe sobre a importância atribuída à avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado

APÊNDICE VII: Análise de conteúdo dos questionários aplicados à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe sobre a importância atribuída à avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado

APÊNDICE VIII: Guia de análise dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados (diagnóstico da Situação)

APÊNDICE IX: Resultados estatísticos da análise dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados (diagnóstico da situação)

APÊNDICE X: Indicadores da parceria

APÊNDICE XI: Diário de campo nº1

APÊNDICE XII: Diário de campo nº2

APÊNDICE XIII: Diário de campo nº3

APÊNDICE XIV: Diário de campo nº4

APÊNDICE XV: Plano da sessão de formação

APÊNDICE XVI: Slides da sessão de formação

APÊNDICE XVII: Documento orientador do preenchimento do Índice de Barthel

APÊNDICE XVIII: Cartaz para a definição de intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado

APÊNDICE XIX: Cartaz resultante da revisão da literatura efetuada pela equipa de enfermagem

APÊNDICE XX: Análise de conteúdo do cartaz resultante da revisão da literatura efetuada pela equipa de enfermagem

APÊNDICE XXI: Manual de intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas atividades básicas de vida diária

APÊNDICE XXII: Cartaz resultante do manual apresentado no apêndice XXI

APÊNDICE XXIII: Questionário aplicado à equipa de enfermagem para o estabelecimento de prioridades na implementação das (sub)categorias do manual de intervenções

APÊNDICE XXIV: Questionário aplicado à enfermeira-chefe para o estabelecimento de prioridades na implementação das (sub)categorias do manual de intervenções

APÊNDICE XXV: Análise estatística dos dados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe para o estabelecimento de prioridades na implementação das (sub)categorias do manual de intervenções

APÊNDICE XXVI: Guia de análise da implementação do manual de intervenções na (sub)categoria “avaliação física e funcional do doente”

APÊNDICE XXVII: Resultados estatísticos da implementação do manual de intervenções na (sub)categoria “avaliação física e funcional do doente” (diagnóstico da situação)

APÊNDICE XXVIII: Resultados estatísticos da análise dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados (monitorização final)

APÊNDICE XXIX: Resultados estatísticos da implementação do manual de intervenções na (sub)categoria “avaliação física e funcional do doente” (monitorização final)

APÊNDICE XXX: Análise comparativa dos resultados estatísticos da análise dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados (diagnóstico da situação versus monitorização final)

APÊNDICE XXXI: Análise comparativa dos resultados estatísticos da implementação do manual de intervenções na (sub)categoria “avaliação física e funcional do doente” (diagnóstico da situação versus monitorização final)

APÊNDICE XXXII: Diário de campo nº5

APÊNDICE XXXIII: Diário de campo nº6

APÊNDICE XXXIV: Diário de campo nº7

APÊNDICE XXXV: Reflexão solicitada à equipa de enfermagem sobre os contributos do projeto

APÊNDICE XXXVI: Reflexão solicitada à enfermeira-chefe sobre os contributos do projeto

APÊNDICE XXXVII: Análise de conteúdo das reflexões finais solicitadas à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe sobre os contributos do projeto

ANEXOS 323

ANEXO I: Folha de colheita de dados de enfermagem implementada no serviço

ANEXO II: Índice de Barthel

ANEXO III: Índice de Katz

ANEXO IV: Pedido de autorização para a aplicação e implementação do Índice de Barthel aos autores da sua validação para a população portuguesa

ANEXO V: Autorização concedida pelos autores da validação para a população portuguesa do Índice de Barthel para a sua aplicação e implementação

ANEXO VI: Índice de Barthel validado para a população portuguesa

ANEXO VII: Instrumentos de medida mobilizados durante a prestação direta de cuidados ao doente idoso hospitalizado com o intuito de se efetuar a sua avaliação multidimensional

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Caracterização da Equipa de Enfermagem e Anos de Exercício Profissional ……. 17

Gráfico 2 Doentes internados em 2010 num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa ……..……. 17

Gráfico 3 Intervenções implementadas pela equipa de enfermagem para otimizar o grau de (in) dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD e para promover o cuidado de si ……. 59

Gráfico 4 Análise comparativa de alguns dos resultados do Diagnóstico da Situação versus Monitorização Final ……. 71

Gráfico 5 Análise comparativa de alguns dos resultados do Diagnóstico da Situação versus Monitorização Final ……. 73

INTRODUÇÃO

Os progressos tecnológicos, da medicina e a melhoria das condições de vida em geral, conduziram a um aumento da esperança média de vida e a um envelhecimento populacional que atinge todo o mundo (Barreto, 2005). Atualmente assiste-se em Portugal a um duplo envelhecimento que se traduz pelo aumento da população idosa[1] e pela diminuição do número de jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Os idosos que em 1960 representavam apenas 8% do total da população abrangem agora 19% da mesma. Inversamente, a população jovem que em 1960 se situava nos 29,1%, sofreu um decréscimo significativo nos últimos anos e aproximou-se em 2011 dos 14,9% (INE, 2002, 2011). Acompanhando este envelhecimento populacional verifica-se o aumento das doenças crónicas, das situações de incapacidade e, concomitantemente, da procura por cuidados de saúde, com hospitalizações recorrentes da pessoa idosa (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005). Embora a hospitalização do idoso possua um intuito terapêutico pode, no entanto, assumir-se para este como um momento de crise e de desajustamento, pela sua menor capacidade de adaptação e de resposta ao *stress* imposto pelo ambiente hospitalar (Covinsky et al., 2003; Cabete, 2005; Costa, 2006; Boltz, 2009). Este pode, pela sua idade avançada e pela diminuição das suas reservas homeostáticas, experienciar complicações decorrentes do internamento, entre as quais se encontra o risco de sofrer um declínio do seu estado funcional[2] (Volpato et al., 2008; Wong & Miller, 2008; Edvardsson & Nay, 2009; Kresevic, 2012). Perante este risco, emerge a necessidade de se organizarem respostas hospitalares mais adequadas às necessidades em saúde da pessoa idosa e centradas na sua avaliação funcional[3] que permitam, pelo uso de instrumentos de medida, a sua objetivação e uma linguagem comum entre os profissionais de saúde (Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnstee, de Rooij & Grypdonck, 2007; Graf, 2008; Wallace & Shelkey, 2012; Kresevic, 2012). Esta avaliação quando implementada, ao permitir detetar mudanças funcionais incipientes e orientar intervenções de enfermagem preventivas e/ou

[1] **População Idosa**: Pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (World Health Organization [WHO], 2012)
[2] **Estado Funcional**: Capacidade do individuo para desempenhar de forma segura as suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e as suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Kresevic, 2012)
[3] **Avaliação Funcional**: Processo contínuo e sistemático de avaliação do desempenho independente do idoso na realização das ABVD e AIVD, das suas necessidades de ajuda, da sua capacidade sensorial, estado cognitivo e mobilidade (Kresevic, 2012).

de recuperação vai ajudar a promover uma intervenção em parceria com a pessoa idosa, no sentido de otimizar o seu desempenho funcional e de potenciar o seu envelhecimento ótimo (Wallace & Fulmer, 2007; Gomes, 2009; Kresevic, 2012).

Perante o aumento dos índices de envelhecimento, dos internamentos das pessoas idosas e dos riscos associados a uma hospitalização, torna-se premente a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado a este grupo populacional que permitam aos enfermeiros desenvolver uma prática de cuidados dirigida "aos projetos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p. 5). São estas competências específicas na área da saúde do idoso que quando adquiridas vão permitir ao enfermeiro alcançar um nível de perito e atuar com base numa compreensão aprofundada da situação global da unidade familiar, de compreender de maneira intuitiva cada situação e de apreender o problema da pessoa idosa, sem se perder num vasto leque de soluções e de diagnósticos (Benner, 2005). Tendo como objetivo o alcance de um nível de perita e a aquisição das competências necessárias a um cuidado especializado à pessoa idosa e sua família surge o presente relatório que procura descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio desenvolvido junto da população idosa hospitalizada e inserido no ciclo de estudos de mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Durante a sua realização procurou-se não apenas desenvolver competências na prestação direta de cuidados ao doente idoso hospitalizado, como ainda dar resposta a um problema sentido na prática de cuidados a este grupo de intervenção, com a implementação de um projeto de mudança no serviço. Este projeto, sustentado pela evidência científica que comprova que 25 a 60% dos doentes idosos hospitalizados apresentam risco de sofrer um declínio funcional, visou a implementação da avaliação sistemática do estado funcional do doente idoso no serviço e a uniformização das intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio (Francis, 2005). Contudo, dado o curto período de realização do estágio, a impossibilidade de se avaliarem todas as componentes do estado funcional do idoso no hospital e o fato das ABVD[4] se assumirem como fundamentais para a pessoa idosa manter a sua independência e qualidade de vida no seu regresso ao seu ambiente habitual, optou-se por se centrar o projeto apenas nas ABVD (Covinsky et al., 2003). Perante o exposto, a finalidade do projeto consiste em

[4]**ABVD**: Atividades essenciais do quotidiano, como sendo tomar banho, vestir-se/despir-se, alimentar-se, usar a casa de banho, transferir-se, controlar os esfíncteres (Kresevic, 2012;Wallace & Shelkey, 2012), cuidar da higiene pessoal, deambular e subir/descer escadas, que permitem ao indivíduo viver e cuidar de si de forma independente (Hartigan, 2007; Sequeira, 2010).

prevenir o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si. Este tem como objetivos gerais permitir-me:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do Serviço na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si.

Com o projeto pretendeu-se ainda desenvolver uma prática baseada na evidência, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente idoso hospitalizado, reforçar e desenvolver capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de resolução de problemas reais da prática de cuidados, conforme preconizado pelo ciclo de estudos da ESEL para a obtenção do Grau de Mestre. Para a sua consecução suportei-me numa metodologia de projeto que visa pela "… pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto [promover] uma prática baseada na evidência" e, consequentemente, a formação de competências nos seus intervenientes (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010). Este relatório que expressa todo o percurso efetuado na execução do projeto encontra-se dividido em 5 capítulos ao longo dos quais se identifica a problemática clínica, se discute a pertinência do projeto, se efetua o enquadramento conceptual do problema, se apresentam as opções metodológicas, se descrevem as atividades desenvolvidas, se discutem os resultados obtidos, se explicitam as suas implicações para a prática clínica e, por fim, se formulam as considerações finais e se fornecem sugestões para projetos posteriores e de continuidade. Para a elaboração do relatório foram considerados o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL, o Regulamento de Mestrado da ESEL e as normas da American Psychological Association para a enunciação das citações e das referências bibliográficas.

1. PROBLEMÁTICA - JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O envelhecimento humano e populacional assume uma dupla faceta. Este pode ser encarado como um triunfo e, concomitantemente, como um desafio para a humanidade, dado que a par do aumento da longevidade se pretende que cada pessoa envelheça com saúde, autonomia, independência e segurança (DGS, 2004; OMS, 2005). Contudo, a realidade demonstra que o envelhecimento surge frequentemente acompanhado de um aumento exponencial de doenças crónicas que, associado a uma diminuição do potencial de recuperação da pessoa idosa, conduz a um aumento da necessidade de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente hospitalares (DGS, 2004). Quando hospitalizados, os doentes idosos pela sua fragilidade[5] encontram-se mais suscetíveis a sofrer complicações associadas ao seu internamento, apresentando um risco acrescido de perda significativa das suas capacidades funcionais (Stucki, Stier-Jamer, Grill & Melvin, 2005; Hoogerduijn et al., 2007). Atestando esta problemática, surgem alguns estudos que demonstram que 30 a 60% das pessoas idosas hospitalizadas desenvolvem novas dependências na realização das suas ABVD durante a hospitalização (Stucki et al., 2005; Hoogerduijn et al., 2007). Para a sua ocorrência confluem fatores como a própria doença que motivou o internamento, os efeitos iatrogénicos dos tratamentos, as suas co morbilidades e o repouso prolongado no leito (Pierre, 1998; Callen, Mahoney, Wells, Enloe & Hughes, 2004; Wallace & Fulmer, 2007; Kresevic, 2012). São estes fatores que ao causarem uma ampla gama de efeitos nocivos no idoso e ao afetarem o seu sistema músculo-esquelético, cardiovascular, pulmonar, urinário, gastrointestinal, tegumentar e cognitivo podem comprometer o seu nível de (in)dependência e, consequentemente, a sua qualidade e estilo de vida (Fletcher, 2005; Stucki et al., 2005; Hoogerduijn et al., 2007). Abordar precocemente o doente idoso em termos funcionais surge assim como uma prioridade, na medida em que, vai permitir manter a sua função ou minimizar as suas perdas, otimizar a sua recuperação e o seu grau de (in)dependência e, por conseguinte, evitar a necessidade de cuidadores formais e/ou informais no domicílio, ou mesmo, a institucionalização do idoso (Stucki et al., 2005). Neste âmbito, o Programa Nacional para

[5] **Fragilidade**: Estado debilitado da pessoa, devido a uma redução da sua reserva funcional, que compromete a sua saúde, o seu estado funcional e o seu bem-estar (Heath & Phair, 2009)

a Saúde das Pessoais Idosas (PNSPI) defende que se deve investir no melhoramento das práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, nas quais se inclui as práticas hospitalares, e na criação de condições que permitam obter ganhos em saúde para a população idosa, nomeadamente anos de vida com independência, autonomia e qualidade de vida (DGS, 2004).

O Serviço de Pneumologia onde se desenvolveu o presente projeto presta cuidados em internamento a pessoas adultas, de ambos os sexos, com doenças do foro respiratório, com exceção da tuberculose. Este tem uma lotação de 32 unidades de internamento que se encontram divididas por 7 enfermarias. A equipa médica é constituída por 8 médicos, incluindo o Diretor de Serviço e a equipa de enfermagem por 23 enfermeiros, incluindo a enfermeira-chefe e a autora do presente relatório, com experiências profissionais e anos de exercício distintos (Gráfico 1). Trata-se de uma equipa em que a enfermeira-chefe promove a formação pessoal e profissional dos enfermeiros e em que estes procuram investir em formações contínuas e pós-graduadas, encontrando-se recetivos a projetos e ações que visem a melhoria da prática de cuidados.

Gráfico 1: Caracterização da Equipa de Enfermagem e Anos de Exercício Profissional

Durante sete anos de exercício profissional no referido serviço posso afirmar que a prestação de cuidados a pessoas idosas com patologias crónicas múltiplas tem-se assumido como uma realidade diária, o que se comprova pela elevada taxa de ocupação de idosos (67,4%) no ano de 2010 (Gráfico 2).

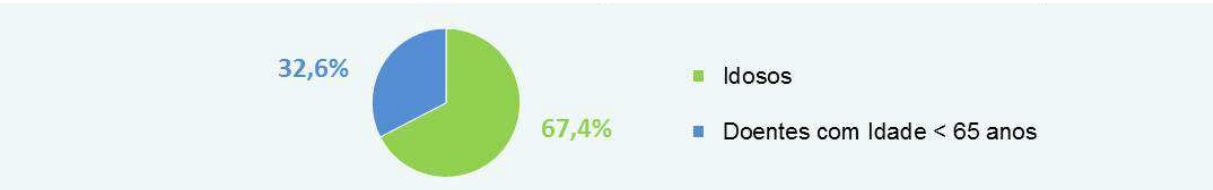

Gráfico 2: Doentes internados em 2010 num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa

Quando hospitalizados no serviço, os doentes idosos possuem distintos períodos de internamento (Apêndice I), sendo que esta variação temporal encontra-se associada não apenas ao processo evolutivo da doença que precipitou o internamento, como a situações de maior dependência do idoso. São estas situações que necessitam de assistência a longo prazo, nomeadamente de cuidados formais e/ou informais no domicílio e o encaminhamento do idoso para lares ou unidades de cuidados de curta, média ou longa duração cuja resposta nem sempre é atempada, que podem prolongar os tempos de internamento dos idosos. Embora existam doentes que se encontram internados durante grandes períodos, constata-se que o tempo médio de internamento da pessoa idosa no serviço se situa nos 9,0 dias e o período de internamento mais frequente ronda apenas os 7,0 dias (Apêndice I). De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2009, 2011) a demora média (dias) no hospital em Portugal que em 1995 se situava nos 7,9 dias, em 2007 aproximou-se dos 6,8 dias e em 2009 fixou-se nos 5,9 dias, o que demonstra um investimento nacional e das atuais políticas de saúde na sua redução e, respetivamente, dos custos associados a esta. Embora a demora média no hospital seja encarada como um indicador de eficiência, demoras médias mais curtas podem afetar os resultados em saúde e comprometer a recuperação do doente, que eventualmente poderá conduzir a readmissões hospitalares e a um aumento dos custos associados aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2010). Com o objetivo de se manterem demoras médias baixas e se conseguir garantir a segurança do doente, coloca-se diariamente um desafio e responsabilidade aos enfermeiros que consiste em desenvolver estratégias que permitam maximizar a função do idoso em períodos de internamento cada vez mais reduzidos (MS, 2010). Perante este cenário, o rastreio assume-se como o primeiro passo para identificar doentes em risco de declínio do seu grau de (in)dependência, pelo que os enfermeiros devido à sua visão holística do idoso, ao seu contato diário com este e ao seu envolvimento na monitorização do seu desempenho nas ABVD, possuem um papel chave neste processo (Hoogerduijn et al., 2007).

Da minha prática diária e da observação realizada no serviço, constato que a avaliação das ABVD não se efetua de uma forma estruturada e se centra essencialmente na informação que se encontra presente na folha de colheita de dados (Anexo I). Os enfermeiros quando o doente entra no serviço procuram colher informações acerca da sua identificação pessoal, coabitação, antecedentes pessoais, estado de consciência,

entre outros. Contudo, quanto ao desempenho nas ABVD a informação colhida e registada na admissão cinge-se em perceber se o doente é dependente ou independente na sua realização, não se especificando concretamente o que o idoso consegue fazer sozinho, o que consegue fazer com ajuda e o que não consegue fazer de todo nas diferentes ABVD. Todavia, observa-se que como forma de planear os cuidados os enfermeiros procuram junto do doente e família conhecer mais profundamente a sua situação de vida e o que o idoso conseguia ou não conseguia fazer sozinho no seu ambiente habitual, não existindo contudo um instrumento de avaliação específico no serviço que permita avaliar objetivamente o seu desempenho prévio e durante o internamento, avaliar os resultados das intervenções implementadas e registar essa informação de uma forma estruturada e sistemática. Deste modo, constata-se que aquando da alta dos idosos a equipa de enfermagem tem uma perceção, embora pouco objetiva, da ocorrência ou não de declínio do seu grau de (in)dependência em relação ao momento da sua admissão hospitalar, sendo que quanto ao seu estadio prévio os enfermeiros não conseguem ter uma noção precisa da sua ocorrência. Quanto às intervenções de enfermagem para prevenir o seu declínio, estas são delineadas e implementadas de forma empírica, de acordo com a perceção individual e a prática profissional de cada enfermeiro, não existindo no seio da equipa linhas de orientação para a prática clínica com base na evidência científica. Diante desta necessidade sentida no serviço, este projeto tem como finalidade prevenir o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, tendo em vista a promoção do cuidado de si, e como objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do Serviço na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si.

Como motivações para a elaboração do projeto surgem os ganhos que podem advir com a sua consecução para a pessoa idosa, para a equipa de enfermagem e pessoais. Com este projeto ambiciono obter ganhos em saúde para a pessoa idosa, nomeadamente melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente idoso hospitalizado e, consecutivamente, aumentar a sua satisfação com os cuidados que recebe; contribuir para a otimização do seu nível de (in)dependência na realização das suas ABVD; e, contribuir para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, dado que esta se encontra largamente influenciada pela capacidade de se manterem independentes.

Em termos de ganhos para os enfermeiros, este projeto ao dota-los de um instrumento de medida centrado nas ABVD vai-lhes permitir avaliar com objetividade quais os doentes em risco de declínio do seu nível de (in)dependência, delinear e implementar intervenções de enfermagem direcionadas às atividades afetadas e monitorizar os resultados obtidos com as intervenções implementadas. Por sua vez, aquando da alta hospitalar do idoso vai-lhes permitir identificar as ABVD em que este necessita de assistência de outrem e promover uma continuidade de cuidados adequada às suas necessidades.

Quanto a ganhos pessoais aspiro, adquirir as competências de um enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e sua família, que me permitam alcançar o nível de perita. Com esta aquisição pretendo que a minha intervenção junto da pessoa idosa faça a diferença e que os meus conhecimentos decorrentes da minha prática clínica ganhem visibilidade e permitam o reconhecimento da minha perícia (Benner, 2005). Pretendo ainda adquirir competências ao nível da investigação, da formação e da gestão, que me permitam basear a minha prática clínica na evidência científica, gerir eficazmente os cuidados prestados ao doente idoso, otimizar a resposta das equipas de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas promotoras de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população (OE, 2010).

Para sustentar teoricamente esta problemática e dar consecução à revisão narrativa da literatura que suporta o quadro de referência que orienta o projeto (Capítulo 2), formulou-se a seguinte pergunta em formato PI[C]O: Quais as intervenções de enfermagem (Intervention), que em parceria com o doente idoso hospitalizado (Population), previnem o declínio do seu grau de (in)dependência (Outcome) na realização das suas ABVD?

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Este capítulo remete para o enquadramento teórico e conceptual onde o presente trabalho de projeto se enraíza. Decorre de uma pesquisa narrativa da literatura, tendo por base uma metodologia de revisão sistemática, (Apêndice II) e encontra-se ancorado num paradigma de enfermagem, nomeadamente na Teoria de Médio Alcance de Meleis (1994) e no Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009). Este encontra-se dividido em cinco subcapítulos onde se pretende clarificar os conceitos de envelhecimento, (in)dependência, ABVD, intervenção de enfermagem, transição, parceria e cuidado de si, enquanto conceitos subjacentes ao projeto. Num primeiro subcapítulo, pretende-se aprofundar conhecimentos sobre o processo de envelhecimento enquanto fator preponderante no aumento da fragilidade da pessoa idosa à ocorrência de uma doença crónica ou aguda que pode precipitar a sua hospitalização. Decorrente da hospitalização procura-se refletir, num segundo subcapítulo, sobre o impacto do internamento no grau de (in)dependência e projeto de vida da pessoa idosa. Posteriormente, num terceiro e quatro subcapítulos pretende-se abordar a importância da avaliação do grau de (in)dependência da pessoa idosa hospitalizada na prevenção do seu declínio e evidenciar as intervenções de enfermagem que podem prevenir a sua ocorrência. Por fim, procura-se evidenciar a importância do estabelecimento de uma relação em parceria entre o enfermeiro e o doente idoso hospitalizado, tendo em vista a prevenção do declínio do seu grau de (in)dependência e a capacitação do idoso para assumir o controlo do cuidado de si próprio ou da sua família para lho assegurar.

2.1. O processo de envelhecimento humano

A baixa taxa de natalidade, o aumento da esperança média de vida e os avanços tecnológicos e da medicina conduziram a um aumento da longevidade das pessoas e, consequentemente a um envelhecimento populacional. Estima-se que atualmente em Portugal existam 128 idosos por cada 100 jovens e que em 2060 o índice de envelhecimento da população ascenda aos 271 idosos (INE, 2009; 2011). Presentemente, os idosos representam cerca de 19% da população e possuem uma esperança média de vida de 79,45 anos para ambos os sexos, mais concretamente de 76,43 para os homens

e 82,30 para as mulheres, comparativamente aos 67,88 anos de esperança média de vida mundial (United Nations, 2011; INE, 2012).

O envelhecimento assume-se como um processo dinâmico e complexo, pautado pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que decorre ao longo de todo o seu ciclo vital (DGS, 2004; Barreto, 2005; Fonseca, 2006; Heath & Phair, 2011). Embora universal, comum a todos os seres vivos, o processo de envelhecimento possui um cariz individual e sociocultural (Costa, 2006; Fonseca, 2006; Heath & Phair, 2011). Este é determinado pela genética e pela biologia humana, pelos hábitos nutricionais, pelos estilos de vida, pelo meio ambiente e pelo acesso aos cuidados de saúde (Cabete, 2005; Costa, 2006). Similarmente, Paúl (2005, p. 38) defende que "o envelhecimento é um processo temporal, cuja base genética e ambiental potencia, positiva ou negativamente, os resultados finais em termos do modo como cada um envelhece".

Dada a sua multifactorialidade, o envelhecimento humano pode ser acompanhado de alterações fisiológicas (envelhecimento primário) ou patológicas (envelhecimento secundário). O envelhecimento primário decorre de um processo previsível e irreversível de deterioração fisiológica do organismo. Esta deterioração que sucede naturalmente com a passagem da idade expressa-se pela diminuição da massa, da força e da elasticidade muscular; pela diminuição da capacidade aeróbica; pela menor capacidade renal e hepática para excretar as toxinas e metabolizar os medicamentos; pela instabilidade vasomotora; pela redução da água total do corpo; pela redução da densidade óssea; pela perda da compliance pulmonar e da pressão parcial de oxigénio no sangue; e, pela diminuição da capacidade sensorial, nomeadamente da acuidade auditiva e visual (Graf, 2008; Kleinpell, Fletcher & Jennings, 2008; Heath & Phair, 2011; Smith & Cotter, 2012; Wallace & Shelkey, 2012). Contudo, quando as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento deixam de ser naturais e passam a ser induzidas ou potenciadas por uma doença, por estilos de vida desadequados e por efeitos adversos do ambiente, sendo por esse motivo reversíveis e evitáveis, o processo de envelhecimento adquire uma componente patológica, designando-se secundário (Barreto, 2005; Cabete, 2005; Sequeira, 2010).

Embora a idade biológica e o "ser idoso" não sejam sinónimos de doença, a realidade aponta para um aumento com o avançar da idade da probabilidade de se ter uma doença aguda ou crónica. Estima-se que a incidência de uma doença crónica afete cerca de 5,2 milhões de portugueses e que o seu crescimento anual entre a população idosa se situe

nos 2,5% (INE, 2009). Esta consiste numa doença de longa duração, permanente, normalmente de progressão lenta e que pode conduzir a uma incapacidade física e/ou cognitiva, a uma dependência e/ou a uma perda de autonomia (Araújo et al., 2007; WHO, 2010). Embora os conceitos de (in)dependência e autonomia se interrelacionem, estes são distintos. A autonomia consiste na capacidade do indivíduo para controlar/gerir a sua vida e tomar decisões acerca da sua saúde e do seu projeto de vida, tendo em conta as suas próprias regras e preferências (WHO, 2002; OMS, 2005; Sequeira, 2010). A independência baseia-se na capacidade da pessoa realizar sozinha atividades do seu quotidiano (ABVD e atividades instrumentais e vida diária [AIVD]) e de viver na comunidade sem ajuda de terceiros (OMS, 2005). Inversamente, a dependência encontra-se associada a uma limitação física, psíquica ou intelectual que incapacita a pessoa para realizar as suas atividades de vida diária (AVD) e para cuidar de si (Conselho da Europa [CE], 1998; OMS, 2005; MS, 2006). Quando presente, a pessoa torna-se incapaz de alcançar sozinha a satisfação das suas necessidades, por não ter possibilidade de adotar comportamentos ou efetuar tarefas sem a ajuda de outrem (Sequeira, 2010). A dependência surge então como " … resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos de funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente. [Esta limitação] não pode ser compensada por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa" (Sequeira, 2010, p. 5).

Em suma, os idosos face à sua longevidade encontram-se mais vulneráveis ao aparecimento de uma doença aguda ou à agudização de uma doença crónica, que se tende a manifestar de forma mais expressiva e cumulativa (Duarte, Andrade & Lebrão, 2006). Esta polipatologia não sendo necessariamente fatal, tende a encontrar-se associada a distintos níveis de incapacidade, que podem comprometer a qualidade de vida da pessoa idosa e precipitar a sua hospitalização ou mesmo a sua morte (Costa, 2006; Cancela, 2008; Heath & Phair, 2011). Perante a realidade do aumento dos índices de envelhecimento e de doença crónica que condicionam o aumento das admissões hospitalares da pessoa idosa, assume-se como pertinente perceber o modo como a pessoa idosa, detentora de uma menor resistência a fatores agressores e uma menor capacidade adaptativa às exigências ambientais, vivencia a experiência da hospitalização e qual o seu impacto no seu grau de (in)dependência, na sua saúde e no seu projeto de vida.

2.2. O impacto da hospitalização na pessoa idosa e no seu grau de (in) dependência na realização das suas atividades básicas de vida diária

A hospitalização pode assumir-se como um evento complexo e stressante para a pessoa idosa. Esta ocorre num momento de doença aguda ou agudização de uma doença crónica, fragilidade e desequilíbrio que conduz a pessoa idosa a uma rutura com a sua vida quotidiana, com os seus papéis familiares e sociais, bem como, com o seu ambiente habitual.

Pela sua idade avançada e pelas alterações associadas ao envelhecimento, como a diminuição da sua capacidade para manter o seu equilíbrio homeostático e a diminuição da sua reserva funcional, a pessoa idosa quando hospitalizada encontra-se mais vulnerável a sofrer complicações associadas à hospitalização (Graf; 2008; Kleinpell et al., 2008; Menezes, Oliveira & Menezes, 2010).

O risco de declínio funcional encontra-se evidente e quando efetivo assume-se como um grave problema para si e para a sua família, na medida em que, a pode conduzir à dependência, à necessidade de um cuidador, à institucionalização ou mesmo à morte (Pierre, 1998; Covinsky et al., 2003; Graf; 2006; Kresevic, 2012; Melo, 2011). Estima-se que 25-60% dos idosos hospitalizados apresentam risco de declínio funcional e que durante a hospitalização 2-36% dos indivíduos apresentam complicações iatrogénicas, sendo que 50% das mesmas podem ser prevenidas (Francis, 2005; Menezes et al., 2010). Por sua vez, Boltz (2009) defende que cerca de 40% dos idosos sofrem de complicações durante a hospitalização, o que se comprova por um estudo de Kawasaki e Diogo (2005) onde se verificou a ocorrência de declínio funcional do idoso durante o seu período de hospitalização, com uma redução do score na Escala de Medida de Independência Funcional, que avalia a independência funcional em 18 atividades do quotidiano, de 109,2 para 97,8. Similarmente, num estudo de Wong e Miller (2008) 49% dos doentes idosos hospitalizados apresentaram um declínio funcional, que resultou numa perda de independência, em hospitalizações de repetição e/ou na sua morte. Por sua vez, num estudo de Covinsky et al. (2003) 35% dos doentes idosos hospitalizados sofreram um declínio do seu desempenho nas atividades de vida diária que se iniciou 2 semanas antes da admissão hospitalar e se prolongou até ao momento da sua alta, sendo que num estudo de Volpato et al. (2008) estes valores de declínio funcional em idosos hospitalizados chegaram a ascender aos 83,7%. Enquanto atividades primárias relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, as ABVD quando comprometidas

assumem-se como uma ameaça à capacidade da pessoa idosa para viver de forma independente e sem necessitar da ajuda de terceiros (Cabete, 2005; King, 2006; Graf; 2008; Kleinpell et al. 2008; Sequeira, 2010).

O seu declínio pode ocorrer devido à própria doença que motivou o internamento, a reações adversas à terapêutica, à presença de dor não controlada, a uma deficiente nutrição, a uma diminuição da mobilidade, ao repouso prolongado no leito, ao uso de contenção mecânica e química, a distúrbios do sono, ao uso prolongado da cateterização vesical, a procedimentos diagnósticos, terapêuticos e profiláticos, à ocorrência de episódios de confusão metal, bem como, a mudanças no ambiente e nas rotinas da pessoa idosa (Callen et al., 2004; Wallace & Fulmer, 2007; Kresevic, 2012).

O repouso prolongado no leito embora restaurador pode possuir consequências nocivas para o doente e assumir-se como o princípio do fim (Cabete, 2005; King, 2006). Este pode conduzir a um agravamento da capacidade aeróbica previamente diminuída devido ao processo de envelhecimento e à diminuição da força e massa muscular particularmente nos membros inferiores. O desenvolvimento de contraturas pode ocorrer num período de 8 horas e a força muscular pode diminuir diariamente entre 1,3% a 3% no idoso, o que corresponde a uma perda semanal de 10% perante uma perda diária de 1,5% (Fletcher, 2005). Perante uma redução adicional da força muscular, o idoso vai ver comprometida a sua capacidade para efetuar o levante, as transferências e para andar, aumentando consecutivamente o seu risco de queda e de fraturas (Creditor, 1993; Graf, 2006; King, 2006; Kleinpell et al. 2008; Menezes et al., 2010). São as fraturas, que conjugam a ocorrência de queda com uma redução da densidade óssea própria do idoso e potenciada pela sua imobilidade, que podem confinar o idoso a um maior repouso no leito e a uma maior limitação dos seus movimentos físicos que, consecutivamente, podem condicionar o desenvolvimento de uma dependência prévia inexistente (Fletcher, 2005; King, 2006; Kleinpell et al. 2008).

O risco de queda, ao ser multifatorial, encontra-se associado não apenas a um estado de mobilidade reduzida, como a uma história prévia de quedas, a uma situação de urgência urinária com necessidade de rápida deslocação à casa de banho, de hipotensão ortostática por diminuição do tónus vasomotor, ao uso de medicação psicotrópica, ao próprio medo de cair, à existência de défices sensoriais e à ausência de próteses oculares e auditivas. São estes fatores que, pelo seu potencial para tornar a marcha do idoso instável, podem tornar a pessoa idosa progressivamente mais dependente da equipa de enfermagem para as transferências e para a deambulação (Pierre, 1998; King, 2006;

Wallace & Fulmer, 2007). Contudo, as repercussões da imobilidade não se manifestam unicamente no aumento do risco de quedas, como também têm expressão a nível pulmonar, assumindo-se a embolia pulmonar como a causa mais comum de morte súbita nos doentes hospitalizados (Fletcher, 2005). O repouso no leito, ao se associar a uma redução da compliance pulmonar e da ventilação pré-existente na pessoa idosa, pode conduzir a uma deficiente *toilette* brônquica, ao surgimento de infeções respiratórias, a atelectasias, a uma menor tolerância ao esforço e a uma diminuição da sua capacidade vital em 4% que pode comprometer o seu desempenho na realização das suas ABVD (Fletcher, 2005; Graf, 2006; King, 2006).

Durante a hospitalização as novas prescrições terapêuticas, a alteração da medicação que o idoso efetuava no domicílio, a desadequação das doses ao doente geriátrico e à sua clearence renal e metabolismo hepático, podem conduzir a efeitos adversos (King, 2006; Menezes et al., 2010). Num estudo de Gray, Sager, Lestico & Jalaluddin (1998) 50% dos doentes idosos internados que apresentaram reações adversas à medicação apresentaram um declínio em uma ou mais ABVD, bem como, um maior período de internamento. Similarmente, num estudo de Corsonello et al. (2009) dos 506 idosos estudados, 58 sofreram reações adversas durante o internamento, sendo que 29 tiveram uma única reação adversa, 17 tiveram duas reações adversas e 12 tiveram três ou mais reações adversas (Corsonello et al., 2009). A reação adversa foi diagnosticada de moderada a grave em 22 dos 58 doentes (37,9%) e verificou-se que quanto maior a gravidade das reações adversas, maior a probabilidade de se sofrer uma perda funcional durante o internamento, pelo que duas ou mais reações adversas foram associadas a um declínio do desempenho em três ou mais ABVD (Corsonello et al., 2009).

A instituição de medicação psicotrópica para normalizar o padrão do sono e para diminuir a ansiedade, a alteração das rotinas diárias e a necessidade de adaptação a um ambiente desconhecido, podem resultar em fadiga e episódios de confusão mental no idoso (King, 2006; Menezes et al., 2010). A contenção física e química, embora possa prevenir eventuais quedas e fraturas em episódios de confusão mental, restringe os movimentos do idoso, confina-o ao leito e/ou cadeirão e afeta adversamente o seu desempenho nas suas ABVD (Pierre, 1998; King, 2006; Fulmer, 2007).

A par da confusão mental, os sintomas de depressão são comuns no doente idoso hospitalizado e encontram-se associados ao próprio estado de saúde da pessoa idosa, à sua insatisfação com a vida e ao seu estado de dependência. A depressão e o estado funcional encontram-se então interligados, sendo que um estado depressivo pode

conduzir a uma falta de concentração e motivação para a mobilidade e para a atividade física e, uma incapacidade funcional pode originar perda de independência e, consecutivamente, um estado depressivo no doente idoso hospitalizado (Pierre, 1998).

A presença de uma dor crónica ou aguda mal controlada pode concomitantemente abrir precedentes a sintomas depressivos, a distúrbios do sono, a posturas incorretas e defensivas, a uma deambulação instável e a um quadro de desnutrição no idoso hospitalizado que pode afetar a sua capacidade para cuidar de si (Pierre, 1998). Estima-se que a prevalência da desnutrição ou o risco para a sua ocorrência durante a hospitalização se situa entre os 40-62% (Francis, 2005). Embora o repouso prolongado no leito diminua o peristaltismo e o apetite do idoso, este declínio deve-se essencialmente a uma drástica alteração das dietas, a uma desadequação das mesmas às preferências da pessoa idosa e às suas dificuldades em alimentar-se sozinho (Fletcher, 2005; Fulmer, 2007). A sua incapacidade para aceder ao tabuleiro, para usar os talheres e o elevado tempo despendido na alimentação pode conduzir ao esfriamento dos alimentos, tornando-os pouco apetecíveis, o que se pode repercutir numa insuficiente ingestão hídrica e nutricional (King, 2006; Wallace & Fulmer, 2007; Menezes et al., 2010). Num estudo de Xia & McCutcheon (2006) o tempo de espera e as dificuldades dos idosos na altura da alimentação encontram-se bem evidentes. Os idosos esperaram em média 8 minutos para aceder à sua alimentação essencialmente por esta não se encontrar ao seu alcance imediato, sendo que cerca de 55% dos idosos estudados apresentavam dificuldades na abertura dos alimentos, 33% na utilização dos talheres e 32% em temperar a comida.

Quando a um estado nutricional deficitário se associa uma incontinência urinária, défices sensoriais e cognitivos, inadequados posicionamentos, uma pele mais fina e menos vascularizada característica da pessoa idosa, o risco de desenvolver ou agravar úlceras de pressão existentes aumenta significativamente (Cabete, 2005; Fulmer, 2007). Como medida preventiva à sua ocorrência o doente idoso é diversas vezes algaliado, ficando contudo exposto a um risco acrescido de infeção urinária e de desenvolver ou agravar uma incontinência urinária existente (King, 2006; Wallace & Fulmer, 2007). Por sua vez, a distância e a dificuldade da pessoa idosa na deslocação sozinha à casa de banho, a terapêutica diurética, os sistemas de soros que dificultam a sua deambulação, o uso desnecessário das grades da cama e da fralda, a contenção química e mecânica, bem como, as próprias instalações físicas do hospital podem igualmente aumentar o risco de incontinência urinária e fecal no doente idoso hospitalizado (King, 2006; Wallace &

Fulmer, 2007). Neste contexto, Francis (2005) defende que a incontinência urinária afeta 32% dos doentes internados e a incontinência fecal afeta cerca de 50% dos idosos.

Por se encontrar tradicionalmente centrado no controlo específico da doença o ambiente hospitalar raramente se encontra adaptado à reabilitação funcional das pessoas idosas. Ao ser projetado para uma entrega rápida e eficaz de cuidados pauta, por vezes, pela desadaptação das suas condições físicas às necessidades da pessoa idosa e à estimulação da sua independência (Cabete, 2005; King, 2006; Graf, 2008; Kleinpell et al., 2008; Menezes et al., 2010). Regra geral, as suas instalações possuem pouco espaço de circulação nas enfermarias o que dificulta a mobilização dos doentes idosos e nem sempre possuem pisos regulares e antiderrapantes, portas largas, corrimões, barras de apoio nas instalações sanitárias, cadeiras de banho, televisão e relógios que permitam manter a estimulação sensorial e cognitiva do idoso (Graf, 2006; Kresevic, 2012). O seu ambiente pouco personalizado e com horários de visitas nem sempre alargados faz com que os idosos sejam afastados dos seus pertences e que o seu convívio social e familiar seja diminuído (Kawasaki & Diogo, 2005; King, 2006). Num estudo de Astiz et al. (2008) os idosos internados num serviço de geriatria apresentaram um declínio funcional inferior aos internados num serviço de medicina interna (48% versus 60,2%), sendo que os doentes internados no serviço geriátrico tinham co morbilidades mais graves e o seu estado funcional prévio era inferior. Por sua vez, o tempo de internamento em unidades geriátricas tende a ser menor que em unidades de internamento geral (Menezes et al., 2010).

Em suma, os fatores que contribuem para o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, são multifatoriais, interdependentes, em grande escala iatrogénicos e passíveis de uma intervenção de enfermagem. Quando efetivo, este declínio assume-se como o principal responsável pela impossibilidade da pessoa idosa continuar a sua vida independente no seu meio habitual, pelo que impera a necessidade de se questionarem as intervenções e os cuidados prestados ao doente geriátrico (Graf, 2006; King, 2006; Kleinpell et al., 2008). Emerge como indispensável mudar o enfoque dos cuidados, centrando a atenção não apenas na doença que motivou a hospitalização, mas principalmente na pessoa hospitalizada, que embora idosa possui um projeto de vida e deseja envelhecer de uma forma ativa e bem-sucedida. Cabe assim à equipa de enfermagem avaliar, monitorizar e trabalhar o grau de

(in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, tendo em vista a prevenção do seu declínio (King, 2006; Kresevic, 2012).

2.3. A avaliação do grau de (in)dependência da pessoa idosa hospitalizada na realização das suas atividades básicas de vida diária

O grau de (in)dependência da pessoa idosa assume-se como um indicador sensível da sua saúde, da sua adaptação à longevidade, da sua qualidade de vida e, quando hospitalizada, da qualidade dos cuidados de enfermagem que lhe são prestados (Cabete, 2005; Menezes et al., 2010; Kresevic, 2012).

Perante o evidente risco de declínio do grau de (in)dependência da pessoa idosa quando hospitalizada e das suas consequências na consecução do seu projeto de vida exige-se, a uma boa prática de cuidados de enfermagem geriátricos, a sua avaliação precoce e uma monitorização contínua da sua evolução no curso do internamento, em intervalos regulares, não descurando o momento da alta hospitalar (Wallace & Shelkey, 2012). Esta avaliação deve ser sistemática e possuir como referência o grau de (in)dependência prévio da pessoa idosa, nomeadamente o grau de (in)dependência antes da instalação da doença aguda ou da agudização da doença crónica (sensivelmente duas semanas antes da admissão hospitalar), uma vez que a recuperação e o tratamento instituído deve visar o seu alcance (Graf, 2008; Melo, 2011). As capacidades e limitações prévias e atuais da pessoa idosa devem ser objetivadas, de forma a identificar precocemente mudanças que podem alertar os enfermeiros para o risco de declínio do seu grau de (in)dependência e direcionar as intervenções de enfermagem às suas necessidades específicas (Araújo et al., 2007; Wallace & Fulmer, 2007; Sequeira, 2010; Kresevic, 2012). De forma similar, Cabete (2005, p. 129) defende que procurar saber "… o que ela é capaz de fazer e o que fazia até ao momento do internamento é fundamental para manter a atividade da pessoa idosa e contribuirá de forma importante para manter a sua autonomia e facilitar o seu regresso a casa". Nesta medida, para se efetuar um diagnóstico rigoroso do grau de (in)dependência do idoso, quantificar ganhos ou perdas funcionais e direcionar as intervenções da equipa de enfermagem na prestação de cuidados, torna-se crucial a seleção de instrumentos de medida específicos que complementem os dados colhidos pela observação (Cabete, 2005; Kawasaki & Diogo, 2005; Menezes et al., 2010). Sequeira (2010, p. XXIII) defende que "…só é possível intervir de forma adequada, a cada caso, com um diagnóstico preciso sobre a realidade, sem negligenciar o potencial das

informações recolhidas através da observação direta…sugere-se que a perceção pessoal/observação direta complemente os resultados dos instrumentos… as escalas e os índices são recursos que devem ser utilizados para possibilitar um diagnóstico mais rigoroso de cada caso". Contudo, para que se tornem operacionais e viáveis, os instrumentos de avaliação selecionados devem ser curtos, de fácil aplicação e interpretação, de rápido preenchimento, fornecer informação prática, úteis e serem incorporados na colheita de dados do doente idoso hospitalizado (Hoogerduijn et al., 2007; Kresevic, 2012). Atualmente, existem diversos instrumentos de avaliação funcional do idoso, como o Índice de Barthel, o Índice de Katz, a Escala de Lawton & Brody, o Hospital Admission Risk Profile (HARP), entre outros, pelo que a sua seleção deve ter em conta o que se pretende especificamente avaliar, quem vai avaliar e o intervalo das avaliações (King, 2006; Hartigan, 2007). Sendo o tema central deste projeto a avaliação das ABVD do doente idoso hospitalizado, a escolha do instrumento a implementar recaiu entre o Índice de Barthel e o Índice de Katz, dado que permitem avaliar continuamente o nível de independência ou habilidade da pessoa idosa para executar as suas ABVD (Mahoney & Barthel, 1965; Wallace & Shelkey, 2012).

O Índice de Barthel e de Katz (Anexos II e III) são instrumentos simples, abrangentes, que requerem poucos recursos e que podem e devem ser aplicados pelos enfermeiros (Hartigan, 2007). O Índice de Barthel encontra-se indicado para ser usado durante internamentos de agudos, na medida em que, avalia rapidamente e em poucos minutos por meio do autorrelato do idoso e/ou da sua família e pela observação direta, o nível de independência ou habilidade funcional da pessoa idosa, dando informações acerca das necessidades terapêuticas específicas do idoso e dos resultados alcançados com as intervenções de enfermagem implementadas (Hartigan, 2007). O Índice de Katz destina-se maioritariamente a internamentos de longa duração, a doentes institucionalizados, residentes em lares e com patologias crónicas, requerendo observações diretas durante um maior período temporal (Hartigan, 2007; Sequeira, 2010; Wallace & Shelkey, 2012). O Índice de Barthel contempla dez itens relacionados com o autocuidado e a mobilidade (higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho, subir e descer escadas, andar/marcha ou deslocar-se, função intestinal, função urinária e ir à casa de banho), enquanto o Índice de Katz é composto por apenas seis relacionados com o autocuidado (banho, vestir/despir, utilização da casa de banho, transferência, continência e alimentação) (Mahoney & Barthel, 1965; Wallace & Shelkey, 2012).

O Índice de Barthel assume-se como um instrumento de fácil aplicação e interpretação, de baixo custo, que consome pouco tempo no seu preenchimento e que permite monitorizações periódicas e longitudinais (Araújo et al., 2007). Este permite identificar o grau de (in)dependência da pessoa idosa de forma global e parcelar em cada uma das ABVD e planificar os cuidados de forma individualizada, consoante as (in)capacidades que emergirem e o risco de declínio funcional (Mahoney & Barthel, 1965; Araújo et al., 2007; Sequeira, 2010). Consoante a pontuação total e parcelar, o enfermeiro pode identificar quais os doentes que beneficiam de intervenções gerais ou específicas e decidir quais as metas da sua intervenção (Graf, 2008).

Contrabalançando as vantagens e desvantagens de cada uma das escalas e o local onde se pretende implementar, optou-se pelo Índice de Barthel por ser uma escala mais abrangente e se destinar a doentes com internamentos de curta a média duração. Para a sua implementação, procedeu-se ao pedido de autorização à Direção de Enfermagem do Hospital e aos autores que efetuaram a sua validação para a população portuguesa, tendo as suas respostas sido positivas, com o envio da escala validada pelo grupo para que pudesse ser implementada (Anexo IV, V, VI).

Em suma, a avaliação do grau de (in)dependência da pessoa idosa hospitalizada na realização das suas ABVD permite determinar o seu risco de declínio, orientar as intervenções de enfermagem, monitorizar a evolução do desempenho do idoso durante o internamento, diminuir os custos associados aos cuidados de saúde, identificar as necessidades de apoio no momento da alta hospitalar e, consecutivamente, melhorar a satisfação do idoso com os cuidados prestados (Pierre, 1998; Botelho, 2000; Graf, 2006). Contudo, importa não apenas avaliar o grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado como perceber quais as medidas preventivas que possam ser adotadas pelos enfermeiros para evitar ou minimizar o seu declínio no curso do internamento. Embora o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD possa ser em grande escala prevenido, cada profissional de saúde tem de possuir a consciência de que perante determinadas doenças crónicas e/ou terminais este pode ser progressivo e não reversível (Kresevic, 2012). Nestas situações, o enfoque das intervenções de enfermagem centra-se em minimizar o seu declínio, em capacitar o idoso e sua família para a gestão da doença, da sua evolução e, acima de tudo, em procurar manter o conforto e a qualidade de vida dos idosos.

2.4. Intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência da pessoa idosa hospitalizada na realização das suas atividades básicas de vida diária

A prevenção do declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD assume-se como uma prioridade, principalmente para os idosos (OMS, 2005). Quando questionados estes manifestam vontade de ir para casa mantendo a sua capacidade para andar, para gerir a sua medicação, para retomar as suas rotinas, não dependentes de terceiros e com uma atitude positiva relativamente ao futuro (Boltz, Capezuti, Shabbat & Hall, 2010). Encaram como essencial para uma sensação de bem-estar a manutenção da sua mobilidade e identificam a imobilidade hospitalar como uma barreira à sua independência (Boltz et al., 2010).

Com o intuito de determinar o impacto de um protocolo de mobilidade no estado funcional dos doentes idosos hospitalizados, Padula, Hughes e Baumhover (2009) efetuaram um estudo com 50 idosos internados em duas unidades de enfermagem distintas. Estes constataram que os idosos que participaram no protocolo de mobilidade mantiveram ou melhoraram o seu estado funcional relativamente ao momento da admissão, com uma variação média do score do Índice de Barthel de 11,5 versus 6,9 no grupo controle, e que reduziram o seu tempo de internamento para 4,96 dias versus 8,72 dias no grupo de controlo. Embora os idosos pertencentes ao grupo de intervenção tivessem efetuado levante para o cadeirão com menos frequência (intervenção: 5,9 vezes versus controle: 8,7 vezes) e tivessem deambulado no quarto mais esporadicamente (intervenção: 5,54 vezes versus controle: 7,16 vezes), estes comparativamente ao grupo de controlo começavam a deambular no corredor mais precocemente (intervenção: 2,7 dias versus controle: 4,9 dias) e com maior frequência (intervenção: 3,12 vezes versus controle: 2,44 vezes). Neste estudo, os resultados demonstram que deambular no corredor precocemente e de forma contínua é mais eficaz que efetuar o levante para o cadeirão e que deambular no quarto, por exigir mais força, equilíbrio e coordenação, o que contribui para a otimização do estado funcional do idoso e para a diminuição do seu tempo de internamento (Padula et al., 2009).

De forma similar, Mudge, Giebel e Cutler (2008) pretenderam avaliar o efeito de um programa de reabilitação, físico e cognitivo, no estado funcional dos doentes idosos hospitalizados. A intervenção consistiu num programa de exercícios prescritos e supervisionados pela unidade de fisioterapia, duas vezes ao dia; na educação da equipa

multidisciplinar, doentes e cuidadores quanto aos riscos da imobilidade e aos benefícios da mobilidade; e numa intervenção cognitiva, 3 a 4 dias por semana. Com a introdução do programa, os pacientes do grupo de intervenção eram muito menos propensos a serem observados na cama e passavam muito mais tempo de pé e a deambular pela enfermaria. Estes aumentaram o número de caminhadas no corredor de forma independente ou assistida pela família, pela equipa de enfermagem e/ou pelas fisioterapeutas. O grupo de intervenção apresentou uma melhoria pequena mas significativa no estado funcional no momento da alta hospitalar comparativamente ao momento da admissão, com uma variação média do score do Índice de Barthel de 8.5 versus 3,5 no grupo controle. No grupo que participou no programa apenas 1 idoso sofreu perda de capacidades funcionais versus 4 idosos do grupo de controlo e um número bastante significativo apresentou melhorias funcionais, numa percentagem de 88,7% versus 69,4% do grupo de controlo. Uma melhoria de 5 ou mais pontos no Índice de Barthel ocorreu em 41 doentes do grupo de intervenção (66,1%) em comparação com apenas 21 doentes do grupo de controlo (33,9%), corroborando estes resultados e conclusões com os dados do estudo anteriormente mencionado (Mudge et al., 2008).

Nesta perspetiva, emerge como componente vital dos cuidados de enfermagem de qualidade a mobilização precoce e frequente do doente idoso hospitalizado, como meio de manter e/ou readquirir o seu grau de (in)dependência prévio (Fletcher, 2005; King, 2006). O repouso no leito deve assim ser minimizado ao estritamente necessário e a atividade diária estimulada, de forma a que o idoso mantenha o seu grau de (in)dependência na deambulação e nas transferências. O idoso deve ser incentivado a efetuar o levante e a deambular duas a três vezes ao dia, preferencialmente no corredor, e ensinado sobre os benefícios fisiológicos e psicológicos da mobilidade, bem como, a sua família (Fletcher, 2005; King, 2006; Graf, 2008; Kresevic, 2012). Para estimular e facilitar o idoso no levante para o cadeirão, o plano da cama e as grades laterais de proteção devem ser mantidas baixas e o dispositivo de chamada individual acessível (campainha) para que este possa solicitar assistência sempre que necessite (King, 2006; Graf, 2008). Como existem doentes que necessitam de uma grande ajuda física da equipa de enfermagem para passar da cama para o cadeirão, pode ser necessário providenciar o uso de um dispositivo de assistência (elevador) para a transferência do doente (Fletcher, 2005). Para evitar a ocorrência de quedas deve ser assegurado o uso de meias e calçado antiderrapante pelo idoso e a deambulação deve ser supervisionada (King, 2006; Graf, 2008). Os móveis e equipamentos que podem obstruir as zonas de circulação do doente

devem ser removidos e as zonas bem iluminadas (Fletcher, 2005; King, 2006). Os corredores devem ser equipados com corrimões com marcadores de distância para manter os doentes motivados (Graf, 2006; King, 2006). Para promover momentos de descanso aquando da deambulação, devem ser colocadas cadeiras nos corredores para que os idosos possam efetuar pausas em segurança (Graf, 2006). Para os doentes que possuem uma marcha instável, segundo um estudo de Sennour, Counsell, Jones e Weiner (2009) pode ser necessário encaminhar o idoso para uma consulta de fisioterapia, avaliar as causas do desequilíbrio, rever a terapêutica, controlar a dor, aumentar a atividade e recorrer a auxiliares de marcha (andarilhos, canadianas, bengalas). Concomitantemente, devem ser efetuados exercícios com movimentos ativos e/ou passivos de amplitude para prevenir a rigidez e as contraturas articulares no idoso (Fletcher, 2005; King, 2006; Kresevic, 2012). As barreiras à mobilidade, como os sistemas de soros, de oxigénio e as drenagens, devem ser identificadas e a sua remoção efetuada quando não justificadas (King, 2006). Deve existir abertura para a presença dos familiares no curso do internamento, das pessoas que são significativas para o idoso, com visitas alargadas e flexíveis, que lhe permitam não se sentir tão isolado e que o ajudem a manter a sua função cognitiva, social e a deambular durante o horário das visitas (Dinis, 2006; King, 2006; Fulmer, 2007; Kresevic, 2012).

Dado o elevado número de idosos com alterações na acuidade auditiva e visual, que podem comprometer a sua mobilidade, deve ser encorajado o uso de próteses oculares, de amplificadores de página, de aparelhos auditivos e de amplificadores de som (Cacchione, 2005; King, 2006; Palmisano-Mills, 2007; Graf, 2008). Aos doentes com deficiências auditivas e alfabetizados deve ser fornecida informação escrita e na comunicação verbal usado um tom de voz suave e calmo para facilitar a compreensão e nunca adotado o grito como uma estratégia comunicativa (Cacchione, 2005; Palmisano-Mills, 2007; Graf, 2008).

A dor ao se assumir como uma experiência comum junto dos idosos hospitalizados que pode comprometer o seu nível de autocuidado, de atividade e conduzir a complicações iatrogénicas como as quedas, deve ser avaliada e controlada (Graf, 2008; Horgas & Saunjoo, 2008). A sua avaliação deve ser regular, sistemática e documentada pelo uso de um instrumento de medida que permita avaliar com precisão a eficácia das intervenções implementadas (Graf, 2008; Horgas & Saunjoo, 2008). Esta deve incidir sobre a intensidade, localização, caraterísticas, duração, frequência, fatores de alívio e de agravamento da dor (Horgas & Saunjoo, 2008). Deve ser efetuada a cada 4 horas, com

base no autorrelato do doente idoso, nas suas expressões verbais e/ou comportamentais e reavaliada 1 hora após se intervir no seu controlo (Horgas & Saunjoo, 2008). As intervenções devem incidir a nível farmacológico e não-farmacológico (alternância de decúbitos, estimulação cutânea - massagem, aplicação de calor/frio, técnicas de distração - toque terapêutico e estimulação do exercício), sendo que a combinação de ambas as abordagens são as mais eficazes (Horgas & Saunjoo, 2008; Radziewicz, Amato, Bradas & Mion, 2009).

Perante o risco eminente de desnutrição dos doentes idosos hospitalizados e de declínio do seu grau de (in)dependência na alimentação interessa melhorar o estado nutricional dos idosos e procurar que o momento das refeições promova o prazer de comer e a dignidade da pessoa (Amella, 2008; DiMaria-Ghalili, 2008). Importa não apenas monitorizar o peso e o apetite como sobretudo, conhecer as preferências alimentares e culturais do doente idoso para se personalizar a sua dieta e, se necessário, se encaminhar para a nutricionista (Pierre, 1998; King, 2006; DiMaria-Ghalili, 2008; Sennour et al., 2009; Melo, 2011). Como forma de se ir ao encontro das preferências do idoso, deve ser facilitado o fornecimento de comida vinda do domicílio e para colmatar défices nutricionais e/ou vitamínicos podem ser fornecidos suplementos no intervalo das refeições (Palmisano-Mills, 2007; DiMaria-Ghalili, 2008). Como grande número de idosos possui próteses dentárias por ausência de peças dentárias deve ser garantida a assistência na sua colocação e na sua higienização (Graf, 2006; King, 2006; DiMaria-Ghalili, 2008). No momento das refeições a pessoa idosa deve ser estimulada a alimentar-se na sala de refeições para se promover um momento mais encorajador à alimentação (Amella, 2008). Quando a pessoa não tem condições para se deslocar à sala de refeições, deve ser incentivada a efetuar o levante para uma cadeira ou, na sua impossibilidade, deve ser posicionada adequadamente no leito (Graf, 2006; King, 2006; Amella, 2008; DiMaria-Ghalili, 2008; Graf, 2008). O tabuleiro da refeição deve estar acessível e a altura da mesa da refeição ajustada (Xia & McCutcheon, 2006; King, 2006; Amella, 2008). Durante as refeições devem ser evitadas as interrupções para procedimentos não urgentes e deve ser incentivada a presença da família e a interação entre esta e o doente (Xia & McCutcheon, 2006; Amella, 2008; DiMaria-Ghalili, 2008). Deve ser encorajada a autoalimentação, em detrimento da alimentação assistida como meio de preservar tempo (Xia & McCutcheon, 2006). O pessoal disponível na hora das refeições deve ser maximizado para que possa ser supervisionada a alimentação dos idosos e garantida a assistência adequada a quem não se consegue alimentar sozinho (Xia & McCutcheon,

2006; King, 2006; Amella, 2008; DiMaria-Ghalili, 2008). Esta supervisão e assistência permitirão uma correta monitorização da ingestão hídrica e nutricional do doente idoso e um registo sistemático e preciso da mesma (Xia & McCutcheon, 2006). Por sua vez, para reduzir a probabilidade de dor ou náuseas aquando das refeições pode ser necessário a administração de analgésicos e/ou antieméticos consoante prescrição (DiMaria-Ghalili, 2008; Sennour et al., 2009).

Contudo, como o doente idoso hospitalizado apresenta um risco acrescido de reações adversas medicamentosas a sua prevenção intra-hospitalar assume-se como crucial para preservar as suas capacidades funcionais (Corsonello et al., 2009). Como ponto de partida deve ser efetuado o reconhecimento e despiste, por uma observação cuidadosa do doente, de qualquer novo sintoma indicativo de uma reação adversa, tendo em vista a revisão da terapêutica prescrita e a sua adequação às dosagens geriátricas (King, 2006; Fulmer, 2007; Tullmann, Mion, Fletcher & Foreman, 2008; Corsonello et al., 2009; Sennour et al., 2009). A polimedicação deve ser minimizada e, principalmente, encontradas alternativas ao uso de medicação psicoativa seja para induzir o sono, para reduzir a ansiedade ou para controlar episódios de confusão (Cabete, 2005; King, 2006; Fulmer, 2007; Corsonello et al., 2009).

Dado que o desenvolvimento de quadros confusionais, associados a quebras nas rotinas diárias e nas referências do idoso, se assumem como frequentes durante a sua hospitalização deve-se investir na sua prevenção e/ou atuação perante a sua ocorrência. Para o efeito e quando questionados os idosos referem que o ambiente hospitalar deve ser promotor de uma mente ativa e possuir programas diários que permitam a cada doente aumentar a sua interação social e a sua estimulação cognitiva (Boltz et al., 2010). Estes devem possuir atividades de recriação e ter a possibilidade de ler jornais, ouvir música, ver televisão, realizar quebra-cabeças, palavras cruzadas e efetuar jogos para evitar a privação sensorial (Graf, 2006). Num estudo de Mudge et al. (2008), os doentes idosos hospitalizados pertencentes a um grupo de intervenção realizaram 3 a 4 vezes por semana uma sessão cognitiva com atividades de orientação, socialização, memória e discussão de temas como a depressão e a ansiedade, para além de um programa de exercícios diários e de ensino dos benefícios da mobilidade. Com a implementação do programa a ocorrência total de delírio verificou-se em apenas 12 pacientes do grupo de intervenção (19,4%), em comparação com 22 doentes do grupo de controlo (35,5%). Concomitantemente, no grupo de intervenção verificou-se uma menor incidência de novos

casos de delírio durante o internamento (8,1% versus 14,5%) e um menor número de quedas (4,8% versus 11,3%).

Para ajudar a manter o doente orientado emerge assim como essencial preservar a rotina diária do idoso e investir na colocação de calendários e relógios visíveis nas enfermarias num processo contínuo de (re)orientação para a realidade (Graf, 2006; King, 2006; Tullmann et al., 2008; Sennour et al., 2009; Kresevic, 2012). De forma similar, para que o idoso mantenha as suas referências podem ser incentivadas a participação da família nos cuidados e a presença de objetos pessoais e significativos junto do doente, como fotografias da família e roupa pessoal (King, 2006; Palmisano-Mills, 2007; Graf, 2008; Tullmann et al., 2008; Radziewicz et al., 2009). Para uma maior vigilância os doentes confusos ou em risco de desenvolverem quadros confusionais devem permanecer numa enfermaria próxima da sala de enfermagem e longe de áreas de grande circulação e/ou ruído (Radziewicz et al., 2009).

Quando instalado o quadro confusional deve-se procurar identificar e agir sobre a sua causa (infeção, desidratação, distúrbios eletrolíticos, hipoxia, entre outas) procurando reverter o episódio (Tullmann et al., 2008; Radziewicz et al., 2009; Sennour et al., 2009). As restrições físicas e químicas devem ser evitadas e exploradas alternativas, investindo-se na colocação do plano da cama baixo, na redução da intensidade das luzes e dos ruídos noturnos, na utilização de uma música de fundo, na escuta, no uso do contacto visual, na comunicação de forma clara com tom de voz suave, no toque e no uso de técnicas de relaxamento e massagem (Graf, 2006; King, 2006; Fulmer, 2007; Tullmann et al., 2008; Radziewicz et al., 2009). Para evitar a exteriorização dos acessos venosos pode ser necessário camuflar o local com roupa ou ligaduras, obtura-los ou suspender a terapêutica endovenosa logo que clinicamente possível (Radziewicz et al., 2009). A restrição física deve então ser usada apenas em último recurso e devidamente documentada (Radziewicz et al., 2009). Para uma melhor otimização do sono o recurso à massagem, à acupuntura, à ingestão noturna de leite quente e à audição de música suave pode ser benéfica (Palmisano-Mills, 2007; Sennour et al., 2009).

Como meio de garantir a segurança do doente idoso, de maximizar a sua mobilidade e de manter o seu grau de (in)dependência para ir à casa de banho e para controlar a sua função urinária/intestinal, a cateterização vesical deve ser realizada apenas com indicação precisa e a desalgaliação efetuada quando não justificada (King, 2006; Fulmer, 2007; Tullmann et al., 2008; Sennour et al., 2009). Para prevenir a incontinência e a ocorrência de infeção urinária deve ser assegurada uma ingestão hídrica adequada e um

padrão de eliminação normal para a pessoa idosa (Pierre, 1998; King, 2006). Esta deve ser estimulada a eliminar na casa de banho de duas em duas horas e, na sua impossibilidade, pode ser oferecido o urinol e/ou a arrastadeira e apenas em último recurso a fralda (King, 2006; Palmisano-Mills, 2007; Graf, 2008).

Quanto aos cuidados de higiene e conforto estes devem ser realizados idealmente na casa de banho, como meio de preservar o grau de (in)dependência do idoso para tomar banho e cuidar da sua higiene pessoal (King, 2006). Como grande número de idosos possuem uma marcha instável ou uma incapacidade para deambular pode ser necessário providenciar o uso de dispositivos de adaptação, como cadeiras de rodas e/ou sanitárias, com braços laterais, para conduzir o doente à casa de banho (King, 2006). O uso de bancos de higiene, de chuveiros de mão e barras de apoio na casa de banho assumem-se como estratégias adaptativas que promovem a independência do idoso e que devem ser adotadas (Graf, 2006; King, 2006).

Como forma de personalizar o ambiente hospitalar deve ser facilitado o uso de pijamas e robes pessoais do idoso (King, 2006). Este deve ser estimulado a vestir-se e a despir-se sozinho ou ser assistido quando não for capaz, como meio de manter ou readquirir o seu grau de (in)dependência prévio no vestir e despir (King, 2006).

A otimização do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado requer tempo e disponibilidade das equipas de enfermagem, pelo que impera a necessidade de se investir na criação de um ambiente estimulante para o doente idoso hospitalizado e dotado de um número adequado de enfermeiros a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao doente geriátrico, que permita manter ou maximizar a sua função (King, 2006).

Em suma, as intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD assentam na mobilização precoce e frequente do idoso, na avaliação e controlo da dor, numa adequada nutrição e hidratação, na prevenção e/ou atuação perante quadros confusionais, na prevenção de reações adversas medicamentosas, na redução das restrições físicas e químicas, bem como, na manipulação ambiental. Por sua vez, os idosos quando questionados identificam o pouco conhecimento dos enfermeiros acerca da sua identidade e o seu sentimento de falta de controlo como barreiras à sua independência e alertam para a necessidade de políticas de informação e de inclusão do doente na tomada de decisão (Boltz et al., 2010). Deste modo, emerge como essencial

perceber a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa idosa em contexto hospitalar, no sentido de se promover a sua independência e autonomia.

2.5. A parceria com a pessoa idosa hospitalizada e em processo de transição como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si

O envelhecimento assume-se como um processo de ganhos e de perdas que decorre ao longo da vida e encontra-se profundamente marcado por transições. Estas ocorrem a nível biológico, psicológico e social, sendo que são as transições de saúde-doença vivenciadas pela população idosa e que podem precipitar o seu internamento, que trazem o idoso para o contacto com o enfermeiro (Schumacher, Jones & Meleis, 1999). Quando hospitalizado o doente idoso depara-se assim com a necessidade de experienciar uma dupla transição. Este necessita de vivenciar um processo de transição situacional pela hospitalização em si, ao transitar do seu meio habitual para o hospital, e de saúde-doença, pela própria doença que motivou a hospitalização (Schumacker & Meleis, 1994). Este vê-se obrigado a adaptar-se a um ambiente físico desconhecido, o hospital, podendo a hospitalização assumir-se como uma experiência bastante assustadora e capaz de lhe provocar um desequilíbrio (Siqueira, Cordeiro, Perracini & Ramos, 2004; Cabete, 2005; Kawasaki & Diogo, 2005; Meleis, 2007; Ovando & Couto, 2010). Este desequilíbrio quando efetivo pode afetar o estado de saúde do idoso, conduzir a recuperações lentas e/ou a mecanismos de *coping* ineficazes, manifestando-se por necessidades não satisfeitas, por uma incapacidade para cuidar de si e/ou por respostas não adaptativas (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000; Meleis, 2007). Este processo de transição ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro assume-se assim como um processo complexo e multidimensional, que envolve uma mudança no estado de saúde, nas relações, expectativas ou capacidades da pessoa idosa (Meleis, 2007).

Perante o exposto e dado que as transições possuem um profundo impacto na vida das pessoas idosas e implicações na sua saúde, assume-se como essencial a implementação de intervenções de enfermagem que visem a prevenção das suas consequências negativas e a otimização dos seus resultados em saúde (Schumacher & Meleis, 1994). O enfermeiro deve então ser capaz de identificar o tipo de transição vivenciada pelo idoso e os fatores que a desencadearam (Schumacher & Meleis, 1994). Deve ter consciência de que as transições são faseadas e que envolvem a vivência de todos os seus estádios para que o processo decorra de forma saudável (Schumacher et al., 1999). Este deve

perceber que numa primeira fase, com a hospitalização, a pessoa idosa vivencia uma quebra das suas relações, rotinas, hábitos, estilos de vida, e uma perda do seu papel sociofamiliar e da sua autoimagem (Schumacher et al., 1999; Cabete, 2005). Esta vê-se inserida num ambiente estranho, hostil, impessoal, que lhe impõe regras e limitações físicas, bem como, lhe pode suscitar sentimentos de isolamento, de perda de controlo, de perda de autonomia e de desorientação, característicos da segunda fase de transição (Schumacher et al., 1999; Cabete, 2005). Neste âmbito, Cabete (2005, p. 18) defende que "o medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são fatores reconhecidamente geradores de stress [para a pessoa idosa hospitalizada]". No entanto, numa terceira fase preconiza-se que a pessoa idosa descubra um significado para a transição que vivencia, significado este que lhe permita experienciar um controlo sobre a mesma e ultrapassá-la com sucesso (Schumacher et al., 1999). Durante este processo, o enfermeiro deve assim ajudar a pessoa idosa a encontrar novas estratégias de adaptação ao ambiente hospitalar e a adotar novos padrões de resposta comportamentais, enquanto meios facilitadores ou inibidores da transição. Deve procurar que o idoso adquira novos conhecimentos, novos comportamentos, novas competências, novos papéis e *empowerment* (Schumacher et al., 1999; Meleis, 2007). As forças e potencialidades do idoso devem ser maximizadas, tendo em vista a restauração dos seus níveis ótimos de saúde, de função, de conforto e de autossatisfação, que lhe permitam manter a sua identidade, a sua (in)dependência e a sua autonomia no regresso ao seu ambiente habitual (Meleis, 2007). O significado da experiência na sua globalidade e na perspetiva da pessoa idosa e da sua família, o impacto nas variáveis bio-psico-sociocultural, as suas consequências, as suas expectativas, os seus conhecimentos, as suas capacidades para a gestão da situação e o modo como a pessoa se adapta à mudança devem ser foco de atenção pelos enfermeiros (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2007). Os indicadores de insucesso ou de sucesso (bem-estar subjetivo, domínio de novos comportamentos, *empowerment*, melhor estado funcional, bem-estar no relacionamento interpessoal e com o meio envolvente) de uma transição devem ser identificados, como forma de avaliar as intervenções implementadas e reformulá-las consoante a sua necessidade, num processo de avaliação e monitorização contínuos (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000). Deste modo, e apenas com base na relação interpessoal estabelecida entre o doente e a enfermeira, se consegue que a pessoa idosa dê resposta às suas necessidades durante o processo de transição e atinja um elevado nível funcional, com clara expressão na sua capacidade de

autocuidado, de mobilidade e de ser independente (Schumacher et al., 1999; Casey, 2008; Dinis, 2006; Gomes, 2007; Kvale & Bondevik, 2008). Neste domínio, Meleis (2007, p.101) defende que:

> "o enfermeiro interage (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), estando este em constante interação com o seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição). Esta interação entre o enfermeiro e o recetor de cuidados está organizada de acordo com um propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas) sendo que os enfermeiros usam algumas ações/cuidados de enfermagem (intervenções terapêuticas) para aumentar ou recuperar a saúde e o bem-estar [da pessoa idosa]".

Para se promover uma transição saudável assume-se assim como imprescindível que o enfermeiro consiga afastar-se de comportamentos paternalistas que encaram a pessoa idosa como uma mera recetora passiva de cuidados e que são lhe altamente restritivos da sua autonomia e dignidade (Gomes, 2007; Kvale & Bondevik, 2008). Este deve descentrar-se de si próprio, para se concentrar na pessoa idosa, enquanto ser de projeto e de cuidado, procurando capacitá-la para uma tomada de decisão partilhada (Gomes, 2009). Ao centrar os cuidados no doente idoso, o enfermeiro demonstra que percebe que quando lhes é dada essa oportunidade os idosos, mesmo vulneráveis, querem tomar decisões e possuir controlo sobre a sua situação de saúde-doença, bem como, sobre a sua vida diária no hospital (Royal College Nursing [RCN], 2004; Gomes, 2007; Kvale & Bondevik, 2008). Estes querem ser tratados como pessoas peritas nos seus próprios cuidados e com contributos válidos para os mesmos (RCN, 2004; Gomes, 2007; Kvale & Bondevik, 2008).

No entanto, para que os idosos participem no seu projeto de saúde e se assumam como parceiros ativos nos cuidados, o enfermeiro tem de lhes conceder poder e a relação estabelecida deve ser pautada pela partilha e reciprocidade (Gomes, 2011). Isto implica que o enfermeiro valorize e respeite os saberes da pessoa idosa, as suas experiências, os seus quereres e os seus sentimentos (Kvale & Bondevik, 2008; Gomes, 2011). Que informe o idoso acerca da sua situação de saúde-doença, do porquê de cada procedimento, com informação clara e adequada à sua compreensão, para que este seja capaz de questionar e tomar decisões acerca do seu tratamento e dos cuidados que lhe

são prestados (RCN, 2004; Sahlsten, Larsson, Sjostrom, Lindencrona & Plos, 2007; Kvale & Bondevik, 2008).

Pela partilha intencional com a pessoa idosa de parte dos seus conhecimentos especializados, o enfermeiro consegue assim aumentar a sua capacidade de decisão (Sahlsten et al., 2007). De acordo com Gomes (2007) "os objetivos terapêuticos passam a ser definidos conjuntamente e o enfermeiro compromete-se a ajudar a pessoa idosa a percorrer o caminho a que se propôs". Nesta caminhada, enfermeiro e doente passam a olhar para a relação de uma forma não hierárquica, existindo uma equidade no processo de tomada de decisão (Sahlsten et al., 2007; Casey, 2008; Sousa, 2009). A comunicação é aberta, o feedback permanente, a aprendizagem é mútua e os problemas/necessidades são resolvidos conjuntamente, o que pressupõe uma relação baseada no respeito mútuo, na vontade de negociar, de cooperar e no fluxo de informação (Casey, 2008). Similarmente, Tutton (2005) defende que numa relação de parceria a confiança, o respeito pela pessoa, independentemente da sua condição ou comportamento, e a negociação são valores fundamentais.

O estabelecimento de uma relação de parceria visa assim o crescimento interno do idoso pelo aumento dos seus conhecimentos, competências e da consciência das suas potencialidades, limites e direitos próprios, que lhe vão permitir participar ativamente na relação terapêutica e deter poder e controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (Gibson, 1991; Falk-Rafael, 2001). Esta permite dar voz aos doentes quanto aos cuidados que lhe são prestados e capacitá-los para a autogestão da sua situação de saúde-doença (Hook, 2006; Gomes, 2011). Concomitantemente, permite aumentar a sua motivação e satisfação com os cuidados recebidos, reduz a sua ansiedade, o stress e eventuais complicações associadas à sua hospitalização (Sahlsten et al., 2007).

A parceria assume-se então como um processo que visa um cuidado centrado na pessoa e que decorre em cinco fases distintas, defendidas por Gomes (2011, p. 54): "Revelar-se, Envolver-se, Capacitar e Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de si ou Assegurar o cuidado do outro".

Na fase do Revelar-se, o enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa idosa, o seu contexto de vida, os seus recursos pessoais, a forma como esta se encontra a vivenciar a situação de doença, o impacto desta na sua trajetória e projeto de vida, as suas necessidades e o seu potencial de desenvolvimento, nomeadamente o seu grau de (in)dependência prévio e atual (Gomes, 2009, 2011). Similarmente, Tutton (2005) defende que para se estabelecer uma relação de parceria o enfermeiro tem de inicialmente

procurar conhecer a pessoa idosa, a sua biografia e história pessoal, o modo como vivencia a situação de doença e/ou dependência, bem como, as suas oportunidades de mudança. Este tem de ir ao encontro da pessoa, tem de se conectar com esta, procurando compreender o que a pessoa sente, como gosta de ocupar os seus dias, o que dá sentido à sua vida, o que valoriza, procurando atender aos pormenores e antecipar as suas necessidades (Tutton, 2005). Deve aceitar a pessoa na sua plenitude e trabalhar com a mesma em função das suas necessidades e preferências (Tutton, 2005).

Na fase do Envolver-se, o enfermeiro procura encontrar tempo e disponibilidade para a relação, procura promover um ambiente seguro, um espaço de reciprocidade, nomeadamente um espaço capacitador e adaptado às necessidades da pessoa idosa (Gomes, 2009, 2011). Enfermeiro e doente estabelecem uma relação de confiança recíproca, partilham significados da experiência e informação/conhecimentos de uma forma clara e verdadeira (Gomes, 2009, 2011). O enfermeiro clarifica o que se espera da relação, nomeadamente o que o idoso pode fazer sozinho, o que pode fazer com ajuda e o que não pode fazer, tendo em conta o seu grau de (in)dependência atual (Gomes, 2009, 2011). Neste âmbito, RCN (2004), Sahlsten et al. (2007) e Kvale & Bondevik (2008), defendem que trabalhar em parceria implica criar um ambiente de abertura, confiança, disponibilidade, reciprocidade, emocionalmente seguro e de intimidade para que o doente se sinta confiante para exprimir a sua opinião, questionar e tomar decisões. Similarmente, Hook (2006) defende que como antecedentes ao estabelecimento de uma relação de parceria existe a necessidade de se criar um ambiente seguro, de se possuir disponibilidade temporal, o apoio das chefias e boas relações interdisciplinares que permitam operacionalizar a efetiva participação dos doentes nos seus cuidados.

Na fase do Capacitar e Possibilitar, o enfermeiro procura uma ação conjunta com a pessoa idosa que visa o desenvolvimento das suas competências para decidir e agir (Capacitar) (Gomes, 2009, 2011). O enfermeiro mobiliza a singularidade do idoso para o ajudar a transformar as suas capacidades potenciais em reais, a readquirir o seu grau de (in)dependência prévio, consoante o seu ritmo e *timings* (Gomes, 2009, 2011). Desenvolve um processo informado e negociado, com base na partilha do poder e da responsabilidade e valida a eficácia dos cuidados (Gomes, 2009, 2011). Este processo de capacitação vai permitir assim aumentar a autoestima, a autoconfiança, as capacidades relacionais, a proatividade, a gestão de recursos e as tomadas de decisão responsáveis por parte da pessoa idosa (Falk-Rafael, 2001; Kvale & Bondevik, 2008). Concomitantemente, Hook (2006) defende que uma relação de parceria deve possuir

enraizados atributos como a autonomia do doente, a partilha da informação e do conhecimento, do poder e da tomada de decisão. Caso o doente idoso não possua capacidade de decisão, o enfermeiro assegura o cuidado que este deveria ter consigo, tendo em conta o conhecimento da sua identidade, da sua experiência de vida e do seu grau de (in)dependência prévio, ou capacita o familiar cuidador para cuidar da pessoa idosa, com o objetivo último que esta prossiga com o seu projeto de vida (Possibilitar) (Gomes, 2009, 2011).

Na fase do Comprometer-se, o enfermeiro procura conjugar esforços para atingir os objetivos definidos, nomeadamente a manutenção ou o readquirir do grau de (in)dependência prévio do doente idoso hospitalizado (Gomes, 2009, 2011). Este trabalha o desempenho do idoso na realização das suas ABVD e monitoriza a sua evolução, prevenindo o declínio do seu grau de (in)dependência. As suas ações têm como objetivo uma transição gradual de uma capacidade potencial para uma capacidade real (Gomes, 2011).O idoso, por sua vez, compromete-se com os objetivos a que se propôs, sendo que o enfermeiro dá suporte à sua consecução ou, na sua impossibilidade, compromete-se a cuidar do mesmo tendo por base intervenções que previnem o declínio do seu grau de (in)dependência (Gomes, 2009, 2011). Na fase do Assumir o controlo do cuidado de si[6] ou Assegurar o cuidado do outro, a pessoa idosa manifesta conforto e bem-estar, tendo a capacidade de assumir o controlo do cuidado de si, do seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2009, 2011). Na ausência dessa capacidade, o enfermeiro garante que a sua família tem conhecimento do grau de (in)dependência da pessoa idosa na realização das suas ABVD e possuiu capacidade para cuidar do idoso e permitir que este continue com o seu projeto de vida, encarando o enfermeiro como um recurso (Gomes, 2009, 2011). Nesta perspetiva, Hook (2006) defende que como principal resultado ou consequência de uma relação de parceria emerge a capacitação da pessoa, que se expressa por ganhos a nível da sua saúde, pelo aumento da sua capacidade de autogestão da sua situação de saúde-doença e por uma utilização mais adequada dos serviços de saúde. Similarmente, Schumacher et al., (1999) defendem que a capacitação se assume como um indicador de sucesso de uma transição.

Em suma, a parceria assume-se como:

[6] **Cuidado de si**: Cuidado que assume uma dupla faceta: o cuidado de Si Próprio e o cuidado de Si/Outro (Gomes, 2009)

> “ um processo que envolve o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação, na qual se partilham significados da experiência da pessoa dados por esta ou pela família, com um duplo sentido: a construção de uma ação conjunta, quando o doente tem capacidade de decisão; [ou] a construção de uma ação em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, quando o doente não tem capacidade de decisão. Desta forma, se contribui para a autonomia do doente idoso e para um cuidado mais centrado na pessoa, permitindo que esta possa controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e de saúde” (Gomes, 2009, p. 251).

Nesta medida, assume-se como crucial que os enfermeiros desenvolvam competências relacionais e de parceria, que lhes permitam ajudar a pessoa idosa hospitalizada a vivenciar este período de instabilidade da sua vida, a criar condições propícias a uma transição saudável, a reforçar ou a encontrar um projeto e significado para a sua vida, a diminuir ou evitar as complicações inerentes a uma hospitalização, nomeadamente o declínio do seu grau de (in)dependência, contribuindo para que esta possa prosseguir na consecução do seu projeto de vida e de saúde (Schumacher & Meleis, 1994; OE, 2001; Gomes, 2002; Sequeira, 2010).

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Enquanto caminho percorrido para a concretização dos objetivos delineados este capítulo explicita e fundamenta as decisões metodológicas do presente projeto.

3.1. Desenho do Projeto

Um projeto tem como ponto de partida uma necessidade ou uma situação a que se pretende dar resposta e emerge de uma vontade inicial de mudança (Guerra, 2002). Este tem início com a identificação de um problema real numa situação atual, que se opõe a uma situação desejada, e possui uma metodologia específica, a metodologia de projeto (Guerra, 2002). Dada a problemática identificada no Serviço, o desenho deste projeto teve por base uma metodologia de projeto que se assume como uma "investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes que visam a sua resolução" (Nunes et al., 2010, p. 2). Pode definir-se como um conjunto de operações explícitas que, partindo de uma situação, problema ou necessidade de mudança, permitem produzir uma imagem antecipada de um processo de transformação do real e prever uma mudança (Guerra, 2002). Suporta-se num processo de investigação-ação dado que não se limita a estudar o contexto da prática para identificar problemas ou áreas que necessitam de mudança, como identifica eventuais soluções, implementa-as e estuda os efeitos da ação desenvolvida (Guerra, 2002; Streubert & Carpenter, 2002). Esta metodologia possui 5 etapas (Identificação do Problema e Diagnóstico; Definição dos Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; e Divulgação dos Resultados) que se assumiram como o fio condutor à consecução do projeto.

3.2. Identificação do Problema e Diagnóstico (1ª Etapa)

O diagnóstico da situação assume-se como a primeira fase da metodologia de projeto durante a qual se procede à identificação de um problema real e se pretende conhecer as suas causas e não apenas as suas manifestações (Guerra, 2002; Nunes et al., 2010). Baseia-se em informações exógenas e endógenas ao contexto do problema e permite

elaborar um modelo descritivo da realidade onde se pretende atuar e mudar (Guerra, 2002; Nunes et al., 2010). A fase de diagnóstico do projeto teve início com uma análise detalhada da realidade, onde por meio da observação, da reflexão acerca da prática de cuidados, do conhecimento do estado da arte (Capítulo II) e de reuniões informais com a enfermeira-chefe, se procedeu à definição da problemática (Capítulo I). Identificado o problema da não avaliação sistemática do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD e da ausência de uma uniformização das intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, assumiu-se como essencial complementar esta informação com um conhecimento aprofundado dos recursos do contexto em que se pretendia intervir e que poderiam influir no desenvolvimento do projeto.

3.2.1. Contexto de Ação

O projeto decorreu num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa, que tem como missão prestar cuidados a doentes adultos com patologias do foro respiratório, com exceção da tuberculose. Este possui 23 enfermeiros, 8 médicos, 17 assistentes operacionais, uma assistente social, uma dietista, uma secretária de unidade e o apoio da psicologia e da psiquiatria. Possui como método de distribuição de trabalho o por enfermeiro responsável, encontrando-se escalados 5 enfermeiros no turno da manhã, 4 no turno da tarde e 3 no turno da noite.

O serviço é composto por 11 enfermarias, com 32 camas dotadas de um mecanismo de elevação elétrico e de um comando regulador, cada uma com grades laterais removíveis, com luz e campainha individuais. Cada unidade possui uma mesa-de-cabeceira, um cadeirão e um armário individuais onde o doente pode colocar os seus objetos pessoais. Todos os quartos têm uma casa de banho com poliban na antecâmera que dá acesso à enfermaria, existindo contudo apenas um banho assistido no serviço. Este dispõe de 1 banco de higiene, 3 cadeiras sanitárias, 6 cadeiras de rodas, 3 andarilhos, um elevador de transferência do doente para o cadeirão e 3 degraus antiderrapantes para os doentes subirem para as camas. Possui uma televisão em cada enfermaria e uma na sala de refeições dos doentes, duas balanças para avaliar o peso dos doentes e dispõe apenas de um relógio no corredor do serviço.

O piso do serviço é regular, embora as enfermarias sejam maioritariamente estreitas, com portas de pequenas dimensões. Possui um horário de visitas alargado (das 11h às 20h),

com um número máximo de 2 visitas das 15h às 16h e de 1 visita no restante período. Por sua vez, o serviço possui uma sala destinada a reuniões e formações, que dispõe de mesas, cadeiras, um computador e um projetor.

3.3. Definição dos Objetivos (2ª Etapa)

Com o problema identificado e o conhecimento real do seu contexto, torna-se premente definir a finalidade do projeto e formular objetivos adequados, realistas e operacionais. Dado que a finalidade de um projeto indica a sua razão de ser e explicita a sua contribuição na resolução do problema identificado, este projeto de intervenção visa (Guerra, 2002):

1. Prevenir o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de Lisboa, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si.

Em concordância com a finalidade, emergem os objetivos gerais deste projeto que pretendem assumir-se como orientações para a ação e que consistem em:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do Serviço na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si.

Definidas as grandes linhas de trabalho, procedeu-se ao planeamento da ação enquanto estrutura operacional que permitiu atingir os objetivos delineados.

3.4. Planeamento (3ª Etapa)

O planeamento assume-se como um processo concertado de intervenção, no qual se constrói um "modo de fazer, fazendo" (Guerra, 2002, p. 167). Tendo por base a finalidade, os objetivos gerais do projeto, o conhecimento dos recursos do contexto, bem como, as competências específicas a desenvolver no cuidado ao idoso e família, foram programadas e priorizadas atividades fundamentais à sua consecução, conforme cronograma em apêndice (Apêndice III). A elaboração do cronograma pretendeu conceder uma visualização rápida e facilitada da calendarização das atividades planeadas, em função dos objetivos específicos que foram definidos para o projeto. Neste âmbito, Guerra (2002) atesta que o plano de atividades não se limitando a uma sequência de atividades, procura a sua priorização e indica, de forma detalhada e sistemática, o que se pretende fazer, quando, como e quais os sujeitos responsáveis pela sua execução (participantes).

Participantes

Um projeto necessita de uma população ou de participantes, enquanto conjunto de pessoas que possuem características em comum e que, fazendo parte do projeto, são selecionadas consoante determinados critérios. Como critérios de seleção estabeleceu-se que os participantes no projeto seriam enfermeiros, de ambos os sexos, a exercer funções no serviço, bem como, todos os doentes idosos a quem prestei cuidados no âmbito do estágio. Para promover a sua participação assegurou-se a cada participante o direito à autodeterminação salvaguardado pelo princípio do respeito pela dignidade humana, garantiu-se a sua proteção perante qualquer dano físico e/ou psicológico preconizado pelo princípio da beneficência e foi-lhe assegurada a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos ao abrigo do principio da justiça (Streubert & Carpenter, 2002; Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009). De acordo com os critérios supracitados, participaram no projeto 22 enfermeiros (Apêndice IV), com idades compreendidas entre os 23 e os 53 anos de idade, 21 dos quais em prestação direta de cuidados e a enfermeira-chefe. Foram consultados todos os processos clínicos (registos de enfermagem) dos doentes idosos internados no serviço, tendo o número de registos em análise variado nas diferentes fases do projeto, de acordo com critérios previamente estabelecidos. Na consulta dos processos foram definidos então critérios de seleção, tendo estes de pertencer a doentes idosos internados no serviço, de ambos os

sexos, e com um período de internamento ≥ 5 dias. A escolha por este período temporal procurou ter em conta o tempo médio de internamento dos idosos no serviço (9 dias), o tempo inicial de resposta terapêutica e a necessidade de uma monitorização contínua do desempenho dos doentes idosos nas suas ABVD no curso do internamento, por forma a validar a eficácia das intervenções implementadas e a orientar as intervenções futuras.

Enquanto enfermeira a desenvolver competências como especialista no cuidado ao idoso assumi concomitantemente um papel ativo e participante na consecução do projeto. Ao procurar interagir e partilhar a experiência dos participantes e ao assumir os papéis de formadora, dinamizadora e prestadora direta de cuidados ao doente idoso hospitalizado, aspetos a aprofundar no capítulo seguinte, desenvolvi competências de formação junto da equipa de enfermagem, ao mesmo tempo que investi na minha autoformação. Dado que para a efetiva consecução do projeto emerge como essencial a sua contínua monitorização, procurei ainda assumir esta função e colher dados junto dos participantes que me permitissem avaliar continuamente o processo de mudança pretendido.

Instrumentos de Recolha e Análise dos Dados

Os dados assumem-se como elementos de informação colhidos junto dos participantes e que vão permitir ao dinamizador do projeto enriquecer o seu entendimento sobre a problemática em análise. Com o objetivo de diagnosticar e monitorizar a implementação do projeto foram, no seu decurso, colhidos dados por meio da análise documental dos registos de enfermagem, da aplicação de questionários aos enfermeiros, da observação participante da sua prática de cuidados e da solicitação aos participantes de uma reflexão final acerca do seu contributo. Colhidos os dados emergiu a necessidade de os agrupar, organizar, examinar e tentar penetrar na sua significação, pelo que se recorreu à análise estatística para o tratamento dos dados resultantes da consulta dos registos de enfermagem e ao método de análise de conteúdo para os dados obtidos com os questionários, a observação participante e a reflexão final dos enfermeiros (Bardin, 2011). De forma similar, Fortin (2009) sustenta que a flexibilidade dos métodos de colheita e análise dos dados favorece a descoberta e/ou o aprofundamento dos fenómenos em estudo. Para uma melhor compreensão do trabalho efetuado junto e com a equipa de enfermagem do serviço, optou-se pela criação de um capítulo independente (Capítulo 4) para se proceder à explicitação da 4ª e 5ª etapas do projeto (execução, avaliação e divulgação dos resultados e das aprendizagens realizadas).

4. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS (4ª E 5ª ETAPAS)

Este capítulo descreve e justifica as atividades desenvolvidas no presente projeto, que teve início a 3/11/2011 e término a 8/03/2012. Para a sua consecução assumiu-se como grandes linhas de orientação os objetivos específicos do projeto, que suportaram a explicitação das atividades desenvolvidas e permitiram explanar e discutir à luz da evidência científica atual os resultados alcançados nas suas diferentes fases. Ambos os objetivos específicos abaixo descritos, visaram simultaneamente o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa de enfermagem, tendo as suas atividades sido desenvolvidas em termos temporais de uma forma sequencial.

4.1. Desenvolver uma prática de enfermagem avançada adequando os cuidados às necessidades em saúde da pessoa idosa hospitalizada e sua família

Para o desenvolvimento de competências na área clínica do idoso e da sua família e como forma de desenvolver uma prática de cuidados diferenciada e de qualidade capaz de dar resposta a situações de saúde-doença da pessoa idosa de elevada complexidade, assumiu-se como essencial prestar cuidados diretos a este grupo de intervenção.

Prestação de cuidados diretos à pessoa idosa hospitalizada com enfoque na avaliação sistemática do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e na implementação de intervenções de enfermagem que previnem o seu declínio, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si

A prestação de cuidados ao doente idoso em contexto de internamento assumiu-se como uma atividade transversal a todo o período de estágio e visou o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa de enfermagem para um cuidado centrado no idoso. Se por um lado pretendia traduzir na prática as aprendizagens efetuadas durante a minha formação especializada de modo a alcançar "… um elevado grau de adequação dos

cuidados às necessidades de saúde da pessoa" idosa, por outro pretendia desafiar os enfermeiros a repensarem o seu modo de atuação e a equacionarem novas formas de intervir junto da pessoa idosa pela observação da minha prática de cuidados (OE, 2010, p. 3). Deste modo, procurei durante a minha prestação de cuidados ter por base o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009) enquanto guia orientador para uma prática de cuidados centrada no idoso. Para o efeito procurei encarar a pessoa idosa como um ser único, com uma identidade e universo de significação próprios que tinha de conhecer para uma prestação de cuidados individualizada. Assumindo-se o idoso como um ser de cuidado e de projeto, procurei simultaneamente conhecer o seu contexto de vida e de doença, o significado que a doença possuía na sua trajetória de vida, bem como, os recursos pessoais e do contexto de que dispunha para fazer face à sua situação. Paralelamente, procurei efetuar uma avaliação multidimensional do idoso (Anexo VI e Anexo VII), incidindo especialmente o meu foco de atenção na avaliação do risco de declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD. Este conhecimento holístico do idoso aliado ao conhecimento do processo de envelhecimento e do impacto da hospitalização no seu grau de (in)dependência permitiram-me assim estabelecer prioridades de intervenção e formular diagnósticos. Como os cuidados de enfermagem se norteiam pelos projetos de saúde e de vida que cada idoso possui, privilegiei o planeamento conjunto das intervenções e a negociação dos cuidados, sendo a pessoa idosa e a sua família os principais agentes de decisão e de parceria na sua implementação. As idiossincrasias, valores e crenças do idoso foram sempre respeitados, bem como, o seu direito à informação de uma forma clara e verdadeira, o que possibilitou o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa idosa e com a sua família e viabilizou a expressão de dificuldades, receios e necessidades. Como forma de prevenir o declínio do grau de (in)dependência do idoso durante a sua hospitalização procurei monitorizar sistematicamente a evolução do seu desempenho na realização das suas ABVD com o Índice de Barthel. Esta avaliação permitiu-me identificar de forma individualizada as ABVD afetadas, implementar intervenções direcionadas ao seu restabelecimento e monitorizar os resultados obtidos com as intervenções executadas. Durante este processo procurei incentivar o idoso ao cuidado de si e respeitar sempre os seus hábitos e preferências, sendo que para o efeito procurei conceder-lhe tempo para o desempenho da respetiva atividade e não interferir na sua execução. Como meio de aumentar a sua proatividade tive o cuidado de promover a autoestima do idoso pelo reforço positivo do seu desempenho e pela salvaguarda da sua dignidade. Com base na

evolução do seu desempenho nas ABVD consegui identificar situações em que, aquando da alta hospitalar, a satisfação destas atividades teriam de ser total ou parcialmente asseguradas pela família no domicílio. Perante estas situações procurei desenvolver intervenções que capacitassem os cuidadores para a prestação de cuidados globais ao idoso (demonstração, treino e supervisão), envolvendo as famílias nos cuidados e educando-os sobre o que fazer, como fazer e quando fazer. Na impossibilidade da família assegurar esse cuidado e de permitir que este continue com o seu projeto de vida, procedeu-se ao encaminhando da situação para a assistente social na tentativa de se encontrar uma resposta formal às necessidades do idoso ou, em caso de necessidade, providenciar os recursos adaptativos necessários ao idoso para o seu desempenho. Como a prestação de cuidados ao doente idoso apenas possui sentido em colaboração direta com toda a equipa multidisciplinar procurei trabalhar em parceria com o médico assistente e a nutricionista, na avaliação da necessidade de ajustes terapêuticos e/ou nutricionais. Como forma de promover a continuidade dos cuidados e principalmente dar visibilidade à informação colhida junto do idoso e da sua família e ao trabalho desenvolvido em parceria com estes, procurei transmitir essa informação não apenas oralmente nas passagens de turno, como traduzi-la nos meus registos de enfermagem. Estes procuraram evidenciar as atividades em risco de declínio, as intervenções implementadas no turno para inverter esta tendência e os resultados alcançados com as mesmas. Foram ainda realizados estudos de caso durante os quais procurei desenvolver a minha capacidade de colher de modo aprofundado, sistematizado e organizado informações sobre a pessoa idosa e a sua família. Estes dados permitiram-me analisar as repercussões da situação de doença na vida do idoso e no seu grau de (in)dependência, definir intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem e avaliar os resultados a nível do seu desempenho nas ABVD e na sua saúde em geral.

Como forma de dar continuidade ao processo de desenvolvimento de competências pessoais no cuidado especializado á pessoa idosa e sua família realizei reflexões pessoais e escritas sobre o que observei e vivenciei durante a prestação de cuidados a este grupo de intervenção, procurando em simultâneo refletir na e sobre a ação (Alarcão & Tavares, 2003). A escrita, enquanto mediadora da reflexão, permitiu-me com base no Ciclo de Gibbs transpor para o papel os acontecimentos, pensamentos e sentimentos experienciados, viabilizando pela sua análise e pelo questionamento permanente da minha prática de cuidados, a reconstrução do acontecido, a construção de um novo entendimento da situação e o equacionamento de novas formas de otimização do grau de

(in)dependência do idoso. Neste âmbito, Santos e Fernandes (2004, p. 60) defendem que "a pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática".

Em suma, enquanto enfermeira a desenvolver competências no cuidado ao idoso e família procurei sempre atuar no sentido de ajudar o idoso a manter ou alcançar o seu potencial máximo, trabalhando conjuntamente com este no restabelecimento da sua saúde e no alcance do seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados prestados procuraram sempre centrar-se no idoso, prevenir o declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e capacita-lo a si ou à sua família, durante este processo de transição, para assumir ou assegurar o cuidado de si no momento da alta hospitalar. A reflexão que marcou todo este percurso formativo permitiu-me sistematizar o conhecimento gerado na interação com o doente idoso e com a sua família e os estudos de caso desenvolver capacidades pessoais de identificação, planeamento e intervenção junto da pessoa idosa, tendo em vista a sua reabilitação funcional (ABVD) e a promoção do seu projeto de vida.

Como as competências de um (futuro) enfermeiro especialista e mestre se adquirem na prática direta de cuidados ao doente idoso e sua família, bem como, na dinamização de atividades que permitam otimizar a resposta das equipas prestadoras de cuidados às pessoas idosas (prática indireta), este projeto procurou comtemplar estas duas vertentes. Para o efeito, senti a necessidade de perceber inicialmente de que forma os enfermeiros avaliavam o grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD e que intervenções implementavam para prevenir o seu declínio.

4.2. Identificar a prática de cuidados de enfermagem ao doente idoso hospitalizado, com enfoque na avaliação das suas ABVD e na promoção do cuidado de si, tendo por base um modelo de intervenção em parceria

Com o objetivo de se efetuar um diagnóstico da situação mais aprofundado ao previamente efetuado e identificar a prática de cuidados inicial, questionei-me: De que forma se efetua a avaliação das ABVD do doente idoso hospitalizado no serviço e que intervenções são implementadas para prevenir o seu declínio? Como meio de obter

resposta a esta questão solicitei autorização à Direção de Enfermagem do respetivo hospital, que foi concedida, para aplicar um questionário aos enfermeiros e analisar os registos de enfermagem dos processos clínicos dos doentes idosos internados. Para complementar estas informações decidi realizar durante o meu estágio uma observação participante da prática de cuidados de enfermagem, como forma de aceder aos comportamentos e atividades desenvolvidas pelos participantes junto dos doentes idosos para otimizar o seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD.

Elaboração e aplicação de um questionário aos enfermeiros

O questionário assume-se como um instrumento de colheita de dados que ao exigir dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões visa recolher informação factual sobre acontecimentos, atitudes, crenças, sentimentos e opiniões (Fortin, 2009). A escolha pela sua aplicação deveu-se ao fato de ser pouco dispendioso, exigir pouco tempo na sua aplicação, oferecer a possibilidade de anonimato e permitir a ausência de um entrevistador (Polit et al., 2004; Fortin, 2009). Este possuiu como intuito perceber qual a importância atribuída pela equipa de enfermagem à avaliação das ABVD do doente idoso hospitalizado, compreender de que forma os enfermeiros a efetuavam e que dificuldades possuíam na sua avaliação. Com a sua aplicação pretendeu-se ainda criar um instrumento de interação e comunicação com os enfermeiros face à compreensão da realidade e à identificação das suas necessidades (Guerra, 2002). Para colher os dados foram criados dois questionários mistos, para aplicar à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe, com perguntas abertas e fechadas, em função da informação que pretendia recolher junto dos participantes (Apêndice V e VI). Os questionários, de caracter predominantemente exploratório, possuíam perguntas abertas para fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência (Fortin, 2009). Com estas perguntas pretendeu-se conceder liberdade aos participantes para responderem pelas suas próprias palavras a aspetos valorizados e efetuados junto do idoso na avaliação das suas ABVD (Polit et al., 2004). Foram concomitantemente efetuadas perguntas fechadas, com uma lista de respostas pré-estabelecidas (Escala de Likert), para permitir a sua fácil codificação, a sua comparação e a sua rápida análise (Polit et al., 2004; Fortin, 2009). Optou-se pela autoadministração do questionário, sendo este entregue em mãos a todos os participantes e preenchido por estes sem ajuda (Fortin, 2009). Foi criado um *dossier* do projeto onde os questionários eram colocados, à medida que eram preenchidos pelos participantes, tendo sido

estabelecido um prazo máximo de entrega de 15 dias (28/11/2011 a 12/12/2011). Foram entregues 20 questionários, sendo que estes não foram aplicados a 2 enfermeiros por um se encontrar de licença de maternidade e outro de férias, o que corresponde a uma taxa de participação de 91%. De acordo com os questionários entregues, a taxa de resposta foi de 100%. Cada questionário realizado foi codificado numericamente, de forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos resultados (Fortin, 2009). Foi efetuada a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas e o tratamento estatístico das respostas às perguntas fechadas. O recurso à análise de conteúdo visou obter, pela explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens dos participantes, indicadores que permitissem a realização de deduções lógicas e justificadas relativas às condições de produção/receção das mensagens (Bardin, 2011). Inicialmente efetuou-se a organização do corpus (questionários), enquanto conjunto de documentos a serem submetidos a análise, para posteriormente serem determinadas as unidades de registo (UR), criadas as (sub)categorias, definido o tema e, assim se extrair o significado das respostas dos enfermeiros às questões abertas (Bardin, 2011). As (sub)categorias foram criadas *à priori* e, concomitantemente, à posteriori consoante a pergunta em causa (Apêndice VII).

Da análise dos questionários constatou-se que para os enfermeiros a avaliação da capacidade funcional dos doentes idosos hospitalizados se centra essencialmente na avaliação do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD (19 UR) e na avaliação do seu estado cognitivo (4 UR), não se verificando qualquer referência à avaliação das suas AIVD, da sua capacidade sensorial e mobilidade (Kresevic, 2012). Quando questionados acerca da importância da avaliação das ABVD do doente idoso hospitalizado para a sua prática de cuidados, cerca de 20% dos enfermeiros afirmam que concordam com a sua utilidade, sendo que 80% concordam plenamente. Estes afirmam efetuar a avaliação das ABVD do idoso, na medida em que, permite identificar o seu grau de (in)dependência (3 UR), individualizar (7 UR) e planear os cuidados (5 UR), identificar capacidades, limitações e necessidades do doente (4 UR), planear intervenções (4 UR), promover a independência do idoso (3 UR), estabelecer prioridades (1 UR), gerir mais eficazmente o tempo (2 UR), programar a alta do doente (2 UR) e prestar cuidados de qualidade (1 UR). Para avaliarem as suas ABVD, os enfermeiros recorrem à entrevista ao idoso, família e/ou pessoa significativa (15 UR), à observação direta (16 UR), à consulta da equipa multidisciplinar (1 UR) e do processo clínico do doente (1 UR). Estes procuram colher informações acerca das capacidades e limitações do idoso (5 UR), conhecer o seu

grau de (in)dependência prévio e atual (4 UR), o seu estado de consciência (1 UR), a sua coabitação (1 UR), os seus hábitos e estilos de vida (3 UR), antecedentes pessoais (1 UR) e os apoios de que dispõem no domicílio (5 UR). Centram a sua avaliação na capacidade do idoso para realizar a sua higiene pessoal (14 UR), para tomar banho (13 UR), para vestir-se (8 UR), para alimentar-se (16 UR), para efetuar o levante (5 UR), para andar (7 UR), para controlar a sua função intestinal (15 UR), para controlar a sua função urinária (15 UR) e para ir à casa de banho (1 UR). Todavia, não se verifica qualquer referência à avaliação da sua capacidade para subir e descer escadas. Embora 100% dos enfermeiros refira que efetuam a avaliação das ABVD do doente idoso hospitalizado, estes apontam como dificuldades na sua avaliação a ausência de um instrumento de medida (5 UR), as alterações do estado de consciência e cognitivo do doente (3 UR), as dificuldades na comunicação com este ou a sua pouca colaboração (5 UR), a ausência de familiares e/ou familiares ausentes que possam fornecer informações complementares (2 UR), as atitudes paternalistas (1 UR), as perceções díspares do grau de (in)dependência do doente (1 UR), as alterações das rotinas e do ambiente do idoso que podem limitar o seu desempenho (2 UR), as próprias rotinas do serviço e as questões de gestão do tempo (2 UR), a ansiedade do doente na admissão (1 UR) e a dificuldade em avaliar o doente no primeiro encontro (2 UR). Embora 95% dos enfermeiros refiram possuir dificuldades na avaliação das ABVD, um enfermeiro referiu não possuir qualquer dificuldade na sua avaliação (1 UR).

Análise documental dos registos de enfermagem dos processos clínicos dos doentes idosos hospitalizados

A análise documental visa a representação condensada do conteúdo de um documento original, de forma a facilitar o seu armazenamento e consulta (Bardin, 2011). A opção por este método prendeu-se com o fato dos registos hospitalares se assumirem como boas fontes de dados, sendo estas económicas e convenientes (Polit et al., 2004). Esta análise pretendeu identificar quais as informações que se encontravam registadas pela equipa de enfermagem acerca das ABVD da pessoa idosa hospitalizada e das intervenções que implementam para promover o cuidado de si, tendo por base o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009). Para a sua concretização criou-se um guia de análise que incidia nas 5 fases do modelo de intervenção em parceria, onde se pretendia verificar o que se encontrava registado e não registado (Apêndice VIII). Este incidia no

conhecimento que o enfermeiro possuía do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, no que o enfermeiro realizava tendo em conta a criação de um espaço de reciprocidade com o idoso, na forma como construía uma ação conjunta com o idoso e como conjugava esforços para a consecução das metas estabelecidas conjuntamente, tendo em vista a otimização do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e a assunção pelo idoso do cuidado de si ou, na sua impossibilidade, pela sua família. Como forma de identificar quais as intervenções que a equipa de enfermagem implementava para otimizar o grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado e que registava no seu processo clínico, efetuou-se a análise de conteúdo dos registos de enfermagem e criou-se um quadro onde se procedeu à descrição das intervenções encontradas e a sua frequência de utilização. A análise foi efetuada durante 1 semana e meia, nomeadamente no período compreendido entre o dia 26/10/11 a 04/11/11, tendo sido consultados 15 processos (Apêndice IX).

Da análise dos registos conclui-se que os enfermeiros procuram conhecer a identidade do idoso e centram a sua atenção no nome pelo qual gosta de ser chamado, na sua idade, na identificação das pessoas com quem coabita, do seu cuidador e/ou pessoa de referência, no conhecimento do seu diagnóstico, dos seus antecedentes pessoais e da sua rede de apoio. Quanto à avaliação do grau de (in)dependência prévio do idoso constata-se que não existem registos que a documentem, incidindo a avaliação no momento da admissão nos itens presentes na folha de colheita de dados (higiene pessoal, tomar banho, vestir, alimentação, levante, marcha, função urinária/intestinal e ir à casa de banho). No curso do internamento, verifica-se que os enfermeiros procuram envolver os idosos nos seus próprios cuidados contudo não se encontra percetível em nenhum registo o estabelecimento de objetivos conjuntos, tendo em vista a otimização do seu grau de (in)dependência. Embora em todos os processos se verifique que os enfermeiros trabalham o desempenho do idoso nas suas ABVD, concluiu-se que no curso do internamento a sua monitorização não se regista de forma sistemática e objetiva. As intervenções implementadas para a sua otimização e para promover o cuidado de si presentes nos registos são diversas, embora em número reduzido face à evidência científica, sendo que os resultados obtidos com a sua implementação no desempenho do idoso nas suas ABVD não se encontram descritos (Gráfico 3).

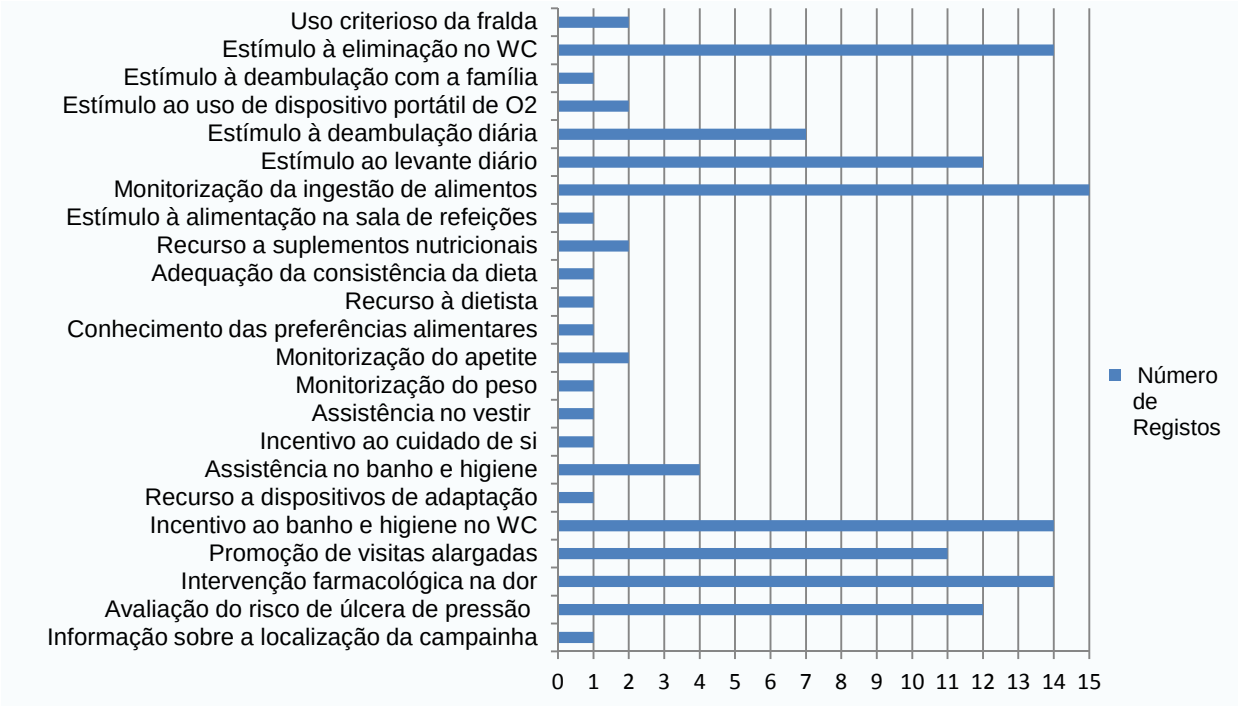

Gráfico 3: Intervenções implementadas pela equipa de enfermagem para otimizar o grau de (in) dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD e para promover o cuidado de si

No momento da alta hospitalar encontram-se somente registos pontuais do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, sendo que em apenas metade dos processos se encontra registada a avaliação da capacidade do idoso para assumir o cuidado de si ou, na sua impossibilidade, a capacidade da sua família para lho assegurar.

Perante os dados explanados, emergiu a necessidade de se conhecer o modo como na prática os enfermeiros abordam e estabelecem uma relação de parceria com o doente idoso hospitalizado e quais as intervenções que implementam para otimizar o seu grau de (in)dependência e para promover o cuidado de si, mas que eventualmente não possuem visibilidade nos registos de enfermagem. Para a sua efetivação, procedeu-se à observação participante da prática de cuidados de enfermagem.

Observação Participante da prática de cuidados dos enfermeiros

A observação participante consiste num meio de pesquisa no qual o investigador se abstrai do seu papel e tendo uma participação direta e pessoal com os participantes estuda o comportamento destes e os acontecimentos que se produzem no seu meio natural (Fortin, 2009). A opção pela observação participante pretendeu aceder ao modo como a equipa de enfermagem avalia as ABVD do doente idoso hospitalizado, que

informações colhe, como estabelece uma relação de parceria com o doente e que intervenções implementa para promover o cuidado de si, tendo por base o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009).

Para a sua operacionalização recorreu-se a uma amostra da população dada a inexistência de tempo e recursos para observar todos os participantes no projeto (Polit et al., 2004). Recorreu-se a uma amostragem de conveniência, dado que participaram as pessoas disponíveis e acessíveis no momento, nomeadamente as que se encontravam a prestar cuidados nos dias da observação e que voluntariamente aceitaram ser observadas (Polit et al., 2004). Para enriquecer a amostra foram selecionados, propositadamente, a maior variedade de participantes tendo em conta as competências de Benner (2005), tendo sido observado um enfermeiro competente (experiência profissional 2-3 anos), um enfermeiro proficiente (experiência profissional entre 3-6 anos) e dois enfermeiros peritos (experiência profissional > 6 anos), num total de 4 enfermeiros, no período compreendido entre o dia 25/10/11 a 4/11/11. Para viabilizar a observação definiu-se um plano ou conjunto de indicadores que determinaram o que observar e que incidiram nas 5 fases do modelo de intervenção em parceria, tal como efetuado na consulta dos registos (Apêndice X). Procurou-se ainda durante a observação reunir informações acerca do ambiente físico, da comunicação verbal e não-verbal, das atividades desenvolvidas pelos participantes e dos resultados obtidos com estas (Polit et al., 2004). Dado que o sucesso de uma observação participante depende da qualidade das anotações de campo, foi progressivamente desenvolvida a capacidade para efetuar anotações mentais detalhadas que pudessem posteriormente ser redigidas e originar os diários de campo (Polit et al., 2004). Os diários de campo resultantes da observação participante assumiram-se assim como registos que documentaram o que ouvi, vi, pensei, toquei e/ou experienciei, tendo o seu teor sido sujeito a uma análise conteúdo (Bogdan & Biklen, 1994; Streubert & Carpenter, 2002). Durante este processo e contrariamente ao sucedido com os questionários, as (sub)categorias foram todas definidas *à priori* tendo em conta os indicadores definidos para o processo de parceria (Apêndices XI, XII, XIII, XIV).

Da análise dos diários de campo conclui-se que os enfermeiros procuram conhecer e detêm melhor conhecimento dos doentes idosos do que aquele que traduzem nos seus registos. Estes implementam intervenções que visam a otimização do seu grau de (in)dependência e a promoção do cuidado de si em número superior ao registado, embora estas continuem a ser em número reduzido face à evidência científica. Embora as práticas

de cuidados dos enfermeiros sejam distintas mediante as suas competências, constata-se que as intervenções implementadas por ambos os participantes não possuem enfoque na 5ª Fase do Modelo de Intervenção em Parceria, que procura validar a capacidade do idoso e/ou da sua família para assumir ou assegurar o cuidado de si, enquanto indicador de uma transição saudável e essencial ao regresso do idoso ao seu ambiente habitual.

Perante a ausência de uma avaliação sistemática e objetiva do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado e de linhas de orientação para a prática que possuam visibilidade nos registos de enfermagem e que permitam otimizar o seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD e promover o cuidado de si, emergiu a necessidade de se sensibilizar a equipa de enfermagem para o presente projeto.

4.3. Sensibilizar a equipa de enfermagem para o projeto e para a implementação da avaliação sistemática das ABVD do doente idoso hospitalizado, usando a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si

Com o intuito de envolver e motivar a equipa de enfermagem para o projeto optou-se pela realização de uma ação de formação no serviço. Embora tenha planeado realizar três sessões de formação no âmbito do projeto a realidade do serviço, com formações semanais agendadas referentes ao plano de formação em serviço de 2011 e formações transversais ao departamento, determinou que reformulasse a intervenção junto da equipa e optasse pela realização de apenas uma sessão de formação que compilasse o conteúdo das três para garantir a presença de um maior número de participantes.

Ação de Formação

Uma ação de formação consiste num momento formativo durante o qual se pretende a aquisição e/ou o aprofundamento das competências dos participantes pelo que, para garantir o alcance dos seus objetivos, subentende uma correta planificação (Rodrigues & Ferrão, 2006). Planeada a ação de formação e elaborado o plano da sessão (Apêndice XV) procedeu-se à sua efetivação. Esta teve lugar na Sala do Departamento de Pneumologia, no dia 13 de Dezembro de 2011, das 14h00 às 15h30, e intitulou-se de “A avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado: a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si” (Apêndice

XVI). A data da sua realização protelou-se para Dezembro dado que se pretendia com a ação de formação a explanação dos dados colhidos na fase inicial do projeto e, consequentemente, a confrontação dos participantes com a realidade do serviço de forma a incitar a sua reflexão em torno da problemática. O objetivo consistia em estimular nos participantes um olhar crítico sobre a sua prestação de cuidados junto do doente idoso em risco de declínio do seu grau de (in)dependência (prática reflexiva), de forma a equacionarem novas formas de avaliação e otimização do seu desempenho nas ABVD, a libertarem-se de comportamentos rotineiros e a delinearmos conjuntamente estratégias futuras para a sua otimização (Alarcão & Tavares, 2003). Nesta linha de ideias, Alarcão (2001, p. 57) afirma que "refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade concetualizadora lhe atribui significado".

Deste modo, a sessão teve por objetivos dar a conhecer o projeto à equipa, refletir conjuntamente com os participantes acerca da sua pertinência, apresentar o estado de arte quanto aos fatores associados ao declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado, refletir sobre o processo de parceria, sobre os resultados obtidos na fase de diagnóstico e apresentar o Índice de Barthel, incentivando a sua aplicação a todos os doentes idosos hospitalizados. Para a sua consecução recorreu-se a uma metodologia inicialmente expositiva, durante a qual se pretendeu transmitir informação predominantemente teórica, nomeadamente explicitar a problemática identificada no serviço, os objetivos delineados para o projeto e contextualizar a sua importância com base na evidência científica (Rodrigues & Ferrão, 2006). Posteriormente, adotou-se o método participativo apelando à reflexão crítica do grupo acerca da problemática e dos resultados obtidos na fase inicial do projeto. Como os processos de mudança apenas se concretizam quando os recursos endógenos são ativados por aqueles que os detêm, pretendeu-se com este método encarar os participantes como adultos portadores de informação pertinente para o projeto, facilitar a partilha de conhecimentos, a reflexão conjunta e motivar a equipa de enfermagem para a participação e implementação do projeto (Guerra, 2002; Rodrigues & Ferrão, 2006). Aquando da apresentação do Índice de Barthel recorreu-se a uma metodologia demonstrativa, durante a qual se explicitou e exemplificou o preenchimento da escala. Esta metodologia permitiu evidenciar as etapas do seu preenchimento, o esclarecimento imediato de dúvidas dos participantes e dotar a equipa de um saber-fazer que se traduziu posteriormente na sua eficaz aplicação (Rodrigues & Ferrão, 2006). Com a apresentação à equipa do Índice de Barthel questionou-se os participantes acerca do intervalo de tempo que consideravam adequado

à monitorização da evolução do desempenho do idoso no curso do internamento, tendo em conta a realidade do serviço e a população idosa que cuidam. A reflexão solicitada pretendia que os enfermeiros se consciencializassem dos curtos períodos de internamento que os idosos possuem no serviço, salvo raras exceções, do reduzido período temporal que a equipa dispõe para otimizar o seu desempenho nas ABVD e da necessidade de uma avaliação contínua e objetiva do seu grau de (in)dependência para monitorizar o processo. Com a sua consciencialização visava ainda despertar a atenção dos participantes para a importância de uma intervenção precoce e estruturada, com base em intervenções cientificamente comprovadas como eficazes na otimização do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado. Dada a inexistência no serviço de linhas de orientação para a prática e direcionadas à problemática em análise, os enfermeiros foram desafiados a colaborar na definição em equipa de um conjunto de intervenções, adaptadas à realidade do serviço, preventivas à ocorrência de declínio do grau de (in)dependência do idoso nas suas ABVD. Sendo que os profissionais que colaboram num projeto tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada e assim estão mais dispostos a incluir a mesma na sua prática de modo permanente quando o estudo termina, considerou-se esta abordagem adequada (Streubert & Carpenter, 2002). Como meio auxiliar pedagógico e como reforço da comunicação oral, recorreu-se ao uso do projetor (*slides*) pelo seu forte contributo na aprendizagem e na recolha de informação visual pelos presentes (Rodrigues & Ferrão, 2006). Na sessão participaram 10 enfermeiros (45%) tendo os restantes participantes no projeto não comparecido por múltiplas razões, nomeadamente por motivos de férias, licenças, condicionantes de horários, motivos profissionais e pessoais. Para colmatar esta ausência e dado o número de formações semanais, optei por abordar individualmente as pessoas, dando-lhes a conhecer o projeto, os seus objetivos, apresentando e explicitando o uso do Índice de Barthel e refletindo acerca da sua pertinência.

No final da sessão os participantes consideraram o projeto pertinente e bastante adequado aos doentes idosos que cuidam, manifestando contudo a necessidade de um maior empenho da equipa na resolução da problemática explanada e de uma intervenção de enfermagem com maior evidência científica. Os presentes demonstraram possuir consciência de que os registos de enfermagem nem sempre conferiam visibilidade aos cuidados que prestavam ao doente idoso, às intervenções desenvolvidas em parceria com este e aos resultados obtidos a nível do seu desempenho nas suas ABVD, o que

comprometia a continuidade dos cuidados e a otimização do seu grau de (in)dependência. Apenas 2 participantes demostraram conhecer previamente o Índice de Barthel e a sua aplicabilidade. Contudo, quando apresentado todos os participantes consideraram o Índice de Barthel como uma ferramenta que conferia objetividade à avaliação do grau de (in)dependência da pessoa idosa e assumiram o compromisso de o aplicar a todos os doentes idosos hospitalizados no serviço. Estabeleceu-se conjuntamente que no curso do internamento a monitorização com o Índice de Barthel seria efetuada com um intervalo temporal de 5 dias, tendo em conta o tempo médio de internamento do idoso no serviço (9 dias) e o tempo de otimização/resposta terapêutica inicial. Concomitantemente, decidiu-se que o Índice de Barthel passaria a ser colocado pela secretária de unidade no processo clínico de todos os doentes internados, sendo a sua avaliação efetuada aos doentes idosos e aos doentes adultos, de forma a respeitar o princípio da igualdade. Como nenhum enfermeiro presente conhecia o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009), anexou-se ao *dossier* do projeto um artigo da autora do modelo com a sua explicitação e um documento orientador que criei com os indicadores definidos para o estabelecimento de uma relação de parceria com o doente idoso hospitalizado, tendo em vista a otimização do seu grau de (in)dependência (Apêndice X). Neste âmbito, os enfermeiros comprometeram-se a colher e a registar mais informação individualizada do doente, com enfoque no seu desempenho nas ABVD e a intervir em parceria com o idoso na promoção do cuidado de si. À semelhança dos indicadores da parceria, procedeu-se à elaboração de um documento orientador do preenchimento do Índice de Barthel que se colocou no *dossier* do projeto para suporte da equipa (Apêndice XVII). Por fim, os participantes aceitaram o desafio de participar na elaboração do manual de intervenções de enfermagem, procurando definir intervenções baseadas na evidência científica e adaptadas à realidade do serviço, cuja metodologia adotada para a sua consecução se explicita seguidamente.

4.4. Identificar e definir com a equipa de enfermagem intervenções que, em parceria com o doente idoso hospitalizado, permitem otimizar o seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD

Para fomentar nos participantes um espirito empreendedor na definição de intervenções de enfermagem preventivas à ocorrência de declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado, procurou-se a adoção de uma metodologia criativa e dinâmica

que envolvesse e, consecutivamente, motivasse a equipa de enfermagem para a realização de uma revisão da literatura em torno da problemática. Neste âmbito, Neves (2001) defende que em contexto de trabalho para as pessoas estarem realmente motivadas estas devem ser envolvidas na definição e consecução dos objetivos organizacionais.

Realização de uma revisão da literatura em parceria com a equipa de enfermagem

Inspirada na técnica de *brainwriting*, que preconiza o aumento da produtividade dos participantes pelo encorajamento da sua interação e expressão escrita de ideias de forma não crítica, procedeu-se à elaboração de um cartaz que se afixou na sala de trabalho (Gonçalves, 2005). O cartaz, enquanto meio auxiliar pedagógico, assume-se como um meio de comunicação com os participantes e permite a realização de trabalhos de grupo ao permitir a redação de ideias no seu corpo (Rodrigues & Ferrão, 2006). Sendo um método pouco utilizado possui um grande impacto na assistência (efeito surpresa) e permite captar a atenção dos participantes, o que se assumiu como um dos propósitos da sua utilização (Streubert & Carpenter, 2002; Rodrigues & Ferrão, 2006). O objetivo do cartaz (Apêndice XVIII) consistia em desafiar a equipa de enfermagem para a definição das referidas intervenções, com a variante comparativamente à técnica de brainwriting, que estas teriam de ser extraídas dos 12 artigos selecionados na revisão narrativa da literatura e que foram anexados ao *dossier* do projeto, como forma de garantir a sua evidência científica (Apêndice XIX). Com esta técnica pedagógica pretendeu-se que os participantes, em conjunto ou individualmente, revissem e sintetizassem as intervenções constantes dos estudos analisados, que as adaptassem à realidade do serviço e as transpusessem para o cartaz num período de 12 dias, nomeadamente entre o dia 16/01/12 a 27/01/12. A redação das intervenções no cartaz visava que as intervenções definidas por cada participante servissem de incentivo ao trabalho em equipa e que fossem complementadas pelas dos restantes participantes, tendo este desafio sido aceite por 18 enfermeiros (86%) dos 21 que se encontravam no ativo. Posteriormente, com base na análise do conteúdo do cartaz (Apêndice XX), procedeu-se à elaboração de um documento orientador da prática de cuidados ao doente idoso hospitalizado intitulado de "Manual de Intervenções de Enfermagem preventivas à ocorrência de Declínio do Grau de (In)Dependência do Doente Idoso Hospitalizado na realização das suas ABVD", que se anexou ao *dossier* do projeto (Apêndice XXI).

Elaboração de um manual de intervenções de enfermagem preventivas à ocorrência de declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD

O "Manual de Intervenções de Enfermagem preventivas à ocorrência de Declínio do Grau de (In)Dependência do Doente Idoso Hospitalizado na realização das suas ABVD" resulta de uma reflexão da equipa de enfermagem em torno da problemática do declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado e das intervenções passíveis de inverter esta tendência amplamente descrita na literatura. Tem por objetivo garantir uma adequada intervenção de enfermagem ao doente idoso hospitalizado, tendo em vista a prevenção do declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD. Este possui um enquadramento inicial da problemática, seguindo-se de um quadro síntese que compila as intervenções de âmbito geral e específico. Das intervenções gerais definidas no cartaz emergiram 8 subcategorias que foram definidas *à posteriori* e que incidem no acolhimento do doente ao serviço (3 UR), na avaliação física e funcional do doente (4 UR), na manipulação ambiental (4 UR), na ação direta na causa da confusão mental e/ou agitação psicomotora (4 UR), na gestão terapêutica (5 UR), na intervenção multidisciplinar (2 UR), no envolvimento da família nos cuidados (1 UR) e na educação para a saúde ao doente, família e/ou pessoa significativa (4 UR). As subcategorias das intervenções específicas foram definidas *à priori* tendo em conta os itens do Índice de Barthel e referem-se às intervenções promotoras do desempenho do idoso na higiene pessoal e tomar banho (8 UR), no vestir-se (3 UR), no alimentar-se (15 UR), no levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho (7 UR), no subir e descer escadas (2 UR), no andar/marcha ou deslocar-se (5 UR), no controlo da função intestinal/urinária e no ir à casa de banho (10 UR). Para manter o conteúdo do manual sempre presente e visualmente acessível a uma consulta rápida e simplificada pela equipa de enfermagem, elaborou-se um cartaz (Apêndice XXII) que se expos na sala de enfermagem com os pontos essenciais do manual (Fortin, 2009). Procurou-se que este fosse apelativo, que possuísse cores atrativas e um título claro que direcionasse para o seu conteúdo, como forma de captar a atenção não apenas da equipa de enfermagem, como de toda a equipa multidisciplinar (Streubert & Carpenter, 2002; Fortin, 2009). Elaborado o manual e o cartaz que compila o seu conteúdo assumiu-se como essencial a sua implementação com forma de concretizar o objetivo da sua elaboração.

4.5. Implementar intervenções de enfermagem que previnem o declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, em parceria com a equipa de enfermagem

Com a elaboração do manual pretendia-se a incorporação, pela equipa de enfermagem na sua prática de cuidados diária, de intervenções cuja evidência científica aponta como otimizadoras do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado. Contudo, dada a impossibilidade temporal para a sua total implementação, emergiu a necessidade de se estabelecerem prioridades de intervenção. Como se pretendia ir ao encontro das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem esta foi convidada a refletir acerca das intervenções que implementam atualmente (Grau de Presença), das que necessitam de um maior investimento (Grau de Necessidade) e da importância que lhes atribuem (Grau de Importância), sendo que para a sua concretização optou-se pela criação e entrega de um questionário aos enfermeiros.

Elaboração e aplicação de um questionário aos enfermeiros

Um questionário assume-se como um documento formal e escrito, que se encontra indicado quando se sabe antecipadamente que informação se pretende colher e se estruturam as questões em função desta (Polit et al., 2004). Com a sua aplicação pretendeu-se que os enfermeiros avaliassem o Grau de Presença, de Necessidade e de Importância que as intervenções elencadas para cada (sub)categoria assumem na sua prática de cuidados diária e na prevenção do declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado (Rato, Baptista & Ferraz, 2007). Para o efeito criaram-se dois questionários para entregar à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe (Apêndice XXIII, XXIV) com um pequeno quadro com as (sub)categorias emergentes do manual e com uma lista de respostas pré-estabelecidas (Escala de Likert), para permitir a comparação das respostas e facilitar a sua análise (Polit et al., 2004). Como meio de aplicação do questionário optou-se novamente pela sua autoadministração e pelo seu retorno mediante a anexação do documento ao *dossier* do projeto num prazo máximo de 5 dias (06/02/2011 a 10/02/2011). Foram entregues 20 questionários, sendo que estes não foram aplicados a 2 enfermeiros por se encontrarem de licença de maternidade e de atestado, o que corresponde a uma taxa de participação de 91%. De acordo com os questionários entregues, a taxa de resposta foi de 90%. Terminado o período de preenchimento do questionário procedeu-se à sua codificação numérica, como meio de

manter o anonimato e a confidencialidade dos resultados, que posteriormente foram analisados estatisticamente (Fortin, 2009).

Da análise dos dados do questionário (Apêndice XXV) constatou-se que as intervenções que os enfermeiros menos implementam recaem na subcategoria "subir e descer escadas". Contudo, dada a inexistência de degraus antiderrapantes no serviço em número suficiente para a sua operacionalização, solicitou-se junto da chefia a sua aquisição e decidiu-se investir inicialmente, por questões temporais, nas intervenções contempladas na subcategoria "avaliação física e funcional do doente", que em termos de prioridade surgiam em segundo plano. Para a sua concretização efetuou-se inicialmente um diagnóstico da situação por meio da consulta e análise documental dos registos de enfermagem.

Análise documental dos registos de enfermagem dos processos clínicos dos doentes idosos hospitalizados

A análise documental dos registos de enfermagem teve por objetivo documentar o estado das avaliações do Índice de Barthel, da Escala de Morse, da Escala de Braden e das alterações na acuidade auditiva/visual do doente. Para o efeito criou-se um guia de análise (Apêndice XXVI) que incidia nos itens supracitados e onde se pretendia registar o que se encontrava avaliado e não avaliado, para posterior tratamento estatístico dos dados. A análise efetuou-se no período compreendido entre o dia 13/02/12 e 17/02/12, tendo sido consultados 24 processos. Como forma de conferir rigor à análise e dado que os registos nem sempre cumpriam os dias de intervalo preconizado para cada avaliação, foram considerados como não efetivos todos os registos que não satisfaziam os intervalos temporais instituídos.

Da análise dos registos (Apêndice XXVII) concluiu-se que os enfermeiros avaliam, embora não de forma sistemática, o doente idoso quanto ao seu grau de (in)dependência, risco de queda, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e à presença de alterações na sua acuidade auditiva e/ou visual. Estes avaliam e registam com maior frequência na admissão do idoso ao serviço o seu grau de (in)dependência (95,8%), o seu risco de queda (100%) e o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (87,5%) conferindo menos atenção aos registos referentes ao curso do internamento (41,7%; 73,7% e 50,0%) e à alta hospitalar (33,3%; 33,3% e 55,6%). Quanto ao grau de

(in)dependência prévio do idoso constata-se que a equipa de enfermagem o regista numa percentagem próxima da admissão, embora em número inferior (75%). Esta procura traduzir nos seus registos a existência de alterações na acuidade auditiva e/ou visual dos idosos (91,3%) e em registar a disponibilidade de próteses auditivas e/ou oculares (80,0%), não se verificando contudo registos do estimulo ao seu uso e da promoção da sua acessibilidade (0,0%).

Como se pretendia que as intervenções presentes na subcategoria "avaliação física e funcional do doente" não fossem apenas implementadas, mas lhes fosse conferida visibilidade nos registos de enfermagem, procedeu-se à afixação dos resultados finais do diagnóstico efetuado na sala de enfermagem, como meio de informar e de alertar os enfermeiros para as zonas de maior défice nos registos (Fortin, 2009). Similarmente, os participantes foram alertados durante as passagens de turno para a necessidade de um maior investimento na avaliação do idoso, nomeadamente no preenchimento das escalas, sendo elevada a importância e incentivado o cumprimento dos intervalos entre as avaliações, como meio de se monitorizar objetivamente os resultados alcançados na otimização do seu grau de (in)dependência.

Concluída a descrição das atividades desenvolvidas em parceria com a equipa de enfermagem do serviço no âmbito do projeto, emerge a necessidade de se efetuar uma avaliação do percurso efetuado na sua consecução, nomeadamente identificar os seus contributos para a prática de cuidados de enfermagem ao doente idoso hospitalizado no local e para a minha formação enquanto futura enfermeira especialista.

4.6. Identificar os contributos do projeto para a prática de cuidados de enfermagem ao doente idoso hospitalizado no serviço, com enfoque na avaliação das suas ABVD e na promoção do cuidado de si, tendo por base um modelo de intervenção em parceria

A implementação do presente projeto no serviço traduziu-se num processo contínuo de formação pessoal e da equipa de enfermagem, que se refletiu numa mudança na postura de todos os participantes perante a problemática em análise. Para dar visibilidade aos efeitos da mudança e aos contributos do projeto para a prática de cuidados de enfermagem no serviço optou-se, como na fase inicial de diagnóstico, pela realização de uma monitorização final com recurso à análise dos registos de enfermagem, à realização

de uma observação participante e, como complemento, à solicitação de uma reflexão final aos enfermeiros acerca dos contributos do projeto.

Análise documental dos registos de enfermagem dos processos clínicos dos doentes idosos hospitalizados

A análise documental, enquanto método de tratamento da informação contida nos registos de enfermagem, teve por objetivo identificar as informações que os enfermeiros passaram a registar acerca das ABVD do doente idoso hospitalizado e acerca do modo como estabelecem uma relação de parceria com o doente idoso hospitalizado, tendo em vista a otimização do seu grau de (in)dependência e a promoção do cuidado de si. Para a sua concretização recorreu-se ao guia de análise empregue na fase inicial de diagnóstico de forma a facilitar a comparação dos dados colhidos nas duas monitorizações. A análise dos registos foi efetuada durante um período de 5 dias (27/01/12 a 31/01/12) tendo sido consultados 15 processos. Similarmente, para se monitorizar o grau de efetivação dos registos das avaliações do idoso quanto ao seu grau de (in)dependência, risco de queda, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e presença de alterações na sua acuidade auditiva e/ou visual, presentes na subcategoria "avaliação física e funcional do doente" do manual de intervenções, recorreu-se ao guia de análise aplicado no diagnóstico inicial. Para o efeito foram analisados 18 processos, no período compreendido entre o dia 05/03/12 e 09/03/12.

Da análise efetuada (Apêndice XXVIII, XXIX) concluiu-se que os enfermeiros passaram a registar em percentagens superiores ao diagnóstico inicial dados acerca da identidade do doente idoso, como sendo o seu nome preferido, estado civil e profissão (100%; 73,3% e 46,7%); da sua situação sociofamiliar, nomeadamente com quem habita, onde habita e os seus apoios familiares (100%; 53,3% e 100%); do seu contexto de doença, em particular a medicação que efetua no domicílio, os seus hábitos/estilos de vida e o impacto da doença na sua vida (86,7%; 100% e 33,3%); da sua rede de apoio (100%) e dos seus recursos materiais (100%). Com este aumento os enfermeiros demonstraram uma preocupação acrescida no conhecimento holístico do idoso e do significado que a doença possui na sua trajetória de vida, bem como, no registo sistemático dessa mesma informação, como forma de o ajudar a restabelecer a sua saúde e a promover o seu projeto de vida (Gomes, 2009, 2011). Quanto aos registos das condições habitacionais e das ocupações diárias do idoso, não se verificaram mudanças entre as duas

monitorizações, mantendo-se inexistentes. Como o doente idoso se assume como um ser de cuidado e, em simultâneo, como um ser de projeto com uma trajetória de vida própria, emerge a necessidade de um maior investimento dos enfermeiros no conhecimento e registo destas informações. Este conhecimento e registo assumem-se como essenciais porque são estes dados que vão permitir à equipa de enfermagem estar consciente dos apoios e dos recursos pessoais e ambientais de que o idoso dispõe para fazer face à sua situação e ao seu grau de (in)dependência aquando da alta hospitalar e que lhe vão permitir ou não regressar a casa capaz de se realizar, de prosseguir com a sua vida e de manter as atividades que lhe dão sentido (Gomes, 2009, 2011) (Gráfico 4).

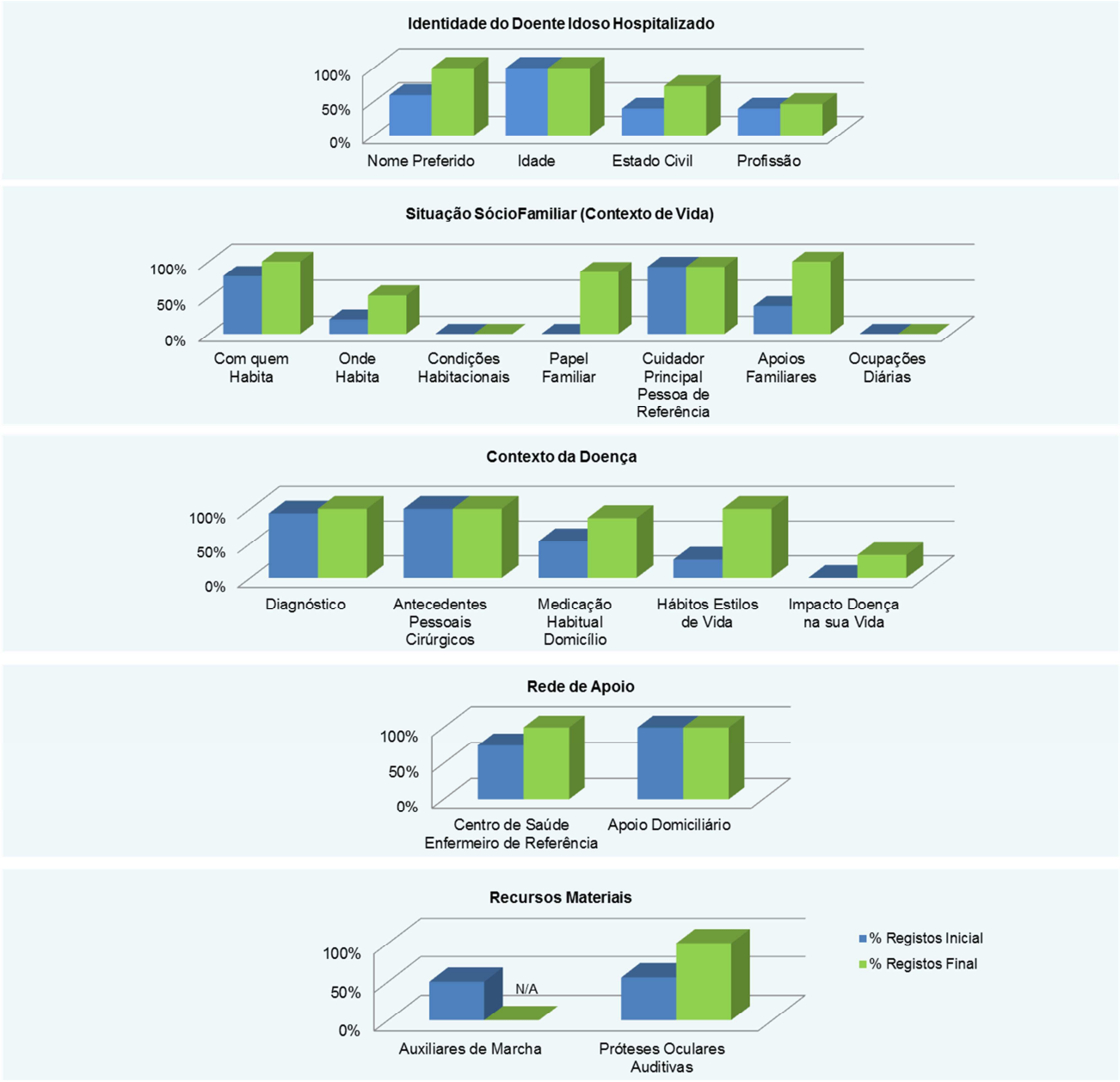

Gráfico 4: Análise comparativa de alguns dos resultados do Diagnóstico da Situação versus Monitorização Final (Apêndice XXX)

Prosseguindo com a análise, contata-se que atualmente os enfermeiros procuram conferir maior visibilidade as ABVD que o idoso desempenha sozinho, sob supervisão, assistência ou que não consegue desempenhar, procurando traduzir nos seus registos o que se espera de ambos na relação (80%) (Gomes, 2011). Com grande expressão nos registos de enfermagem, mas sem aumento significativo dos seus valores, mantém-se o cuidado da equipa em partilhar a informação com o doente idoso e família e em envolve-los na prestação de cuidados, como forma de aumentar o seu poder de decisão quanto aos cuidados que recebe e de estimular a sua proatividade (Gomes, 2009). De forma similar, verifica-se um aumento significativo de grande parte dos indicadores associados ao processo de capacitação do doente idoso e família. Estes dados revelam que atualmente os enfermeiros procuram transpor para os seus registos de uma forma mais evidente o trabalho efetuado no desenvolvimento das competências do idoso e família para decidir e agir na otimização do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD (Gomes, 2011). Quanto aos registos que traduzem a conjugação de esforços do enfermeiro e do doente idoso na consecução dos objetivos delineados, constata-se que de inexistentes na fase inicial ascendem atualmente aos 73,3%. Estes evidenciam o trabalho desenvolvido por ambos os intervenientes na concretização dos objetivos definidos em termos do desempenho do idoso nas ABVD, nomeadamente a transformação gradual das suas capacidades potenciais em capacidades reais, capazes de lhe permitir assumir o controlo do cuidado de si próprio (Gomes, 2011). Ao nível da avaliação do grau de (in)dependência do doente idoso com o Índice de Barthel, constata-se uma boa adesão da equipa à introdução do instrumento de medida, nomeadamente na avaliação prévia, na admissão e no curso do internamento, em que a avaliação surge registada na totalidade dos processos consultados. Com a sua implementação a equipa demonstrou compreender que esta avaliação se assume como fundamental ao planeamento individualizado dos cuidados e à otimização do grau de (in)dependência do idoso, pelo que o enfermeiro não se deve cingir a colher informações, mas igualmente a refletir com precisão sobre o desempenho ótimo do idoso (Graf, 2008). Quanto à monitorização no momento da alta hospitalar os registos do grau de (in)dependência do idoso situam-se apenas nos 63,6%, o que demonstra a necessidade de um maior investimento da equipa de enfermagem no seu registo como forma de dar visibilidade à sua avaliação e validar a eficácia dos cuidados prestados ao nível do desempenho do idoso nas suas ABVD. Quanto à avaliação do risco de queda (Escala de Morse), de desenvolvimento de úlceras de pressão (Escala de Braden) e das alterações na acuidade auditiva e/ou visual do

idoso, os registos situam-se atualmente nos 100%, o que demonstra a preocupação da equipa de enfermagem não apenas no seu registo, como no cumprimento dos intervalos das avaliações. Chegado o momento da alta hospitalar do idoso os enfermeiros passaram a registar numa percentagem de 80% a capacidade do idoso e/ou da sua família para assumir ou assegurar o cuidado de si, garantindo que o idoso possa prosseguir com a sua trajetória de vida e gerir o seu projeto de vida e de saúde. Embora em escala reduzida, constata-se ainda que a equipa de enfermagem procura atualmente efetuar registos acerca do conhecimento que o idoso e/ou a sua família detêm das medidas que otimizam o seu grau de (in)dependência e que lhe vão permitir promover a sua saúde (Gomes, 2011)(Gráfico 5).

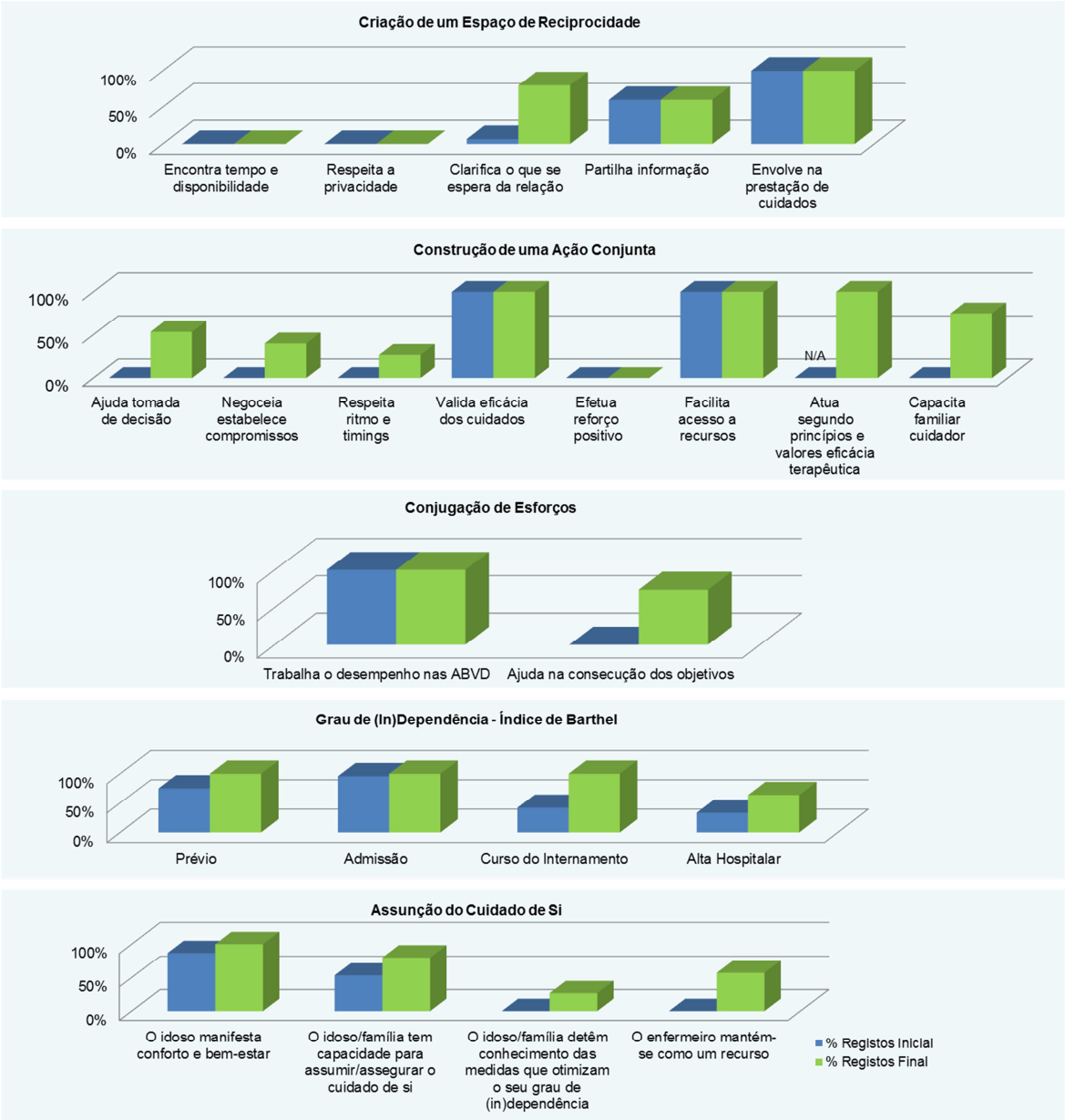

Gráfico 5: Análise comparativa de alguns dos resultados do Diagnóstico da Situação versus Monitorização Final (Apêndice XXX, XXXI)

Como meio de informar e congratular a equipa pelas mudanças alcançadas nos registos de enfermagem, que se tornaram mais completos e passiveis de promover uma continuidade dos cuidados, bem como, de a desafiar a investir no registo dos indicadores com menor expressão, procedeu-se à afixação dos resultados na sala de trabalho e à sua transmissão pessoal e informal aos enfermeiros.

Observação Participante da prática de cuidados dos enfermeiros

Para a realização da observação participante recorreu-se a uma amostragem intencional, procurando-se observar os enfermeiros da fase inicial do projeto com exceção de um dos enfermeiros peritos por se encontrar ausente do serviço durante o período estabelecido para o efeito (23/01/12 a 27/01/12). Neste âmbito, Polit et al. (2004, p. 236) defendem:

> "independentemente de como os participantes iniciais foram selecionados, o pesquisador geralmente procura escolher membros da amostra, propositalmente, com base nas necessidades de informação que emergem dos resultados preliminares. Quem deve entrar na amostra a seguir depende de quem já está presente nela".

Com este período observacional pretendeu-se assim percecionar que informações os participantes iniciais passaram a colher acerca do doente idoso hospitalizado e respetivas ABVD. Complementarmente, procurou-se perceber de que forma os enfermeiros passaram a mobilizar o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009) na sua prática de cuidados e que intervenções passaram a implementar para otimizar o grau de (in)dependência do doente idoso e para promover o cuidado de si. Como meio de documentar o que se observou foram elaborados diários de campo cujo conteúdo foi sujeito a uma análise que teve por base (sub)categorias previamente criadas de acordo com os indicadores definidos para o processo de parceria (Apêndices XXXII, XXXIII, XXXIV).

Da análise dos diários de campo conclui-se que os enfermeiros passaram a colher informações do idoso de uma forma mais individualizada e completa e a implementar um leque de intervenções mais variado para prevenir o declínio do seu grau de (in)dependência. A sua intervenção passou a possuir um maior enfoque na promoção do cuidado de si e na avaliação dos resultados das intervenções implementadas, tendo em vista a otimização do desempenho do idoso nas suas ABVD.

Solicitação de uma reflexão aos enfermeiros

Com o intuito de perceber quais os contributos do projeto para a prestação de cuidados ao doente idoso hospitalizado e família na perspetiva de cada participante no projeto, procedeu-se à solicitação de uma reflexão à equipa de enfermagem. Esta reflexão pretendia perceber o efeito que a mudança estava a possuir nos participantes e a forma como esta se encontrava a afetar a sua prática de cuidados diária (Streubert & Carpenter, 2002). Para a sua operacionalização criaram-se dois documentos onde se solicitou à enfermeira-chefe e à equipa de enfermagem que descrevessem, com base no Ciclo de Gibbs explicitado no documento, como se sentiam e de que forma o projeto contribuiu para a sua prática de cuidados de enfermagem e, consecutivamente, para a otimização do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado (Apêndices XXXV, XXXVI). Optou-se pela distribuição presencial do documento a cada participante e pelo seu retorno num período de 5 dias (05/03/12 a 09/03/12) mediante anexação ao *dossier* do projeto (Fortin, 2009). Foram solicitadas 20 reflexões, sendo que estas não foram requeridas a 2 enfermeiras por se encontrarem de licença de maternidade, o que corresponde a uma taxa de participação de 91%. De acordo com as reflexões entregues a taxa de resposta foi de 85%, tendo sido efetuada uma análise de conteúdo às considerações dos enfermeiros e criadas (sub)categorias *à posteriori* (Apêndice XXXVII).

Da análise das reflexões constata-se que para os enfermeiros o projeto inicialmente lhes suscitou uma sensação de sobrecarga de trabalho (7 UR) e apreensão (3 UR). Contudo, com o término do projeto estes apontam como contributos gerais da sua implementação no serviço, a implementação do Índice de Barthel como orientador da prática de cuidados, na medida em que, lhes permite uma avaliação objetiva do grau de (in)dependência prévio do idoso (4 UR) e no curso do internamento (15 UR); o seu registo sistemático (1 UR); um planeamento (5 UR) e uma prestação de cuidados mais personalizados (9 UR), com enfoque na promoção da independência e do cuidado de si no idoso (9 UR); uma avaliação objetiva das intervenções implementadas (2 UR); a promoção da continuidade de cuidados (1 UR); o planeamento atempado da alta (2 UR); e, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados junto deste grupo de intervenção (5 UR). Como contributos apontam ainda a melhoria dos registos de enfermagem (1 UR) e a elaboração e implementação do manual de intervenções que lhes permitiu uma consciencialização das intervenções efetuadas (1 UR) e a sua adequação às necessidades do doente idoso (3

UR). Como aspetos positivos evidenciam o envolvimento e a reflexão da equipa em torno da problemática (9 UR), a gestão participativa da autora no projeto (3 UR), o maior envolvimento do idoso e da sua família nos cuidados (4 UR), a capacitação de ambos (3 UR) e a maior visibilidade conferida aos cuidados de enfermagem (1 UR). Por fim, sugerem para o futuro o aumento do intervalo entre as avaliações nos doentes totalmente independentes (3 UR), a implementação do manual na sua totalidade (1 UR), a identificação no quadro de enfermagem dos graus de (in)dependência dos idosos (1 UR), a adequação dos rácios dos enfermeiros (1 UR) e a incorporação do Índice de Barthel nos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (1 UR). Como aspetos a melhorar salientam apenas a necessidade de uma melhor gestão do tempo (3 UR) para o preenchimento do Índice.

Em suma, participaram no projeto 22 enfermeiros do serviço, o que corresponde à totalidade da equipa. O seu envolvimento mostrou-se bastante positivo, com uma colaboração média dos seus elementos nas solicitações para o projeto de 90%. A introdução de um instrumento de medida (Índice de Barthel) para avaliar o grau de (in)dependência do doente idoso e a sua aceitação pela equipa de enfermagem dada a sua pertinência, traduziu-se na sua aplicação sistemática a todos os doentes internados no serviço e não apenas aos doentes idosos, cuja aplicação se situa nos 100%. Com a sua introdução a equipa passou a mobilizar os resultados obtidos para uma melhor e mais direcionada intervenção junto dos doentes idosos, facilitando o planeamento dos cuidados, a avaliação dos resultados alcançados no desempenho do idoso com as intervenções implementadas, o planeamento da alta e a mobilização dos apoios formais e/ou informais, em função do seu grau de (in)dependência, no regresso ao seu ambiente habitual. A implementação do Índice de Barthel elevou a necessidade de se definirem intervenções preventivas ao declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado, tendo sido elaborado um documento orientador da prática de cuidados, baseado na evidência científica, com a participação de 86% dos elementos da equipa. Este documento ficou disponível no serviço no *dossier* de estágio e deu lugar a um cartaz que se afixou na sala de enfermagem, fomentando a mudança e a motivação dos participantes para novos projetos e para uma cultura de melhoria contínua da prática de cuidados. Com a implementação do projeto verificou-se ainda uma mudança na prestação de cuidados e nos registos de enfermagem que se tornaram mais completos e passíveis de promover mais eficazmente a continuidade de cuidados, conferindo visibilidade e

reconhecimento ao papel do enfermeiro. Os enfermeiros passaram a colher e a registar de forma mais individualizada dados relativos à identidade da pessoa e da forma como estabelecem uma relação de parceria com o doente idoso, tendo em vista a otimização do seu grau de (in)dependência nas ABVD e a promoção do cuidado se si.

4.7. Identificar os contributos do projeto para o desenvolvimento pessoal de uma prática de enfermagem avançada no cuidado ao doente idoso hospitalizado e sua família

Como forma de identificar os contributos do projeto para a minha formação enquanto futura enfermeira especialista e mestre na área da saúde do idoso e família, optou-se pela realização de uma reflexão sobre as competências adquiridas no percurso efetuado na consecução do projeto ao nível da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

Reflexão pessoal sobre o percurso efetuado e as aprendizagens realizadas na consecução do projeto

Um enfermeiro para adquirir o grau de mestre e especialista, independentemente da sua área da especialidade, tem de adquirir um vasto leque de competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, conforme preconizado pela OE (2010) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como, tem de reforçar e desenvolver as suas capacidades de investigação e do raciocínio crítico.
No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal demonstrei durante a minha prestação de cuidados ao doente idoso hospitalizado em risco de declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD um exercício profissional seguro. Este assentou na identificação em parceria com o doente idoso e com a sua família das suas necessidades em saúde e na definição conjunta de planos individuais de intervenção baseados na prevenção do declínio do seu desempenho nas ABVD e suportados pela evidência científica atual. Com base na revisão narrativa da literatura e nas reflexões efetuadas com as enfermeiras orientadoras desenvolvi um corpo sólido e válido de conhecimentos que me dotou de um vasto leque de opções de resposta aos problemas de saúde do idoso e família e me permitiu desempenhar um papel de consultora da equipa ao orientar os enfermeiros para novas formas de atuação. Como forma de

desenvolver uma prática de cuidados que respeitasse os direitos humanos e as minhas responsabilidades profissionais, procurei envolver o idoso e a sua família nos cuidados, mantendo-os informados da evolução da sua situação clínica, nomeadamente do seu grau de (in)dependência comparativamente ao momento da admissão hospitalar e ao seu estadio prévio. A clarificação do que o idoso conseguia fazer sozinho, com supervisão, assistência ou não conseguia fazer de todo, era discutido abertamente com ambos, sendo respeitado o direito do idoso à autodeterminação quanto aos cuidados a receber e aos objetivos a atingir em termos do seu desempenho nas ABVD. Para garantir a confiança depositada pelo idoso e pela sua família durante a relação terapêutica assegurou-se a privacidade e a confidencialidade da informação partilhada, sendo transmitida à equipa apenas os dados pertinentes e promotores da continuidade e qualidade dos cuidados. A adoção do modelo de intervenção em parceria viabilizou assim o reconceber da minha prática de cuidados junto do doente idoso hospitalizado e da sua família. Este incitou-me a refletir sobre a forma e o interesse que possuía por conhecer a pessoa idosa de quem cuidava, as suas capacidades, limitações, objetivos e projeto de vida. Ao enaltecer a importância de observar a pessoa idosa, de a entrevistar e de lhe aplicar instrumentos de avaliação para aceder ao seu universo de significação e para proceder à sua avaliação multidimensional, permitiu-me intervir junto do doente idoso de uma forma individualizada e com diagnósticos precisos, os quais pela sua adequação possuíram um maior êxito. Consciencializando-me de que nem tudo se consegue reabilitar, mas se pode minorar o impacto, este modelo alertou-me para o facto de não valer a pena planear o ideal em termos funcionais para o idoso, se o ideal é inatingível. Este orientou-me no sentido de priorizar os objetivos e as intervenções de enfermagem em função do concretizável e do que o idoso pretendia para si, sob pena de se comprometer os resultados que se pretendia alcançar e de se criar uma grande frustração em mim, na pessoa idosa e na sua família. Complementarmente, estimulou-me a adquirir e a aprofundar conhecimentos científicos na área da saúde do idoso, para que estes me possibilitassem uma melhor compreensão das situações de doença da pessoa idosa, bem como, da forma como o processo patológico se poderia expressar na sua singularidade e na sua trajetória de vida.

Quanto ao domínio da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente idoso hospitalizado e família, desempenhei um papel dinamizador na realização de atividades que visaram prevenir o declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD. Para o efeito definiram-se indicadores, com base no Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009) e no Índice de Barthel e efetuou-se um diagnóstico inicial da

situação (auditoria). Posteriormente, convidou-se a equipa de enfermagem a refletir numa sessão de formação sobre os resultados obtidos na fase de diagnóstico, sobre a evidência científica que comprova o risco de declínio do doente idoso hospitalizado nas suas ABVD e a participar no projeto. Este momento de reflexão conjunta permitiu-me o desenvolvimento de competências no âmbito da formação de grupos, nomeadamente da comunicação oral e da dinamização grupal. Permitiu-me desenvolver a assertividade, a capacidade de prestar atenção (atender ao que os enfermeiros diziam); de clarificar (questionar e fazer afirmações que ajudassem a equipa na compreensão da problemática); de encorajar (manifestar interesse no contributo da experiência e opinião de cada enfermeiro); de servir de espelho (resumir o que cada participante dizia para validar a mensagem transmitida); de dar opinião (apresentar as minhas ideias e conhecimentos acerca da problemática); de ajudar a encontrar soluções para a situação (tomar a iniciativa de solicitar e fornecer sugestões de solução); de negociar (deslocar a atenção de possíveis soluções para soluções prováveis, ajudando a pesar os seus prós e contras); de orientar; de estabelecer critérios (concretizar planos de ação e estabelecer limites temporais para a sua concretização) e, por fim, de condicionar (clarificar as consequências da não resolução da problemática) (Glickman, 1985 citado por Alarcão & Tavares, 2003).

Identificada a oportunidade de se melhorar os cuidados prestados ao doente idoso hospitalizado, nomeadamente ao nível do seu desempenho nas suas ABVD, implementou-se o Índice de Barthel como um instrumento de medida que permite orientar o planeamento dos cuidados e avaliar os seus resultados. Como forma de intervir eficazmente na prevenção do seu declínio, elaborou-se um guia orientador da boa prática em parceria com a equipa de enfermagem e baseado na evidência científica, sendo as suas intervenções implementadas posteriormente mediante o estabelecimento de prioridades. Como o serviço não se encontrava totalmente adaptado ao restabelecimento funcional do idoso nas suas ABVD negociou-se com a enfermeira-chefe a aquisição de recursos materiais que permitiriam uma prestação de cuidados mais segura e de qualidade.

No domínio da gestão dos cuidados otimizei a resposta da equipa junto do idoso em risco de declínio do seu grau de (in)dependência ao conseguir implementar no serviço a avaliação das ABVD (Índice de Barthel) de uma forma sistemática, bem como, as intervenções presentes na (sub)categoria do manual “avaliação física e funcional do doente”. Para o efeito adquiri uma postura de assessoria e disponibilidade para com a

equipa no esclarecimento de dúvidas referentes ao preenchimento do Índice de Barthel (expondo e demonstrando) e no planeamento dos cuidados, tendo procedido a um diagnóstico final para aferir os contributos do projeto no serviço. A adoção de um estilo de supervisão e de liderança do tipo colaborativo, que se concentra principalmente em estimular a reflexão do grupo, em escutar os seus elementos, em servir de espelho, em dar a opinião, em ajudar a encontrar soluções para o problema e em negociar, permitiu-me trabalhar em parceria com a equipa de enfermagem, motivá-la para o projeto e otimizar a sua resposta à problemática (Neves, 2001; Alarcão & Tavares, 2003). Embora não tenham surgido conflitos na consecução do projeto, surgiram na sua reta final sugestões por parte dos participantes que revelaram a necessidade de melhoramentos no projeto e que permitiram mediante uma reflexão e negociação conjunta a sua otimização futura e a sua aplicação gradual. Nesta medida, encontrando-se o trabalho em equipa orientado para a concretização de um objetivo comum ao grupo de pessoas que o desenvolve, uma sugestão ou um conflito não deve ser encarado como um elemento diruptivo, mas sim como um situação que quando devidamente mediada potencia a qualidade do trabalho realizado.

No campo da investigação, ao promover uma prática baseada na evidência consegui desenvolver competências de acesso e de pesquisa em bases de dados, de análise e avaliação crítica de estudos científicos, bem como, de síntese da sua evidência. O recurso a instrumentos de investigação para diagnosticar e monitorizar o processo de mudança, permitiu-me desenvolver a capacidade de observação, de registo mental das experiências vivenciadas, de reflexão na e sobre a ação, bem como, de análise de dados.

5. CONCLUSÃO

A sociedade depara-se atualmente com um envelhecimento progressivo da sua população, colocando novos desafios e exigências às atuais políticas de saúde. Estes desafios emergem do ónus de problemas subjacentes ao processo de envelhecimento, que advêm das mudanças biopsicossociais que este comporta, da incidência de doenças agudas e crónicas que afetam mais expressivamente os idosos e das suas consequências para estes, para as suas famílias e para a sociedade em geral. Embora a realidade demonstre que a sociedade se encontre a envelhecer, as atuais políticas assistenciais não refletem as mudanças demográficas vigentes e fazem emergir a necessidade de se realizarem profundas reformas nos sistemas de saúde. Reconhecendo a necessidade de se melhorem as práticas profissionais no âmbito do envelhecimento, para que se obtenham ganhos em saúde para o idoso e para a sua família, a OE (2010) defende que se deve investir na criação e implementação de projetos que visem a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a readaptação funcional e a reinserção social. Neste sentido, surgiu o presente projeto que, suportado por uma metodologia de projeto, visa a prevenção do declínio do grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, enquanto problemática suportada pela evidência científica atual. Este pretendeu dar resposta à máxima defendida pelo PNSPI (2004) que declara que se devem desenvolver ações próximas dos idosos e capacitadoras da sua independência e autonomia para que este possa viver no seu ambiente habitual, de forma independente, o maior número de anos possível.

Com o término do projeto posso afirmar que a sua implementação permitiu-me olhar para o doente idoso de uma forma multidimensional, valorizando as suas necessidades decorrentes do processo de envelhecimento e do processo de transição de saúde-doença que vivenciava. Esta abordagem centrada no idoso, baseada no Modelo de Intervenção em Parceria, possibilitou-me uma prática de cuidados mais individualizada e guiada pelo projeto de vida que cada idoso possuía. Por sua vez, a aquisição de um corpo sólido de conhecimentos científicos, permitiu-me não apenas sustentar teoricamente a problemática, como suportar a minha prática clínica e as minhas intervenções no sentido de otimizar o grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado. A dinamização da

equipa de enfermagem com a realização de questionários, de uma sessão de formação, com a implementação do Índice de Barthel, com a elaboração e implementação do Manual de Intervenções, permitiu-me ainda o desenvolvimento de capacidades de liderança, de supervisão e de investigação. No serviço onde decorreu o projeto, ocorreram simultaneamente mudanças significativas na compreensão e intervenção junto da pessoa idosa em risco de declínio do seu grau de (in)dependência na realização das suas ABVD. A avaliação do grau de (in)dependência do doente idoso com o Índice de Barthel passou a ser efetuada de uma forma sistemática e as intervenções implementadas a ser baseadas na evidência científica. A prestação de cuidados ao doente idoso passou a incorporar o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009) e a centrar-se mais na otimização do seu grau de (in)dependência e na promoção do cuidado de si. Esta abordagem centrada no idoso permitiu a implementação de planos de intervenção individualizados e direcionados às ABVD em risco de declínio, que sendo pautados pelo respeito pela singularidade de cada idoso promovem a otimização do seu grau de (in)dependência. Nesta medida, este projeto desafiou os enfermeiros a olharem para a saúde do idoso longitudinalmente (passado, presente e futuro) e a estabelecerem objetivos com base na sua avaliação funcional (ABVD). Alertou para a necessidade de se criaram ambientes hospitalares capacitadores e adaptados ao restabelecimento funcional do idoso, que lhes permita regressar ao seu ambiente habitual capaz de assumir o cuidado de si próprio ou, na sua impossibilidade, com um grau de (in)dependência similar ao prévio.

Por questões de limitação temporal este projeto apenas incidiu na implementação das intervenções comtempladas na (sub)categoria “avaliação física e funcional do doente” do manual elaborado. Deste modo, sugeriu-se no serviço a continuação do trabalho em curso com a realização de um projeto que pretendesse implementar as intervenções elencadas em cada (sub)categoria do manual e avaliar o seu impacto no grau de (in)dependência do doente idoso hospitalizado na realização das suas ABVD, nomeadamente aquando da sua alta hospitalar. Este novo projeto, que permite dar continuidade ao trabalho efetuado e às mudanças alcançadas, acabou por ser desenvolvido por um colega no âmbito do seu estágio da especialidade e durante o qual assumo um papel de consultora. Como forma de otimizar os cuidados ao doente idoso em contexto de internamento, sugere-se ainda a implementação de novos instrumentos de avaliação do idoso no serviço que permitam ao enfermeiro a sua avaliação multidimensional e objetiva. Sugere-se a implementação do Algoritmo de Diagnóstico do

Confusion Assessment Method, que permite de uma forma rápida e simples detetar quadros de confusão mental aguda e intervir atempadamente na sua reversão, dado que quando instalados podem comprometer o desempenho do idoso nas suas ABVD; bem como, do *Mini Nutritional Assessment* que permite identificar precocemente quadros de desnutrição ou em risco de desnutrição que quando efetivos podem predispor o idoso a um maior repouso no leito e a todos os efeitos nocivos da imobilidade. Por fim, sugere-se a formação das assistentes operacionais para a problemática em questão, dado que estas colaboram diariamente com os enfermeiros nos cuidados aos idosos, nomeadamente no desempenho das suas ABVD.

Com o intuito de otimizar os resultados em saúde dos idosos e, conforme sugestão da equipa, procedeu-se ao ajustamento do intervalo entre as avaliações do grau de (in)dependência dos doentes idosos totalmente independentes. Como resultado de uma reflexão conjunta optou-se por se estabelecer que perante um score de 20 no Índice de Barthel na avaliação prévia e na admissão do idoso, as reavaliações destes doentes apenas se efetuariam em caso de alteração do seu desempenho nas ABVD e aquando da alta hospitalar. Quanto às restantes sugestões enunciadas pela equipa, estas encontram-se atualmente em ponderação e implementação gradual.

Sendo esta uma problemática transversal a toda e qualquer unidade de internamento hospitalar, programa-se inicialmente a realização de um artigo científico e a apresentação do projeto e respetivos resultados numa sessão de formação aos restantes serviços do departamento, como forma de sensibilizar os enfermeiros para esta problemática e de os estimular a repensar as suas formas de atuação.

Com o término do projeto e apoiada nas competências comuns do enfermeiro especialista, considero que o enfermeiro especializado no cuidado ao idoso e família deve possuir competências para avaliar multidimensionalmente a pessoa idosa com doença crónica e seu familiar cuidador; detetar alterações inerentes ao processo de envelhecimento; implementar estratégias de intervenção de enfermagem ao nível da prevenção, tratamento e recuperação que, em parceria com a pessoa idosa e família, contemplem as suas necessidades em saúde, o seu contexto de vida, o seu projeto de vida e que visem a sua dignidade e qualidade de vida; por fim, deve dinamizar equipas de enfermagem que prestam cuidados à pessoa idosa, incentivar o trabalho de equipa e o envolvimento da equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001, Maio). Formação reflexiva. *Referência*. Nº 6, p. 54 – 59.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Amella E. (2008). Mealtime difficulties. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3ª edição - pp. 337-351). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- American Psychological Association (2010). *The Basics of APA Style*. Acedido a 12/03/2012. Disponível em: http://www.apastyle.org/index.aspx.
- Araújo, F.; Ribeiro, L.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007, Julho-Dezembro). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Lisboa: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Astiz, M.; Teresa, M; Garcia, E.; Armesto, M; Errasquin, B.; Casa, A; Ortiz, F & Rexach, J. (2008). Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43 (3), 133-138.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 289-302.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R. & Bicklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Investigação*. Porto: Porto Editora.
- Boltz, M. (2009). Assessing family preferences for participation in care in hospitalized older adults. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, *18*(3), 195-196.

- Boltz, M., Capezuti, E., Shabbat, N., & Hall, K. (2010). Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization. *International Journal Of Nursing Practice*, *16*(4), 381-388.
- Botelho, A. (2000). *A funcionalidade dos idosos*. In Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cacchione, P. (2005). Sensory Changes. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3ª edição - pp. 477-502). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Callen, B., Mahoney, J., Wells, T., Enloe, M., & Hughes, S. (2004). Admission and discharge mobility of frail hospitalized older adults. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, *13*(3), 156-163.
- Cancela, D. (2008). *O processo de envelhecimento*. Acedido a 25/07/2011. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBcQFjAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.pdfadeup.webnode.com.pt%2F200000130-1dd221ecbf%2FProcesso%2520de%2520envelhecimento.pdf&ei=xSoyTsviE4HRhAfT2JD2Cg&usg=AFQjCNF7B73idoYPVaZUu9F7uD_QPOg0bg
- Casey, M. (2008). Partnership - Success factors of interorganizational relationships. *Journal of Nursing Management***,** 16(1), 72-83.
- Corsonello, A., Pedone, C., Lattanzio, F., Lucchetti, M., Garasto, S., Di Muzio, M., & ... Incalzi, R. (2009). Potentially inappropriate medications and functional decline in elderly hospitalized patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, *57*(6), 1007-1014.
- Conselho da Europa (1998). Recomendação n.º R (98) 9 da Comissão dos Ministros aos Estados Membros relativa à dependência.
- Costa, M. (2006). *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda e Educa.
- Covinsky, K.; Palmer, R.; Fortinsky, R; Counsell, S.; Stewart, A.; Kresevir, D; Burant, C. & Landefeld, C. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults

Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal Of The American Geriatrics Society*, *51*(4), 451-458.

- Creditor, M. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals Of Internal Medicine*, *118* (3), 219-223.
- DiMaria-Ghalili, R. (2008). Nutrition. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3ª edição - pp. 353-67). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Dinis, R. (2006). *A família do idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspetiva dos enfermeiros*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido a 12/03/2012. Disponível: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf
- Duarte, Y.; Andrade, C. & Lebrão, M. (2006). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista de Enfermagem da USP*. 41 (2), 317-325.
- Edvardsson, D., & Nay, R. (2009). Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, *27*(2), 63-69.
- Godinho, N. (2011). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). Regulamento de Mestrado. Lisboa.
- Godinho, N. (2012). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Falk-Rafael, A. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 24 (1), 1-16.
- Fletcher, K. (2005). Immobility: Geriatric Self-Learning Module. *MEDSURG Nursing*, 14 (1), 35-37.
- Francis, C. (2005). Iatrogenesis. *Hartford Institute for Geriatric Nursing*. Acedido a 25/07/2011. Disponível em:

  http://consultgerirn.org/topics/iatrogenesis/want_to_know_more

- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fortin, M-F (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. (2007). *American Journal of Nursing*, *107*(10), 48-49.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal Of Advanced Nursing*, *16* (3), 354-361.
- Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso.* Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Gomes, I. D. et. al. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem - uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, LDA.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si. A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio.* Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.
- Gomes, I. D. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). First edition: September 2011. Layout, Binding and PPrinting: Impreta Tomás Hermans.
- Gonçalves, A. (2005). *Criatividade e Inteligência Emocional – Manual do Formador*. Lisboa: CECOA. Disponível em:

  http://portal.iefp.pt/xeobd/attachfileu.jsp?look_parentBoui=17165779&att_display=n&att_download=y
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal Of Nursing*, *106*(1), 58-68.
- Graf, C. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living scale. *The American Journal Of Nursing*, *108*(4), 52-62.
- Graf, C. (2008). The hospital admission risk profile: the HARP helps to determine a patient's risk of functional decline. *The American Journal Of Nursing*, *108*(8), 62-71.

- Gray, S., Sager, M., Lestico, M., & Jalaluddin, M. (1998). Adverse drug events in hospitalized elderly. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, *53*(1), M59-M63.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acão – O Planeamento em Ciências Sociais* (2ª Edição). Cascais: Principia.
- Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal Of Older People Nursing*, *2*(3), 204-212.
- Heath, H., & Phair, L. (2009). The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis. *International Journal Of Older People Nursing*, *4*(2), 120-131.
- Heath, H., & Phair, L. (2011). Frailty and its significance in older people's nursing. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, *26*(3), 50-55.
- Hoogerduijn, J., Schuurmans, M., Duijnstee, M., de Rooij, S., & Grypdonck, M. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal Of Clinical Nursing*, *16* (1), 46-57.
- Hook, M. (2006). Partnering with patients - a concept ready for action. *Journal Of Advanced Nursing*, *56*(2), 133-143.
- Horgas, A. & Saunjoo, Y. (2008). Pain management. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3ª edição - pp. 199-222). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Atualidades do INE. O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Acedido a 12/03/2012. Disponível: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções de população residente em Portugal* (2008 – 2060). Lisboa. Acedido a 27/06/11. Disponível:

  http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

  - Instituto Nacional de Estatística (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Acedido a 12/03/2012. Disponível:

http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa. Acedido a 12/03/2012. Disponível:

  http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2

- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*. Lisboa. Acedido a 05/12/2012. Disponível: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2

- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2008 – 2010*. Lisboa.

- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2009 – 2011*. Lisboa.

- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*, 12 (2), 55-60.

- King, B. (2006). Functional Decline in Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*, *15* (5), 265-271.

- Kleinpell, R; Fletcher, K & Jennings, B. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. *In*: HUGHES, G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville. HRQ Publication.* Disponível em http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/docs/kleinpellr_rfdhe.pdf

- Kresevic, D. (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Function in Acute Care. *Hartford Institute for Geriatric Nursing*. Acedido a 05/12/2012 Disponível em: http://consultgerirn.org/topics/function/want_to_know_more

- Kvale, K.; Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 582-589.

- Mahoney FI & Barthel D. (1965). "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journa,*14, 56-61.

- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E. O.; Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12–28.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª Edição. Filadélfia: Lippincott.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stetler, C., & Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Practice Leadership Summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, *2*(3), 113-121.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2010). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins. Disponível em:

  http://books.google.pt/books?id=hHn7ESF1DJoC&pg=PT19&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Melo, G. (2011). *Alimentação em doentes de Alzheimer – prevenção da dependência*. ADVITA. Acedido a 25/07/2011. Disponível em: https://www.advita.pt/saude/doenca-de-alzheimer/alimentacao-em-doentes-de-alzheimer
- Menezes, C.; Oliveira, V. & Menezes, R. (2010) Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, 3 (2), 76-84.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República: I Série – A, nº109 (6 de Junho de 2006).
- Ministério da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares*.
- Mudge, A., Giebel, A., & Cutler, A. (2008). Exercising body and mind: an integrated approach to functional independence in hospitalized older people. *Journal Of The American Geriatrics Society*, *56*(4), 630-635.
- Neves, J. (2001). Aptidões individuais e teorias motivacionais. In Ferreira, J., Neves, J. & Caetano, A. (Coords.), *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 255 – 279). Lisboa: McGraw-Hill.

- Nunes, Lucília; Ruivo, Alice; Ferrito, Cândida (2010, Janeiro-Março). Metodologia de projeto: coletânea descritiva das etapas. *Revista Percursos*, 15, 2-37.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* Acedido a 25/07/2011. Disponível em:

  http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Acedido a 25/07/2011 Disponível em:

  http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_especialidades.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido a 25/07/2011 Disponível em:

  http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. 60p.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2009). Health at a Glance 2009: OECD Indicators. OECD Publishing.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing.
- Ovando, L. & Couto, T. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde*. São Paulo: 2010. 34 (2), 176-182.
- Padula, C., Hughes, C., & Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *Journal Of Nursing Care Quality*, *24*(4), 325-331.
- Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults: four programs to improve care. Journal Of Gerontological Nursing, 33(1), 48-54.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Fonseca, A. & Paúl, C. (2005). Envelhecer em Portugal (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pereira, A. & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Revista Gaúcha de Enfermagem, 27 (4), 491- 498.
- Pierre, J. (1998). Functional decline in hospitalized elders: preventive nursing measures. *AACN Clinical Issues*, *9*(1), 109-118.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Radziewicz, R.; Amato, S.; Bradas, C. & Mion, L. (2009). *Use of physical restraints with elderly patients.* Hartford Institute for Geriatric Nursing. Acedido a 25/07/2011 Disponível em: http://consultgerirn.org/topics/physical_restraints/want_to_know_more/
- Rato, H.; Baptista, C. & Ferraz, D. (2007). *MANFOP – Manual de Avaliação das Necessidades de Formação em Organismos Públicos*. Oeiras: INA - Instituto Nacional de Administração, I.P.
- Rodrigues, M. & Ferrão, L. (2006). *Formação Pedagógica de Formadores* (7ª Edição). Lisboa: Lidel.
- Royal College Nursing (2004). *Caring in partnership: older people and nursing staff working towards the futures.* London: Royal College of Nursing.
- Sahlsten, M; Larsson, I.; Sjostrom, B; Lindencrona, C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing,* 16(4), 630-637.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004, Março). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 11, 59 - 62.
- Schumacker, K & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal Of Nursing Scholarship,* 26 (2), 119 -127.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1–26). Nova Iorque: Springer.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

- Sennour, Y., Counsell, S., Jones, J., & Weiner, M. (2009). Development and implementation of a proactive geriatrics consultation model in collaboration with hospitalists. *Journal Of The American Geriatrics Society*, *57*(11), 2139-2145.
- Siqueira, A., Cordeiro, R., Perracini, M., & Ramos, L. (2004). Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Revista De Saúde Pública*, *38* (5), 687-694.
- Smith, C. & Cotter, V. (2012). Age Related Changes in Health. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Acedido a 05/12/2012 Disponível em: http://consultgerirn.org/topics/normal_aging_changes/want_to_know_more
- Sousa, F. (2009). *Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Acedido a 25/07/2011. Disponível em:

  http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Grill, E., & Melvin, J. (2005). Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability And Rehabilitation*, *27*(7-8), 353-359.
- Tullmann, D.; Mion, L.; Fletcher, K. & Foreman, M. (2008). Delirium: prevention, early recognition, and treatment. In: Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3ª edição - pp. 111-125). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Tutton, E. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal Of Advanced Nursing*, *50*(2), 143-152.
- United Nations (2011). *World Population Prospects, the 2010 Revision*. In United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Acedido a 05/12/2012. Disponível: http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/mortality.htm
- Volpato, S., Cavalieri, M., Guerra, G., Sioulis, F., Ranzini, M., Maraldi, C., & Guralnik, J. M. (2008). Performance-Based Functional Assessment in Older Hospitalized Patients: Feasibility and Clinical Correlates. *Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, *63A*(12), 1393-1398.

- Wallace, M., & Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *Try This: Best Practices In Nursing Care To Older Adults*, (1).
- Wallace, M., & Shelkey, M. (2008). Monitoring functional status in hospitalized older adults. *American Journal Of Nursing*, *108*(4), 64-72.
- Wallace, M. & Shelkey, M. (2012). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Try This: Best Practices In Nursing Care To Older Adults*.
- Wong, R., & Miller, W. (2008). Adverse outcomes following hospitalization in acutely ill older patients. *BMC Geriatrics*, *8*10.
- World Health Organization (2002). Active Ageing. A Policy Framework. Acedido a 25/07/2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- World Health Organization (2010). Chronic disease. Acedido a 25/07/2011. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- World Health Organization (2012). *Definition of an older or elderly person*. Acedido a 05/12/2012. Disponível em:

  http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html
- Xia, C., & McCutcheon, H. (2006). Mealtimes in hospital - who does what?. *Journal Of Clinical Nursing*, *15* (10), 1221-1227.