

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Comportamentos de Saúde na Adesão ao Regime  
Terapêutico em idosos com Insuficiência Cardíaca:  
Intervenções de Enfermagem na capacitação para o  
Autocuidado**

**Cátia Leonor Napoleão dos Santos Pereira Rei**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Comportamentos de Saúde na Adesão ao Regime  
Terapêutico em idosos com Insuficiência Cardíaca:  
Intervenções de Enfermagem na capacitação para o  
Autocuidado**

**Cátia Leonor Napoleão dos Santos Pereira Rei**

Orientador: Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Adriana Henriques

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*«Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.  
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.  
Não viva de fotografias amareladas...  
Continue, quando todos esperam que desista.  
Não deixe que enferruje o ferro que existe em si.  
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por si.  
Quando não conseguir correr através dos anos, trote;  
Quando não conseguir trotar, caminhe;  
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala...  
Mas nunca desista.»*

Madre Teresa de Calcutá

## AGRADECIMENTOS

Aos amigos para os quais não estive presente nestes 18 meses, aos que partiram, mas sobretudo aos que ficaram...

À minha Família, sobretudo a ti Nuno, sem a qual teria cedido ao conforto da fuga...

À Inês, Liliana, Joana e Mónica, porque muitas vezes sem saberem, devolveram-me o chão, quando ele cismava em fugir...

Aos meus filhos, a minha maior fonte de alegria e felicidade, pelos incontáveis «*a mãe agora não pode*»...

Ao Duarte, meu grande professor da vida, que passou pela maior das provações, com a mãe despedaçada...

À Enfermeira Célia Osana, pelo estímulo intelectual, exemplo profissional e motivação...

À Enfermeira Maria da Luz, pela alegria e demonstração de cuidados com uma humanização e entrega tocantes...

À Professora Adriana pela compreensão e disponibilidade para a minha orientação...

Aos meus avós, Aurora e Henrique, porque o que se perde em saudosa proximidade física, se ganha em intimidade...

E, sobretudo, *obrigado a mim*, por ter persistido...

## RESUMO

No decorrer do processo de envelhecimento, o idoso confronta-se com alterações de diferente natureza e encontra-se exposto a inúmeros fatores que condicionam a sua capacidade para gerir o seu regime terapêutico de forma adequada, comprometendo a eficácia do seu autocuidado e tornando-o vulnerável ao fenómeno da não adesão ao regime terapêutico. Esta associa-se a um aumento de reinternamentos, maior custo financeiro, diminuição da eficácia do tratamento e controlo sintomatológico e conseqüente diminuição da qualidade de vida.

Ao acompanhar e promover a adesão ao regime terapêutico com vista a otimizar resultados terapêuticos, o enfermeiro procura compreender o que limita o processo de gestão da doença crónica, nomeadamente pela identificação de fatores que a comprometem e através da implementação de intervenções eficazes que facilitem a incorporação de novos hábitos e formas de viver.

Este relatório reflete o projeto de estágio que decorreu numa Unidade de Insuficiência Cardíaca, onde era feita uma avaliação incompleta do fenómeno da adesão, focada no cumprimento de toma medicamentosa, sem sistematização na intervenção relativamente à sua promoção e valorização desta na manutenção de qualidade de vida do idoso.

Segundo metodologia de projeto e por isso baseado num percurso de resolução de problemas, foram incluídos 24 participantes internados na UIC no período de realização do estágio, de acordo com critérios de inclusão para aplicação da *Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca*.

Através da análise dos resultados, foi possível definir diagnóstico de enfermagem relativo a adesão a comportamentos de saúde acordados, baseado no autorrelato do idoso. A utilização deste instrumento de avaliação permitiu identificar necessidades de autocuidado e o seu fator condicionante, além de direcionar o processo de ensino quando verificada falta de adesão aos mesmos e o incentivo à sua adoção e manutenção por verificação do seu impacto no controlo sintomático, numa perspetiva de capacitação para o autocuidado.

Palavras-chave: Adesão, Autocuidado, Idoso, Insuficiência Cardíaca, Intervenções de Enfermagem

## **ABSTRACT**

In the course of the aging process, the elderly are confronted with alterations of different natures and exposed to innumerable factors that condition their capacity to manage their therapeutic regimen in an appropriate way, compromising the effectiveness of their self-care and making them vulnerable to the phenomenon of non-adherence to the therapeutic regime. This phenomenon is associated with an increase in readmissions, higher financial costs, decreased treatment efficacy and symptomatic control, and a consequent decrease in quality of life.

By accompanying and promoting adherence to the therapeutic regimen with the purpose to optimizing therapeutic results, nurse seeks to understand what limits the chronic disease management process, namely by identifying factors that compromise it and by implementing effective interventions that facilitate the incorporation of new habits and ways of living.

This report reflects the internship project that took place in a Heart Failure Unit, where an incomplete evaluation of the phenomenon of adherence was made, focused on compliance with medication intake, without systematization in the intervention regarding its promotion and valuation of it in the maintenance of quality of life of the elderly.

According to project methodology, and therefore based on a problem-solving course, 24 participants hospitalized were included during the period of the internship, according to inclusion criteria for the application of the European Self-Care Scale for Heart Failure.

Through the analysis of the results, it was possible to define a nursing diagnosis related to adherence to agreed health behaviors, based on the self report of the elderly. The use of this evaluation tool allowed identify self-care needs and their conditioning factor, besides directing the teaching process when there was a lack of adherence to them and encouraging their adoption and maintenance by checking their impact on symptomatic control, from a perspective of capacitation for self-care.

**Key-words:** Adherence, Self-care, Elderly, Heart Failure, Nursing Interventions

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde  
CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EEAIC – Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
IC – Insuficiência Cardíaca  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
MMSE – Mini Mental State Examination  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
PNU - Parametrização Nacional Única  
PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca  
RSL – Revisão Sistemática da Literatura  
SAM - Sistema de Apoio ao Médico  
SAP - Serviço de Apoio Permanente  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SICD/E - Sistema de Classificação de Doentes  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
UIC - Unidade de Insuficiência Cardíaca  
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF - Unidade de Saúde Familiar  
USP - Unidade de Saúde Pública  
WHO - World Health Organisation

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>15</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. O ENVELHECIMENTO E IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA .....</b>	<b>17</b>
<b>2. A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO E A PESSOA IDOSA .....</b>	<b>18</b>
<b>3. O AUTOCUIDADO COMO FOCO DE ATENÇÃO DA CIÊNCIA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>19</b>
<b>4. O AUTOCUIDADO NA PESSOA IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA .....</b>	<b>21</b>
<b>5. A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA .....</b>	<b>25</b>
<b>DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....</b>	<b>28</b>
<b>1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO PROJETO.....</b>	<b>28</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
2.1. Finalidade do Projeto .....	29
2.2. Objetivos Gerais do Projeto .....	30
2.3. Contexto de Desenvolvimento do Projeto .....	30
2.4. Participantes .....	34
2.5. Aspectos Éticos .....	34
<b>3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....</b>	<b>35</b>
<b>4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS.....</b>	<b>36</b>
4.5. Fase de Diagnóstico .....	36
4.6. Fase de Desenvolvimento.....	46
4.7. Fase de Avaliação.....	54
<b>5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA E DE MESTRE NA PROMOÇÃO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.....</b>	<b>55</b>
<b>6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA.....</b>	<b>58</b>
<b>7. LIMITAÇÕES DO PROJETO .....</b>	<b>59</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
Anexo I – Pedido De Autorização Para Implementação De Projeto No Contexto De Estágio De Curso De Mestrado Em Enfermagem Na Área De Especialização Médico-Cirúrgica – Vertente Da Pessoa Idosa.....	71

Anexo II - Pedido De Autorização A Autora Para Utilização Da <i>Escala Europeia De Autocuidado Na Insuficiência Cardíaca</i> .....	72
Anexo III – Autorização Para Utilização Da <i>Escala Europeia De Autocuidado Na Insuficiência Cardíaca</i> .....	73
Anexo IV – Tabela Para Colheita De Dados Sociodemográficos E Clínicos De Amostra Seleccionada .....	74
Anexo V - Escala Europeia De Autocuidado Na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0).....	75
Anexo VI – <i>Protocolo Scoping</i> .....	76
Anexo VII - Questionário Realizado A Equipa De Enfermagem Da Unidade De Insuficiência Cardíaca Para Diagnóstico De Situação .....	98
Anexo VIII – Plano De Sessão De Formação « <i>Comportamento De Adesão No Idoso Com Insuficiência Cardíaca</i> » .....	99
Anexo IX – Sessão De Formação Em Serviço Para Equipa De Enfermagem Do Serviço De Medicina III.....	101
Anexo X - Norma De Orientação Clínica <i>Adesão Ao Regime Terapêutico Na Ic</i> .....	110
Anexo XI - Estudo-Caso Realizado No Âmbito De Prática Supervisionada De Cuidados	
Anexo XII – Plano De Sessão De Formação «Comportamento De Adesão No Idoso Com Insuficiência Cardíaca – Apresentação De Resultados» .....	159
Anexo XIII – Sessão De Formação Apresentada A Equipa De Enfermagem Do Serviço De Medicina III Para Apresentação De Resultados Do Projeto.	161

---

## INDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº 1.</b> Questões essenciais que devem ser abordadas no ensino ao doente e competências de autocuidado a adquirir (adaptado de recomendações da SPC, 2012) .....	22
<b>Quadro nº 2.</b> Fatores determinantes para a adesão ao regime terapêutico identificados em estudos selecionados em Revisão Scoping em elaboração .....	38
<b>Quadro nº 3.</b> Intervenções de enfermagem para a promoção da adesão ao regime terapêutico identificados em estudos selecionados em Revisão Scoping (adaptado de Bugalho & Carneiro, 2004) .....	40
<b>Quadro nº 4.</b> Scores da Escala Europeia de Autocuidado na IC de dados obtidos em estudo empírico (adaptado de Pereira, 2013). .....	49

---

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura nº 1.</b> Critérios identificados para a avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico pela equipa de enfermagem da UIC (n=26) .....	44
<b>Figura nº 2.</b> Consideração de Foco Adesão ao Regime Terapêutico em consulta de processos clínicos de utentes do Serviço de Medicina III (n= 35). .....	45
<b>Figura nº 3.</b> Fator identificado como limitador para adesão a comportamentos de saúde recomendados. ....	51

---

## INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório de Estágio procura refletir o percurso efetuado ao longo de 18 semanas letivas, nos quais me foram dadas oportunidades de participação em momentos de cuidados singulares e onde experienciei um trabalho de equipa extraordinário, com reflexo nos cuidados a nível humano, relacional e de grande rigor profissional, sempre em busca de melhoria da qualidade de cuidados.

Envolvermo-nos e predispor-mo-nos à aprendizagem é um desafio à nossa capacidade de resolução de problemas, de desenvolvimento da nossa autonomia profissional, de trabalho pessoal crítico e disponibilidade e motivação para um envolvimento proativo no contínuo de aprendizagem, numa perspetiva de desenvolvimento de competências não apenas ao nível da especialização, mas também ao nível do 2º ciclo de aprendizagem em enfermagem. É um processo que exige um questionamento permanente dos diferentes saberes com vista à aquisição de competências que permitam cuidar com eficiência e qualidade.

A escrita deste relatório pretende refletir o contributo e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de 2º ciclo de aprendizagem, na vertente da pessoa idosa, na promoção da adesão ao regime terapêutico do idoso com Insuficiência Cardíaca e sua família após internamento por evento agudo da doença. Na fase de implementação do projeto procurou atingir-se objetivos, adquirindo conhecimentos na área da Adesão ao Regime Terapêutico e aplicando esses conhecimentos na prática clínica.

A elaboração deste relatório e a operacionalização do projeto, comportou motivações de ordem pessoal e profissional, e revestiu-se de um significativo enriquecimento no meu processo de formação, permitindo-me a formulação e análise de problemas de maior complexidade, de uma perspetiva crítica.

O estágio decorreu no período de 26 de setembro de 2016 e 12 de fevereiro de 2017, e foi dividido em duas fases: uma de observação participante, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, e uma segunda fase em contexto hospitalar, onde o projeto foi implementado, num total de 750 horas divididas em 525 horas de estágio efetivo e 225 horas de trabalho autónomo, de acordo com o plano de estudos.

A metodologia de apresentação do relatório respeita a cronologia pela qual se desenvolveu a prática clínica, com descrição e análise crítica de estratégias e

---

atividades desenvolvidas, de forma a possibilitar o desenvolvimento competências *clínicas, de formação e supervisão, de investigação* e de *gestão* na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao idoso com Insuficiência Cardíaca e pessoa significativa para a promoção da adesão ao regime terapêutico, bem como também as preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação.

Assim, e tendo em vista o desenvolvimento de competências a que me propus para este estágio, foram definidos os objetivos:

- Refletir sobre como o idoso com doença crónica, no domicílio, gere o regime terapêutico.
- Mapear o estado da arte relativamente ao fenómeno da adesão ao regime terapêutico no idoso com IC, identificar fatores que o possam condicionar e medidas para a sua promoção.
- Analisar atividades realizadas, para a promoção do autocuidado à pessoa idosa na gestão da doença, em contexto de cuidados de saúde primários.
- Descrever atividades realizadas na promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa idosa com IC., em contexto de internamento hospitalar, após agudização de doença crónica.
- Refletir sobre o percurso percorrido para o desenvolvimento de competências para a intervenção especializada e de mestre na promoção da Adesão ao Regime Terapêutico.

Esta exposição escrita é sustentada nas reflexões sobre a prática clínica e suportada na revisão de literatura de forma narrativa e nos conhecimentos científicos adquiridos com a partilha de experiências e saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo. Estruturalmente é constituída por três partes:

- Uma primeira parte onde é caracterizada a problemática da adesão ao regime terapêutico de uma doença crónica e impacto desta na vida da pessoa idosa.
- A segunda parte, com descrição teórica, que relaciona a problemática da adesão ao regime terapêutico e a disciplina de Enfermagem; caracteriza o autocuidado como foco central para a enfermagem e descreve as orientações para o autocuidado para o regime terapêutico específico da IC.
- Numa terceira parte faço uma contextualização do estágio, com apresentação e caracterização dos contextos envolvidos e metodologia aplicada, com descrição, reflexão e análise de atividades e resultados obtidos.

- 
- E por fim, uma reflexão final de questões que foram essenciais na procura de aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre na vertente da pessoa idosa para a capacitação desta e da sua família para a adesão ao regime terapêutico.

Na realização deste relatório foram consideradas as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, expressas no *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*, baseado nas normas APA e ISO 690 (NP 405), bem como o cumprimento do novo acordo ortográfico.

---

## CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A melhoria das condições de vida, o desenvolvimento do conhecimento a nível da biomedicina, aliados a outros fatores levaram a um aumento na esperança de vida das pessoas, tornando o nosso país num Portugal envelhecido, nos últimos 30 anos. Com o envelhecimento demográfico foi prolongado o número de anos que a população se encontra exposta a fatores de risco causadores de doenças crónicas, condicionando a manutenção da qualidade de vida das pessoas com doença, que passam a necessitar de acesso a mais cuidados de saúde e sociais.

A (con)vivência com uma doença crónica absorve todas as dimensões da vida de um ser humano e compromete a qualidade com que a mesma é vivida. Responsável por níveis elevados de morbilidade e mortalidade, a doença crónica é causa de inúmeras situações de internamento e uso de recursos de saúde diferenciados por descompensação, sendo a gestão inadequada da doença e do seu regime terapêutico uma das suas causas mais frequentes (Pereira, 2013). Os internamentos recorrentes demonstram a necessidade de uma abordagem de cuidados orientados para a prevenção dos seus custos associados e repercussão na vida do utente (Delgado, 2014; Simão, 2009; Pereira, 2013).

A doença passa a fazer parte do quotidiano da pessoa e as questões relacionadas com a sua gestão atividades de autocuidado, através de processos de incorporação na rotina diária de mecanismos de facilitação para o cumprimento dos comportamentos de saúde propostos (Bastos, 2012). Mais que a preparação para a mestria na gestão de um regime terapêutico, muitas vezes complexo, a pessoa cuidada procura ajuda na identificação de estratégias que permitem manter a continuidade da sua vida no seu contexto para além do processo patológico. E, como pudemos concluir com este trabalho, este é o desafio na prática de cuidados: promover a consciencialização e efeito benéfico de uma adesão efetiva a um conjunto de comportamentos, sem que estes comprometam a vivência do “eu” e a sua inter-relação com os seus e o seu meio (Silva, 2008).

Segundo a WHO (2002), doenças crónicas são aquelas com «*duração prolongada e progressão lenta que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas*». Para a WHO (2003), as doenças crónicas, além de

---

imporem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que os indivíduos e comunidades atinjam o seu potencial, roubando os seus futuros.

A doença crónica exige um processo de adaptação individual tendo em vista a prevenção, controle ou minimização de complicações decorrentes do processo patológico ou de uma eventual má gestão do mesmo, que afetam não só a pessoa cuidada mas toda a sua família, cuidador e comunidade em que se insere (Bastos, 2012). O idoso que sofre de uma doença crónica necessita de um nível elevado de suporte, de forma a poder manter a sua funcionalidade através da aquisição de aptidões de autocuidado e assegurar a adesão a comportamentos de saúdes para a manutenção e controlo da situação de saúde (Bastos, 2012). A prevenção de situações geradoras de dependência ou perda de autonomia, a manutenção da qualidade de vida e a recuperação global das pessoas com ganhos em saúde constituem, por isso objetivos prioritários das atuais políticas de saúde (DGS, 2015).

A Insuficiência Cardíaca (IC) foi considerada como prioritária em termos de uma ação estratégica do ponto de vista da *Gestão Integrada da Doença*, por apresentar de forma mais significativa, «*possibilidade de uniformização das práticas dos profissionais, capacidade de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevado peso orçamental, severidade da incapacidade, possibilidade de autocontrolo e precocidade da incapacidade*» (Escoval, Coelho, Diniz et. al, 2010).

Por sua vez, a não adesão a comportamentos de saúde propostos como regime terapêutico compromete os esforços do sistema de saúde, nomeadamente dos seus profissionais, na procura da melhoria da saúde das populações, provocando ainda complicações médicas e psicológicas da doença com conseqüente redução da qualidade de vida, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência a fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde (WHO, 2003).

---

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### **1. O Envelhecimento e Importância do Contexto de Vida da Pessoa Idosa**

Ser idoso, enquanto processo natural da vida, é alcançar uma etapa da vida que, em como qualquer outra (seja a infância adolescência ou adultez), surgem alterações singulares físicas, psicológicas e de papéis sociais. Ao lidar com inevitáveis perdas (humanas e físicas) e maior fragilidade física, a pessoa idosa torna-se mais suscetível a doenças, que comprometem a sua autonomia e qualidade de vida (Ferreira, 2012).

No entanto, mais que lidar com dificuldades, é o superar e viver etapas, pois o envelhecimento representa uma «*história humana de sucesso*» (Kinsella e Velkoff, 2001:25). O investimento no aperfeiçoamento de processos terapêuticos e melhoria de condições de vida, possibilitou o aumento de número de anos à vida, contudo expõe o indivíduo a fatores de risco que predispõem o surgimento de doenças potencialmente incapacitantes. Urge assim, a imperiosa necessidade da atenção a tudo o que dá vida, e reveste de qualidade a sua vivência, nomeadamente pela garantia e capacitação de meios físicos e humanos necessários para o acompanhamento desta população, que continua em crescimento (Ferreira, 2012).

O meio familiar continua a deter uma função protetora e securizante para a pessoa idosa (Ferreira, 2012), que preserva a sua identidade e contribui diretamente para o seu bem-estar e qualidade de vida. É na família, que é reconhecida toda a sua história de vida, e contributo para a construção de identidade e cuidado da mesma ao longo de gerações. A capacitação da família e da pessoa idosa para o autocuidado e gestão de um regime terapêutico em segurança contribui assim de forma direta para o empoderamento a uma participação ativa no seu projeto de saúde, mantendo-os no meio em que a vida é reconhecida como provida de qualidade (WHO, 2007).

---

## 2. A Adesão ao Regime Terapêutico e a Pessoa Idosa

Segundo a WHO (2003: 4), a adesão ao regime terapêutico «...define o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão do medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda se corresponde e concorda com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde», abrangendo comportamentos de saúde mais alargados que apenas o cumprimento das prescrições medicamentosas.

A reflexão sobre a temática da adesão ao regime terapêutico remete-nos para o próprio conceito de pessoa e do seu ambiente relacional e físico, que vão contribuir para a compreensão do comportamento humano. Enquanto centro da prestação de cuidados, e tendo em vista a procura de sentidos para o desenvolvimento das práticas profissionais, a excelência nos cuidados implica a compreensão das respostas humanas aos processos de saúde, no sentido da capacitação ou da adaptação a novas situações, nomeadamente o entendimento do que conduz a pessoa a optar por determinado comportamento em detrimento de outro, e que dimensões norteiam a sua decisão (Silva, 2010).

Na procura da compreensão dos fatores que condicionam a modelação do comportamento de saúde da pessoa tendo em vista a sua adesão ao regime terapêutico, encontra-se subjacente uma contribuição para a compreensão mais integrada das razões que motivam ou comprometem a adesão a um determinado regime terapêutico e a decorrente satisfação com a sua situação de saúde, em consequência da responsabilização pelo seu autocuidado (Petronilho, 2012; Pereira, 2013).

Para Henriques (2011) «estudar o processo de adesão do idoso ao seu regime medicamentoso é uma forma de percebermos como os idosos gerem a sua medicação e de como os enfermeiros podem ajudar na gestão de uma doença crónica». Segundo a mesma autora, a multidimensionalidade do processo de adesão torna impossível uma adesão total no idoso, mas mesmo uma adesão parcial exige uma adaptação comportamental e o desenvolvimento de estratégias que permitam a sua manutenção (Henriques, 2011). Na população idosa, a não adesão não intencional pode ser devida a esquecimentos, regimes terapêuticos complexos, polifarmácia, défice cognitivo e/ou sensoriais, traduzidos em dificuldades em

---

manusear embalagens e declínios de memória (Henriques, 2011). Por outro lado, a não adesão intencional consiste na decisão consciente da interrupção da toma medicamentosa, nomeadamente por reações adversas provocadas por essa, falhas de comunicação com equipa de saúde, défice de informação ou por descrença no benefício da sua continuação (Henriques, 2011). Assim, a pessoa toma uma decisão baseada na perceção que construiu acerca dos custos e benefícios obtidos pela adoção ou recusa de determinado comportamento.

### **3. O Autocuidado como foco de atenção da ciência de Enfermagem**

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, enquanto prioridade, da investigação, representam o impacto da intervenção do enfermeiro e são manifestados por alterações no estado de saúde, comportamento, perceção e capacidade de resolução de problemas, potenciais ou reais, nas pessoas de quem cuida (Galvão & Janeiro, 2013).

O conceito de autocuidado é também entendido como resultado do cuidado de enfermagem, enquanto resposta humana intencional, e tornou-se um foco de atenção com o aumento de prevalência de doenças crónicas potencialmente limitadoras decorrentes do envelhecimento da população, colocando o enfoque nos cuidados orientados para a promoção e manutenção da saúde (Sidani, 2001; Petronilho, 2012). A capacitação das pessoas e famílias para darem resposta a requisitos de autocuidado (Orem, 1993) e para uma melhor adaptação aos desafios de saúde foi assim identificada como um recurso para a gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença e manutenção de um nível aceitável de funcionalidade (Petronilho, 2012).

O modelo de Autocuidado de Dorothea Orem (1993) refere o conceito de autocuidado como as disposições que o indivíduo toma na prevenção, manutenção ou recuperação da sua saúde, quando confrontado com a doença. Existe assim uma motivação deste, quando é possível, para assumir responsabilidade do próprio cuidado de saúde, tal como o desejo de poder controlar as várias vertentes da sua vida. Assim, reconhece liberdade, controlo e responsabilidade do indivíduo pela

---

manutenção da sua qualidade de vida e prevenção de complicações decorrentes da sua situação de saúde.

Desta forma é o cuidado que o indivíduo presta a si próprio no sentido de suprir incapacidades e carências individuais; é uma atitude aprendida e apoiada pela curiosidade intelectual, e cabe assim ao enfermeiro reconhecer na pessoa alvo de cuidados o direito de ser tratado como alguém com necessidades de autocuidado. Este conceito é dependente do próprio conceito que o indivíduo tem de si e da forma como valoriza a sua autoestima e autoimagem.

Os requisitos de autocuidado por desvios de saúde surgem quando a pessoa é confrontada com a doença ou incapacidade, que impõem sobre si uma necessidade de mudança no comportamento de autocuidado. Quando essa exigência é correspondida pelo indivíduo então o autocuidado é possível. No entanto, quando a exigência se sobrepõe à capacidade do indivíduo de lhe dar resposta, surge um défice de autocuidado. A resposta a este défice pode passar pela assunção do cuidado por outrem; por reduzir a exigência de autocuidado para um nível passível de eliminar o défice (ou seja, de permitir o autocuidado); ou ainda pelo aumento da capacidade de resposta do indivíduo (ou pessoa significativa) perante o défice de autocuidado, nomeadamente por aquisição de conhecimentos e habilidades que permita a sua incorporação no seu sistema de cuidado.

A assunção do autocuidado envolve uma parceria entre enfermeiro e pessoa/família que reforça a capacidade destas e a sua autoestima no desempenho instrumental e tomada de decisão informada para a adaptação ao processo de doença. Assim, a pessoa tem o direito de ser implicada na escolha do que lhe vai acontecer, a liberdade de identificar as suas próprias necessidades, e de decidir como estas vão ser satisfeitas, tendo as ações de enfermagem como finalidade a promoção do exercício da sua autonomia (Orem, 1993).

Para Galvão & Janeiro (2013), a assunção do autocuidado é percecionado pela pessoa com doença crónica como transformacional em termos de sentimentos acerca delas próprias e de recuperação de um sentido de vida, permitindo-lhes «*caminhar com um sentido de futuro*»

---

#### **4. O Autocuidado na Pessoa Idosa com Insuficiência Cardíaca**

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crónica predominante nas pessoas idosas com expressão epidémica (Fonseca, 2007), decorrente do processo de envelhecimento do próprio aparelho cardiovascular. A prevalência da IC na população geral ronda os 2%, podendo ultrapassar os 10% nos indivíduos com 70 anos ou mais. Em Portugal, nos adultos, a sua prevalência global é de 4,36%, aumentando com a idade, atingindo os 12,7% nos adultos entre os 70-79 anos e 16,1% nos indivíduos com idade superior a 80 anos, demonstrando uma tendência crescente a nível de prevalência (Ceia e Fonseca, 2003). A IC contabiliza 5% das causas de internamento por doença aguda, uma das principais causas de internamento em idosos, e 50% de mortalidade aos 4 anos (Fonseca, 2007).

As pessoas com Insuficiência Cardíaca (IC) confrontam-se com obstáculos importantes ao autocuidado, nomeadamente limitações físicas, perda de autonomia e intolerância à atividade (Mendes, Bastos e Paiva, 2010). Estas pessoas deparam-se com uma situação que impõe a vivência de grande fragilidade a nível relacional, no desempenho profissional e no exercício de papéis sociais, pela progressiva limitação da capacidade funcional (Oguz e Enç, 2008), com repercussões significativas na qualidade de vida experienciada. A qualidade de vida é definida pela pessoa com IC tendo em consideração a sua capacidade para o desempenho de atividades físicas e participação social (Heo, Lennie, Okoli & Moser, 2009), podendo apenas ser perspectivada por quem a experiencia (Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

O comportamento de autocuidado na IC envolve o desenvolvimento de competências que permitam manter a condição de saúde estabilizada e evitar quadros de descompensação, com impacto significativo a nível do bem-estar e sensação de controlo da sua vida. Estes comportamentos de saúde na adesão da pessoa com IC incluem restrições alimentares, prática regular de exercício físico, vigilância do peso corporal, adesão a regime medicamentoso, vigilância e gestão sintomática, e procura de ajuda adequada na sua exacerbação (Pereira, 2014).

Numa Revisão Sistemática da Literatura, esta autora caracteriza o autocuidado da pessoa com IC como comportamentos de autocuidado de manutenção e de gestão. O autocuidado de manutenção exige uma modificação e manutenção de estilo de vida, relacionada com a adesão a regime medicamentoso, restrição hídrica e sódica, e

conservação de uma vida fisicamente ativa. Por sua vez, o autocuidado de gestão envolve a capacidade de reconhecimento de sinais de exacerbação da doença, e respetiva tomada de decisão relativamente ao seu controlo (Pereira, 2014).

As *guidelines* da ESC (2012) fornecem orientações relativamente a competências de autocuidado para incorporação de comportamentos no quotidiano, e conhecimentos para o autocontrolo e vigilância sintomática que devem ser abordados pela equipa de saúde com a pessoa com IC para uma eficaz autogestão da doença:

<b>Questões a abordar</b>	<b>Competências de autocuidado a adquirir</b>
<b>Definição e etiologia</b>	Entender a causa da IC e o motivo do aparecimento dos sintomas
<b>Prognóstico</b>	Entender factores do prognóstico importantes e tomar decisões realistas
<b>Monitorização de sintomas e autocuidado</b>	Vigiar e reconhecer sinais e sintomas
	Registar o peso diário e reconhecer ganhos de peso repentinos
	Saber como e quando contactar um profissional de saúde
	Em caso de dispneia ou edema ou ganho de peso > 2kgs em 3 dias, os doentes podem aumentar a dose de diuréticos ou informar equipa de saúde.
	Usar terapêutica diurética flexível, caso seja apropriado e recomendado, depois de ensinado o doente e de fornecidas as instruções detalhadas.
<b>Tratamento farmacológico</b>	Compreender indicações, doses e efeitos dos fármacos
	Reconhecer efeitos secundários comuns de cada fármaco prescrito
<b>Adesão ao tratamento</b>	Compreender a importância de cumprir as recomendações de tratamento e manter a motivação para seguir o plano de tratamento

	Restringir a ingestão de sódio pode ajudar a controlar sintomas e sinais de congestão em doentes com IC sintomática de classe III e IV
<b>Dieta</b>	Considerar restringir a ingestão de líquidos 1,5l-2l por dia em doentes com IC grave para alívio de sintomas e congestão. A restrição de fluidos hipotónicos pode ajudar a melhorar a hiponatrémia. A restrição de líquidos por rotina em doentes com sintomas ligeiros a moderados não aparenta conferir benefícios clínicos.
	Vigiar e prevenir a má nutrição.
	Praticar uma alimentação saudável e manter peso adequado.
<b>Álcool</b>	Moderar o consumo de álcool: a abstinência é recomendada em doentes com miocardiopatia induzida por álcool. Caso contrário, são aplicáveis as recomendações comuns de 2 unidades (20ml) por dia para homens ou 1 unidade (10 ml) por dia para as mulheres.
<b>Tabagismo e drogas</b>	Parar de fumar e/ou consumir drogas ilícitas.
<b>Imunização</b>	Imunizar contra a gripe e a doença pneumocócica, em conformidade com as recomendações e práticas locais.
<b>Perturbações respiratórias e do sono</b>	Reconhecer comportamentos preventivos, como a redução do peso em doentes obesos, deixar de fumar e abstinência alcoólica.
<b>Aspetos psicossociais</b>	Compreender que sintomas depressivos e disfunção cognitiva são comuns em doentes com IC e perceber o valor do apoio social.
<b>Exercício</b>	Compreender os benefícios do exercício físico
	Praticar exercício físico regular
	Estar tranquilo e sentir-se confiante em relação a actividade física
<b>Viagens e Lazer</b>	Preparar passeios e actividades de lazer ajustados à capacidade física.

	Viajar sempre acompanhado de um relatório com o historial clínico e prescrição actualizada, como de medicação suplementar. Controlar e ajustar a ingestão de líquidos, especialmente durante os voos e em climas quentes. Acautelar reacções adversas à exposição solar relacionadas com alguns fármacos (amiodarona, por exemplo).
<b>Atividade sexual</b>	Sentir-se seguro acerca da vida sexual e discutir os problemas com os profissionais de saúde. Os doentes estáveis podem retomar a actividade sexual normal que não agrave sintomatologia.

**Quadro nº 1.** Questões essenciais que devem ser abordadas no ensino ao doente e competências de autocuidado a adquirir (adaptado de recomendações da SPC, 2012)

Em 2012, as *guidelines* da ESC recomendavam que utentes com IC fossem integrados em programas multidisciplinares de gestão da doença como forma de redução do risco de internamento pela sua agudização (Classe de recomendação I; Nível de evidência A). Estes programas devem promover a educação do utente com «ênfase especial sobre adesão e autocuidado» (pág.47), incentivar a sua participação na monitorização de sintomas, acompanhamento pós-alta, facilitar o acesso a cuidados médicos para aconselhamento ou estabilização, avaliação de sinais de alarme detetados, e prestação de apoio psicossocial, a utentes e familiares (e/ou prestador de cuidados).

Pereira (2014), numa RSL com o objetivo de avaliar a fiabilidade da mensuração do autocuidado de pessoas com IC através da utilização de escalas, menciona um estudo publicado em 2009 (Riegel et al., 2009) em que aquelas que afirmavam participar ou já terem participado em programas multidisciplinares de gestão da doença apresentavam scores mais elevados de autocuidado, relativamente a outras nunca inseridas nos mesmos.

---

## **5. A Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa Idosa com Insuficiência Cardíaca**

Enquanto síndrome progressivamente incapacitante, a IC impõe ao idoso um regime terapêutico complexo, que exige a incorporação de comportamentos de saúde exigentes nos seus hábitos de vida, mas que se verifica eficaz no atraso da progressão da doença, prevenção de agudizações e no controlo de limitações que acarreta para a qualidade de vida do indivíduo, sobretudo pelo aumento da dependência física e funcional de terceiros. Sendo a população idosa mais vulnerável ao fenómeno de Não Adesão, encontra-se mais exposta a um aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, a ocorrência de complicações evitáveis, ao aumento dos gastos com a saúde, ou da sua dependência física e funcional, morbilidade e mortalidade, e consequentemente, à diminuição da sua qualidade de vida (Hughes, 2004; WHO, 2003).

Assim, o controlo sintomático diretamente decorrente da eficácia do regime terapêutico, estará sempre dependente da adesão ao mesmo por parte do idoso e da capacidade de gestão da sua complexidade, ou ainda da existência de uma rede de suporte familiar/social que o acompanhe neste processo. Desta forma, a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa com IC e sua família pode ser reconhecido como um recurso para a gestão eficaz do regime terapêutico, através do aumento de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões decorrentes de alterações da sua condição de saúde, com vista à obtenção de ganhos em saúde, sendo assim considerado um indicador da eficiência dos serviços de saúde, e um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Silva, 2008).

O idoso com IC não aderente ao regime terapêutico sofre agudizações da doença que conduzem a internamentos frequentes, sobretudo relacionados com uma ineficaz gestão do regime terapêutico (Pereira 2013). Estima-se que 15-40% dos episódios de urgências e (re)internamentos se devam a não-adesão ao regime terapêutico e, para os episódios de descompensação de insuficiência cardíaca, foi obtida uma taxa de reinternamentos de 6,7% (Sousa-pinto et al., 2013). Estes reinternamentos aumentam significativamente os gastos com a gestão da doença por parte do Estado, constituindo a maior parte (69%) dos custos associados ao

---

tratamento da IC, e cerca de 2% do orçamento para a Saúde, sendo muitos precipitados por descompensação de comorbilidades evitáveis.

Segundo O'Connor CM et al (2010), a rehospitalização é particularmente elevada nos primeiros meses após a hospitalização por agudização de IC (um em cada dois doentes é readmitido nos primeiros dois meses). Assim, a fase de transição hospitalar para o domicílio necessita de cuidados particulares, que deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo em conta o contexto particular do utente e sua motivação pessoal para a incorporação de um plano de ensino. Em regime de internamento, o utente é sujeito a restrições alimentares, atividade física supervisionada, vigilância clínica permanente e terapêutica intensiva, que muitas vezes é interrompida bruscamente em ambulatório. O internamento é, assim, um momento-chave, também por ser um momento de vulnerabilidade, e por isso maior abertura para a promoção da adesão ao regime terapêutico recomendado (Fonseca, 2007), e cabe ao Enfermeiro identificar quais os fatores que contribuíram para a descontinuação do tratamento e caracterizar o comportamento de autocuidado (Backman e Hein, 1999), para assim poder delinear estratégias individualizadas para a minimização do seu impacto na situação de vida da pessoa ao seu cuidado, desempenhando um papel fundamental na preparação dos idosos para o regresso a casa em segurança e minimização da quebra de cuidados pela confiança na assunção da autogestão da doença.

Os fatores identificados pela WHO (2003) como fatores preditores de adesão são o esquecimento; stress psicossocial; conhecimento insuficiente; crenças negativas em relação a eficácia terapêutica; constrangimentos relacionados com efeitos secundários do tratamento; baixa motivação; falta de auto percepção; medo de “dependência de drogas” ou a estigmatização da doença. Para While e Kiek (2009), constituem-se como obstáculos que comprometem o autocuidado da pessoa com IC, a existência de limitações físicas, défice de conhecimentos, constrangimentos económicos ou falta de suporte social e emocional.

A compreensão e identificação destes fatores que influenciam positivamente ou negativamente a adesão ao regime terapêutico como estratégia dos cuidados de enfermagem possibilita o seu controlo e monitorização, no sentido de garantir bons níveis de adesão (WHO, 2003). Desta forma, os cuidados centrados na pessoa e as intervenções de enfermagem enquadradas na equipa multidisciplinar, poderão

---

melhorar os resultados em saúde, nomeadamente a satisfação das pessoas cuidadas com o acompanhamento e incentivar a mudança de comportamento que se traduzem na capacitação da pessoa para o autocuidado e no aumento do cumprimento dos regimes terapêuticos (ICN & Ordem dos Enfermeiros, 2010).

---

## **DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

### **1. Justificação e Pertinência do Projeto**

Na UIC, existiu sempre a preocupação de registo na admissão do idoso ao internamento do diagnóstico de Adesão ao Regime Terapêutico, no entanto, para efeitos de formulação diagnóstica em aplicativo informático, apenas era determinado se o utente seguiria ou não as recomendações sobre o regime terapêutico acordadas, não sendo identificados os critérios de diagnóstico utilizados para a sua avaliação, tornando-a subjetiva e dependente da avaliação individual do enfermeiro. No serviço a que pertence esta unidade, existiram sempre elevados níveis de adesão ao regime terapêutico, o que contrasta com os valores indicados pela evidência científica disponível acerca deste fenómeno, quantificado em cerca de 50% em países desenvolvidos (WHO, 2003). Desta forma, considerei pertinente uma abordagem informal a alguns elementos da equipa de enfermagem em que procurava conhecer os critérios que são identificados pelo enfermeiro na admissão do idoso reinternado por evento agudo de IC.

Dos elementos abordados, foi unânime a referência à procura de compreensão do esquema medicamentoso e da sua efetiva toma. Dois elementos indicaram o questionamento acerca de hábitos alimentares e prática de exercício físico regular, e apenas um referiu a validação de frequência regular de consultas de seguimento, demonstrando uma clara valorização de uma adesão medicamentosa, em detrimento da vertente comportamental da adesão ao regime terapêutico, pela adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

Estando o sucesso terapêutico intimamente relacionado ao efetivo cumprimento do regime terapêutico, nomeadamente através da adoção de comportamentos de saúde que permitam à pessoa idosa gerir a sua situação de saúde, torna de essencial importância a sistematização da avaliação da integração do regime terapêutico nas suas práticas diárias de autocuidado.

O conhecimento do grau de adesão da pessoa cuidada no autocuidado permite a centralização dos cuidados prestados em práticas educativas com o propósito da capacitação, treino, melhoria e avaliação constante de habilidades de autocuidado, promovendo o conhecimento e acesso a informação da pessoa (Pereira, 2014). A

---

utilização de escalas específicas para avaliação do autocuidado na pessoa com IC possibilita a identificação das suas necessidades de autocuidado e contribui para a individualização e eficácia das intervenções de enfermagem.

Estes instrumentos de avaliação permitem caracterizar o comportamento de autocuidado da pessoa com IC, tendo como foco a detecção de fatores relacionados com a pessoa. A avaliação do autocuidado contribui para o «*desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais que facilitem a adoção pelo cliente de estratégias adaptativas que contribuam para a manutenção da independência no autocuidado, num processo de capacitação e autonomia*» (Pereira, 2014: 81).

A escolha destes instrumentos de avaliação está suportada em evidência científica e o enfermeiro dispõe nestes de fundamentação para a sua tomada de decisão, e de uma estratégia que procura promover uma melhoria de qualidade de vida da pessoa com IC, envolvendo-os na orientação do seu projeto de saúde e de vida, e responsabilizando-os relativamente aos comportamentos adotados e suas repercussões na sua condição de saúde.

## **2. Metodologia**

Recorrendo à metodologia de projeto, procurei desenvolver uma intervenção para a resolução de um problema na prática clínica, no contexto onde exerço funções, que pressupõe o envolvimento de todos os participantes, num processo contínuo e interativo que exige uma adaptação permanente (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

### **2.1. Finalidade do Projeto**

Através do planeamento e implementação do projeto delineado para este estágio, pretendi desenvolver competências *clínicas, de formação e supervisão, de investigação* e de *gestão* para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao idoso com Insuficiência Cardíaca e pessoa significativa na capacitação para o autocuidado, gestão da doença e promoção da adesão ao regime terapêutico, bem como também as preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação.

---

## **2.2. Objetivos Gerais do Projeto**

1. Compreender o idoso com IC e fatores que comprometem e medidas eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico.
2. Compreender como é que idoso com doença crónica, gere o regime terapêutico no seu domicílio.
3. Promover a adesão ao regime terapêutico, no idoso com IC internado, de forma a otimizar resultados terapêuticos.
4. Contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem da UIC para a avaliação e promoção da adesão ao regime terapêutico no idoso com IC.

## **2.3. Contexto de Desenvolvimento do Projeto**

### Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade

O Concelho de Mafra, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (ACES) é constituído por sete unidades funcionais:

- Duas Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Uma Unidade de Saúde Pública (USP);
- Uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que inclui Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos de Radiologia e Higienistas Orais;
- Um Serviço de Apoio Permanente (SAP).

Particularmente, a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no contexto domiciliário e comunitário, a pessoas e famílias vulneráveis, de risco (pobreza, exclusão social, violência ou negligência), ou ainda em situação de dependência física e funcional (no âmbito da RNCCI), através da educação para a saúde, integração de redes de apoio e na implementação de redes móveis de intervenção, além de assegurar a continuidade e qualidade de cuidados. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população que integra,

---

nomeadamente através do assegurar de respostas integradas, articuladas de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população que abrange.

Os seus objetivos estratégicos, descritos em Plano de Desempenho (2015) abrangem:

- Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente na área geográfica do Concelho de Mafra, garantindo a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco e/ou dependência física e funcional;
- Obter ganhos em saúde com carácter multidimensional, onde se incluem os aspetos relacionados com a autoperceção da saúde, incapacidade, morbilidade e mortalidade, garantindo a acessibilidade aos cuidados de saúde;
- Promover e garantir a excelência na continuidade dos cuidados de saúde, fomentando a articulação com as Unidades Funcionais, Instituições Hospitalares e recursos existentes na comunidade.
- Priorizar e racionalizar com o intuito de sustentar a melhoria contínua dos cuidados prestados à população abrangida, concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

Os cuidados de saúde prestados são definidos de acordo com o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias definidas pelo Plano Nacional de Saúde, centrados em coordenação com projetos de intervenção comunitária (luta contra a pobreza ou exclusão social), e com programas em desenvolvimento, relacionados com a proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade (Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Oral, Programa Europeu de Cidades Saudáveis, Prevenção de Acidentes Domésticos e Rodoviários, Programa Nacional de Promoção e Proteção da Saúde nos Locais de Trabalho ou o Plano de Promoção e Vigilância de Saúde dos Trabalhadores).

Para além das atividades de âmbito clínico que presta à sua população, o ACES Oeste Sul, desenvolve atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participa na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

---

Da equipa de enfermagem da UCC, existe ainda uma equipa que pertence à Equipa de Cuidados Continuados Integrados responsável pela prestação de cuidados centrados na pessoa juntamente com uma equipa multidisciplinar em contexto domiciliário. Foi integrada nesta equipa que pode participar na prestação de cuidados direta ao idoso no seu domicílio.

#### Estágio na Unidade de Insuficiência Cardíaca, em contexto hospitalar

A Unidade de Insuficiência Cardíaca (UIC) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), é caracterizada como Unidade de Cuidados Intermédios, definida como um «*local dotado de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permite cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia*» (definição do INE/DGS). Tem uma lotação de cinco camas, onde se encontram doentes maioritariamente com patologia de insuficiência cardíaca descompensada. Dispõe de material de monitorização eletrocardiográfica nas 5 unidades, rampas de oxigenoterapia e aspiração de alta/baixa pressão. Cada unidade possibilita a montagem de circuito de seringas de perfusão para terapêutica endovenosa contínua e monitorização de pressão arterial invasiva.

O horário e número das visitas foram estabelecidos de forma a assegurar o bem-estar e repouso dos utentes, que constituem condição indispensável para o seu tratamento e rápida recuperação. É permitida a permanência de uma pessoa com o utente entre as 13h-13h30 e das 18h-18h30, sendo gerida pela equipa de enfermagem presente, de acordo com as condições clínicas dos doentes no momento, e benefícios esperados da extensão do período referido e acompanhamento por pessoa significativa.

Na UIC, encontra-se implementado um **Programa de Reabilitação Cardíaca** estruturado em 3 fases: a fase hospitalar, a fase de transição e a fase de manutenção, cada uma com o seu objetivo, enquadramento e duração específicos. A **fase hospitalar** é desenvolvida durante a hospitalização, tem a duração habitual de 7 dias e corresponde ao período de internamento, iniciando-se com a admissão do doente.

---

Pode ainda ser dividida em 3 sub-fases: a aguda, a de mobilização e a pós-alta hospitalar, que pressupõem objetivos e resultados de intervenção diferentes (ver Anexo II). Por sua vez, a **fase de transição** no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), é cumprida em ambulatório e pode ter a duração de 6 a 12 semanas, no qual o idoso mantém o acompanhamento em Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca, sempre com a possibilidade de contato telefónico com o serviço de internamento, quando necessário. Por último, com duração ilimitada, segue-se a **fase de manutenção**, onde o utente deve estar enquadrado idealmente numa associação ou num recurso comunitário de apoio (ginásio, piscina, grupos de percurso de marcha, etc.).

Para a implementação do PRC na UIC é envolvida uma equipa multidisciplinar integrada por equipa médica e de enfermagem (no mínimo 7 enfermeiros de cuidados gerais e 1 enfermeira especialista em reabilitação), 2 fisioterapeutas, 1 assistente social e 1 dietista.

Os cuidados de enfermagem são assegurados por dois elementos no período diurno e um elemento do turno noturno segundo método individual de trabalho, que consiste na distribuição de um certo número de doentes, de acordo com o seu grau de dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela tomada de decisão relativamente à prestação de cuidados de forma integral e individualizada.

A documentação de cuidados de enfermagem neste serviço é feita informaticamente através do *SClínico*, aplicação que dispõe de uma entrada única para todos os profissionais, sendo possível a partilha de informação entre todos os intervenientes nos cuidados. Os utilizadores acedem à aplicação através do número mecanográfico e de uma palavra-passe.

A versão hospitalar do aplicativo *SClínico* é um *software* evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que unifica o antigo Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o antigo Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e o Sistema de Classificação de Doentes (SICD/E), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, centrada na pessoa alvo de cuidados. Este aplicativo informático insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

---

O acesso à informação clínica do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permitirá homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

A documentação dos cuidados de enfermagem é realizada em linguagem baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que ao longo dos anos tem sido estudada e atualizada chegando hoje à Parametrização Nacional Única (PNU). Esta tem como objectivo a uniformização da documentação dos cuidados de enfermagem, bem como a rentabilização da informação clínica produzida e armazenada nas instituições de saúde.

#### **2.4. Participantes**

Foram incluídas como participantes pessoas com idade superior a 65 anos internadas na UIC no período de realização do estágio, com compreensão da língua portuguesa, sem alteração de estado de consciência ou cognitivo e que aceitaram participar no projeto.

Os casos em que se verificou défice cognitivo através de avaliação pelo Mini Mental Statement Examination (MMSE) versão portuguesa, foram incluídos, quando se identificou um cuidador.

#### **2.5. Aspetos Éticos**

Quanto direcionada ao ser humano, a investigação deve ser assegurada de forma a proteger os direitos e liberdades das pessoas incluídas, de acordo com cinco princípios éticos: o direito à autodeterminação, confidencialidade, à proteção contra o prejuízo, e ao direito a um tratamento justo e beneficente (Fortin, 1999).

De forma a serem salvaguardados os direitos e liberdades dos participantes, foi disponibilizada informação acerca do projeto e seus objetivos, o tipo de participação necessária, critérios de seleção dos participantes, aplicação de resultados obtidos, fornecida a possibilidade de recusa, assegurado anonimato e

---

confidencialidade dos seus dados pessoais. Foram respeitados os princípios éticos, segundo a declaração de Helsínquia, 2013, que orientam o cuidado de enfermagem no respeito pela autonomia, beneficência, o princípio de justiça e não maleficência á pessoa a quem presta cuidados e que envolve em projetos.

Foi pedida autorização a Direção de Enfermagem da Instituição para utilização de dados recolhidos em consulta de processos clínicos das pessoas idosas envolvidas (ANEXO I) e ainda a autora responsável pela validação da EEAIC para a população portuguesa (ANEXO II e III).

### **3. Instrumento de Recolha de Dados**

De forma a podermos caracterizar a nossa população, foram realizados questionários não estruturados de forma a ser traçado o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes (ANEXO IV) e estabelecer relações dos dados colhidos com a forma como a condição de saúde é vivida e afeta o quotidiano da pessoa com IC. A informação obtida compreende informações acerca da pessoa (sexo, escolaridade, estado cognitivo, dependência física), do seu contexto relacional (agregado familiar, identificação de cuidador) da doença (tempo de evolução, comorbilidades associadas, gravidade de sintomas) e do seu impacto na qualidade de vida (perceção do impacto da doença).

A Escala Europeia de Autocuidado na IC (EEAIC) (Jaarsma, 2003) (ANEXO V) permite identificar domínios sobre os quais a pessoa com IC deve desenvolver competências cognitivas e instrumentais de autocuidado e disponibiliza informações sobre a evolução dessa aquisição de competências para a gestão de um regime terapêutico eficaz (Pereira, 2013).

Ao longo de 12 itens são descritos comportamentos de saúde referentes ao regime terapêutico da IC necessários para a manutenção da qualidade de vida e adesão ao tratamento (Pereira, 2013). Quanto a cada um deles, é solicitado à pessoa que assinale um número correspondente à sua incorporação no quotidiano, em scores de 1 a 5 valores, sendo que ao score 1 corresponde uma prática mais assídua e ao crescente valor numérico se associam práticas menos adotadas.

Este é um instrumento auto administrado e é composto por três fases, respetivamente: *adesão ao regime*, que mede a adoção de mudança comportamental,

---

*pedir ajuda*, que abrange o reconhecimento de agravamento de sintomas e procura de ajuda especializada, e *atividades de adaptação*, que envolve a gestão e controlo sintomático. O somatório global de scores obtidos nas respostas pode variar de 12 a 60 pontos, em que scores mais baixos indicam melhor adesão às práticas de autocuidado consideradas no instrumento (Pereira, 2013).

## **4. Atividades Desenvolvidas e Resultados obtidos**

De forma a atingir objetivos a que me propus em planeamento de projeto de estágio, foram desenvolvidas atividades, que procuro explicitar ao longo deste capítulo, de forma a dar resposta a necessidade identificada no contexto clínico.

### **4.5. Fase de Diagnóstico**

**Objetivo Geral 1: Compreender o idoso com IC e fatores que comprometem o seu autocuidado e medidas eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico.**

**Objetivo Específico 1: Conhecer fatores determinantes da não adesão ao regime terapêutico no idoso e medidas eficazes para a minimização do seu impacto na gestão do regime terapêutico pelo idoso descritos na evidência.**

A revisão da literatura permite a reunião e análise de publicações sobre uma área de investigação, cuja discussão fundamenta e conceptualiza a matéria estudada (Fortin, 1999).

Assim, e procurando dar suporte ao enquadramento e encontrar fundamento para a temática abordada, procurei mapear a evidência disponível através da realização de uma *Scoping Review* (ANEXO VI) que me permitisse compreender os fatores facilitadores e dificultadores da adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa idosa com IC e assim planear intervenções mais eficazes e promotoras da mesma.

Existem múltiplos fatores que traduzem e evidenciam a complexidade do autocuidado da pessoa com IC. Apesar das recomendações provenientes de

---

*guidelines* internacionais atuais e a existência de cada vez mais equipas de saúde especializadas para a educação da pessoa com IC, esta revela-se insuficiente na capacitação da pessoa cuidada, tendo em conta a exigência da tarefa imposta no quotidiano (Mendes, Bastos e Paiva, 2010). Por outro lado, muitas das pessoas com IC são idosos e com algum défice cognitivo associado, o que torna a aquisição de novos conhecimentos e capacidades para o autocuidado dependentes da intervenção também ao cuidador informal. Esta é ainda uma população que experiencia frequentemente estados depressivos que comprometem a sua motivação e capacidade para o envolvimento em novas rotinas de autocuidado. Por sua vez, o conhecimento por si só não fornece a volição e o suporte necessários para encarar os desafios de iniciar e manter novos comportamentos de saúde ao longo do tempo.

A adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa idosa é dependente de **fatores pessoais, sociais, relacionados com a doença**, o **sistema de saúde** e com os seus **profissionais** (WHO, 2003).

Um dos fatores determinantes da adesão ao regime terapêutico no idoso com IC identificados relaciona-se com a sua condição clínica. Aqueles com menor *tempo de diagnóstico* clínico e autoperceção da própria situação encontram mais dificuldades no reconhecimento de sintomatologia sugestiva de agravamento clínico e conseqüentemente na sua gestão e controlo. Por outro lado, a *gravidade de sintomas* experienciados forçam a pessoa a uma maior adesão a comportamentos de saúde em busca do seu controlo, e a *exigência da tarefa* de autocuidado a nível de desempenho físico e mental dificultam a sua execução (Holden, Schubert and Mickelson, 2014).

Para estes autores, a *sensação de controlo* da sua situação de saúde e autoperceção do impacto do seu envolvimento no autocuidado constitui o mais importante incentivo para a mudança comportamental; e a vivência de *estados depressivos* diminuem a motivação para o autocuidado e limitam a capacidade da pessoa para apreender e integrar novos *conhecimentos*, que por sua vez impede a eficaz autovigilância sintomática e reconhecimento de fatores de agravamento clínico e a criatividade demonstrada na adaptação ambiental e de rotinas.

A coexistência de comorbilidades como barreiras ao autocuidado, uma vez que tornam mais exigente a gestão do regime terapêutico, dada a necessidade de uma autovigilância mais complexa de um número maior de sintomas, típicos e atípicos.

Alguns *atributos demográficos* foram também relacionados com a capacidade de gerir e respetiva adesão ao regime terapêutico tais como: idade, género, escolaridade e situação laboral (Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2014; Bidwell, Vellone, Lyons, 2015). Associados a uma maior taxa de adesão encontram-se a idade (com maiores taxas em idades superiores), o género feminino, a maior escolaridade e a situação laboral ativa (Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014).

A *coabitação* e o *sentimento de pertença* através do estabelecimento de *relações afetivas* significativas, bem como a empatia estabelecida com a equipa de saúde são igualmente relacionadas com a adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com IC, uma vez que o suporte psicológico obtido através destas relações promove o bem-estar e motivação, e o acompanhamento próximo incentiva a procura de ajuda no agravamento de sintomatologia, tendo em conta que o idoso com IC tende a tolerar exacerbações da doença e atrasar a procura de ajuda (Holden et al, 2014).

Ainda a *literacia em saúde* também foi relacionada com a capacidade da pessoa se autocuidar e a obtenção de ganhos em saúde, como resultado ou produto de um estatuto socioeconómico baixo, acesso inadequado a serviços de saúde e a baixa confiança na equipa de saúde (Liu et al, 2014). No entanto, é reforçada a importância da abordagem da literacia em saúde num esforço de promoção de aquisição de conhecimentos e de capacidades de autocuidado.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Fatores relacionados com a pessoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Género</li> <li>- Escolaridade</li> <li>- Limitação funcional</li> <li>- Literacia em saúde</li> <li>- Conhecimentos acerca da doença</li> <li>- Preferências pessoais</li> <li>- Perceção de auto-eficácia</li> <li>- Estatuto socio-económico</li> </ul>
Fatores relacionados com a tarefa de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade</li> <li>- Tempo exigido</li> <li>- Complexidade do tratamento</li> <li>- Ambiguidade de indicações</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflito com preferências pessoais</li> <li>- Gestão de efeitos secundários</li> </ul>
Fatores relacionados com a doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravidade</li> <li>- Intensidade sintomática</li> <li>- Dependência consequente</li> </ul>
Fatores relacionados com o contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características dos cuidadores</li> <li>- Disponibilidade e acesso a serviços</li> <li>- Tecnologias disponíveis</li> <li>- Recursos sociais disponíveis</li> <li>- Recursos económicos</li> <li>- Recursos comunitários</li> </ul>
Fatores relacionados com os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade da relação estabelecida</li> <li>- Conhecimentos</li> <li>- Manutenção de contacto ao longo do tempo</li> </ul>

**Quadro nº 2.** Fatores determinantes para a adesão ao regime terapêutico identificados em estudos seleccionados em Revisão Scoping em elaboração

Uma vez motivados e controladas as barreiras comprometedoras do autocuidado, a educação da pessoa tem a possibilidade de ser fenómeno promotor da mudança e manutenção de comportamentos de saúde.

São variadas as **estratégias** propostas para o incentivo e capacitação para o autocuidado da pessoa idosa com IC nomeadamente a **avaliação e identificação** precoce de falta de capacidade (baixa literacia, limitações físicas ou défice cognitivo) e de **obstáculos psicossociais** (ansiedade, depressão) que comprometem o envolvimento e manutenção do autocuidado. É necessária uma avaliação das necessidades da pessoa cuidada, motivação expressa, consciencialização das mudanças no seu estado de saúde, capacidade cognitiva e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem, de forma a ser tomada uma decisão conjunta baseada nos seus desejos e expectativas para o seu autocuidado (Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, 2011; Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011; Stut, Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015).

Mais uma vez é dado o enfoque à importância da **relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa que cuida** e seu impacto na confiança com que o idoso se autocuida, de forma continuada ao longo do tempo, como forma de

---

promoção a um envolvimento, colaboração e gestão adequada por parte do idoso com IC.

Alguns autores mencionam que a capacitação para o autocuidado através da educação e aconselhamento não deve ser apenas focado na aquisição de conhecimentos, mas também na aprendizagem e treino de habilidades e no comportamento, num contexto que se pretende ser não ameaçador e de abertura á partilha. Por sua vez, a promoção deste ambiente relacional requer especialização e treino dos profissionais envolvidos (Stut,Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015).

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
Educacionais	Reconhecimento de não adesão Identificação de causas de não adesão Aconselhamento do doente Fornecimento de material escrito Incentivo à adesão através de técnicas concertadas Promoção de educação acerca da doença, controlo sintomático e manutenção de bem-estar, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do regime terapêutico proposto.
Comportamentais	Incentivo à autovigilância e participação ativa Treino de habilidades para incorporação na rotina diária de mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos Simplificação de esquema medicamentoso Reforço de resultados obtidos com adesão a comportamentos de saúde Utilização de sistemas de alerta ou memorandos de índole variada, muitas vezes com recurso a novas tecnologias

**Quadro nº 3.** Intervenções de enfermagem para a promoção da adesão ao regime terapêutico identificados em estudos selecionados em Revisão Scoping, segundo matriz de (Bugalho & Carneiro, 2004).

---

**Objetivo Geral 2: Compreender como é que idoso com doença crónica, gere o regime terapêutico no seu domicílio.**

**Objetivo Específico 1:** Conhecer e integrar a dinâmica de cuidados prestados em contexto domiciliário pela equipa multidisciplinar da ECCI Mafra.

O enfermeiro nos cuidados de saúde primários estabelece uma importante relação de proximidade com as pessoas que acompanha, detendo a competência maior para o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado, com intervenção na família, comunidade e facilitação de acesso a recursos de saúde ao seu dispor. Reconhece o contexto de cada família e mobiliza recursos na comunidade mais apropriados às suas necessidades, delineando estratégias de gestão individualizadas a cada situação de vida, tendo com base o conhecimento que possui dos fatores sociais, culturais e económicos que interferem no planeamento de cuidados futuro.

O cuidado à pessoa idosa no seu meio aproxima-a da equipa de saúde, aumentando a sua satisfação com os cuidados prestados e os resultados em saúde obtidos, pela capacitação para o autocuidado, adesão voluntária e consciente ao plano acordado em parceria, desenhado de acordo com as necessidades e expectativas do utente. Assim, o cuidado que possibilita o encontro do idoso no contexto domiciliário deve ser encarado como um alvo de sério investimento (Ferreira, 2012).

O acompanhamento em contexto domiciliário, pela sua singular proximidade, possibilita a avaliação, identificação e controlo de sintomatologia decorrente de processos patológicos, segundo a sua intensidade e prioridade para a pessoa cuidada, sendo utilizados para tal instrumentos de avaliação adequados, e o conhecimento científico na implementação de estratégias baseadas na evidência. Na sua planificação de cuidados, o enfermeiro considera e valoriza o contributo de variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade da sintomatologia e sofrimento vividos, numa abordagem multidimensional. O enfermeiro especialista avalia ainda o grau de dependência e antecipa necessidades de cuidados, promovendo a autonomia e envolvimento da pessoa idosa no processo de cuidados, dentro de limites mutuamente acordados, e, assim, procurando a obtenção do máximo

---

da satisfação da pessoa cuidada e sua família. Através do acompanhamento próximo do idoso em contexto domiciliário, o enfermeiro especialista na vertente do idoso identifica atempadamente e previne situações de agudização que sujeitarão a pessoa idosa a um afastamento do seu meio social e familiar, promotor de segurança e preservador da sua identidade (OE, 2015).

Os cuidados especializados prestados à pessoa idosa, complexos na sua essência, exigem que o enfermeiro suporte e consolide recursos pessoais desta e do seu núcleo familiar, facilitando e estimulando a tomada de decisão, centrada na pessoa, bem como o alcance de objetivos definidos de acordo com a singularidade da situação de vida considerada, em confronto com necessidades de cuidados.

A relação terapêutica que este profissional estabelece com a pessoa idosa e com os seus cuidadores e familiares facilita o processo de adaptação a eventuais perdas através de uma comunicação honesta, esperança realista e ajuste de expectativas, vivência e adaptação a processos de doença, e ao próprio processo de envelhecer, pelo estabelecimento de parcerias terapêuticas, que permite e estimula sempre a tomada de decisão autónoma e informada acerca do curso do projeto de saúde da pessoa acompanhada (Ferreira, 2012).

Quando a pessoa idosa é confrontada com uma dependência crescente de outros, o enfermeiro fornece novas formas de viver e assumir o autocuidado por forma a reduzir o impacto emocional que a limitação imposta por processos de doença causa no quotidiano e nas exigências de autocuidado do indivíduo e sua capacidade de resposta aos mesmos, por aquisição de competências de autogestão do processo terapêutico (Orem, 1993).

Ao longo deste estágio pude contactar com pessoas únicas, que na sua família e lar encontram estratégias de se manterem felizes, ao cuidarem-se e permitirem ser-se cuidados por aqueles que sempre lhes foram mais significativos. A diminuição da exigência do autocuidado destas famílias e pessoas idosas, permite-lhes responsabilizarem-se pelo seu projeto de saúde e manterem o sentido de controlo de si e das suas escolhas (Orem, 1993). A gestão de um regime terapêutico em contexto domiciliário responde ao pressuposto de que a pessoa possui a perícia e o desejo para lidar com a sua condição (Bastos, 2012). O cuidado especializado do enfermeiro na vertente da pessoa idosa, enquanto cuidado complexo, visa o empoderamento através de intervenções de educação, e passa pela criação de estratégias

---

mutuamente planeadas que permitem o cumprir do desejo de autocuidado ajustado ao quotidiano e inserido em hábitos de vida, prazerosos e securizantes, garantindo a manutenção de segurança do mesmo. Assim, os objetivos da gestão do regime terapêutico situam-se na manutenção do bem-estar na perspetiva pessoal e relacionam-se com o assumir de três tarefas principais relacionadas com: a *gestão clínica e comportamental*, a *gestão de papéis* (cujo desempenho se vê afetado pelo confrontar com a doença) e a própria *gestão emocional*, decorrente da perceção e adaptação a um processo de saúde/doença (Bastos, 2012).

Da mesma individualidade que é revestido cada ser humano, a gestão do regime terapêutico também é assumida de forma distinta, sendo possível caracterizar diferentes estilos de gestão (Bastos, 2012). Na avaliação da unidade familiar e da pessoa idosa, torna-se fundamental a compreensão do que os leva a envolverem-se em atividades de autocuidado com a doença, e porque decidem, ou não, gerir o seu regime terapêutico, da qual Bastos (2012) evidencia a perceção da sua eficácia na manutenção da vida que sempre conheceu, uma vez que a autogestão do regime terapêutico é baseada nos problemas percebidos pela pessoa doente. Para a mesma autora, a eficácia da gestão engloba dois aspetos preponderantes: a *volição* e a *cognição*, enquanto condicionadores da atitude e tomada de decisão face ao cuidado e gestão do tratamento, respetivamente. É neste campo que o enfermeiro planeia estratégias para a motivação da pessoa cuidada no envolvimento no processo de cuidado, pela decisão pela adoção de comportamentos promotores de saúde, ou de prevenção das suas complicações, pelo aumento de capacidade de resposta face à exigência do autocuidado e gestão do tratamento. Esta escolha depende dos conhecimentos relativamente a estas últimas e benefícios da substituição de um comportamento, que apesar de fornecedor de um prazer imediato, impede o alcance de um bem inquestionavelmente maior, a saúde.

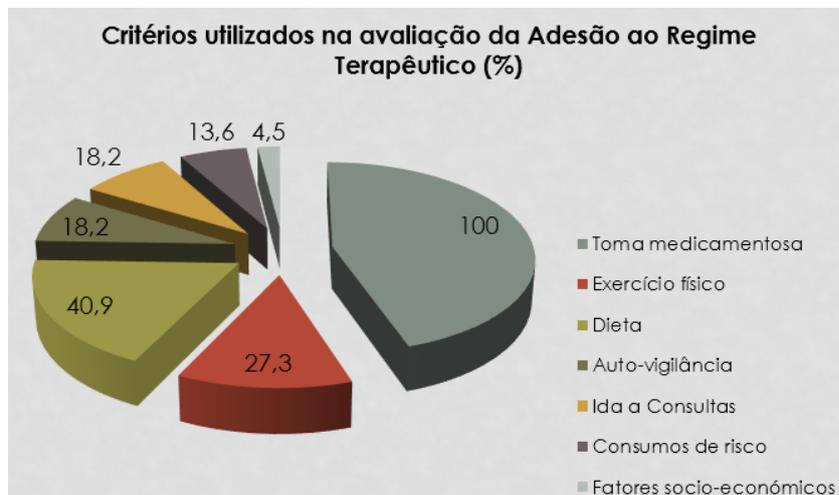
A eficácia e/ou eficiência do cuidado especializado têm resultados favoráveis, baseados em indicadores como a procura de consultas nos cuidados de saúde primários, o número de internamentos/reinternamentos hospitalares e seus custos associados, a satisfação das pessoas e famílias cuidadas, o maior controlo da situação, a autoeficácia, dos quais resultam uma mais eficaz gestão e conseqüente adesão ao regime terapêutico (Bastos, 2012).

---

**Objetivo Geral 3:** Promover a adesão ao regime terapêutico, no idoso com IC internado, de forma a otimizar resultados terapêuticos.

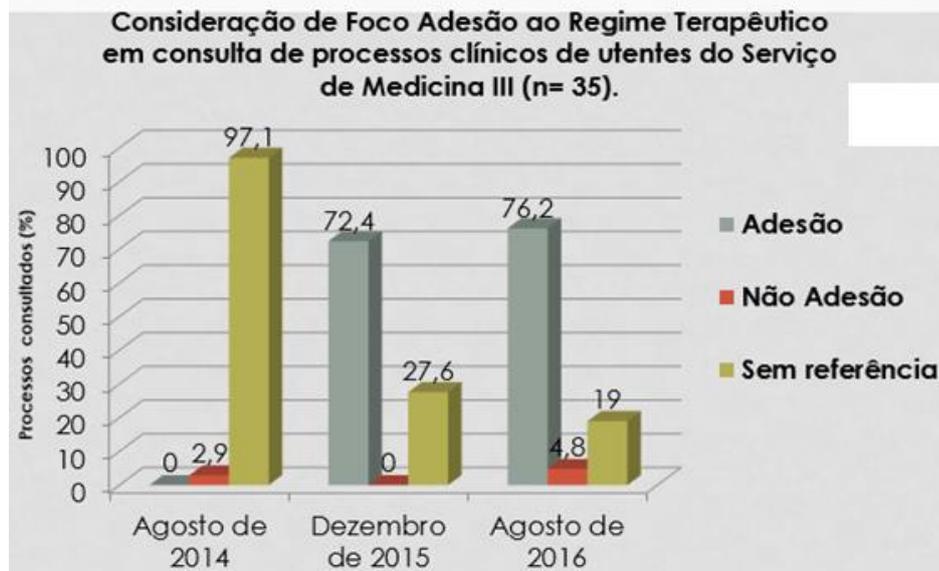
**Objetivo Específico 1:** Identificar critérios utilizados pela equipa de enfermagem da Unidade de Insuficiência Cardíaca para a atribuição de diagnóstico de enfermagem relativo a adesão ao regime terapêutico

Numa fase inicial, como diagnóstico de situação, foi elaborado questionário dirigido a equipa de enfermagem, que, sob voluntariedade e anonimato, enunciariam critérios que considerariam na abordagem ao idoso com IC para avaliação da sua adesão ao regime terapêutico (ANEXO VII). Foram cedidos para preenchimento 35 questionários, tendo sido devolvidas 26 respostas, cujos dados obtidos sintetizo na seguinte figura:



**Figura nº 1.** Critérios identificados para a avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico pela equipa de enfermagem da UIC (n=26)

Foi ainda realizada consulta, não sistemática, a 35 processos clínicos (correspondente a totalidade de utentes internados no serviço de Medicina III), com o objetivo de determinar a referência a diagnóstico de adesão ao regime terapêutico em processo de enfermagem em períodos específicos: agosto de 2014 (previamente a utilização da PNU de linguagem classificada em registos de enfermagem), dezembro de 2015 (após período de adaptação ao mesmo), e agosto de 2016, previamente a início de implementação deste projeto.



**Figuranº 2.** Consideração de Foco Adesão ao Regime Terapêutico em consulta de processos clínicos de utentes do Serviço de Medicina III (n= 35).

De acordo com dados recolhidos, previamente a utilização de PNU em registos de cuidados de enfermagem, o foco de Adesão ao Regime Terapêutico era apenas considerado para situações em que a mesma se encontrava comprometida, havendo no entanto consideração de fator determinante da mesma como défice de conhecimentos. Com a implementação do PNU em linguagem classificada, foi considerado o foco de adesão em toda a avaliação de enfermagem do serviço, havendo no entanto um valor elevado de adesão, contrastando com evidência disponível, segundo WHO (2003), que quantifica em cerca de 50% a adesão das pessoas com doença crónica em países desenvolvidos.

Anteriormente a implementação do projeto, e após realização de abordagem informal e questionário a equipa de enfermagem, verifica-se uma maior preocupação com a documentação do fenómeno de não adesão, ficando no entanto em falta a identificação da sua causa, e assim individualização de estratégias na sua abordagem.

Em concordância com os dados colhidos, Pires (2013) identifica como obstáculos à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade na promoção da Adesão ao Regime Terapêutico: a escassez de recursos humanos, a falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar, o não envolvimento da família, mas,

---

principalmente, a não identificação do diagnóstico de enfermagem e consequente elaboração de um plano de intervenção adequado às necessidades de cada pessoa. A desvalorização inicial relativamente ao foco da adesão, afastava de imediato a consideração da necessidade de uma abordagem centrada na sua promoção.

#### **4.6. Fase de Desenvolvimento**

**Objetivo Geral 4: Promover a adesão ao regime terapêutico no idoso com IC internado, de forma a otimizar resultados terapêuticos.**

Objetivo Específico 1: Capacitar a equipa de enfermagem para a intervenção na promoção da adesão ao regime terapêutico no idoso com IC.

Após reunião formal com Enfermeira chefe de serviço e de reuniões informais com enfermeiros chefes de equipa, foram discutidas estratégias para envolvimento e motivação de toda a equipa para o projeto proposto, de forma a ser sistematizada a avaliação da adesão ao regime terapêutico a todos os doentes internados. Com a promoção da reflexão e partilha de ideias em momento de passagem de turno, durante discussão de planeamentos de cuidados individualizados, foram pedidos contributos e ouvidas sugestões de toda a equipa, para que assim fosse estimulado o seu envolvimento no projeto e sentida a importância da colaboração de cada um.

Assim, e de acordo com o acordado, foi realizada sessão de formação em 6 momentos (ANEXO VIII e IX), para que possibilitasse a participação de toda a equipa de enfermagem, o que permitiu a dar a conhecer o projeto, com principais objetivos:

- Refletir sobre o conceito de Adesão ao Regime Terapêutico e importância da sua avaliação e promoção no idoso com IC.
- Enumerar fatores que condicionam a Adesão ao Regime Terapêutico no idoso com IC.
- Identificar estratégias para a promoção da adesão ao regime terapêutico do idoso internado de forma a otimizar resultados terapêuticos.
- Apresentar e propor implementação de instrumento de avaliação de comportamento de adesão no doente com IC.

- 
- Analisar proposta de modelo de orientação para uniformização de registos no aplicativo informático *Sclinico*.

Foi definido em conjunto a intervenção de enfermagem, que constava em efetuar avaliação inicial nas primeiras 48 horas da admissão do utente, de acordo com a sua capacidade, relativamente a estabilidade clínica, conhecimento e capacidade de autocuidado.

Os momentos de **formação**, com a equipa possibilitaram a reflexão sobre a prática diária de cuidados, a partilha de saberes e experiências dos diferentes elementos envolvidos e promoveram a reflexão e o debate dos problemas e necessidades identificados, quer no momento da ação formativa, como posteriormente, em momentos de passagem de ocorrências.

Pela avaliação realizada pelos elementos da equipa que participaram, estas sessões foram de grande utilidade e relevância para o contexto de cuidados do serviço, pois vieram de encontro às necessidades sentidas pela equipa de enfermagem. Foi reconhecida a importância da identificação e avaliação da adesão para um mais individual planeamento de intervenções e avaliação do seu impacto em resultados terapêuticos.

<p><u>Objetivo Específico 2:</u> Que a equipa de enfermagem seja capaz de identificar idosos com IC não aderentes ao regime terapêutico e fatores responsáveis pela não adesão</p>
--

Com a proposta de utilização da *Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca* para avaliação de necessidades de autocuidado, é possível definir e identificar diagnóstico de enfermagem de adesão a práticas de autocuidados e défice de conhecimentos a nível de comportamentos de saúde referentes ao específico regime terapêutico, e sua respetiva adesão aos mesmos.

Após avaliação inicial segundo sistema aplicativo, e ponderação segundo critérios de inclusão para aplicabilidade da escala, foram analisados 24 processos de enfermagem de utentes internados na UIC e feita documentação de dados sociodemográficos e clínicos (ANEXO IV), e avaliação de adesão ao regime terapêutico para efeitos de formulação de diagnóstico de enfermagem em processo clínico, de acordo com dados obtidos através de instrumento de avaliação.

---

De seguida, procuramos expor a informação que foi possível obter através da colheita de dados e aplicação de instrumento de avaliação.

### Caracterização dos Participantes

As pessoas com IC admitidas na UIC, no período de 2 de novembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017 que reuniam critérios de inclusão definidos, foram 24 pessoas com 74,96 anos de idade **média** (mínimo de 66 e máximo de 90 anos), dos quais 5 (20,83%) são mulheres e 19 (79,17%) são homens. Das pessoas inquiridas, 5 (20,83%) vivem sozinhas, após situação de viuvez, 11 (45,83%) vivem com o cônjuge, 1 (4,17%) vive em instituição de longa duração, e 7 (29,17%) coabitam com filhos. Desta amostra, 3 (12,5%) mantém **atividade profissional**, estando os restantes reformados.

Quanto á escolaridade, 2 (8,33%) não frequentaram **ensino escolar** (não sabem ler nem escrever) 6 (25%) concluíram 4 anos de escolaridade, 5 (20,83%) terminaram o 7º ano, 4 (16,67%) frequentaram o sistema de ensino durante 9 anos, e 12 (50%) têm um curso superior.

No momento da admissão, 17 (70,83%) mantinham **independência para realização de AVD's** e 7 (29,17%) necessitam de apoio de cuidador por dependência física, em que o cuidado é assumido por filhos em 2 situações (8,33%), 1 é prestado por cuidador formal em situação de instituição (4,17%), e 4 (16,67%) são cuidados pelo cônjuge.

Quanto à **duração da doença**, 2 participantes (8,33%) têm conhecimento do diagnóstico há menos de 1 ano, 10 (41,67%) entre 1 a 2 anos, 7 (29,17%) entre 2 a 5 anos, e 5 (20,83%) têm a doença há mais de 5 anos.

No último ano, 6 das pessoas incluídas (25%) necessitaram de **internamento hospitalar** por 1 vez, 6 (25%) tiveram 2-3 hospitalizações, e 8 (33,33%) foram reinternadas 4 ou mais vezes, enquanto que para 6 (25%) é a primeira vez que estão internados por esta causa.

### Caracterização do comportamento de autocuidado dos Participantes

Relativamente a respostas obtidas com a aplicação da EEAI, foi avaliada a adesão dos participantes a comportamentos de saúde recomendados por *guidelines* nacionais e internacionais para o regime terapêutico da IC. O recurso a este instrumento de avaliação permitiu ainda identificar necessidades de autocuidado (pelo relato de não adesão a comportamentos) e direcionar a abordagem educativa para a compreensão de fatores limitadores da adoção dos comportamentos respetivos.

	Concordo		Discordo			Total de respostas
	Totalmente		Totalmente			
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	
1. Peso-me todos os dias	3 (12,5%)	1 (4,2%)	6 (25%)	7 (29,2%)	7 (29,2%)	24
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	8 (33,3%)	8 (33,3%)	4 (16,7%)	1 (4,2%)	3 (12,5%)	24
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	5 (20,8%)	4 (16,7%)	5 (20,8%)	5 (20,8%)	5 (20,8%)	24
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	6 (25%)	4 (16,7%)	2 (8,3%)	5 (20,8%)	7 (29,2%)	24
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	2 (8,3%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	<b>15</b> <b>(62,5%)</b>	24
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	9 (37,5%)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	6 (25%)	2 (8,3%)	24
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	8 (33,3%)	7 (29,2%)	5 (20,8%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	24
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	7 (29,2%)	4 (16,7%)	3 (12,5%)	5 (20,8%)	5 (20,8%)	24
9. Faço uma dieta com pouco sal	11 (45,8%)	4 (16,7%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)	24

10. Tomo a medicação tal como foi receitada	<b>17 (70,8%)</b>	3 (12,5%)	0	1 (4,2%)	3 (12,5%)	24
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	<b>15 (62,5%)</b>	0	2 (8,3%)	1 (4,2%)	6 (25%)	24
12. Faço exercício regularmente	4 (16,7%)	5 (20,8%)	1 (4,2%)	<b>10 (41,7%)</b>	4 (16,7%)	24

**Quadro nº 4.** Scores da Escala Europeia de Autocuidado na IC relativos a dados de estudo empírico n =24 (adaptado de Pereira, 2013).

Este instrumento foi autoadministrado em 22 casos, enquanto que foi necessária reprodução da sua informação a 2 casos por analfabetismo. Identificaram-se 5 (20,83%) pessoas que aderem, 16 (69,57%) com adesão parcial e 2 (8,7%) que não aderem. Uma das pessoas não respondeu.

Observa-se uma dificuldade na gestão da atividade física e concomitantemente no eficaz controlo sintomático, face a sintomatologia incapacitante (dispneia – item 12, 2 e 7 da EEAIC). Nos 2 casos verificados como não aderentes, identificou-se a existência de alteração do estado cognitivo através de aplicação de MMSE, tornando imprescindível o envolvimento de cuidador informal, por não ter sido verificado envolvimento no processo de ensino-aprendizagem ao longo do internamento.

A expressiva adesão parcial foi relacionada pelas pessoas inquiridas com dificuldade sentida na gestão de múltiplos comportamentos de saúde (comorbilidades associadas presentes na totalidade da amostra) e sua adequada incorporação no quotidiano, contribuindo para o aumento da complexidade do regime terapêutico.

Identificaram-se maiores níveis de adesão ao regime medicamentoso (70,8% em item 10) e menores níveis de adesão relativamente a procura de ajuda decorrente de autovigilância sintomática, relacionada com o aumento de peso (62,5% em item 5) e sua tradução em reconhecimento de agravamento da doença decorrente de falta de conhecimentos, após verificação em entrevista informal e de forma não estruturada de causa de não adoção dessa prática de autocuidado, tal como é também descrito por Pereira (2013).

A mesma autora refere ainda que, segundo a literatura, a dispneia é o sintoma que mais leva a pessoa a procurar ajuda especializada, embora de acordo com os nossos resultados, o aumento progressivo da fadiga (29,2% em item 8) e edemas periféricos (25% em item 4) seja valorizado de forma semelhante como prática mais

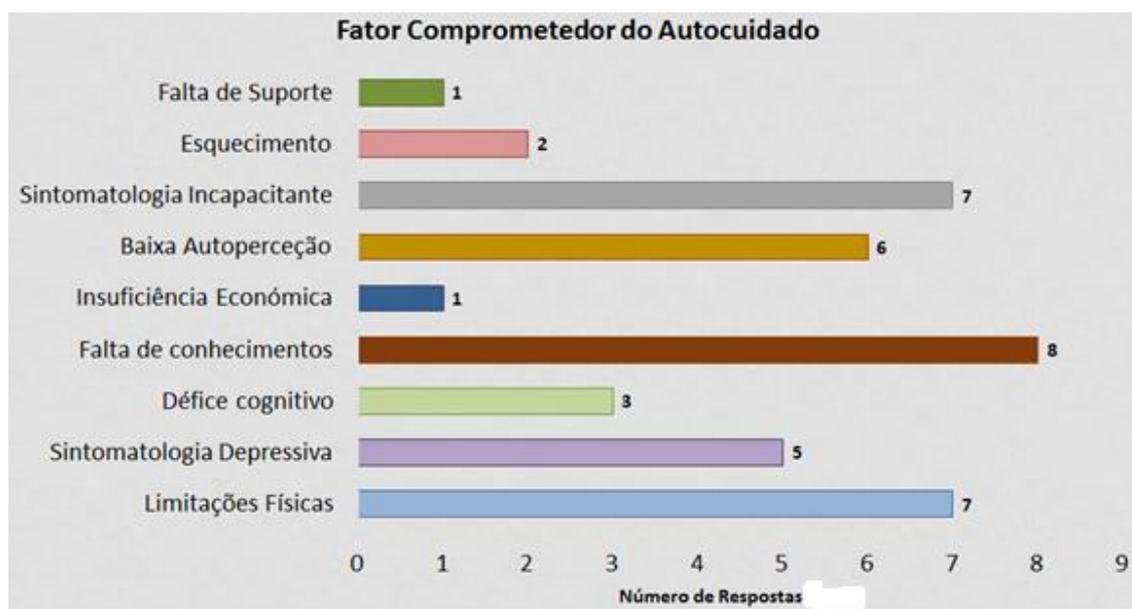
---

regular (score 1). No lado oposto, o aumento de peso é o sintoma mais desvalorizado pelos participantes abordados (8,3% em item 5 assinalaram score 1). Segundo a evidência, a pessoa com IC tolera sintomatologia de edema, ganho de peso ou fadiga até cerca de uma semana, enquanto a dispneia os leva a procurar assistência médica ao fim de 3 dias (Pereira, 2013).

### Identificação de fator comprometedor do autocuidado

Na identificação de défice de autocuidado em cada atividade referida na escala utilizada, foi identificado fator causador de não adesão a comportamento proposto, através do autorrelato da pessoa inquirida. Assim, na presença de um défice de autocuidado pela não adoção de determinado comportamento de saúde descrito na EEAIC, era abordada causa subjacente ao seu menos frequente ou mesmo não cumprimento absoluto.

No gráfico seguinte apresentam-se os determinantes de não adesão apurados, após identificação no processo clínico das pessoas inquiridas, em nota associada a diagnóstico de Enfermagem referente a adesão ao regime terapêutico.



**Gráfico nº 3.** Fatores identificados pelos participantes como limitadores para adesão a comportamentos de saúde recomendados.

---

Nas 24 pessoas inquiridas, foi identificada falta de conhecimento na doença e controlo sintomático em 8 participantes, que podem comprometer a gestão adequada de sintomas, cuja exacerbação é referida pelos participantes como o principal limitador da atividade, sendo nos nossos dados identificada a limitação física como comprometedora do autocuidado em 7 casos. A sintomatologia depressiva é verificada em 5 situações e a baixa autoperceção do impacto da doença em 6 pessoas. Por sua vez, algum grau de défice cognitivo autoidentificado em 3 casos afeta a compreensão do próprio regime terapêutico e impossibilita uma adesão eficaz ao mesmo, sempre relacionada pelos próprios ao esquecimento e alterações associadas ao decorrer do processo de envelhecimento. Como menos presentes, encontramos a insuficiência económica numa situação, sobretudo referida como limitadora de adesão a regime medicamentoso e comparecimento a consultas, o esquecimento frequente em 2 casos, e a falta de suporte emocional e social percecionada em 1 pessoa entrevistada.

Encontra-se um caso de não adesão intencional, por relatado descrédito em reais benefícios do regime terapêutico, em conflito com sensação de prazer em manutenção de hábitos de vida, mesmo que não recomendados para manutenção de situação de saúde.

A baixa escolaridade, na nossa amostra, não pareceu ser preditora de adesão, tendo sido encontrada nos 2 casos de analfabetismo, uma adesão total e uma não adesão parcial a regime de exercício, por relatada intolerância à atividade decorrente de ineficaz gestão e planeamento prévio de atividade física.

Por não ter sido realizado tratamento estatístico de dados obtidos em estudo empírico, não foi possível estabelecer a relação causal entre as várias variáveis, relativamente a comportamento de saúde adotados e seu impacto na gestão da doença, bem como causa preditora do compromisso no autocuidado.

<p><b>Objetivo Específico 3:</b> Intervir na promoção da adesão ao regime terapêutico no idoso com IC</p>
---

No período de 2 de novembro a 10 de fevereiro, durante a prática de cuidados supervisionada foi, com adesão total de equipa de enfermagem, instituída a aplicação

---

da EEAIC com tradução na individualização, precisão e objetividade diagnóstica. Com a sua aplicação surgiu naturalmente um espaço formalizado para a educação e escuta de necessidades sentidas pela pessoa idosa, possibilitando a materialização de estratégias individualizadas e riqueza na colheita de dados, em parceria com a equipa de enfermagem da UIC.

A relação enfermeiro e pessoa cuidada e a natureza da informação que é transmitida revelaram-se fatores insubstituíveis para a eficácia da intervenção promotora da adesão ao regime terapêutico, uma vez que destas é dependente a compreensão que a pessoa idosa adquire sobre a sua situação de saúde e respetiva abordagem terapêutica. O acompanhamento e proximidade permite o aconselhamento e alerta para provável evolução e impacto de comportamentos de saúde “esperados” no quotidiano, e o reforço da necessidade da sua manutenção para obtenção de ganhos em saúde, com importante impacto na qualidade de vida da pessoa idosa, nomeadamente na conservação de uma vida social satisfatória e geradora de prazer.

A identificação do fator comprometedor do cumprimento de regime terapêutico possibilita a individualização da abordagem à pessoa idosa e a minimização do seu impacto na adesão ao tratamento proposto. O seu empoderamento através de intervenções educativas possibilita o controlo sobre si e sua situação de saúde, através de aquisição de competências de autocuidado, e a manutenção do modo de vida como sempre a concebeu.

Foi elaborado com a equipa de enfermagem da UIC um planeamento de intervenções educacionais que garantam a efetiva abordagem de temas relacionados com o empoderamento da pessoa pela aquisição e desenvolvimento de competências de autocuidado, através de ganhos em conhecimento e de estratégias comportamentais que possibilitem o controlo da sua situação de saúde, incluído em Norma de Orientação Clínica realizada para utilização no serviço (ANEXO X).

Por fim, procurei, através da realização de um estudo caso, refletir sobre o contributo do enfermeiro especialista na vertente da pessoa idosa na promoção da adesão ao regime terapêutico (ANEXO XI). O desenvolvimento e aplicação do conceito de multidimensionalidade na avaliação do idoso permite aumentar a precisão do diagnóstico e prognóstico da situação, com repercussões na facilitação de

---

condutas preventivas e acompanhamento do idoso, pela consideração dos variados parâmetros utilizados.

#### **4.7. Fase de Avaliação**

De forma a expor o contributo do trabalho realizado e apresentar resultados obtidos, foi novamente acordado novo ciclo de seis momentos de formação (ANEXO XII e XIII), que possibilitasse a presença de todos os elementos da equipa de enfermagem, e que resultou numa adesão em presenças de 100%.

Mais uma vez, foi possível conhecer o impacto sentido pela implementação do projeto na prática de cuidados e sugestões de melhoria relativamente à sua aplicabilidade futura. Foi demonstrado o reconhecimento da necessidade da sua continuidade, uma vez que fomentou e criou novas práticas, mais próximas da pessoa que cuidamos e das suas necessidades e individualidade.

Para estas sessões, propus como principais objetivos:

- Apresentar resultados obtidos na operacionalização de projeto de intervenção no período de 2 de novembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017
- Discutir dados apresentados com equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III
- Descrever atividades realizadas para a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa idosa com IC
- Analisar proposta de modelo de orientação para uniformização de registos no aplicativo *Sclinico*.

Como principal ganho de todo este processo a título individual, identifiquei a consciencialização e constatação da real e determinante importância da relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa idosa, e o impacto na sua vivência do seu projeto de saúde. A proximidade única que temos com a pessoa que cuidamos é passível de condicionar a forma como o processo patológico e a sua vivência é sentido no seu quotidiano, e a forma como é inserido nos hábitos de vida da pessoa. O regime terapêutico proposto é revestido da mesma individualidade que todo o ser humano, e deve assim, ser abordado e ajustado ao contexto individual e preferências do utente

---

e pessoas significativas, de forma a ser experienciado de forma menos limitadora possível.

## **5. Desenvolvimento de competências para a intervenção especializada e de mestre na promoção da Adesão ao Regime Terapêutico**

A Enfermagem, como profissão centrada no Cuidar de outro, e cujos valores principais se norteiam pela forma de saber estar, saber ser e saber fazer, em que a sua essência passa pela valorização da pessoa e da vida humana, torna imperiosa a aquisição de determinadas competências indispensáveis ao bom desempenho profissional e crescimento enquanto ser de relação, apreendidas ao longo de um processo de formação (Le Boterf, 1995).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa assume esta última como alvo de intervenção, tomando como eixo orientador a construção de projetos de saúde, com vista à promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença e reinserção social e funcional desta população em todos os contextos de vida (ESEL, 2015). Para isto, e de acordo com Benner (2001), o enfermeiro *perito* não se limita a fornecer informação, mas oferece novas maneiras de ser, novas perspetivas, e novas formas de adaptação à sua situação de saúde/doença, possibilitando uma «*reconstrução do ser*».

Os cuidados especializados à pessoa idosa implicam a atenção e envolvimento de cuidadores, família e grupo social de pertença, com primazia à preservação da sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento eventualmente decorrente de processos de doença, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar (OE, 2011).

O enfermeiro especialista na vertente da pessoa idosa identifica e antecipa as necessidades da pessoa que acompanha, e do seu círculo relacional, formulando diagnósticos direcionados ao nível físico, psico-emocional, espiritual e socio-familiar, fundamentados numa avaliação multidimensional, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão sustentada em princípios éticos e na melhor evidência científica disponível. Esta especialização do conhecimento resulta do aprofundamento da base de desenvolvimento já obtida no 1º ciclo, e permite a sua

---

aplicação e impacto na prática clínica pela sua transferência à singularidade das situações do cuidar, tornando o cuidado sustentado em conhecimento científico como uma prática natural, baseado em resolução de problemas em situações novas, e prestado de formas originais e inovadoras (Descritores de Dublin da Declaração de Bolonha).

A metodologia de projeto utilizada e aqui exposta tem por finalidade o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e mestre nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, de melhoria de qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2011); de competências a nível do 2º ciclo na área médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa e sua família em situação de doença crónica e crónica agudizada em contexto hospitalar ou comunitário (ESEL, 2015); e ainda de competências de enfermeiro mestre, na capacidade de análise aprofundada e comunicação do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica, e no desenvolvimento de projetos inovadores que promovam a reflexão, questionamento das práticas e paradigmas de enfermagem, e processos de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados.

Tendo como finalidade o desenvolvimento de competências *clínicas, de comunicação e supervisão, de investigação* e de *gestão* na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao idoso com IC e pessoa significativa para a promoção da adesão ao regime terapêutico bem como as consideradas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, planeei estratégias que sustentassem e me permitissem o alcance de objetivos delineados para este estágio.

Sempre tendo como resultado pretendido a capacitação da pessoa para o autocuidado, aprofundei conhecimentos sobre este conceito e o seu contributo para a adesão ao regime terapêutico, consequentes ganhos em saúde e satisfação nos cuidados resultantes de intervenções de enfermagem.

A realização de uma revisão sistemática de literatura através de metodologia *scoping*, ainda não concluída e em preparação para publicação, permitiu mapear a evidência disponível acerca de fatores preditores da adesão ao regime terapêutico e de intervenções de enfermagem eficazes na sua promoção na pessoa idosa com IC. O recurso a fundamentação teórica possibilitou uma prática mais sustentada e baseada na evidência, direcionados à especificidade da pessoa idosa (competência

---

de conhecimento e capacidade de compreensão, considerada em Descritores de Dublin). Tendo em vista o desenvolvimento de competências na área de investigação, foi ainda implementada a utilização de instrumento de avaliação de forma a objetivar a avaliação e caracterização do comportamento de autocuidado das pessoas idosas cuidadas, e sua respetiva adesão ao regime proposto. Ao conhecermos as suas práticas de saúde, compreendemos o seu envolvimento nos hábitos de vida da pessoa e fatores inerentes à sua facilitação de incorporação nos mesmos, ou, por sua vez, tudo o que o compromete e dificulta a sua integração no dia-a-dia do idoso com IC (competência de aplicação de conhecimentos, considerada em Descritores de Dublin).

Foi assim possível avaliar a adesão ao regime terapêutico de pessoas idosas internadas na UIC no período de realização do estágio, caracterizar o seu comportamento de saúde e identificar fatores que influenciam a sua adesão a esquema terapêutico proposto. Ao ser identificado défice em determinada prática de autocuidado, foi ainda possível direcionar intervenção educativa para a sua promoção, focada na consciencialização de repercussões positivas da alteração de comportamento.

No âmbito das competências de *comunicação* (Descritores de Dublin), foram realizadas duas sessões de formação com o objetivo de envolver e motivar a equipa de enfermagem, bem como dar a conhecer o trabalho que se foi desenvolvendo ao longo do estágio, enfatizando a importância da temática e sua relevância para a prática clínica, expondo a evidência científica encontrada e contextualizando a problemática. Estas sessões permitiram o desenvolvimento de capacidades de comunicação e liderança enquanto formadora, através da dinamização da equipa para a interiorização da problemática e envolvimento na implementação do projeto.

Quanto ao desenvolvimento de competências na área *clínica* da promoção da adesão através da educação para a saúde da pessoa idosa, pude desenvolver estratégias na consolidação de recursos interiores da pessoa idosa para o exercício da sua autonomia, nomeadamente na capacitação para a tomada de decisão sustentada acerca da sua situação de saúde, de acordo com a sua vontade e expectativas de vida. A articulação com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente, assistente social, psicóloga e equipa médica, no âmbito da avaliação da adesão e delineação de estratégias para a sua manutenção futura, revelou-se um imprescindível contributo para o incentivo e envolvimento da pessoa idosa na procura

---

de respostas a necessidades identificadas em parceria (competência de realização de julgamento e tomada de decisão, considerada em Descritores de Dublin).

As atividades realizadas no decorrer do estágio através da sensibilização para um trabalho em parceria e da otimização da resposta da equipa de enfermagem para a problemática, contribuíram para o desenvolvimento de competências ao nível da *gestão* de cuidados. Foi essencialmente ao nível da discussão de casos e reflexão das práticas de cuidados que lhes eram inerentes, que as intervenções de enfermagem foram avaliadas, e constantemente reformuladas de acordo com evolução de resultados obtidos através da interação promovida entre enfermeiro e utente (competência de auto-aprendizagem, considerada em Descritores de Dublin).

## **6. Implicações na Prática**

Estando o sucesso terapêutico intimamente ligado ao cumprimento do regime terapêutico, a temática da adesão revela-se fulcral na eficácia da intervenção de enfermagem. A sua correta avaliação, permite o real diagnóstico e avaliação da manutenção do esquema acordado ou a confrontação com a necessidade da sua reformulação para obtenção de ganhos em saúde.

A aplicação de instrumento de avaliação de necessidades de autocuidado e adesão a comportamentos de adesão da pessoa com IC revelou-se prática e facilitadora do diagnóstico do foco da adesão. Através deste, é possível identificar défices de autocuidado e assim perceber o seu fator causador e permite planear intervenções mais individualizadas à situação da pessoa cuidada para a maximização das suas competências cognitivas e instrumentais de autocuidado, o desenvolvimento de estratégias adaptativas que permitam a manutenção de independência, e a minimização de implicações e repercussões negativas da doença na vida da pessoa com IC, num processo de capacitação e autonomia (Pereira, 2013). O momento de ensino à pessoa idosa tornou-se um cuidado natural, e revelou-se como intensificador da relação estabelecida com a equipa de enfermagem.

Outra implicação verificada foi a nível da passagem de ocorrências, que passou a ser um espaço de reflexão conjunta e a tomada de decisão um processo baseado na evidência científica, e não inferida apenas de forma empírica. A equipa de

---

enfermagem demonstrou a necessidade e recorrência a pesquisa bibliográfica para a fundamentação e resolução de problemas na prática diária de cuidados.

A avaliação sistematizada e objetiva foi ainda alargada a enfermagem e UNICARD do mesmo serviço, com adesão total da equipa de enfermagem, sendo ainda verificada a procura de reflexão conjunta e discussão frequente da temática da adesão entre setores do serviço de Medicina III, com sugestões de melhoria estratégica na sua avaliação.

## **7. Limitações do Projeto**

Como principal limitação da operacionalização deste projeto identifiquei a duração estipulada para a sua implementação, de forma a permitir uma avaliação mais efetiva do seu impacto e contributo na intervenção de enfermagem na promoção da adesão ao regime terapêutico. O acompanhamento da pessoa idosa durante um período maior de tempo poderia possivelmente fornecer mais contributos e de forma mais representativa acerca do comportamento de autocuidado destas pessoas.

O processo de adaptação a novas práticas revelou-se limitado pela duração do estágio, tendo em vista uma interiorização de novos conhecimentos e novas formas de atuação na prática diária de cuidados.

No decorrer da implementação do projeto, a proposta realizada para normalização de registos em aplicativo informático, revelou-se insuficiente, não contemplando a documentação da vertente de autovigilância, reconhecimento e monitorização de sintomas, ou ainda a procura de equipa de saúde regular (planeada ou em caso de descontrolo sintomático). De igual forma, a estratégia de registos adotada demonstrou-se na fase de análise de registos de enfermagem deficitária na tradução de evolução diagnóstica, revelando a necessidade de documentação de aquisição de competências cognitivas, como resultado de intervenção educacional da equipa de enfermagem. Como estratégia de melhoria, foi reformulada Norma de Orientação Clínica e apresentada em segunda sessão de formação de equipa de enfermagem, e formulada nova proposta de normalização de registos, com contributo de elementos presentes.

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Adesão ao Regime Terapêutico é um problema globalizado e constitui um fator determinante no sucesso e uso seguro dos tratamentos. A não adesão acarreta uma ameaça à manutenção de saúde e qualidade de vida, e conduz ao sobreuso de recursos diferenciados de saúde com pesadas repercussões económicas (WHO, 2003).

Estratégias eficazes para a promoção da adesão ao regime terapêutico estão dependentes de fatores, nomeadamente a sua correta identificação e avaliação do conhecimento e compreensão do regime proposto, da comunicação clara e eficaz entre a equipa de saúde e os seus utentes, com base numa relação alicerçada na confiança (Henriques, 2006).

A natureza desta relação, a proximidade e a regularidade do contacto estabelecido, tornam o enfermeiro o profissional mais significativo na identificação e diagnóstico da adesão, bem como no planeamento e implementação de intervenções que procurem capacitar as pessoas a integrar regimes terapêuticos nas suas rotinas diárias, e manter essas modificações comportamentais.

Conhecer a pessoa permite ao enfermeiro compreender que elementos são essenciais para a sua adesão: crenças, atitudes, exigência emocional imposta pela doença, e o seu contexto social e cultural. A parceria entre enfermeiro e pessoa idosa promove a satisfação desta última, reduzindo o risco de não adesão e melhorando os resultados terapêuticos.

Pela sua multidimensionalidade, o fenómeno da adesão torna-se difícil de quantificar, e a quantidade reduzida de instrumentos validados aumentam a complexidade da sua avaliação. Através da implementação da EEAIC na UIC, foi possível caracterizar o comportamento de adesão das pessoas com IC, determinar a sua adesão a comportamentos de saúde propostos para o regime terapêutico da doença e validar necessidades de autocuidado, baseados na autoadministração do instrumento.

Com a informação colhida, a intervenção do enfermeiro visa compreender os fatores envolvidos na adoção de comportamentos de adesão /não – adesão para esta população e perceber com base nas representações das pessoas cuidadas, como podem os enfermeiros contribuir para melhorar o seu comportamento de adesão.

---

A educação para a saúde surge como um recurso fundamental na intervenção terapêutica dos enfermeiros promotora de uma melhor adesão, e esta última constitui uma necessidade para o desenvolvimento das suas práticas.

A partir da documentação do foco da adesão ao regime terapêutico, são produzidos indicadores de qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente taxa de prevalência de não adesão ao regime terapêutico, ganhos em conhecimento sobre as várias dimensões do regime terapêutico, ou ainda taxa de resolução diagnóstica de potencial para melhorar o conhecimento (Petronilho, 2009).

O enfermeiro, fundamentado na relação de incomparável proximidade com a pessoa cuidada e conhecimentos próprios da sua disciplina profissional, assume a proteção dos direitos das pessoas doentes, nomeadamente a tomar decisões informadas e adequadas às suas expectativas e desejos, bem como ao seu próprio projeto de vida e de saúde.

Por não ter sido realizado tratamento estatístico de dados obtidos em estudo empírico, não foi possível estabelecer a relação causal entre as várias variáveis, relativamente a comportamento de saúde adotados e seu impacto na gestão da doença, bem como causa preditora do compromisso no autocuidado, pelo que nos parece uma sugestão pertinente para futuros trabalhos.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Backman, K. & Hentinen, M. (1999) Model for the self-care of home-dwelling. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (3), 564- 572

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica*. Tese de Doutoramento. Disponível em: [http://www.researchgate.net/profile/Fernanda\\_Bastos/publication/260943668\\_The\\_person\\_with\\_chronic\\_illness.\\_An\\_explanatory\\_theory\\_on\\_disease\\_and\\_therapeutic\\_regimen\\_self-management/links/5444df6e0cf2a76a3ccdad9c.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Fernanda_Bastos/publication/260943668_The_person_with_chronic_illness._An_explanatory_theory_on_disease_and_therapeutic_regimen_self-management/links/5444df6e0cf2a76a3ccdad9c.pdf)

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed). Coimbra. Quarteto Editora.

Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M. ... Norrving, B. (2011). Medication adherence: A call for action. *American Heart Journal*. 162(3), 412–424. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.06.007>

Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível em <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>

Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa. Instituto de Ciências Sociais, 1.ª ed. março 2010; p. 18. Imprensa de Ciências Sociais. Disponível em <http://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20a%20Terap%C3%Aautica%20PT.pdf>

---

Ceia, F., Fonseca, C., Mota, T., Murais, H., Matias, F., Costa, C. & Gouveia-Oliveira, A. (2004). Epidemiologia da insuficiência cardíaca em Portugal continental: Novos dados do estudo EPICA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 23. 15-22.

Clark, A. P., Mcdougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Innerarity, S., & Meraviglia, M. (2015). Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 30(4). 3–13. Disponível em <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000169>

Delgado, B. (2014). *Reabilitação funcional do doente com Insuficiência Cardíaca Descompensada*. Trabalho de projeto de Mestrado. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10439/1/Bruno%20Miguel%20Delgado.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa. Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2015). Documento orientador Opção II ano letivo 2015/2016. 7º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente da Pessoa Idosa. Lisboa.

Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J.A., Rodrigues, M., Moreira, F. & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 9, 105-116. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-09-2009.pdf>

European Society of Cardiology. (2012). *Recomendações de 2012 da ESC para o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. Disponível em [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90220465&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=334&ty=10&accinn=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220465pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90220465&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=334&ty=10&accinn=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220465pdf001.pdf).

---

Ferreira, M. E. (2012). *Ser Cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação de Mestrado. Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ser%20cuidador....pdf>

Fonseca, C. (2008). *Insuficiência Cardíaca: uma epidemia do Séc. XXI*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/handle/10362/5040>

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures. Lusociência. ISBN:972E8383E10X

Galvão, M. T., Janeiro, J. M. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (1), 225-230. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>

Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade : eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento. Lisboa. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\\_td\\_MAdriana\\_Henriques.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf).

Heo, S.; Lennie, T. A., Okoli, C.; Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*. 38 (2). 100-108. Disponível em [http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(08\)00059-9/pdf](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(08)00059-9/pdf)

Hughes, C.M. (2004). Medication non-adherence in the elderly. *Drug Aging*. 21(12). 793-811.

Kato, N., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., Watanabe, M., Imai, Y., ... Kazuma, K. (2009). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among

---

patients with heart failure in Japan. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 38(5), 398–409. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.11.002>

Kinsella, K. & Velkoff, A. (2001). *Aging World (Séries P95/01-1)*. Washington. U.S. Census Bureau.

Le Boterf, G. (1995). *De La Compétence; Essai sur un attracteur étrange*. Paris. Les Éditions D'Organization. ISBN: 2-7081-1753-X. .

Liu, M., Wang, C., Huang, Y., Cherng, W., & Wang, K. K. (2014). A Correlational Study of Illness Knowledge , Self-Care Behaviors , and Quality of Life in Elderly Patients With Heart Failure, *Journal of Nursing Research*, 22(2). 136-145. Disponível em <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000024>

Lorig K., Holman H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1) , 1-7.

Kastner, M., Lillie, E., Ashoor, H., Perrier, L., Cardoso, R., Straus, S. & Lee, D. (2014). Quality improvement strategies to optimise transition of patients with heart failure to independent living: Protocol for a scoping review. *BMJ Open*, 4(11), 1-4. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005711>

Mendes, A. P., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), 7–16. Disponível em <https://doi.org/10.12707/R111049>

O'Connor C. M., Miller A. B., Blair J. E., Konstam M. A., Wedge P., Bahit M. C. ... Gheorghide M. (2010). Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduce left ventricular ejection fraction: results from efficacy of vasopressin antagonism in heart failure outcome study with tolvaptan (EVEREST) program. *Am Heart J.*,(159), 841-849

---

Oguz, S.; Enç, N. (2008). Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal Compilation- International Council of Nurses*. 55 (4). 462-467.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e Famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-96021-1-3.

Ordem dos Enfermeiros (2010) – *Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, ISBN 978E989E96021E9E9

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Abril de 2011, pp. 8648 – 8653.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*, Regulamento n.º 188/2015. Diário da República, 2.ª Série, N.º 78 de 22 de Abril de 2015, pp. 9967 – 9968.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona. MassonESalvat.

Pires, F. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados ao Idoso em Contexto Domiciliário: Adesão ao Regime Terapêutico*. Dissertação de Mestrado. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8452/1/ESSTFC557.pdf>

Pereira, F. (2013). *O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-care BehaviourScale para o contexto português*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=617934](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=617934)

---

Pereira, Fernanda. (2014). A utilização de escalas para avaliar o autocuidado na Insuficiência Cardíaca: revisão sistemática da literatura. *Revista Estação Científica*, 11, 1-14

Petronilho, F. A. S. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 52, 35-43. ISSN 0872-8844

Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1ª edição. Coimbra. Formasau. ISBN 978-989- 8269-17-1.

Rathman, L. D., Lee, C. S., Sarkar, S., & Small, R. S. (2011). A critical link between heart failure self-care and intrathoracic impedance. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 20-26. Disponível em <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181ee28c8>

Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., ... Whellan, D. J. (2009). State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: A scientific statement from the american heart association. *Circulation*, 120(12), 1141–1163. Disponível em <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628>

Ruivo, M. A.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 3-37.

Selan, S., Siennicki-Lantz, A., Berglund, J., & Fagerström, C. (2016). Self-awareness of heart failure in the oldest old: an observational study of participants , ≥ 80 years old , with an objectively verified heart failure. *BMC Geriatrics*, 16, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0195-4>

Sidani, S. et. al. -. Symptom Management. In: *Invitational Symposium, Nursing Health Outcomes Project*, Toronto. 2001. 51-52.

Silva, M. (2010). *Adesão ao Regime Terapêutico*. Coimbra. Formasau. **ISBN**: 978 - 989 - 8269 - 10 -2

---

Sousa-pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos J. ... Freitas, A. (2013). Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década, *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 711–720

Stewart S., MacIntyre K., Hole D. J., et al. More “malignant” than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail.*, 3, 315-322; Mosterd A, H AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93: 1137–1146; 4:531-9

Stut, W., Deighan, C., Cleland, J. G., & Jaarsma, T. (2007). Adherence to self-care in patients with heart failure in the HeartCycle study. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1195–1206. Disponível em <https://doi.org/10.2147/PPA.S88482>

Toukhsati, S. R., Driscoll, A., & Hare, D. L. (2015). Patient Self-management Patient Self-management in Chronic Heart Failure: Establishing Concordance Between Guidelines and Practice Patient Self-management in Chronic Heart Failure, *Cardiac Failure Review*, 1(2), 128–131.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 1–10. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

While, A., KIEK, F. (2009). Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing*. 14(2), 54-59.

World Health Organisation, W. H. O. (2003). Adherence to long-term therapies, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)

---

<http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/Gest%C3%A3daDoen%C3%A7a/tabid/411/language/pt-PT/Default.aspx>

<http://www2.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=1440#sthash.n2lij8Dq.dpuf>

<http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/UCC/tabid/850/language/pt-PT/Default.aspx>

<http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>

[http://www.museologia-portugal.net/files/shared\\_dublin\\_descriptors\\_for\\_short\\_cycle\\_first\\_cycle.pdf](http://www.museologia-portugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf)

<http://www.ipg.pt/estg/up/pensa-bolonhaectsdescriptores-ipg.pdf>

---

## **ANEXOS**

---

## **ANEXO I – Pedido de autorização para implementação de projeto no contexto de estágio de Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica – Vertente da Pessoa Idosa**

Exma. En<sup>ª</sup> Diretora do Hospital de São Francisco Xavier,  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

**Assunto:** Pedido de autorização para implementação de projeto no contexto de estágio de Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica

Eu, Cátia Leonor Napoleão dos Santos Pereira Rei, enfermeira em funções nesta instituição no serviço de Medicina III, venho solicitar que me seja concedida autorização para colheita de dados na Unidade de Insuficiência Cardíaca, no âmbito de estágio realizado no período de Novembro de 2016 a Fevereiro de 2017 com o propósito de implementar projeto de intervenção subordinado ao tema: *«Comportamentos de Saúde na Adesão ao regime terapêutico do idoso com Insuficiência Cardíaca: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o Autocuidado»*.

Os dados colhidos são confidenciais e nunca o funcionamento do serviço será posto em causa, e estes serão apresentados em Relatório de Estágio, no âmbito do 3º Semestre do 7º Curso de Mestrado na Área de Especialização Médico-cirúrgica – Vertente da pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Sr<sup>ª</sup> Professora Doutora Maria Adriana Henriques, e, em contexto de estágio, pela Sr<sup>ª</sup> En<sup>ª</sup> Chefe Célia Osana.

Como objetivo principal, pretendo implementar um projeto de intervenção de avaliação sistemática da adesão ao regime terapêutico do idoso com Insuficiência Cardíaca. Ao caracterizar o comportamento de autocuidado do idoso abordado, procuro avaliar a sua adesão ao mesmo e compreender o(s) fator(es) que a comprometa(m), para uma intervenção promotora da mesma mais direcionada e eficaz.

Grata pela atenção dispensada e disponho a minha total disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional acerca deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

*DSG*  
*Wade a quit*  
*Lurdes Escudeiro*  
*21/4/2017*

**Lurdes Escudeiro**  
Directora de Enfermagem

*Cátia Napoleão Rei*

Cátia Napoleão Rei.

---

## **ANEXO II - Pedido de Autorização a autora para utilização da *Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca***

De: Cátia Rei <catia\_napoleao@hotmail.com>

Enviado: quarta-feira, 15 de fevereiro de 2017 21:00

Para: fe\_feavila@hotmail.com

Assunto: Pedido de autorização para utilização de Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência cardíaca

Exma. Srª. Fernanda Ávila da Costa Pereira,

Sou estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico Cirúrgica - Vertente da Pessoa Idosa, e sob a orientação da Prof. Doutora Mª Adriana Henriques, venho por este meio solicitar autorização para utilizar o instrumento de avaliação por si validado para a população portuguesa.

A utilização deste instrumento será efetuado no decorrer de um estágio realizado na Unidade de Insuficiência Cardíaca do Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., no qual pretendo implementar um projeto de avaliação sistemática da adesão ao regime terapêutico do idoso com Insuficiência Cardíaca. Ao caracterizar o comportamento de autocuidado do idoso abordado, procuro avaliar a sua adesão ao mesmo e compreender o(s) fator(es) que a comprometam, para uma intervenção promotora da mesma mais eficaz.

Agradeço desde já a atenção dispensada e reitero a minha total disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional acerca deste projeto através do email: catia\_napoleao@hotmail.com o telemóvel 936641047.

Com os melhores cumprimentos,

Cátia Napoleão Rei.

---

## **ANEXO III – Autorização para utilização da *Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca***

Re: Pedido de autorização para utilização de Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência cardíaca



Fernanda Avila <fe\_feavila@hotmail.com>

Ontem, 14:37

Você; Paulino Prof (paulino@esenf.pt); Miguel Padilha Prof (miguelpadilha@esenf.pt) ↕



Responder | ▾



2 anexos (2 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Pessoal

Boa Tarde Enfermeira Cátia Rei

Primeiramente gostaria de agradecer o contacto e o interesse pela temática. Envio no anexo a minha dissertação de mestrado e a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Da nossa parte autorizamos a utilização da escala e gostaríamos de ter acesso aos resultados do vosso estudo quando concluído.

Mantemo-nos a disposição no que for preciso,

Att,

Fernanda Pereira

---

**ANEXO IV – Tabela para colheita de dados sociodemográficos e clínicos de amostra selecionada**

<b>Idade</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Agregado Familiar</b>	
<b>Escolaridade</b>	
<b>Avaliação de Estado cognitivo (MMSE)</b>	
<b>Avaliação de Dependência (Escala de Katz)</b>	
<b>Identificação do Cuidador</b>	
<b>Tempo de evolução da doença</b>	
<b>Comorbilidades associadas</b>	
<b>Gravidade dos sintomas (NYHA)</b>	
<b>Percepção de impacto da doença (Escala de Depressão Geriátrica)</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem referente ao foco de adesão</b>	

## **ANEXO V - Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)**

### **Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0) (Jaarsma, 2003; validada por Pereira, 2013)**

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha melhor se aplicar a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

†

	<b>Concordo</b>			<b>Discordo</b>	
	<b>Totalmente</b>			<b>Totalmente</b>	
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

---

## **ANEXO VI – *Protocolo Scoping***

### **I. Título**

*Comportamentos de Saúde na Adesão ao Regime Terapêutico em idosos com Insuficiência Cardíaca: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o Autocuidado.*

#### **1. Identificação**

Através da realização desta *scoping review*, procuro identificar fatores facilitadores e dificultadores da adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa idosa com Insuficiência cardíaca para uma maior eficácia na sua promoção.

#### **2. Registo**

##### **Autores**

CÁTIA LEONOR NAPOLEÃO DOS SANTOS PEREIRA REI

Enfermeira, Hospital São Francisco Xavier

Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente da Pessoa Idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PROF. DOUTORA MARIA ADRIANA PEREIRA HENRIQUES

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

### **II. Introdução**

Com o desenvolvimento dos procedimentos terapêuticos, de conhecimentos a nível da biomedicina e das alterações a nível dos estilos de vida, assistimos a um envelhecimento demográfico com um consequente aumento na prevalência de doenças crónicas. A (con)vivência com uma doença crónica absorve todas as

---

dimensões da vida de um ser humano e compromete a qualidade com que a mesma é vivida. Responsável por níveis elevados de morbidade e mortalidade, a doença crónica é causa de inúmeras situações de internamento e uso de recursos de saúde diferenciados por descompensação, sendo a gestão inadequada da doença e do seu regime terapêutico uma das suas causas mais frequentes. Os internamentos recorrentes demonstram a necessidade de uma abordagem de cuidados orientados para a prevenção dos seus custos associados e repercussão na vida do utente (Delgado, 2014; Simão, 2009; Pereira, 2013).

A doença passa a fazer parte do quotidiano da pessoa e as questões relacionadas com a sua gestão atividades de autocuidado, através de processos de incorporação na rotina diária de mecanismos de facilitação para o cumprimento dos comportamentos de saúde propostos. Mais que a preparação para a mestria na gestão de um regime terapêutico, muitas vezes complexo e múltiplo, a pessoa cuidada procura ajuda na identificação de estratégias que permitem manter a continuidade da sua vida no seu contexto para além do processo patológico. E este é o desafio na prática de cuidados: promover a consciencialização e efeito benéfico de uma adesão efetiva a um conjunto de comportamentos, sem que estes comprometam a vivência do “eu” e a sua inter-relação com os seus e o seu meio.

Segundo a OMS (2002), doenças crónicas são aquelas com «*duração prolongada e progressão lenta que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas*». Para a OE (2010), as doenças crónicas, além de imporem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que os indivíduos e comunidades atinjam o seu potencial, roubando os seus futuros.

A doença crónica exige um processo de adaptação individual tendo em vista a prevenção, controle ou minimização de complicações decorrentes do processo patológico ou de uma eventual má gestão do mesmo, que afetam não só a pessoa cuidada mas toda a sua família, cuidador e comunidade em que se insere (Bastos, 2012). O idoso que sofre de uma doença crónica necessita de um nível elevado de apoio da sua comunidade, de forma a poder manter a sua funcionalidade através da aquisição de aptidões de auto-cuidado (Bastos, 2012).

---

### III. Enquadramento

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crónica predominante nas pessoas idosas com expressão epidémica (Fonseca, 2007), decorrente do processo de envelhecimento do próprio aparelho cardiovascular. A prevalência da IC na população geral ronda os 2%, podendo ultrapassar os 10% nos indivíduos com 70 anos ou mais. Em Portugal, nos adultos, a sua prevalência global é de 4,36%, aumentando com a idade, atingindo os 12,7% nos adultos entre os 70-79 anos e 16,1% nos indivíduos com idade superior a 80 anos, demonstrando uma tendência crescente a nível de prevalência (Ceia e Fonseca, 2003). A IC contabiliza 5% das causas de internamento por doença aguda, uma das principais causas de internamento em idosos, e 50% de mortalidade aos 4 anos (Fonseca, 2007).

Enquanto síndrome progressivamente incapacitante, impõe ao idoso um regime terapêutico complexo, que exige a incorporação de comportamentos de saúde exigentes nos seus hábitos de vida, mas que se verifica eficaz no atraso da progressão da doença, prevenção de agudizações e no controlo de limitações que acarreta para a qualidade de vida do indivíduo, sobretudo pelo aumento da dependência física e funcional de terceiros. Este regime terapêutico inclui o recurso a um número diverso de fármacos, resultando frequentemente na polimedicação do idoso, já frequentemente afetado por múltiplas patologias associadas, cujo tratamento medicamentoso é utilizado simultaneamente, muitas vezes por consequência do seguimento em consulta de especialidades distintas ou institucionalizações frequentes, comprometendo a capacidade que o idoso e/ou cuidador tem em geri-lo, expondo-o a um risco acrescido de reações adversas, causada por quebras sucessivas na continuidade dos cuidados.

Assim, o controlo sintomático diretamente decorrente da eficácia do regime terapêutico estará sempre dependente da adesão ao mesmo por parte do idoso, na medida em que esta última se relaciona com a sua aceitação e participação ativa e voluntária, partilhando a responsabilidade do processo terapêutico juntamente com toda a equipa de saúde, de acordo com o seu próprio projeto de saúde e de vida.

No entanto, a pessoa idosa, nomeadamente por aumento do tempo de resposta cognitiva, diminuição do funcionamento sensorial ou alterações da memória (Henriques, 2011), quando exposta a regimes terapêuticos complexos, a uma comunicação pouco eficiente com a equipa de saúde, a exigências ambientais

---

competidoras, vulnerabilidade social e económica ou ao descrédito nos benefícios da medicação (Makai et al., 2014; Silva, 2007; Henriques, 2006), torna-se numa população com vulnerabilidade acrescida ao fenómeno de Não Adesão, causando um aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, a ocorrência de complicações evitáveis, o aumento dos gastos com a saúde, ou da sua dependência física e funcional, morbidade e mortalidade, e conseqüentemente, à diminuição da sua qualidade de vida (Hughes, 2004; Sousa, 2003).

Segundo a OMS (2003: 4), a adesão ao regime terapêutico «...define o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão do medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda se corresponde e concorda com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde», abrangendo comportamentos de saúde mais alargados que apenas o cumprimento das prescrições medicamentosas.

Os comportamentos de saúde na adesão da pessoa com IC incluem: restrições alimentares, prática regular de exercício físico, vigilância do peso corporal, adesão a regime medicamentoso, vigilância e gestão sintomática, e procura de ajuda adequada na sua exacerbação (Pereira, 2014).

A pessoa idosa não aderente ao regime terapêutico sofre agudizações da doença que conduzem a internamentos frequentes, prejudicando a gestão e controlo sintomático e a sua conseqüente qualidade de vida. Estima-se que 15-40% dos episódios de urgências e (re)internamentos se devam a não-adesão ao regime terapêutico (Sousa-pinto et al., 2013). Ainda segundo o mesmo autor, para os episódios de descompensação de insuficiência cardíaca, foi obtida uma taxa de reinternamentos de 6,7%. Segundo O'Connor et al (2010), a rehospitalização é particularmente elevada nos primeiros meses após a hospitalização por agudização de IC (um em cada dois doentes é readmitido nos primeiros dois meses). Estes reinternamentos aumentam significativamente os gastos com a gestão da doença por parte do Estado, constituindo a maior parte (69%) dos custos associados ao tratamento da IC, e cerca de 2% do orçamento para a Saúde, sendo muitos precipitados por descompensação de comorbilidades não cardiovasculares evitáveis.

Assim, a fase de transição hospitalar para o domicílio necessita de cuidados particulares, que deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo em conta o contexto particular do utente e sua motivação pessoal para a incorporação de um

---

plano de ensino. Em regime de internamento, o utente é sujeito a restrições alimentares, atividade física supervisionada, vigilância clínica permanente e terapêutica intensiva, que muitas vezes é interrompida bruscamente em ambulatório por múltiplas razões. O internamento é, assim, um momento-chave, também por ser um momento de vulnerabilidade, e por isso maior abertura para a promoção da adesão ao regime terapêutico recomendado, como forma de prevenção de efeitos adversos ou progressão da doença (Fonseca, 2007).

Em 2012, as Guidelines da *European Society of Cardiology* recomendavam que utentes com IC fossem integrados em programas multidisciplinares de gestão da doença como forma de redução do risco de internamento pela sua agudização (Classe de recomendação I; Nível de evidência A), demonstrando-se assim custo-efetivos, uma vez que o custo do internamento representa a maior fatia da despesa total do estado com a Insuficiência Cardíaca. Estes programas devem promover a educação do utente com «ênfase especial sobre adesão e autocuidado» (pág.47), incentivar a sua participação na monitorização de sintomas, acompanhamento pós-alta, facilitar o acesso a cuidados médicos para aconselhamento ou estabilização, avaliação de sinais de alarme detetados, e prestação de apoio psicossocial, a utentes e familiares (e/ou prestador de cuidados).

Na certeza de que muitas das admissões hospitalares poderiam ser evitadas através da promoção da adesão do utente ao tratamento e de um acompanhamento próximo com recurso a educação em saúde, como membro da equipa multidisciplinar cabe ao enfermeiro identificar quais os **fatores** que contribuíram para a descontinuação do tratamento e caracterizar o comportamento de Auto-cuidado (Bastos, 2012; Backman e hein, 1999), para assim poder delinear estratégias individualizadas para a minimização do seu impacto na situação de vida da pessoa ao seu cuidado, desempenhando um papel fundamental na preparação dos idosos para o regresso a casa em segurança e minimização da quebra de cuidados pela confiança na assunção da autogestão da doença.

De seguida, disponho os fatores identificados respetivamente pela OMS (2003) como fatores preditores de adesão:

- Esquecimento;
- Stress psicossocial;
- Conhecimento insuficiente;
- Crenças negativas em relação a eficácia terapêutica;

- 
- Constrangimentos relacionados com efeitos secundários;
  - Baixa motivação;
  - Falta de Auto percepção;
  - Medo de “dependência de drogas”;
  - Estigmatização da doença.

### **3. Objetivos**

Procurando dar suporte ao enquadramento da temática abordada, através da realização desta Scoping Review, procuro mapear a evidência disponível e compreender os fatores facilitadores e dificultadores da adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa idosa com Insuficiência cardíaca, de forma a uma intervenção promotora da mesma e que reúna condições para uma maior eficácia do mesmo.

Para isso, definimos como **questão de pesquisa**:

*Quais os fatores determinantes da adesão ao regime terapêutico (C) no idoso (P) internado numa Unidade de Insuficiência Cardíaca (C)?*

## **IV. Metodologia**

### **4. Critérios de Elegibilidade**

A realização desta scoping review foi orientada pela metodologia proposta por Arksey and O'Malley (2005) e pelas recomendações de Levac et al. (2010).

### **5. Fontes de Informação**

A pesquisa nas bases de dados da plataforma EBSCO, MEDLINE e CINAHL, foi realizada de acordo com a mnemónica PCC abaixo apresentada, em tabela referente a termos utilizados para pesquisa em bases de dados eletrónicas.

---

## 6. Estratégia de Pesquisa

### Critérios de Inclusão

- Todos os tipos de estudos.
- Conceito: Descrição de facilitadores/barreiras que afetam a capacidade o autocuidado e gestão da doença pelo idoso com insuficiência cardíaca, condicionando a adesão ao seu regime terapêutico.
- População: pessoas com idade superior a 65 anos com Insuficiência Cardíaca.
- Contexto: Hospitalar ou comunitário.
- Publicações no período de 2011-2016.
- Publicações em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

### Critérios de Exclusão

- Publicações com abordagem exclusivamente biomédica do cuidado à pessoa com Insuficiência cardíaca.
- Publicações referentes a regimes terapêuticos de outras patologias crónicas ou agudas.
- Publicações com mais de 5 anos.

### Termos de Pesquisa

De forma a expor estratégia utilizada para pesquisa de artigos para posterior análise da problemática, apresento em seguida quadro referente a descritores utilizados para pesquisa em plataforma agregadora de bases de dados eletrónica:

	Termos indexados		Search terms
<b>População</b>	Elderly Aged people Old people	OR	65 and more Geriatric
	AND Heart Failure		
AND			
<b>Conceito</b>	Adherence Disease Management Self-care Health Behaviour Nursing interventions	OR	Self-care Barriers Self-care Facilitators Adherence Factors Adherence Determinants
	AND		
<b>Contexto</b>	Hospital Acute care Home	OR	*units Community

Tabela 2. Identificação de termos de pesquisa em bases de dados eletrônicas.

## 7. Processo de Seleção de artigos

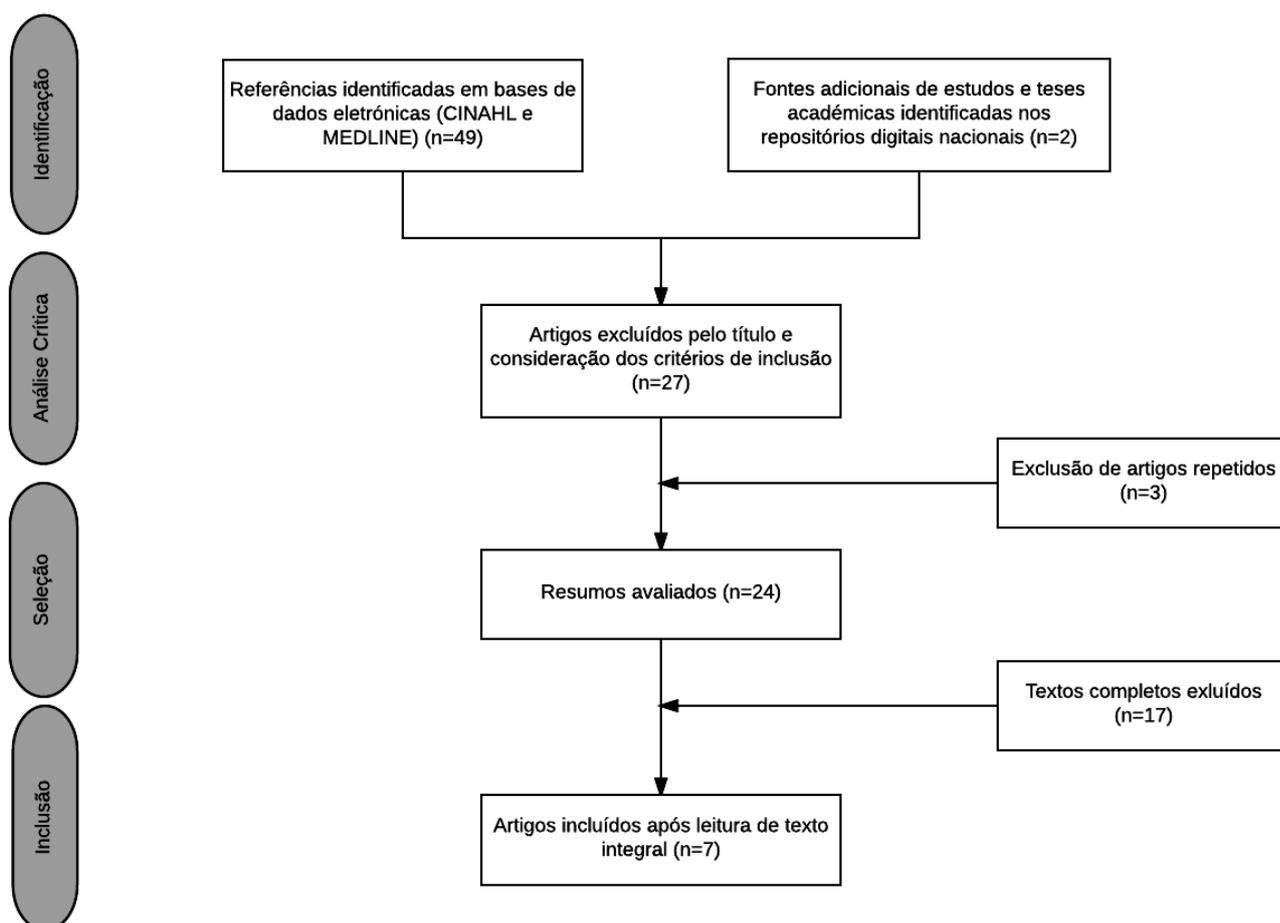


Diagrama 1. Processo de seleção de artigos

## 8. Quadro de Extração de Dados

Autor, Ano, Localização	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Holden, Schubert and Mickelson, 2014, EUA	30 pessoas idosas com IC	Ambulatório	Compreender a natureza e prevalência de barreiras ao desempenho do autocuidado por idosos com insuficiência cardíaca e seus cuidadores informais.	Descritivo qualitativo com análise de conteúdo (entrevista)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As principais barreiras ao autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca identificadas são: <u>fatores relacionados com o paciente</u>, como: idade, limitações físicas decorrentes de situação clínica, falta de conhecimento, preferências e percepção de baixa auto-eficácia; <u>características pessoais dos cuidadores informais</u>, e <u>barreiras associadas aos profissionais de saúde</u>; <u>características das tarefas de autocuidado</u> (por exemplo, dificuldade da tarefa, tempo despendido, complexidade do tratamento, ambiguidade de indicações, conflito com preferências pessoais e a gestão de efeitos colaterais consequentes); <u>barreiras relacionadas com instrumentos</u> (por exemplo, disponibilidade e acesso a medicação, seu condicionamento, tecnologias ou terapias, a sua aplicabilidade e o impacto no seu quotidiano); e <u>barreiras relacionadas com o contexto ambiental</u> (falta de recursos sociais, económicos e comunitários (por exemplo, rede de transportes ou acesso a cuidados).</li> <li>- As <u>intervenções</u> mais utilizadas envolvem a educação e promoção do contato intensificado do utente com equipa de saúde, sendo assim focalizadas em características em eliminação de barreiras individuais.</li> <li>- O desempenho do autocuidado é modelado por inúmeros fatores além do nível individual e os modelos conceptuais de cuidados geriátricos reconhecem a interação de características do utente, familiares e comunitários, do próprio sistema de saúde e acessibilidade.</li> </ul>

Autor, Ano, Localização	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Liu, Wang, Huang, Cheng e Wang, 2014, Japão	141 pessoas idosas com IC	Hospital	Analisar relações entre o conhecimento da doença, comportamentos de autocuidado e qualidade de vida em idosos com insuficiência cardíaca.	Transversal correlacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes com maior autorrelato de adesão a comportamentos de autocuidado e com maior qualidade de vida consequente eram mais novos e possuem maior conhecimento da doença.</li> <li>- O nível de conhecimento da doença é relacionada diretamente com um <u>nível mais baixo de escolaridade e estatuto socio-económico</u>.</li> <li>- O idoso com IC encontra frequentemente dificuldades em iniciar e manter comportamentos de autocuidado, sobretudo indivíduos do <u>sexo masculino</u> e com <u>baixa literacia em saúde</u>, por influência direta no conhecimento da doença e na <u>autoconfiança</u> para a assunção do autocuidado.</li> <li>- Este estudo não só relaciona o conhecimento da doença e os comportamentos de autocuidado, mas também identifica o primeiro da doença como fator que afeta o segundo, relativamente à gestão de sintomas de insuficiência cardíaca e do regime terapêutico, com manutenção de comportamentos de autocuidado eficazes.</li> <li>- O conhecimento da doença pode reforçar os comportamentos de autocuidado, mas também tornar mais eficaz o controlo de sintomas e decorrentes hospitalizações.</li> <li>- A qualidade de vida é um importante indicador de como o idoso vive a sua doença e gere os seus sintomas e regime terapêutico.</li> <li>- O idoso com IC geralmente refere qualidade de vida inferior, particularmente os <u>mais velhos</u> e com um <u>nível maior de dependência</u> na realização das suas AVD's.</li> <li>- A qualidade de vida aumenta nos casos com <u>menor severidade da doença</u>, <u>menor sobrecarga terapêutica</u> e com <u>menor recurso a serviços hospitalares</u>.</li> <li>- São recomendadas intervenções de reforço e acompanhamento em atividades aeróbias e anaeróbias, incluindo programas de reabilitação cardíaca.</li> <li>- São feitas referências a relatos de <u>estados depressivos</u> com score inferior na dimensão emocional de qualidade de vida, através de aplicação de questionário.</li> </ul>

Autor, Ano, Localização	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria dos participantes tende a cumprir indicações relacionadas com a toma medicamentosa e a monitorização diária do peso, mas demonstram dificuldade em iniciar e manter comportamentos relacionados com a restrição hídrica e salina, e na auto-vigilância de sintomas e sua eficaz gestão quando confrontados com alterações.</li> <li>- Os idosos que referiram <u>sintomatologia ansiosa</u> relacionada com a experiência de agravamento de sintomas, demonstram uma gestão do autocuidado mais ineficaz.</li> <li>- O idoso com IC tem um maior risco de declínio de <u>função cognitiva</u> e literacia em saúde, o que compromete a eficácia do autocuidado.</li> </ul>
Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016, Suécia	90 participantes com idade = ou > a 80	Comunitário	Determinar a prevalência de auto-consciência da doença em pessoas com mais de 80 anos e compreender a ligação entre esta e fatores relacionados com a idade.	Transversal correlacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As intervenções de educação conduzidas por enfermeiros aumentam a eficácia do autocuidado em idosos com IC.</li> <li>- A consciência e conhecimento da doença são cruciais para a tomada de decisão em saúde adequada, e deve por isso ser encarada como uma parte da literacia em saúde do indivíduo.</li> <li>- A consciência da doença não é influenciada apenas pela forma como a informação é transmitida pelos profissionais de saúde, mas também por factores relacionados com a <u>idade</u>, tais como <u>défice cognitivo</u>, <u>dependência</u> na realização de AVD's e <u>depressão</u>.</li> <li>- Os fatores relacionados com a doença que afetam a autoconsciência do diagnóstico clínico são a <u>gravidade da doença</u>, a <u>capacidade funcional</u> limitada aos sintomas de IC.</li> <li>- A consciência da doença é também influenciada pela <u>duração da doença</u>, desde o momento do diagnóstico.</li> <li>- A prevalência da autoconsciência do diagnóstico de IC é baixa nos idosos mais velhos e existe uma relação entre essa autoconsciência e os fatores relacionados à idade e à IC.</li> </ul>

Autor, Ano, Localização	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, 2011, Canadá	Pessoas com mais de 65 anos com acompanhamento domiciliário	Domiciliar	Descrever características demográficas e clínicas de utentes com IC acompanhados no domicílio; Compreender o seu recurso a serviços de saúde relativamente a gestão do regime terapêutico.	Transversal correlacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O autocuidado do idoso com IC deve ser adaptado às características clínicas, aos padrões de recurso a serviços de saúde e às barreiras ao autocuidado identificadas pelo próprio.</li> <li>- A gestão eficaz da IC é desafiadora, uma vez que envolve <u>regimes farmacoterapêuticos complexos, ajustamentos frequentes das doses de medicação, regimes dietéticos e de ingestão de líquidos elaborados, terapia de exercícios e educação contínua</u> do doente para garantir um autocuidado adequado.</li> <li>- A autogestão requer potencial de aprendizagem, discernimento, julgamento e capacidade de resolução de problemas e é mais cognitivamente exigente do que a auto-manutenção.</li> <li>- A IC no idoso é frequentemente associada a <u>múltiplas comorbilidades e polifarmácia</u> consequente, bem como <u>estados depressivos e défice cognitivo</u>, que comprometem a capacidade e eficácia do autocuidado, recorrendo com mais frequência a contextos de cuidados mais diferenciados.</li> <li>- O compromisso do autocuidado mais verificado nos idosos com IC com acompanhamento domiciliário é relativo a <u>limitações funcionais</u> nas AVD's e AIVD's, do que relacionado com <u>défice cognitivo</u> ou <u>estados depressivos</u>.</li> <li>- São identificadas como barreiras ao autocuidado a presença de <u>comorbilidades</u> associadas, diagnóstico de <u>depressão, défice cognitivo e declínio funcional</u>.</li> <li>- A inserção em programas de gestão da doença (Chronic Disease Management programs) com recursos de enfermagem especializados possibilitam a coordenação dos cuidados transicionais e promovem a capacitação do idoso com IC e seus cuidadores.</li> <li>- Instrumentos de avaliação multidimensional adequados ao contexto domiciliário permitem a avaliação do risco de resultados adversos, a identificação de barreiras ao autocuidado e uma avaliação inicial para</li> </ul>

Autor, Ano, Localização	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011, EUA	58 utentes com IC com monitorização invasiva de acumulação de fluidos	Hospitalar	Determinar se um índice de comportamento de auto-cuidado em idosos com IC foi associado a sobrecarga hídrica, de acordo com a probabilidade, frequência, e duração do limiar de impedância intratorácica.	Transversal correlacional	<p>prestação de cuidados de acompanhamento em programas de gestão de doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os idosos com relato de maior adesão a comportamentos de autocuidado experienciaram menos episódios de congestão hídrica e necessitaram de períodos inferiores de internamento.</li> <li>- São identificadas como barreiras ao autocuidado a <u>exigência da autovigilância de sintomas</u> e <u>complexidade das tarefas exigidas</u> (com alterações significativas nos hábitos de vida), a <u>limitação imposta por sintomatologia</u>, <u>incapacidade funcional</u> com repercussões na qualidade de vida e necessidade frequente de <u>alterações no tratamento</u>.</li> <li>- Apesar destas, os idosos demonstram capacidade para o autocuidado.</li> <li>- São referidas como intervenções essenciais para a promoção do autocuidado em idosos com IC o ensinar, avaliar e incentivar o autocuidado.</li> </ul>
Autor, Ano, Localização	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Bidwell, Vellone, Lyons et al., 2015, Itália	364 participantes (diáde utente-cuidador)	Acompanhamento ambulatorio	Identificar determinantes de contribuição da diáde utente-cuidador para a autovigilância, reconhecimento de sinais e	Transversal descritivo multicêntrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para os próprios utentes, o autocuidado é frequentemente prejudicado por <u>complicações clínicas de IC</u>, como a <u>depressão</u>, <u>distúrbios do sono</u>, <u>cognição prejudicada</u>, <u>alta sobrecarga comórbida</u> e consciência limitada de <u>limitações funcionais</u>.</li> <li>- A idade, duração da doença, internamentos frequentes, qualidade de vida geral e limitações causadas por sintomatologia da IC, podem também comprometer o autocuidado.</li> </ul>

Autor, Ano, Localizaçã o	População	Contexto	Objetivos do estudo	Tipo de Estudo	Principais Conclusões
Stut, Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015	123 participantes com idade superior a 54 anos	Domiciliar	Avaliar um programa inovador de educação e coaching on-line para promover o autocuidado entre pacientes com insuficiência cardíaca.	Observacion al correlacional multicêntrico	<p>sintomas e sua gestão eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segundo os autores, apesar do aconselhado pelas atuais guidelines, os <u>recursos humanos</u> para uma promoção de educação para a gestão da sua doença são insuficientes, tendo em conta as necessidades sentidas por estes.</li> <li>- Muitos dos utentes com IC têm associado <u>défice cognitivo</u>, o que torna problemática a aquisição de novos conhecimentos e capacidades para o autocuidado.</li> <li>- É também descrita <u>sintomatologia depressiva</u> que comprometem a motivação e capacidade de adotar novas rotinas.</li> <li>- O próprio conhecimento pode não fornecer motivação e suporte suficientes para negociar os desafios consideráveis de iniciar e manter a mudança no comportamento de saúde.</li> <li>- Embora a educação seja frequentemente fornecida, há pouco acompanhamento para apoiar a implementação de habilidades de autocuidado.</li> <li>- O principal impulso dos sistemas de tele-saúde tem sido o monitoramento dos sinais vitais em vez da motivação do paciente.</li> <li>- Nenhum sistema incorporou um programa de coaching para apoiar ativamente a mudança de comportamento.</li> <li>- A lógica subjacente ao programa avaliado consiste em adequar a prestação de informação às necessidades do paciente e oferecer um programa de coaching interativo para apoiá-los na escolha, adoção e manutenção do comportamento de autocuidado.</li> </ul>

**Tabela 3.** Quadro de extração de dados de estudos selecionados.

---

## 9. Discussão de Resultados

A adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa idosa é dependente de **fatores pessoais, sociais, relacionados com a doença, o sistema de saúde** e com os seus **profissionais** (Holden, Schubert and Mickelson, 2014).

Um dos fatores determinantes da adesão ao regime terapêutico no idoso com IC identificados relaciona-se com a sua **condição clínica**. Aqueles com menor *tempo de diagnóstico clínico* e *consciência da própria situação* encontram mais dificuldades no reconhecimento de sintomatologia sugestiva de agravamento clínico e consequentemente na sua gestão e controlo (Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014; Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016). Outro condicionante da adesão ao regime terapêutico relaciona-se com a *gravidade de sintomas* experienciados (Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011), cuja limitação funcional e sofrimento consequentes forçam a pessoa a uma maior adesão a comportamentos de saúde para controlo sintomático, ou são ainda identificados como barreiras ao autocuidado pelo compromisso causado no desempenho físico e mental da tarefa, que é classificada como exigente (Holden, Schubert and Mickelson, 2014; Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016; Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, 2011; Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011). Segundo alguns destes autores, o idoso com IC tende a tolerar exacerbações da doença e atrasar a procura de ajuda.

Muitos destes idosos lidam com outras *comorbilidades* que tornam mais exigente a gestão do seu regime terapêutico (Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, 2011; Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011), dada a necessidade de uma autovigilância mais complexa de um número maior de sintomas, típicos e atípicos (Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016; Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011).

As **barreiras pessoais** envolvem *características demográficas* (Holden, Schubert and Mickelson, 2014; Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014; Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011) e sobretudo *limitações de caráter funcional* (Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011) e consequência *dependência física* (Holden, Schubert and Mickelson, 2014; Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014; Selan, Siennicki-Lantz,

---

Berlund e Fagerstrom, 2016; Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016; Rathman, Lee, Sarkar e Small, 2011).

Alguns **atributos demográficos** foram também relacionados com a capacidade de gerir e respetiva adesão ao regime terapêutico tais como: *idade, género, escolaridade e situação laboral* (Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016). Associados a uma maior taxa de adesão encontram-se a idade (com maiores taxas em idades superiores), o género feminino, a maior escolaridade e a situação laboral ativa.

Relativamente ao estado cognitivo e psicológico, os fatores associados a adesão identificados são o *conhecimento, o défice cognitivo, a sensação de controlo* da sua situação de saúde e seu impacto no quotidiano, e a experiência de *episódios depressivos* (Holden, Schubert and Mickelson, 2014; Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016; Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, 2011; Stut, Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015). A falta de conhecimento impede a eficaz autovigilância sintomática e reconhecimento de fatores de agravamento clínico (Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014) e a criatividade demonstrada na adaptação ambiental e de rotinas; enquanto a sensação de controlo da sua situação de saúde e autoperceção do impacto do seu envolvimento no autocuidado constitui o mais importante incentivo para a mudança comportamental; e a vivência de estados depressivos diminuem a motivação para o autocuidado (Holden, Schubert and Mickelson, 2014; Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014; Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, 2011; Stut, Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015) e limitam a capacidade da pessoa para apreender e integrar novos conhecimentos (Stut, Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015).

Para Holden, Schubert and Mickelson, 2014 é também comprometedor do autocuidado o conflito entre *preferências e hábitos pessoais* com a procura de auxílio no seu autocuidado, como por exemplo, o desejo de independência e a aceitação de cuidado por parte de outrem. Para estes autores é ainda enfatizado o papel das *percepções e atitudes* da pessoa com IC, nomeadamente em relação à valorização dada por estas nas actividades de autocuidado, particularmente a restrição salina e exercício diário.

Ainda a **literacia em saúde** também foi relacionada com a capacidade da pessoa se autocuidar (Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014) e a obtenção de

ganhos em saúde, como resultado ou produto de um *estatuto socioeconómico baixo* (Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014), *acesso inadequado a serviços de saúde* e a *baixa confiança na equipa de saúde*. No entanto, é reforçada a importância da abordagem da literacia em saúde num esforço de promoção de aquisição de conhecimentos e de capacidades de autocuidado (Liu, Wang, Huang, Cherng e Wang, 2014).

A coabitação e o sentimento de pertença através do estabelecimento de **relações sociais e afetivas significativas** bem como a empatia estabelecida com a equipa de saúde encontram-se igualmente relacionados com a adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com IC (Holden, Schubert and Mickelson, 2014). O suporte psicológico obtido através destas relações melhora o bem-estar e motivação, e conseqüentemente a adesão. A procura de ajuda no agravamento de sintomatologia também é afetada pela qualidade destas relações.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Fatores relacionados com a pessoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Género</li> <li>- Escolaridade</li> <li>- Limitação funcional</li> <li>- Literacia em saúde</li> <li>- Conhecimentos acerca da doença</li> <li>- Preferências pessoais</li> <li>- Perceção de auto-eficácia</li> <li>- Estatuto socio-económico</li> </ul>
Fatores relacionados com a tarefa de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade</li> <li>- Tempo exigido</li> <li>- Complexidade do tratamento</li> <li>- Ambiguidade de indicações</li> <li>- Conflito com preferências pessoais</li> <li>- Gestão de efeitos secundários</li> </ul>
Fatores relacionados com a doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gravidade</li> <li>- Intensidade sintomática</li> <li>- Dependência conseqüente</li> </ul>
Fatores relacionados com o contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características dos cuidadores</li> <li>- Disponibilidade e acesso a serviços</li> <li>- Tecnologias disponíveis</li> <li>- Recursos sociais disponíveis</li> <li>- Recursos económicos</li> <li>- Recursos comunitários</li> </ul>

Fatores relacionados com os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade da relação estabelecida</li> <li>- Conhecimentos</li> <li>- Manutenção de contacto ao longo do tempo</li> </ul>
--	--

**Tabela 4.** Fatores determinantes para a adesão ao regime terapêutico identificados em estudos selecionados.

São variadas as **estratégias** propostas para o incentivo e capacitação para o autocuidado da pessoa idosa com IC nomeadamente a **avaliação e identificação** precoce de falta de capacidades (baixa literacia, limitações físicas ou défice cognitivo) e de **obstáculos psicossociais** (ansiedade, depressão) que comprometem o envolvimento e manutenção do autocuidado (Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016). É necessária uma avaliação das necessidades da pessoa cuidada, motivação expressa, consciencialização das mudanças no seu estado de saúde, capacidade cognitiva e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem, de forma a ser tomada uma decisão conjunta baseada nos seus desejos e expectativas para o seu autocuidado, e assim tornam-se em intervenções focadas na eliminação de barreiras individuais (Holden, Schubert and Mickelson, 2014). Mais uma vez é dado o enfoque à importância da **relação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa que cuida** e seu impacto na confiança com que o idoso se autocuida, de forma continuada ao longo do tempo, como forma de promoção a um envolvimento, colaboração e gestão adequada por parte do idoso com IC.

Alguns autores mencionam que a capacitação para o autocuidado através da educação e aconselhamento não deve ser apenas focado na aquisição de conhecimentos mas também na aprendizagem e treino de habilidades e no comportamento, num contexto que se pretende ser não ameaçador e de abertura á partilha (Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016; Stut, Deighan, Cleland e Jaarsma, 2015). A promoção deste ambiente relacional requer especialização e treino dos profissionais envolvidos (Selan, Siennicki-Lantz, Berlund e Fagerstrom, 2016).

Foebel, Hirdes, Heckman, Tyas e Tjam, (2011) defendem a utilização de instrumentos de avaliação multidimensional em contexto domiciliário adequados que permitam a avaliação do risco de resultados adversos, a identificação de barreiras ao autocuidado e uma avaliação inicial para inserção em programas de acompanhamento e apoio na gestão da doença.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Educativas	Reconhecimento de não adesão Identificação de causas de não adesão Aconselhamento do doente Fornecimento de material escrito Incentivo à adesão através de técnicas concertadas Promoção de educação acerca da doença, controlo sintomático e manutenção de bem-estar, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do regime terapêutico proposto.
Comportamentais	Incentivo à autovigilância e participação ativa Treino de habilidades para incorporação na rotina diária de mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos Simplificação de esquema medicamentoso Reforço de resultados obtidos com adesão a comportamentos de saúde Utilização de sistemas de alerta ou memorandos de índole variada, muitas vezes com recurso a novas tecnologias

**Tabela 5.** Intervenções de enfermagem para a promoção da adesão ao regime terapêutico identificados em estudos selecionados.

---

## 7.5. Conclusão

Existem múltiplos fatores que traduzem e demonstram a complexidade do autocuidado da pessoa com IC de acordo com os estudos analisados. Apesar das recomendações provenientes de *guidelines* internacionais atuais e a existência de cada vez mais equipas de saúde especializadas para a educação da pessoa com IC, esta revela-se insuficiente na capacitação da pessoa cuidada, tendo em conta a exigência da tarefa imposta no quotidiano. Por outro lado, muitas das pessoas com IC são idosos e com algum défice cognitivo associado, o que torna a aquisição de novos conhecimentos e capacidades para o autocuidado desafiadora. Esta é ainda uma população que experencia frequentemente estados depressivos que comprometem a sua motivação e capacidade para o envolvimento em novas rotinas. Por sua vez, o conhecimento por si só não fornece a volição e o suporte necessários para que esta seja capaz de encarar os desafios de iniciar e manter novos comportamentos de saúde ao longo do tempo.

Uma vez motivados e eliminadas as barreiras comprometedoras do autocuidado, a educação da pessoa tem a possibilidade de ser fenómeno promotor da mudança e manutenção de comportamentos de saúde.

Por fim, e após verificação de lacuna relativamente à existência de estudos a nível nacional referente à temática, o que dificulta a adaptabilidade dos mesmos à nossa realidade cultural e compreensão dos seus resultados, parece-nos pertinente para a prática e para a investigação a realização de mais estudos sobre a temática abordada, que permitam uma melhor identificação e monitorização das intervenções de enfermagem eficazes na promoção da adesão ao regime terapêutico e na capacitação destas pessoas para o autocuidado.

## ANEXO I - Histórico de Pesquisa em bases de dados eletrônicas

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	S3 AND S4 AND S5	<u>Limiters:</u> Published Date: 2011/01/01-2016/12/31 Age: 65 and more Major Heading: Heart Failure, Self-care, Disease management, Health Behaviour - Language: Portuguese, English, Spanish <u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	49
S9	S3 AND S4 AND S5	<u>Limiters:</u> Published Date: 2011/01/01-2016/12/31 Age: 65 and more Major Heading: Heart Failure, Self-care, Disease management, Health Behaviour <u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	51
S8	S3 AND S4 AND S5	<u>Limiters:</u> Published Date: 2011/01/01-2016/12/31 Age: 65 and more <u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	76
S7	S3 AND S4 AND S5	<u>Limiters:</u> Published Date: 2011/01/01-2016/12/31 <u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	114
S6	S3 AND S4 AND S5	<u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	261

<b>S5</b>	<i>hospital OR acute care OR *units OR community OR home</i>	<u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	4,531,190
<b>S4</b>	<i>adherence OR patient self-care OR disease management OR health behaviour OR nursing interventions OR self-care barriers OR self-care facilitators OR adherence factors OR adherence determinants</i>	<u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	302,637
<b>S3</b>	S1 AND S2	<u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	8,498
<b>S2</b>	<i>heart failure</i>	<u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	202,035
<b>S1</b>	<i>elderly OR aged people OR old people OR geriatric</i>	<u>Search modes:</u> Boolean/Phrase	<u>Interface:</u> EBSCOhost Research Databases <u>Search Screen:</u> Advanced Search <u>Database:</u> CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text	358,713

---

## **ANEXO VII - Questionário realizado a Equipa de Enfermagem da Unidade de Insuficiência Cardíaca para Diagnóstico de Situação**



No contexto do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende-se identificar a perceção da equipa de Enfermagem relativamente ao fenómeno Adesão ao Regime Terapêutico para respetiva formulação de diagnóstico de enfermagem no *SClinico*.

Desta forma, solicitamos que responda à seguinte questão, que se relaciona com o **momento inicial de avaliação da adesão no idoso**. Os dados colhidos serão anónimos e apenas para diagnóstico de situação, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhum local, nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas, por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera.

1. Na admissão ao idoso, que critérios toma em consideração para avaliar a Adesão ao regime terapêutico?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração.

---

## **ANEXO VIII – Plano de Sessão De Formação «Comportamento de Adesão no idoso com Insuficiência Cardíaca»**

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Medicina III do Hospital de São Francisco Xavier

**Datas:** 1, 3, 4,7, 9 e 10 de novembro de 2016

**Hora:** 14:00h

**Formador:** Cátia Napoleão Rei

**Tema da Sessão:** Comportamento de Adesão no idoso com Insuficiência Cardíaca

**População Alvo:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Insuficiência Cardíaca

**Objetivo Geral:**

Apresentar Projeto de Intervenção «*Comportamentos de saúde na Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa idosa com IC: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o Autocuidado*»

**Objetivos Específicos:**

- Refletir sobre o conceito de Adesão ao Regime Terapêutico e importância da sua avaliação e promoção no idoso com IC.
- Enumerar fatores que condicionam a Adesão ao Regime Terapêutico no idoso com IC.
- Identificar estratégias para a promoção da adesão ao regime terapêutico do idoso internado de forma a otimizar resultados terapêuticos.
- Propor implementação de instrumento de avaliação de comportamento de adesão no doente com IC.
- Analisar proposta de modelo de orientação para uniformização de registos no aplicativo informático *Sclinico*.
- Refletir sobre a prática de cuidados diária.

**Duração da Sessão:** A sessão terá a duração prevista de 60 minutos.

<b>Momentos</b>	<b>Atividades/ Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Material técnico-pedagógico</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do Formador;</li> <li>- Apresentação do título e objetivos da sessão.</li> <li>- Contextualização do impacto da problemática.</li> <li>- Exposição de Revisão Bibliográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmativo</li> <li>- Expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data Show</li> <li>- Material para leitura e escrita</li> </ul>	15 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Apresentação do conteúdo programático da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Justificação e pertinência da temática.</li> <li>- Apresentação de Diagnóstico de Situação.</li> <li>- Apresentação e análise de Instrumento de Avaliação proposto para implementação na prática de cuidados.</li> <li>- Apresentação de proposta para normalização de registos de Enfermagem em aplicativo informático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmativo</li> <li>- Expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data Show</li> </ul>	25 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de um espaço para questões e reflexão conjunta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmativo</li> <li>- Expositivo</li> <li>- Interrogativo</li> <li>- Debate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data Show</li> </ul>	20 minutos

## **ANEXO IX – Sessão de Formação em Serviço para equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III**



### **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

#### **COMPORTAMENTO DE ADESÃO NO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Unidade de Insuficiência Cardíaca

Enf<sup>ª</sup> Cátia Rei

Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica – Vertente da Pessoa Idosa

Prof. Adriana Henriques  
Prof. Coordenadora ESEL

Enf<sup>ª</sup> Célia Osana

Enf<sup>ª</sup> Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Orientadora de Referência no Local de Estágio

### **OBJETIVOS**

- Compreender o conceito de Adesão ao Regime Terapêutico e a importância da sua avaliação e promoção no idoso com IC.
- Identificar fatores que condicionam a Adesão ao Regime Terapêutico no idoso com IC.
- Desenvolver estratégias para a promoção da adesão ao regime terapêutico do idoso internado de forma a otimizar resultados terapêuticos.
- Aplicar instrumento de avaliação de comportamento de adesão no doente com IC.
- Analisar proposta de modelo de orientação para uniformização de registos no Sclinico.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aumento da esperança média de vida

Maior prevalência de doenças crónicas

Custos humanos, sociais e económicos elevados

**Impede indivíduos e comunidades de atingirem o seu potencial** (OE, 2010)

3

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### População Idosa

- Aumento do tempo de resposta cognitiva
- Diminuição do funcionamento sensorial
- Alterações da memória

(Henriques, 2011)

- Regimes terapêuticos complexos
- Comunicação pouco eficiente com equipa de saúde (falhas/déficite informação)
- Exigências ambientais competidoras
- Vulnerabilidade social e económica
- Descrédito nos benefícios da medicação

(Makai et al., 2014; Silva, 2007; Henriques, 2006)

**Maior vulnerabilidade à Não Adesão**



- Insucesso da terapêutica
- Complicações evitáveis
- Gastos com a saúde
- Aumento da dependência, morbilidade e mortalidade
- Diminuição da qualidade de vida

(Hughes, 2004; WHO, 2003)

4

## JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

### Insuficiência Cardíaca (IC)

- Em Portugal, a sua prevalência global é de **4,36%**,
  - **12,7%** nos adultos entre os 70-79 anos e
  - **16,1%** nos indivíduos com idade > a 80 anos  
(Ceia e Fonseca, 2003)

Principal causa de internamento no idoso  
**50%** de mortalidade aos 4 anos

- Estima-se que **15-40%** dos episódios de urgências e (re)internamentos se devam a não-adesão ao regime terapêutico. Para os episódios de descompensação de insuficiência cardíaca, foi obtida uma taxa de reinternamentos de **6,7%** (Sousa-pinto et al., 2013).
- Síndrome altamente incapacitante, impõe ao idoso um **regime terapêutico complexo** mas eficaz no atraso da progressão da doença e limitações que acarreta com consequências para a qualidade de vida do indivíduo (Ceia e Fonseca, 2003).



**Incorporação de comportamentos de saúde exigentes nos hábitos de vida**

5

## JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

### Adesão ao Regime Terapêutico

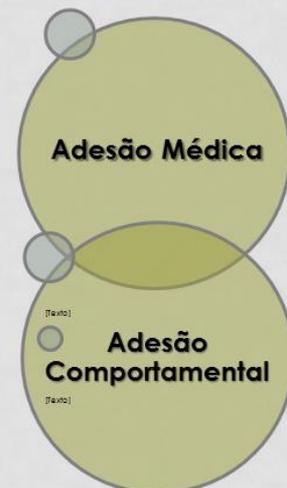
*«...define o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão do medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda se corresponde e concorda com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde»*

OMS (2003: 4)

Abrange **comportamentos de saúde mais alargados** que apenas o cumprimento das prescrições medicamentosas, nomeadamente:

- Procura de auxílio médico;
- Aquisição de medicamentos prescritos;
- Toma da medicação de forma apropriada;
- Obtenção de imunizações;
- Marcação e comparecimento a consultas de seguimento;
- Adoção de modificações comportamentais.

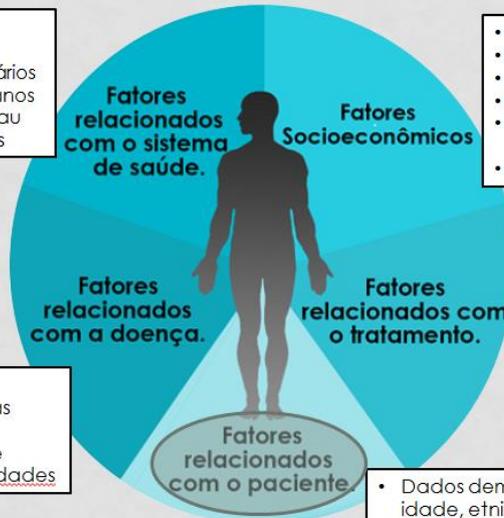
OE (2009:31)



6

## JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

- Conhecimento dos profissionais
- Sistemas de saúde deficitários
- Recursos materiais e humanos
- Incorreta avaliação do grau de adesão e repercussões



- Pobreza
- Condições socioeconômicas
- Literacia
- Desemprego
- Distância para Serviços de Saúde e custos de deslocação
- Crenças e valores

- Duração
- Gravidade dos sintomas
- Progressão
- Grau de incapacidade
- Existência de comorbilidades

- Custo associado
- Duração
- Efeitos indesejáveis
- Complexidade de esquemas terapêuticos
- Alterações frequentes

Fatores relacionados com o paciente.

- Dados demográficos (Sexo, idade, etnia, estado civil)
- Literacia em Saúde
- Motivação e confiança na eficácia do tratamento
- Auto-perceção e auto-eficácia

Adaptado de OMS, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004

7

## JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

### A Não Adesão ao Regime Terapêutico:

COMPROMETE

- Esforços do sistema de cuidados de saúde, dos responsáveis pela tomada de decisão e dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações

PROVOCA

- Complicações médicas e psicológicas da doença
- Redução da qualidade de vida
- Aumento da probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos
- Desperdício de recursos de cuidados de saúde
- Desgaste da confiança do público nos sistemas de saúde

OE, 2009:31

8

## JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

### NÃO ADESÃO NÃO INTENCIONAL

- Esquecimentos não intencionais
- Regimes terapêuticos complexos
- Polifarmácia
- Défice cognitivo
- Dificuldade em manusear embalagens
- Declínios de memória

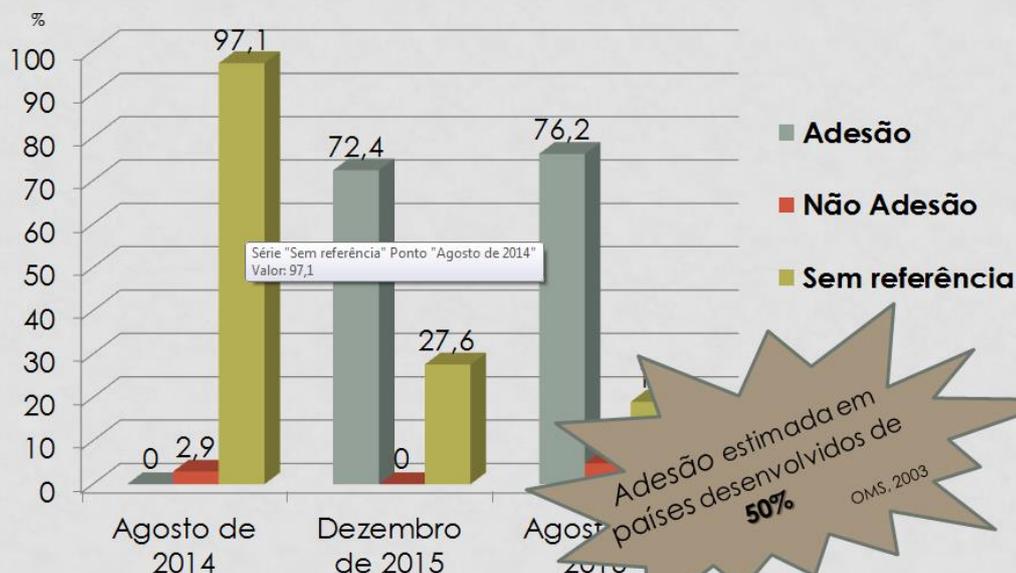
### NÃO ADESÃO INTENCIONAL

- Decisão de não seguir o regime terapêutico**
- Reações adversas associadas a terapêutica
  - Falhas de comunicação
  - Défice de conhecimentos
  - Descrédito nos benefícios

(Henriques, 2006)

9

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



10

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

**Obstáculos** à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade na promoção da Adesão ao Regime Terapêutico:

- Escassez de recursos humanos
- Falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar
- Não envolvimento da família

E, **principalmente**

- Não identificação dos diagnósticos de enfermagem e a elaboração de um plano de intervenção adequado às necessidades de cada pessoa.

Pires, 2011

11

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Foco Adesão ao Regime Terapêutico na admissão a **todos os doentes**

Critérios utilizados na avaliação?

Subjetividade

The screenshot shows a software window titled 'Processo de Enfermagem' with a sub-header 'Notas: Avaliar adesão ao regime terapêutico'. It features a table with columns 'Módulo / episódio' and 'Doente'. Below the table, there are 'Frases Standard' (1-Segua as recomendações sobre regime terapêutico acordadas, 2-Não segua as recomendações sobre regime terapêutico acordadas) and an 'Observações' field. A 'Registro:' field and a 'Notas a anexar à vigi...' field are also present. The date and time are set to '14-05-20'. At the bottom, there are 'OK' and 'Cancelar' buttons. A legend indicates 'Foco de atenção' (yellow) and 'Identificado em outro serviço' (red). The 'Diagnóstico de enfermagem' section shows two entries: '09 Mai 17:12 não adesão ao regime terapêutico' and '08 Mai 17:59 adesão ao regime terapêutico'. A 'Visualizar anulados' checkbox is at the bottom left.

12

# DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



No contexto do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende-se identificar a perceção da equipa de Enfermagem relativamente ao fenómeno Adesão ao Regime Terapêutico para respetiva formulação de diagnóstico de enfermagem no **SCiente**.

Desta forma, solicitamos que responda à seguinte questão, que se relaciona com o momento inicial de avaliação da adesão no idoso. Os dados colhidos serão mínimos e apenas para diagnóstico de situação, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhum local, nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas, por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera.

1. Na admissão ao idoso, que critérios toma em consideração para avaliar a Adesão ao regime terapêutico?

---

---

---

---

---

---

---

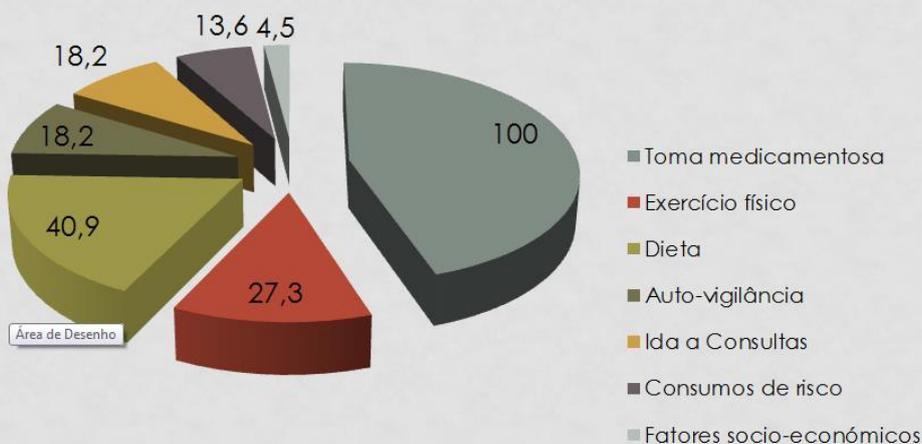
---

Obrigado pela sua colaboração.

13

# DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

## CrITÉrios utilizados na avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico (%)



14

## ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (Versão 3.0)

(Jaarsma, 2003; validada por Pereira, 2013)

	Concordo Totalmente			Discordo Totalmente	
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

Pedir ajuda

Atividade de adaptação

Adesão ao Regime

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

### Comportamento de Adesão

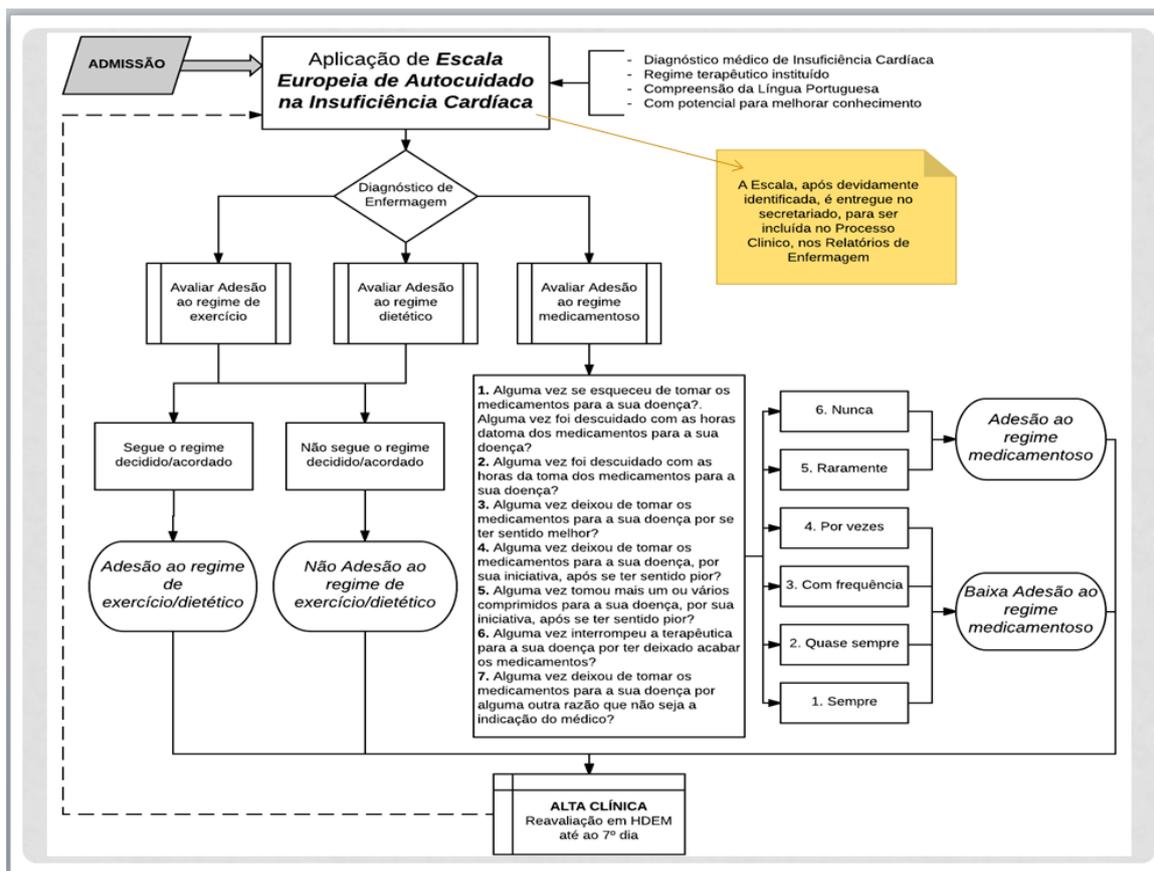
«... tipo de Comportamento de Saúde com as seguintes características específicas: é iniciada para promover o bem-estar, recuperação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado numa adesão às orientações ou comportamentos.»

Padrão Nacional Único

### Gestão do Regime Terapêutico

«... tipo de Comportamento de Saúde com as seguintes características específicas: é iniciada para promover o bem-estar, recuperação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado numa adesão às orientações ou comportamentos.»

Padrão Nacional Único  
16



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., ... Norving, B. (2011). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas (conclusões). *Mayo Clinic Proceedings*, 162(3), 304-314. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amj.2011.05.007>
- Ceça F, Fonseca C, Moita T, et al., EPICA Investigators. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail*. 2002
- European Society of Cardiology – Recomendações de 2012 da ESC para o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. [Em linha] n.º32 (2013), p.e1-e61 [Consulta: 2 de Jan. 2014] Disponível em WWW:<  
[http://apps.elsevier.es/watermark/cfi\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90220465&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=334&fy=10&accion=L&origen=elsevierpt&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220465pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/cfi_servlet?_f=10&pident_articulo=90220465&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=334&fy=10&accion=L&origen=elsevierpt&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220465pdf001.pdf)>.
- Fonseca, Cândida, I., Jan. 2009 – Jornadas Lusófonas de Cardiologia - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal. Cabo Verde: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. [Consulta: 1 Jan. 2014] .
- Henriques, M. A. 2011. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade : eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento, Enfermagem, Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem.
- O'Connor CM et al. 2010. Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduce left ventricular ejection fraction: results from efficacy of vasopressin antagonist in heart failure outcome study with tolvaptan (EVEREST) program. *Am Heart J*. 2010;159:841-849.e1
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e Famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISBN 978-989-96021-1-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Abril de 2011, pp. 8648 – 8653.
- Silva, M. 2008. O ser humano e a adesão ao regime terapêutico – um olhar sistémico sobre o fenómeno. Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem .
- Sousa-pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos, J., ... Freitas, A. (2013). Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década, 26(6), 711-72
- Who, W. H. O. (2003). Adherence to long-term therapies. 2014. Retrieved from [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)
- <http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oFinanciamentoPrest%C3%A7%C3%A3oGest%C3%A3oDoen%C3%A7a/tabid/411/language/pt-PT/Default.aspx>

# **ANEXO X - Norma de Orientação Clínica Adesão ao Regime Terapêutico na IC**

---

	Norma de Orientação Clínica	NOC-MED3-009 NOC-UNICARD-009 NOC-UIC-009
	<b>Comportamento de Adesão (Adesão ao Regime Terapêutico na IC)</b>	Revisão: 01 Ano: 2016

---

## **1. Objetivos**

1. Promover a Adesão ao Regime Terapêutico no doente com IC.
2. Avaliar o comportamento de adesão do doente com IC através da *Escala Europeia de Autocuidado na IC*.
3. Identificar fatores que condicionam a Adesão ao Regime Terapêutico no doente com IC.
4. Avaliar conhecimento para promover o comportamento de adesão no doente com IC.
5. Planear e executar intervenções de enfermagem para promover comportamento de adesão.
6. Uniformizar os registos de Enfermagem no *Sclínico*.

## **2. População alvo**

Todos os doentes admitidos no serviço de Medicina III, da UNICARD, HDEM e da UIC com regime terapêutico instituído para a Insuficiência Cardíaca.

## **3. Utilizadores**

Enfermeiros do Serviço de Medicina III, UNICARD e UIC.

## **4. Fundamentação, Definições e Conceitos**

A Insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crónica predominante nas pessoas idosas com expressão epidémica (Fonseca, 2007), decorrente do processo de envelhecimento do próprio aparelho cardiovascular. A prevalência da IC na população geral ronda os 2%, podendo ultrapassar os 10% nos indivíduos com 70 anos ou mais. Em Portugal, nos adultos, a sua prevalência global é de 4,36%, aumentando com a idade, atingindo os 12,7% nos adultos entre os 70-79 anos e 16,1% nos indivíduos com idade superior a 80 anos, demonstrando uma tendência crescente a nível de prevalência (Ceia e Fonseca, 2003). A IC contabiliza 5% das causas de internamento por doença aguda, uma das principais causas de internamento em idosos, e 50% de mortalidade aos 4 anos (Fonseca, 2007).

**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

Enquanto síndrome progressivamente incapacitante, impõe ao doente um regime terapêutico complexo, que exige a incorporação de comportamentos de saúde exigentes nos seus hábitos de vida, mas que se verifica eficaz no atraso da progressão da doença, prevenção de agudizações e no controlo de limitações que acarreta para a qualidade de vida do indivíduo, sobretudo pelo aumento da dependência física e funcional de terceiros.

O trabalho desenvolvido em 2008 pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Direção-Geral da Saúde (DGS), e mais tarde complementada com a participação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) considerou patologias crónicas como a Insuficiência Cardíaca (IC) como prioritárias em termos de uma ação estratégica do ponto de vista da *Gestão Integrada da Doença*, pois são as que apresentam, de forma mais significativa, «*possibilidade de uniformização das práticas dos profissionais, capacidade de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevado peso orçamental, severidade da incapacidade, possibilidade de autocontrolo e precocidade da incapacidade*» (Escova, Candeias, Diniz et. al, 2010).

Assim, o controlo sintomático diretamente decorrente da eficácia do regime terapêutico estará sempre dependente da adesão ao mesmo por parte do utente, na medida em que esta última se relaciona com a sua aceitação e participação ativa e voluntária, partilhando a responsabilidade do processo terapêutico juntamente com toda a equipa de saúde, de acordo com o seu próprio projeto de saúde e de vida. Segundo o Modelo de Cuidados na Doença Crónica (OE, 2010:36), é necessária a interação entre um «*doente informado, participante e uma equipa de profissionais preparada e proactiva*». Assim, pressupõe «*um doente motivado, com informação, aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efetivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada, com informação para o doente, apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade*».

No entanto a exposição a regimes terapêuticos complexos, a uma comunicação pouco eficiente com a equipa de saúde, a exigências ambientais competidoras, vulnerabilidade social e económica ou ao descrédito nos benefícios da medicação (Makai et al., 2014; Silva, 2007), torna o indivíduo mais vulnerável ao fenómeno de Não Adesão, causando um aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, a ocorrência de complicações evitáveis, o aumento dos gastos com a saúde, ou da sua dependência física e funcional, morbilidade e mortalidade, e consequentemente, à diminuição da sua qualidade de vida (Hughes, 2004; Sousa, 2003).



**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

Segundo Classificação Internacional para a Prática de enfermagem, comportamento de adesão é o «*tipo de Comportamento de Procura de Saúde com as seguintes características específicas: ação auto iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos*» e assume-se como Gestão do Regime Terapêutico o «*tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária*» (CIPE/ICNP versão Beta 2).

Segundo a OMS (2003: 4), a Adesão ao Regime Terapêutico «...define o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão do medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda se corresponde e concorda com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde», abrangendo comportamentos de saúde mais alargados que apenas o cumprimento das prescrições medicamentosas (OE, 2009:31), nomeadamente:

- Procura de auxílio médico;
- Aquisição de medicamentos prescritos;
- Toma da medicação de forma apropriada;
- Obtenção de imunizações;
- Marcação e comparecimento a consultas de seguimento;
- Adoção de modificações comportamentais (dieta, exercício, comportamentos de risco).

O doente não aderente ao regime terapêutico sofre agudizações da doença, que conduzem a internamentos frequentes, prejudicando a gestão e controlo sintomático e a consequente qualidade de vida. Estima-se que 15-40% dos episódios de urgências e ~~(re)internamentos~~ se devam a não-adesão ao regime terapêutico (Sousa-pinto ~~et al.~~, 2013), e ainda segundo o mesmo autor, para os episódios de descompensação de insuficiência cardíaca, foi obtida uma taxa de reinternamentos de 6,7%. Segundo O'Connor ~~et al~~ (2010), a ~~rehospitalização~~ é particularmente elevada nos primeiros meses após a hospitalização por agudização de IC (um em cada dois

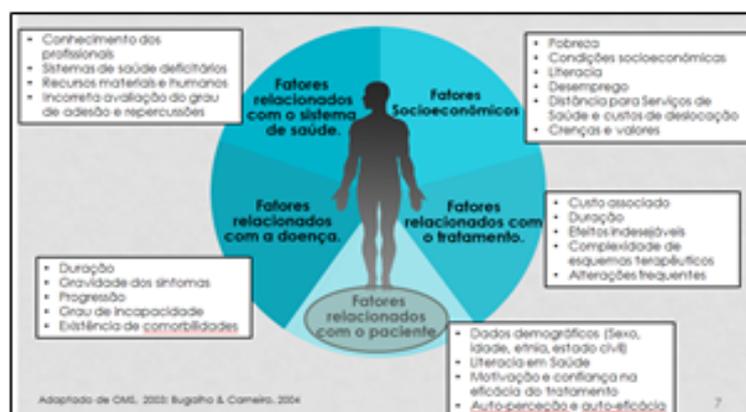
**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

doentes é readmitido nos primeiros dois meses). Estes reinternamentos aumentam significativamente os gastos com a gestão da doença por parte do Estado, constituindo a maior parte (69%) dos custos associados ao tratamento da IC, e cerca de 2% do orçamento para a Saúde, sendo muitos precipitados por descompensação de comorbilidades não cardiovasculares evitáveis.

Assim, a fase de transição hospitalar para o domicílio necessita de cuidados particulares, que deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo em conta o contexto particular do utente e sua motivação pessoal para a incorporação de um plano de ensino. Em regime de internamento, o utente é sujeito a restrições alimentares, atividade física supervisionada, vigilância clínica permanente e terapêutica intensiva, que muitas vezes é interrompida bruscamente em ambulatório. O internamento é, assim, um momento chave, também por ser um momento de vulnerabilidade, e por isso maior abertura para a promoção da adesão ao regime terapêutico recomendado, como forma de prevenção de efeitos adversos ou progressão da doença (Fonseca, 2007).

Em 2012, as Guidelines da European Society of Cardiology recomendavam que utentes com IC fossem integrados em programas multidisciplinares de gestão da doença (em semelhança com o PRC) como forma de redução do risco de internamento pela sua agudização (Classe de recomendação I; Nível de evidência A), demonstrando-se assim custo-efetivos, uma vez que o custo do internamento representa a maior fatia da despesa total do estado com a Insuficiência Cardíaca. Estes programas devem promover a educação do utente com «ênfase especial sobre adesão e autocuidado» (pág.47), incentivar a sua participação na monitorização de sintomas, acompanhamento pós-alta (telefónico), facilitar o acesso a cuidados médicos para aconselhamento ou estabilização, avaliação de sinais de alarme detetados, e prestação de apoio psicossocial, a utentes e familiares (e/ou prestador de cuidados).

Podendo muitas das admissões hospitalares ser evitadas através da promoção da adesão do utente ao tratamento e de um acompanhamento próximo com recurso a educação em saúde, como membro da equipa multidisciplinar, cabe ao Enfermeiro identificar quais os fatores que contribuíram para a descontinuação do tratamento e caracterizar o comportamento de autocuidado, para assim poder delinear estratégias individualizadas para a minimização do seu impacto na situação de vida da pessoa ao seu cuidado, desempenhando um papel fundamental na preparação dos indivíduos para o regresso a casa em segurança e minimização da quebra de cuidados pela confiança na assunção da autogestão da doença.

**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)****Esquema 1.** Fatores que influenciam a Adesão ao Regime Terapêutico

A não adesão ao Regime Terapêutico compromete os esforços do sistema de cuidados, dos responsáveis pela tomada de decisão e dos profissionais na melhoria da saúde das populações; provoca complicações médicas e psicológicas da doença, reduz a qualidade de vida dos doentes, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, desperdiça recursos de cuidados, e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde (OE, 2009:31).

## 5. Avaliação do Comportamento de Adesão no doente com IC

### 5.1. Instrumento para a Avaliação do Comportamento de Adesão no doente com IC

O conhecimento do grau do envolvimento da pessoa cuidada no seu próprio autocuidado permite a centralização dos cuidados prestados em práticas educativas com o propósito da capacitação, treino, melhoria e avaliação constante de habilidades de autocuidado, promovendo o conhecimento e acesso a informação da pessoa (Pereira, 2014). A utilização de escalas específicas para avaliação do autocuidado na pessoa com IC possibilita ainda a identificação das suas necessidades de autocuidado, nomeadamente a educação em saúde, e contribuem para a individualização e eficácia das intervenções de enfermagem.

Estes instrumentos de avaliação permitem ainda caracterizar o comportamento de autocuidado da pessoa com IC, tendo como foco a deteção de fatores relacionados com a pessoa,



**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

além de orientações terapêuticas instituídas e características dos profissionais de saúde. A avaliação do autocuidado contribui para o *«desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais que facilitem a adoção pelo cliente de estratégias adaptativas que contribuam para a manutenção da independência no autocuidado, num processo de capacitação e autonomia»* (Pereira, 2014: 81).

O enfermeiro dispõe nestes instrumentos de avaliação de evidência científica que suporta a sua tomada de decisão, sustentada em pensamento crítico (Cullum et al., 2010), e de uma estratégia que procura promover uma melhoria de qualidade de vida da pessoa com IC, envolvendo-os na orientação do seu projeto de saúde e de vida, responsabilizando-os relativamente aos comportamentos adotados e suas repercussões na sua condição de saúde.

*A Escala Europeia do Autocuidado na IC* identifica domínios sobre os quais a pessoa com IC deve desenvolver competências cognitivas e instrumentais de autocuidado e disponibiliza informações sobre a evolução dessa aquisição de competências para a gestão de um regime terapêutico eficaz (Pereira, 2013). Este é um instrumento auto administrado, e é composto por três fases, respetivamente: *adesão ao regime*, que mensura adoção de mudança comportamental, *pedir ajuda*, que abrange o reconhecimento de agravamento de sintomas e procura de ajuda especializada, e *atividades de adaptação*, que envolve a gestão e controlo sintomático. O somatório global de scores obtidos nas respostas, baseadas na incorporação de comportamentos de saúde mencionados no quotidiano, pode variar de 12 a 60 pontos, em que scores mais baixos indicam melhor adesão às práticas de autocuidado consideradas no instrumento.

Assim, para a operacionalização deste instrumento, e em ausência de evidência que sustente a decisão, considerámos que os indicadores da escala assinalados como 1 e 2 contribuíam para o comportamento de adesão, enquanto indicadores assinalados como 3, 4 e 5 constituiriam um comportamento de não adesão.

Quando identificado diagnóstico de Não Adesão ao Regime Terapêutico e documentada vertente comportamental não adotada, deve ser avaliado o potencial que possibilite a promoção do conhecimento de comportamento de adesão, que permita uma decisão *efectivamente informada* por parte da pessoa face ao regime acordado.

**Comportamento de Adesão**  
**(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

**Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)**  
**(Jaarsma, 2003; validada por Pereira, 2013)**

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha melhor se aplicar a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo			Discordo	
	Totalmente			Totalmente	
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

## 6. Bibliografia

BOSWORTH, H. B., GRANGER, B. B., MENDYS, P., BRINDIS, R., BURKHOLDER, R., CZAJKOWSKI, S. M., ... NORRVING, B. (2011). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas (conclusões). *Mayo Clinic Proceedings*, 162(3), 304–314. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.06.007>

BUGALHO, A., CARNEIRO, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CEIA F, FONSECA C, MOTA T, et al., EPICA Investigators. (2002) Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail*.

DELGADO, B. (2014). *Reabilitação funcional do doente com Insuficiência Cardíaca Descompensada*. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10439/1/Bruno%20Miguel%20Delgado.pdf>

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>

ESCOVAL, A.; COELHO, A.; DINIZ, J. et. al. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. Volume 9. p. 105-116 Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-09-2009.pdf>

European Society of Cardiology – Recomendações de 2012 da ESC para o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. [Em linha] nº32 (2013), p.e1-e61 [Consult. 2 de Jan. 2014] Disponível em [www.< http://apps.elsevier.es/watermark/cti\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90220465&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=334&ty=10&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220465pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/cti_servlet?_f=10&pidet_articulo=90220465&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=334&ty=10&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220465pdf001.pdf)>.

FONSECA, C., 1. Jan. 2009 – *Jornadas Lusófonas de Cardiologia - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal*. Cabo Verde: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. [Consult. 1 Jan. 2014] Disponível em <https://run.unl.pt/handle/10362/5040>

O'CONNOR, C.M. et al. (2010). Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduce left ventricular ejection fraction: results from efficacy of vasopressin antagonism in heart failure outcome study with tolvaptan (EVEREST) program. *Am Heart J*. 2010;159:841-849.e1

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e Famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISBN 978-989-96021-1-3.

PEREIRA, F. (2013). *O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-care Behaviour Scale para o contexto português*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=617934](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=617934)

SILVA, M. (2008). O ser humano e a adesão ao regime terapêutico – um olhar sistémico sobre o fenómeno. Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem. Disponível em: [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese\\_Mario\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese_Mario_Silva.pdf)

SOUSA-PINTO, B., GOMES, A. R., OLIVEIRA, A., et al. (2013). Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década, 26(6), 711–72

STEWART, S., MACINTYRE, K., HOLE, D.J., et al. More “malignant” than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail.* (2001); 3: 315-22; Mosterd A, H AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93: 1137–1146; 4:531-9

World Health Organisation, W. H. O. (2003). Adherence to long-term therapies, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)

## 7. Estratégias de implementação

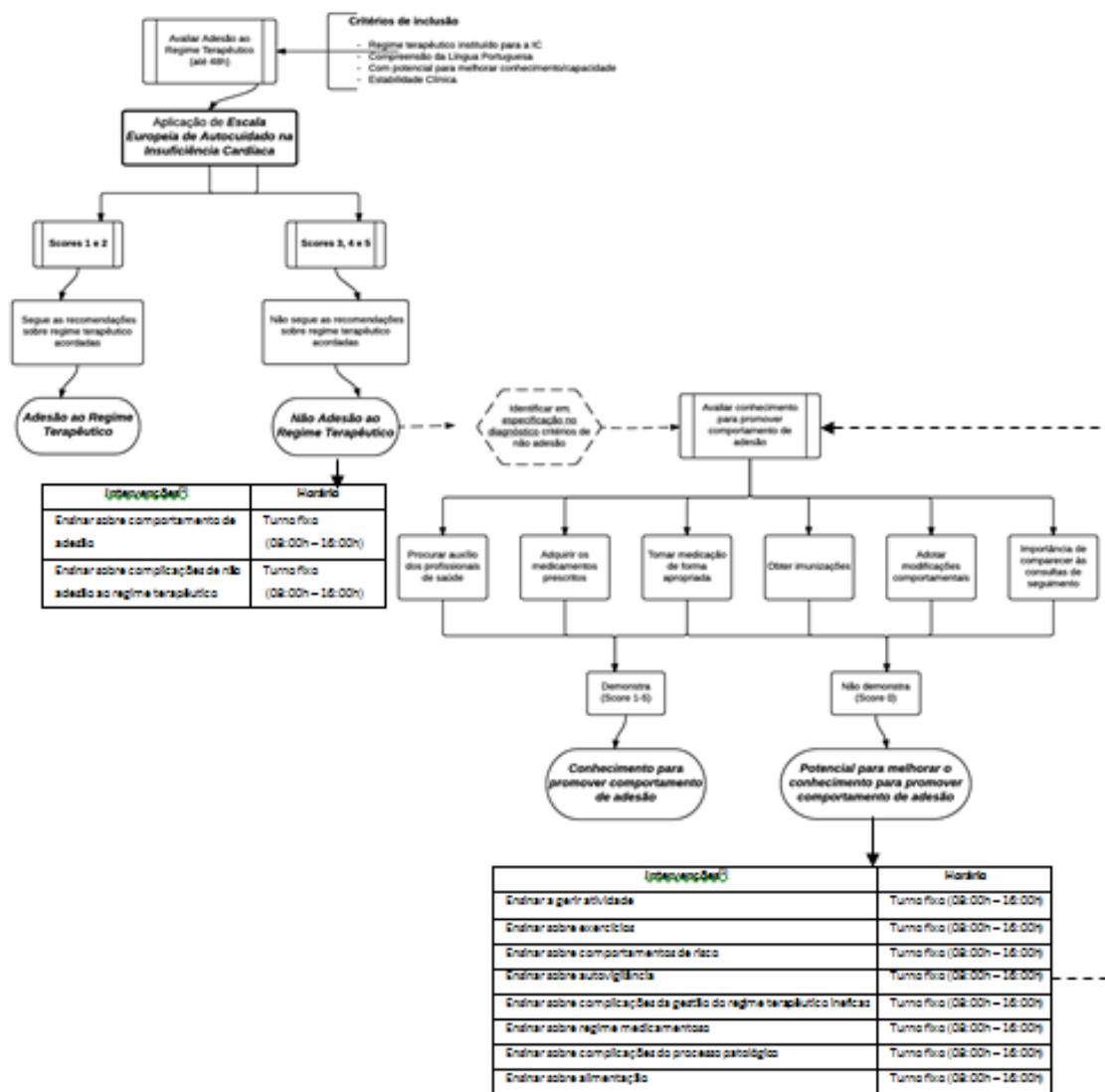
1. Divulgação e discussão pública por correio electrónico e em momento de passagem de ocorrências.
2. Realização de Formação em Serviço (2 sessões).
3. Aplicação a todas as pessoas com critérios de inclusão.
4. Anexação ao *Manual de Integração* para Enfermeiros – Modulo II – Normas de Orientação Clínica.

## 8. Indicadores

1. Taxa de prevalência de não adesão ao regime terapêutico.
2. Ganhos em conhecimentos para promover o comportamento de adesão.

**Comportamento de Adesão  
(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

**9. Algoritmo de decisão diagnóstica e implementação de intervenções**



(1) Planear intervenções que correspondam a vontades comportamentais identificadas como não adotadas



**Comportamento de Adesão**  
**(Adesão ao Regime Terapêutico na IC)**

**10. Controlo de Revisão**

<i>Revisão</i>	<i>Data</i>	<i>Alteração e respetiva justificação</i>
00	07.09.2016	Elaboração
01		

**ANEXO XI - Estudo-caso realizado no âmbito de prática supervisionada de cuidados**



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa

Âmbito Curricular Estágio com Relatório

**Estudo-caso:**

**Avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico  
numa pessoa idosa com IC**

Cátia Leonor Napoleão dos Santos Pereira Rei, Nº 6763

Lisboa  
Janeiro, 2017

# **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa

Âmbito Curricular Estágio com Relatório

## **Estudo-caso:**

**Avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico  
numa pessoa idosa com IC**

Discentes:

Cátia Leonor Napoleão dos Santos Pereira Rei, Nº 6763

Docente:

Prof. Doutora Adriana Henriques

Lisboa  
Janeiro, 2017

## Lista de Siglas

ACO – Anticoagulação oral

Cp - Comprimido

DU – Débito uinário

FC – Frequência cardíaca

HbA1c – Hemoglobina Glicosilada

HDEM – Hospital de Dia de Especialidades Médicas

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

IC – Insuficiência Cardíaca

MCDT – Meios Complementares De Diagnóstico E Tratamento

NYHA – *New York Heart Association*

PA – Pressão Arterial

PO – *Per os*

PSP – Polícia de Segurança Pública

UIC – Unidade de Cuidados Intermédios de Insuficiência Cardíaca

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>125</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>127</b>
1.1. Insuficiência Cardíaca .....	127
1.2. Impacto da Insuficiência Cardíaca na pessoa .....	128
<b>2. CASO CLÍNICO .....</b>	<b>129</b>
2.1. Identificação .....	129
2.2. História Progressiva.....	130
2.3. História Atual.....	132
2.4. Regime Medicamentoso.....	138
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>140</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICASERRO! INDICADOR NÃO</b>	<b>141</b>
<b>DEFINIDO.</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO I – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL ...</b>	<b>142</b>
Classificação Social Internacional de Graffar.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Escala de Braden.....	142
Escala de Katz .....	144
Escala de Lawton e Brody .....	145
Mini Mental State Examination.....	146
Escala de Depressão Geriátrica.....	148
Classificação Funcional de Holden .....	149
Mini Avaliação Nutricional (MNA).....	150
Escala Europeia de Autocuidado na IC.....	151
<b>ANEXO II – AVALIAÇÃO INICIAL DO SR. F.L.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO III – PROCESSO DE ENFERMAGEM DO SR. F.L. ....</b>	<b>154</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende refletir o estudo de um caso clínico encontrando durante a prática de cuidados supervisionada. Qual o contributo do enfermeiro especialista na vertente da pessoa idosa no acompanhamento do idoso com IC hospitalizado?

Ao longo do mesmo surgiu a necessidade e fez-me sentido a aplicação de instrumentos que permitissem uma avaliação adequada e global dos problemas do idoso, essenciais para o planeamento e execução de estratégias e planos de cuidados capazes de dar resposta aos problemas reais da pessoa cuidada, com contributos no seu bem-estar, de acordo com os desejos e expectativas de cuidados e do seu próprio projeto de saúde.

A Avaliação Multidimensional do Idoso (*Comprehensive Geriatric Assessment*) ultrapassa a sua simples avaliação clínica e constitui um pressuposto de toda a prática centrada no idoso, no âmbito da saúde e da sua assistência social. Este conceito foi definido por Epstein (1987), um dos seus criadores, como uma «*avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário – físico, mental, funcional, social – com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades*».

O desenvolvimento e aplicação deste conceito na avaliação do idoso permite aumentar a precisão do diagnóstico e prognóstico da situação, com repercussões na facilitação de condutas preventivas e acompanhamento do idoso, pela consideração dos variados parâmetros utilizados. Esta Avaliação Multidimensional deve encontrar fundamentação em critérios biológicos e sociais tradutores de vulnerabilidade, e não unicamente em fronteiras etárias como preditivas da chegada à velhice. Assim, deve ser aplicada nas situações de maior risco como pluripatologia, polifarmácia, doença crónica, diminuição cognitiva ou funcional significativa, falta de apoio social ou institucionalização, como ameaças da qualidade de vida da pessoa idosa.

Assim, apresento os objetivos principais da realização deste trabalho:

- Aprofundar conhecimentos sobre a patologia do idoso em estudo;
- Aprofundar conhecimentos sobre a história clínica, pessoal e familiar do utente;

- Desenvolver competências na análise e implementação de estratégias no cuidado ao idoso em situação de fragilidade;
- Apresentar um plano de cuidados utilizando como referência o *Padrão Nacional Único*.

Este estudo-caso encontra-se estruturado em quatro capítulos principais, nos quais elaboro um enquadramento teórico relativo à patologia da pessoa idosa em atenção, o seu impacto na vida da pessoa e família, apresento a história por detrás do caso clínico apresentado e procuro compreender as suas necessidades individuais com o suporte de um contributo teórico mais adequado à interpretação e reflexão da situação. Posteriormente elaboro um Plano de cuidados baseado na identificação de problemas e necessidades, e estratégias encontradas para a sua abordagem. Por último, enumero as Referências Bibliográficas e apresento os anexos, compostos por instrumentos de avaliação utilizados na análise e consideração da situação em análise e dados colhidos para elaboração de Processo de Enfermagem.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 7.6. Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca é uma condição grave na qual o débito cardíaco é insuficiente para suprir as demandas normais de oxigénio e nutricionais do organismo.

Resulta do próprio envelhecimento do aparelho cardiovascular, sendo mais comum entre os idosos, ou é causada por alguma doença cardíaca ou que interfira na regular circulação sanguínea que a desencadeie, como por exemplo a hipertensão arterial, arteriosclerose, enfarte agudo do miocárdio, miocardite, endocardite reumática, insuficiência aórtica, estados hipervolémicos, anemia, deficiência alimentar prolongada e insuficiência renal.

Perante a descompensação aguda da doença, as pessoas com insuficiência cardíaca apresentam cansaço e conseqüente intolerância à actividade, previamente quotidiana. A adrenalina e a noradrenalina forçam um trabalho cardíaco mais vigoroso, como forma compensatória de aumento do débito cardíaco, com repercussões no aumento da frequência cardíaca e sobrecarga do órgão.

A diminuição do débito cardíaco restringe a produção de urina a nível renal, por diminuição da sua perfusão. Assim, para manter constante a volémia que chega ao sistema renal, o organismo diminui a excreção de líquidos. Esse volume hídrico adicional aumenta o volume sanguíneo circulante, melhorando momentaneamente o desempenho cardíaco. No entanto, o aumento da volémia terá repercussões na pré-carga, aumentando a sobrecarga cardíaca, causando a sobrecarga hídrica e congestão pulmonar e sistémica.

A insuficiência cardíaca direita tende a causar acumulação sanguínea proveniente da circulação sistémica, causando edema dos pés, tornozelos, pernas, fígado e abdómen. A insuficiência cardíaca esquerda acarreta uma acumulação hídrica a nível pulmonar, causando dificuldade respiratória intensa. Inicialmente, a dispneia ocorre durante a realização de um esforço físico, mas, com a evolução da doença, ela também ocorre em repouso.

A limitação sintomática da pessoa com IC é classificada através da Classificação Funcional da *New York Heart Association* (NYHA), que se baseia na

gravidade dos sintomas e na tolerância à atividade Física, como exponho na seguinte tabela:

<b>Classe I</b>	Sem restrição de atividade física. A atividade física normal não provoca falta de ar, fadiga, nem palpitações desajustadas.
<b>Classe II</b>	Ligeira restrição de atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física normal provoca falta de ar, fadiga, ou palpitações desajustadas.
<b>Classe III</b>	Restrição marcada de atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física inferior ao normal provoca falta de ar, fadiga, ou palpitações desajustadas.
<b>Classe IV</b>	Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem sentir desconforto. Podem verificar-se sintomas em repouso. Perante a realização de qualquer atividade física, o desconforto aumenta.

**Tabela 1.** Classificação funcional da NYHA

### **7.7. Impacto da Insuficiência Cardíaca na pessoa**

A Insuficiência Cardíaca (IC) é responsável por elevados índices de morbidade, que confrontam as pessoas com IC com obstáculos importantes ao Autocuidado, nomeadamente limitações físicas e intolerância à atividade. De um modo mais ou menos progressivo, estas pessoas experienciam situações de grande fragilidade no relacionamento marital e familiar, no exercício profissional e no desempenho em sociedade pela progressiva limitação da capacidade funcional associada (Mendes, Bastos e Paiva, 2010), com repercussões significativas na qualidade de vida experienciada. A pessoa com IC define qualidade de vida de acordo com as suas habilidades para desempenho de atividades físicas e sociais, no sentido de responder às necessidades individuais e da sua família ou assumir o seu papel em grupos a que pertence (Heo et al., 2009; cit. por Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

Enquanto síndrome progressivamente incapacitante, a Insuficiência Cardíaca (IC) impõe ao idoso um regime terapêutico complexo mas eficaz no atraso da progressão da doença e limitações que acarreta para a sua qualidade de vida. Este regime terapêutico inclui o recurso a um número diverso de fármacos, resultando na polimedicação do idoso, já frequentemente afetado por múltiplas patologias associadas, cujo tratamento medicamentoso é utilizado simultaneamente, muitas vezes por consequência do seguimento em consulta de especialidades distintas, podendo comprometer a capacidade que o idoso e/ou cuidador tem em geri-lo. A

própria polimedicação interfere com o metabolismo e capacidade de eliminação dos fármacos, frequentemente alterada na população idosa, podendo causar interações que comprometem a segurança deste e/ou a eficácia dos restantes tratamentos.

O regime terapêutico definido por *guidelines* internacionais para a insuficiência cardíaca implica ainda a procura de comportamentos de saúde exigentes definidos com a ajuda da equipa de saúde, no sentido de capacitar a pessoa para uma gestão eficaz do seu projeto de saúde e evitar o sofrimento decorrente de incapacidade decorrente de autovigilância e autocontrolo ineficazes (Petronilho, 2012).

Assim, o controlo sintomático diretamente decorrente da eficácia do regime terapêutico, estará sempre dependente da adesão ao mesmo por parte do idoso e da capacidade de gestão da sua complexidade, ou ainda da existência de uma rede de suporte familiar/social que o acompanhe neste processo. Desta forma, a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa com IC e sua família pode ser reconhecido como um recurso para a gestão eficaz do regime terapêutico, através do aumento de conhecimentos e habilidades dos indivíduos face à necessidade de tomar decisões decorrentes de alterações da sua condição de saúde, com vista à obtenção de ganhos em saúde, sendo assim considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Silva, 2008).

## **CASO CLÍNICO**

### **7.8. Identificação**

O Sr. F.L. tem 79 anos de idade, é natural de Redondo, a residir na Freguesia da Ajuda desde 1968, atualmente com o filho e nora num apartamento rés-do-chão de 4 assoalhadas, com os quais existe uma relação de proximidade mas por vezes com dificuldade na partilha de tomada de decisões, o que gera conflitos no seio familiar. Possui um lote na Costa da Caparica com horta onde planta vegetais e cuida de galinhas. O Sr. F.L. é viúvo há 10 anos, tendo a esposa falecido de doença cardíaca que não sabe especificar, após «*um período prolongado de sofrimento*».

O Sr. F.L. confessa grande dificuldade na partilha de decisão e de aceitação de ajuda para gerir a sua saúde, também pela dificuldade que se relaciona com a sua aceitação. É reformado da Polícia de Segurança Pública, atividade que exerceu por 42 anos e que relaciona com resistência na cedência de «*controlo da sua vida*» (sic).

Participou na Guerra Colonial Portuguesa (Ultramar) na cidade de Luanda por 51 meses, com insónia consequente por ocorrência de «*pesadelos frequentes do período de guerra*» (sic).

Previamente ao internamento com independência física em todas as atividades de vida diárias, com reconhecimento de surgimento de alguns sintomas (edemas dos membros inferiores e cansaço para atividades previamente habituais) mas com desvalorização inicial dos mesmos por não os reconhecer como expressão da doença e por serem pouco limitadores do seu quotidiano.

### **7.9. História Pgressa**

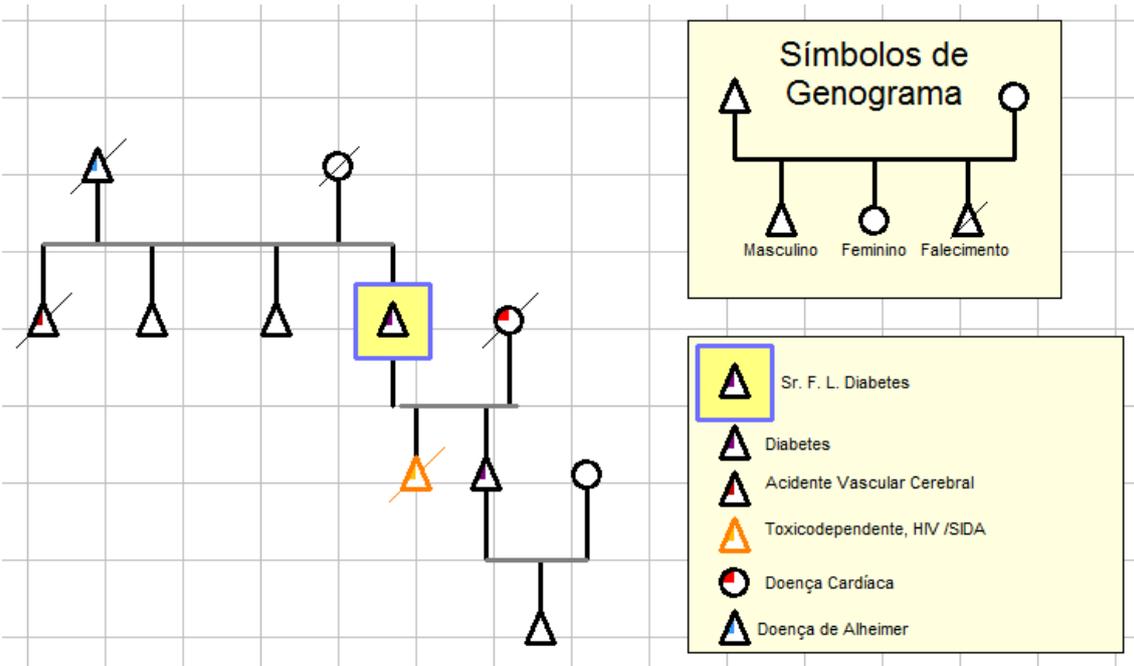
O Sr. F.L. é acompanhado numa Clínica através de sub-sistema de saúde PSP em Consulta de Medicina Geral de Familiar desde 2012 e Consulta de Cardiologia desde Dezembro de 2017.

Nega alergias medicamentosas e alimentares, viagens recentes, ou transfusões sanguíneas.

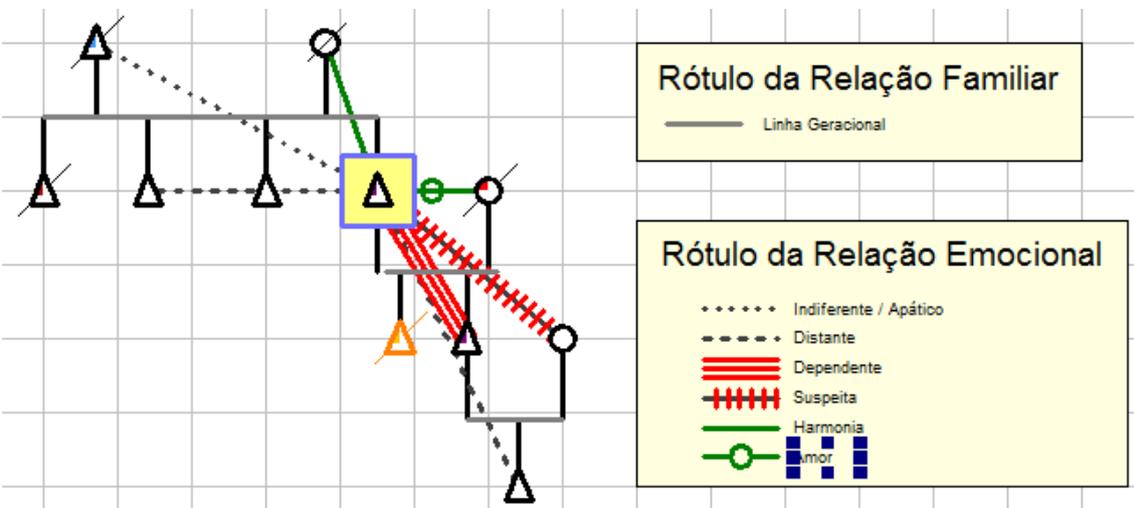
Refere consumo atual de 1 copo de vinho ao almoço e 1 copo de vinho ao jantar. Enquanto permaneceu em Luanda bebia cerca de 10-15 cervejas por dia (51 meses). Depois de regressar a Portugal refere consumo de 1 bagaço por dia. Atualmente para além do vinho bebe 1 copo de whisky quando lhe oferecem garrafas. Nega hábitos tabágicos.

Como antecedentes familiares refere:

- Pai falecido aos 71 anos com Doença de Alzheimer.
- Mãe falecida aos 91 anos de «*velhice*» (sic).
- Tinha 3 irmãos: Irmão mais novo falecido com AVC, 2 irmãos saudáveis.
- Tem 2 filhos: 1 filho falecido com SIDA (Toxicodependente), filho de 58 anos com Diabetes Mellitus tipo 2.
- Tem 1 neto saudável adulto e residente no estrangeiro.



**Esquema 1.** Genograma familiar do Sr. F.L..



**Esquema 2.** Dinâmica relacional familiar do Sr. F.L..

Aparentemente bem até Agosto/Setembro de 2017, altura em que inicia cansaço para médios esforços (reparou que ao ir da paragem do autocarro para casa sentia-se cansado - 200metros), associado a palpitações sem dor torácica e sem tonturas. Nega nesta altura edema dos membros inferiores, ortopneia ou dispneia paroxística noturna.

Recorreu ao seu médico assistente na Costa da Caparica por volta do dia 27/28 de Outubro de 2016 que lhe detetou uma «*arritmia*» (sic) e indicou a realização de exames. Por manter a mesma sintomatologia, com aparecimento de dor torácica

direita que aumentava com a inspiração recorreu ao Serviço de Urgência do HSFX a 30 de Outubro, apurando-se Insuficiência cardíaca congestiva com derrame pleural direito. Iniciou indução diurética e passou a ser acompanhado em Consulta de Cardiologista particular tendo realizado MCDT para confirmação de diagnóstico e estadiamento (Ecocardiografia Transtorácica) e Estudo Holter 24 horas. Foi ainda encaminhado para consulta de Medicina Interna no HSFX.

Apresenta história clínica associada conhecida de:

- Desvio do septo nasal adquirido desde Junho de 2016.
- Úlcera da córnea direita a 18 de Janeiro de 2016.
- Cirurgia a catarata do olho direito em Dezembro de 2015.
- Hiperplasia benigna da próstata desde há cerca de 15 anos.
- Insónia crónica desde há 15 anos.
- Diabetes mellitus tipo 2 medicado com antiabéticos orais sem complicações micro e macrovasculares há cerca de 20 anos. Bom controlo metabólico (Hemoglobina glicosilada – HbA1c - de 5,6%).
- Fístula anal com intervenção cirúrgica há cerca de 30 anos.

Medicamentos	Jejum	P. Almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Torasemida 5mg PO	1 cp				
Finasterida 5 mg PO					
Digoxina 0,25mg PO		1 cp			
Apixabano 5mg PO		1 cp		1 cp	
Carvedilol 6,25mg PO		½ cp			
Tansulosina 0,4mg PO				1 cp	
Mononitrato de Isossorbida 40mg PO		1 cp			
Seretaide 50/250ug INAL	1 inal				
Glicazida 30mg PO		1 cp			

**Tabela 2.** Esquema terapêutico do Sr. F.L. no domicílio

### 7.10. História Atual

O Sr. F.L. refere desde a ida ao serviço de urgência até à consulta de Cardiologia um aumento da dispneia para esforços progressivamente menores, dispneia paroxística noturna, ortopneia (dormia sentado) e edema dos membros inferiores de agravamento progressivo até à coxa, com edema do pênis e abdómen.

Tem apresentado impotência sexual desde o agravamento. Nega febre, tosse, expectoração mucopurulenta, nega nictúrica, polaquiúria, disúria. Nega alterações do trânsito gastrointestinal ou hemorragias.

Foi avaliado em consulta de Medicina Interna a 16 de Janeiro de 2017 onde se apresentava hemodinamicamente estável, mas polipneico em repouso com ingurgitamento venoso jugular, auscultação pulmonar com ferveores dispersos bilateralmente e membros inferiores e abdómen com edema com godet +++, já com incapacidade para marcha em plano inclinado e escadas. Sem alterações do padrão miccional ou das características da urina.

Neste contexto, foi proposto internamento na UIC para ajuste terapêutico que o utente aceitou. À entrada na unidade, mantém as mesmas queixas referidas em consulta.

<b>DADOS OBJETIVOS:</b>	<b>DADOS SUBJETIVOS:</b>
<p>PA 132/68 mmHg FC 59 bpm com pulso arritmico. Peso referência: 80kgs (Novembro de 2017) Peso atual: 86 kg Ingurgitamento jugular. Abdómen globoso sugestivo de ascite sem tensão. Edema dos membros inferiores até à coxa, com edema do pénis e abdómen godet +++++ sem empastamentos periféricos. Sem sinais de hipoperfusão periférica. Sem défices focais da motricidade ou sensibilidade. DU imediato (após algaliação): 900cc Escala de Braden: 19 Escala de Morse: 50 Escala de Katz: 5 Escala de Lawton &amp; Brody: 7 MMSE: 28 Escala de depressão Geriátrica: 3 Classificação Funcional de Holden: 3 MNA: 21</p>	<p>Apresenta-se vigil e consciente, pele e mucosas coradas e hidratadas. Pouco comunicativo e esquivo ao contato, com discurso pouco fluido, mas coerente em conteúdo. Orientado em todas as referências e com potencial para melhorar o conhecimento. Dinâmico e com vontade em recuperar total independência no autocuidado e atividades de horticultura. Expressa força de vontade, motivação e proatividade para a aprendizagem e demonstra crença em ser capaz de recuperar. Eupneia em repouso mas com dispneia para marcha e pequenos esforços. SatO2 95% em ar ambiente. Padrão respiratório retorna ao normal após 5 segundos em repouso. Pele íntegra nas zonas de apoio mas com evidentes edemas dos membros inferiores à raiz da coxa, com edema do pénis e abdómen, com baixo risco de úlcera de pressão. Mantém independência na realização das AVD's, básicas e instrumentais, e capacidade para gestão do regime medicamentoso eficaz. Marcha dependente com supervisão, relacionada com limitação física causada por edemas marcados dos membros inferiores. Refere queixas de disúria com diminuição progressiva de débito urinário e com significativo compromisso de conforto, pelo que se opta por</p>

	<p>algaliação para objetiva avaliação e contabilização de débito. Inicia perfusão contínua de Furosemina e anticoagulação terapêutica, dada arritmia já conhecida.</p> <p>Aguarda marcação de MCDT para compreensão de alteração urinária, cardíaca e para verificação analítica de controlo metabólico (Hemoglobina glicosilada).</p> <p>Solicitada entrevista por Assistente Social para apuramento de necessidades sociais e recursos comunitários disponíveis. Utente recusa apoio.</p>
--	---

**Tabela 3.** Avaliação do Sr. F.L. à entrada na UIC

Diagnósticos de Enfermagem à entrada (16/01):

1. Baixo risco de Úlcera de Pressão
2. Médio risco de Queda
3. Independente no Autocuidado: Higiene
4. Independente no Autocuidado: Vestuário
5. Independente no Autocuidado: Uso do Sanitário
6. Independente no Alimentar-se
7. Apetite mantido
8. Independente no Posicionar-se
9. Dependente no Andar em grau Reduzido
10. Independente no Transferir-se
11. Potencial para reconstrução de autonomia, em grau elevado
12. Sem comunicação comprometida
13. Dispneia presente
14. Sem movimento muscular comprometido
15. Pele seca
16. Sem perfusão dos tecidos comprometida
17. Edema presente [Membros inferiores, escroto e abdómen]
18. Sem dor
19. Sem febre
20. Não adesão ao regime de exercício
21. Intolerância a atividade
22. Adesão ao regime medicamentoso

23. Não adesão ao regime dietético [Não cumpre dieta hipossalina, Hipo lipídica.]
24. Potencial para melhorar conhecimento sobre comportamento de adesão (auto-vigilância de sintomas e comportamentos de autocuidado)
25. Sono comprometido
26. Sem processo familiar comprometido

#### PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

1. *Edema dos Membros inferiores*, escroto e abdómen, que condiciona dependência na deambulação.
2. *Dispneia* para médios esforços, que compromete independência no Autocuidado e *tolerância à atividade*.
3. *Sono comprometido* com conseqüente impacto na participação em vida relacional, sonolência diurna e diminuição do envolvimento no plano de cuidados acordado.
4. *Pele seca* relacionada com terapêutica diurética e ingesta hídrica reduzida.
5. *Não adesão ao regime terapêutico recomendado* relacionado com défice de conhecimentos sobre patologia de base, auto-vigilância de sintomas e comportamentos de saúde eficazes para o controlo sintomático.
6. *Disúria e Polaquiúria* com impacto no conforto e autocuidado no uso do sanitário e controlo vesical, com necessidade de algaliação provisória para contabilização e avaliação de eliminação urinária.
7. *Limitação de mobilidade* relacionada com sistema de monitorização contínua, dispositivos de infusão e sistema coletor de dispositivo urinário.
8. *Retenção urinária* com necessidade de algaliação de longa duração.
9. *Autoimagem alterada* por perda de independência no controlo vesical e impacto provocado na vida social pela presença de sistema de drenagem e coleção de urina.

#### Evolução na UIC

Permaneceu 10 dias na unidade com evolução favorável do ponto de vista clínico e analítico, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar a partir do 2º dia

de internamento e sem sinais de sobrecarga hídrica. Refere melhoria progressiva de dispneia e limitação consequente na realização das suas AVD's, com independência mantida nas mesmas e progressivo aumento na tolerância à atividade.

Durante o internamento manteve glicémias controladas e valores analíticos que demonstram bom controlo metabólico, apenas sob terapêutica hipoglicemiante oral e sem necessidade de recurso a correção com insulina. O Sr. F.L. é diabético há 20 anos e nunca realizou vigilâncias de glicémia capilar, e nega conhecimentos na autovigilância de valores, reconhecimento de sintomas ou capacidade para gerir a doença. Foi ponderado treino de habilidades para a avaliação de glicémia, mas com pouco envolvimento do utente no processo, demonstrando-se uma complexidade substancial adicionada ao regime terapêutico e exigência de autocuidado, pelo que se optou por manutenção trimestral analítica, até ao presente eficaz para bom controlo metabólico sob terapêutica hipoglicemiante oral. Refere cuidados na alimentação adequados a patologia e mantém vida fisicamente ativa.

Foi inserido no Programa de Reabilitação Cardíaca da unidade por integrar critérios de inclusão (potencial para melhorar o conhecimento – score 28 em aplicação de escala MMSE -, e de reconstrução de autonomia – avaliação em sistema operativo *Sclinico*), que procura promover uma recuperação física rápida após evento agudo, sendo orientado para reintegração social rápida e plena. Para além da promoção da capacidade funcional, é implementando também um plano programado de gestão da doença, a vigilância da terapêutica farmacológica e a educação dos utentes e dos seus familiares, de forma a auxiliá-los a minimizar e gerir as limitações impostas. Estes programas têm o objetivo de reforçar e avaliar sistematicamente a capacidade dos utentes para o autocuidado e gestão do regime terapêutico, que incluem a monitorização do peso, a restrição de líquidos, a realização de atividade física, a adesão à terapêutica, a monitorização de sinais e sintomas de agravamento da doença e o incentivo ao contacto precoce de profissionais de saúde na deteção destes últimos (*European Society of Cardiology*, 2012).

Como evento mais gerador de desconforto ao longo do internamento refere a Insónia nocturna, já existente no domicílio há cerca de 20 anos, tendo sido tentadas múltiplas terapêuticas hipnoindutoras sem sucesso. Fez igualmente rastreio de distúrbios respiratórios com *ApneaLink* que detetou períodos frequentes de apneias

obstrutivas durante o sono, causando despertares agitados. À data da alta encaminha-se para consulta de Pneumologia e Neurologia para avaliação especializada.

Desta insónia noturna decorre hipersonolência diurna, com compromisso no envolvimento e participação do SR. F.L. no plano de reabilitação motora e de ensino, e relacionamento com outros, nomeadamente no período de visitas.

Ao 3º dia de internamento iniciou queixas sugestivas de infeção urinária, nomeadamente disúria e polaquiúria, após 2 dias de cateterização vesical com agravamento analítico de parâmetros infecciosos. Foi colhido rastreio séptico no dia 21/05, com isolamento de *Enterobacter cloacae* sensível a antibioterapia com ciprofloxacina em urocultura que cumpriu durante 7 dias sem intercorrências e com boa resposta clínica e analítica. Feitas 3 tentativas de desalgaliação com ocorrência de retenção urinária, pelo que se manteve algaliado e foi referenciado para acompanhamento por urologia. Esta perda de independência no controle vesical demonstra repercussões significativas numa já frágil aceitação de estado de saúde e autoimagem. Foram realizados ensinamentos acerca de manipulação e esvaziamento de saco coletor de urina e treinadas estratégias de acondicionamento do mesmo através do vestuário, para que não seja condicionante de vida social.

Padrão intestinal manteve-se regular.

### **Momento da alta:**

À data da alta (26/1) o Sr. F.L. encontra-se clinicamente estável, classe I NYHA, independente na realização das suas AVD's e demonstra conhecimentos acerca de comportamentos de saúde a adotar no domicílio, e reconhece a sua importância no controlo sintomático. Revela confiança e motivação na assunção do autocuidado, no entanto demonstra-se incomodado quando são envolvidos outros parceiros na monitorização de sintomas (nora e filho). Sinais vitais estáveis. Abdómen muito globoso, timpanizado no centro, mole e depressível, indolor e sem defesa. Peso 71,300kg à saída, que é assumido como peso de referência para monitorização do domicílio. Eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória, com tolerância à atividade, gradualmente aumentada em necessidade de esforço dispendido. Sem edema dos membros inferiores com sinal de godet negativo.

Mantém pele íntegra e baixo risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (Braden:23).

Mantém independência na realização das suas AVD's, básicas (Katz:5) e instrumentais (Lawton & Brody: 7). Apesar de compromisso na continência vesical, recuperou total independência na transferência e andar, agora com marcha independente (Holden:5) e com inferior compromisso no risco de queda associado, agora baixo (Morse: 5).

Manterá seguimento no HDEM e em Consulta de Insuficiência Cardíaca do HSFJ, integrados no PRC da UIC, como Fase 2 (ambulatório). Fornecidos contactos diretos telefónicos e solicitado contato quando sentisse necessidade.

### 7.11. Regime Medicamentoso

Medicamento	Jejum	P. Almoço	Almoço	Jantar
Sacubitril/Valsartan 50mg PO		1 cp		1 cp
Bisoprolol 2.5mg PO		½ cp		
Furosemida 40mg PO	1 cp			
Espironolactona 25mg PO		1 cp		
Metformina 800mg PO		1 cp		
Finasterida 5 mg PO				1 cp
Tansulosina 0.4mg PO				1 cp

**Tabela 4.** Esquema Terapêutico na alta.

Além do esquema apresentado, manteve indicação para analgesia em SOS com Paracetamol (8/8h na presença de dor). Foi tida em consideração a necessidade de alteração significativa do esquema terapêutico prévio ao internamento por ser claramente insuficiente para as suas necessidades de saúde. Assim, foi elaborado processo de treino na auto-administração de terapêutica com a participação da nora, de forma a reduzir efeitos adversos e eventuais erros terapêuticos, contribuindo assim para a segurança no uso do medicamento no domicílio.

Como incongruências intencionais verifica-se a suspensão do Apixabano 5mg (por confirmação de ritmo sinusal em estudo holter e risco hemorrágico decorrente da sua utilização), Torasemida 5mg (em substituição por Furosemida, diurético com ação mais rápida e controlável), Carvedilol 6.25m e Digoxina 0.25mg (instituído bisoprolol, como controlador de FC mais cardioseletivo), Mononitrato de isossorbida 40mg (vasodilatador com alívio sintomático a nível de congestão pulmonar) , Glicazida 30mg

(como alternativa adotada a metformina como agente hipoglicemiante mais eficaz no controlo ponderal), Seretaide diskus 50microgramas/250microgramas, em substituição de terapêutica apresentada.

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A aplicação de uma Avaliação Multidimensional do Idoso permitir-nos-á um retrato mais fiel da pessoa cuidada e dos seus problemas atuais, possibilitando uma resposta mais adequada à sua situação. Com o acompanhamento futuro, vai ser possível verificar a manutenção ou degradação das capacidades avaliadas e, conseqüentemente, otimizar resultados de intervenções implementadas.

Assim cabe ao enfermeiro contribuir para a (re)construção da autonomia e participação das pessoas idosas na tomada de decisão sobre suas necessidades de atenção ou cuidado à sua saúde.

Para a Ordem dos enfermeiros (2009:10), os enfermeiros encontram-se «*numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:*

- *Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais);*
- *Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;*
- *Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e*
- *Avaliar a adesão ao tratamento».*

Por fim, o enfermeiro especialista da vertente da pessoa idosa está mais capacitado para identificar necessidades em saúde, antecipar a ocorrência de défices no autocuidado e tomar medidas para a prevenção e redução da exigência dos mesmos, reconhecendo que cuidados de qualidade à pessoa idosa previnem a iatrogenia a um custo aceitável para o utente, promovendo a sua autonomia, conforto e sentido de controlo da sua vida e aumento de satisfação relativamente à sua situação de saúde.

## **ANEXOS**

# ANEXO I – Instrumentos de Avaliação Multidimensional

## Escala de Braden

**ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p> <p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p> <p><b>Actividade física</b> Nível de actividade física</p> <p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p> <p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p> <p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	<p style="text-align: right;">ENTRADA ALTA</p> <p style="font-size: 2em;">34</p>
	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	<p style="font-size: 2em;">44</p>
	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>	<p style="font-size: 2em;">24</p>
	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>	<p style="font-size: 2em;">34</p>
	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	<p style="font-size: 2em;">44</p>
	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>		<p style="font-size: 2em;">33</p>

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total **19 23**

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Validada para Portugal por Margalo, Carlos; Miguel, Cristina; Pereira, Pedro; Gouveia, João; Futado, Kátia (2001)

## Escala de Morse

### Escala de Morse

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

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

Entrada: 50 (Médio Risco)  
Alta: 15 (Baixo Risco)

## Escala de Katz

### Escala de Katz

#### 1-BANHO

- Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

#### 2- VESTIR

- Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

#### 3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

#### 4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

#### 5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

#### 6- ALIMENTAÇÃO

- Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

Entrada: 5

Alta: 5

## Escala de Lawton e Brody

### Escala de Lawton e Brody

#### 1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- Utiliza o telefone por iniciativa própria
- É capaz de marcar bem alguns números familiares
- É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- Não é capaz de usar o telefone

#### 2- FAZER COMPRAS

- Realiza todas as compras necessárias independentemente
- Realiza independentemente pequenas compras
- Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- É totalmente incapaz de comprar

#### 3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

#### 4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica

#### 5- LAVAGEM DA ROUPA

- Lava sozinho toda a sua roupa
- Lava sozinho pequenas peças de roupa
- A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

#### 6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- Não viaja

#### 7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- Não é capaz de administrar a sua medicação

#### 8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- Incapaz de manusear o dinheiro

# Mini Mental State Examination

ESCOLARIDADE : 7º classe

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 1  
Em que mês estamos? 1  
Em que dia do mês estamos? 1  
Em que dia da semana estamos? 1  
Em que estação do ano estamos? 1

Nota: 5

Em que país estamos? 1  
Em que distrito vive? 1  
Em que terra vive? 1  
Em que casa estamos? 1  
Em que andar estamos? 0

Nota: 4

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra 1  
Gato 1  
Bola 1

Nota: 3

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mais depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 / 24 / 21 / 18 / 15 /

Nota: 5

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra 1  
Gato 1  
Bola 0

Nota: 1

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio 1  
Lápis 1

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita 4

Dobra ao meio 4

Coloca onde deve 4

Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos 4

Nota: 1

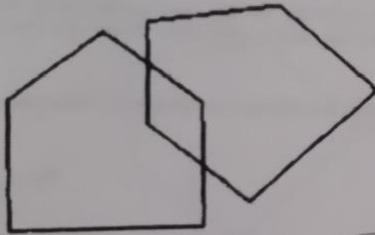
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: *amassa muito a comida melhor*

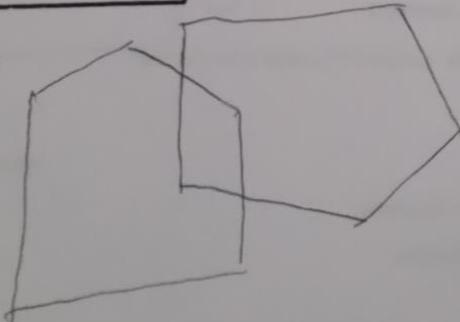
Nota: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:



Nota: 1

TOTAL (Máximo 30 pontos): 28

Considera-se com deficiente cognitivo:

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

## Escala de Depressão Geriátrica

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
12	Sente-se inútil?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
13	Sente-se cheio de energia?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
14	Sente-se sem esperança?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0

Total: 3

## Classificação Funcional de Holden

### Classificação Funcional de Holden

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

**Nota:** assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Entrada : 3 (Marcha dependente com supervisão)

Alta : 5 (Marcha independente)

# Mini Avaliação Nutricional (MNA)

## Mini Avaliação Nutricional (MNA)

Mini Nutritional Assessment  
MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso, kg: \_\_\_\_\_ Altura, cm: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

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

**Íntegm**

**A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**  
 0 = diminuição grave da ingestão  
 1 = diminuição moderada da ingestão  
 2 = sem diminuição da ingestão 2

**B. Perda de peso nos últimos 3 meses**  
 0 = superior a três quilos  
 1 = não sabe informar 1   
 2 = entre um e três quilos  
 3 = sem perda de peso

**C. Mobilidade**  
 0 = necessita ser levado ou à cadeira de rodas  
 1 = necessita usar régua e capuz de sair de casa 2   
 2 = normal

**D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?**  
 0 = sim 0   
 2 = não

**E. Problemas neuropsicológicos**  
 0 = demência ou depressão grave  
 1 = demência ligeira 2   
 2 = sem problemas psicológicos

**F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m]<sup>2</sup>)**  
 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23  
 3 = IMC ≥ 23 2

Pontuação de Íntegm (subtotal, máximo de 14 pontos) □ □  
 12-14 pontos: estado nutricional normal  
 8-11 pontos: sob risco de desnutrição ←  
 0-7 pontos: desnutrido  
 Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-H

**Avaliação global**

**J. Quantas refeições faz por dia?**  
 0 = uma refeição  
 1 = duas refeições  
 2 = três refeições 2

**K. O doente consome:**  
 • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim  não   
 • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim  não   
 • carne, peixe ou aves todos os dias? sim  não   
 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
 0.5 = duas respostas «sim» 1    
 1.0 = três respostas «sim»

**L. O doente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou produtos hortícolas?**  
 0 = não 1 = sim 1

**M. Quantas copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?**  
 0.0 = menos de três copos  
 0.5 = três a cinco copos □   
 1.0 = mais de cinco copos

**N. Modo de se alimentar**  
 0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2   
 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

**O. O doente acredita ter algum problema nutricional?**  
 0 = acredita existir desnutrido  
 1 = não sabe dizer 2   
 2 = acredita não ter um problema nutricional

**P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?**  
 0.0 = pior 1    
 0.5 = não sabe  
 1.0 = igual  
 2.0 = melhor

**Q. Perímetro braquial (PB) em cm**  
 0.0 = PB < 21  
 0.5 = 21 ≤ PB < 22 0,5    
 1.0 = PB ≥ 22

**R. Perímetro do punho (PP) em cm**  
 0 = PP < 31  
 1 = PP ≥ 31 1

**Avaliação global (máximo 18 pontos)** □ □ □  
**Pontuação de Íntegm** □ □ □  
**Pontuação total (máximo 30 pontos)** □ □ □

**Avaliação do Estado Nutricional**

de 24 a 30 pontos  estado nutricional normal  
 de 17 a 23,5 pontos  sob risco de desnutrição  
 menos de 17 pontos  desnutrido

**Referências**

- Vellas D, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. *J Nutr Health Aging.* 2009; 13:424-426.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Saha A, Gulgoz Y, Vellas D. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geriatr.* 2001; 56A: 398-317.
- Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging.* 2008; 12:499-431.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners of Nestlé, 1984, Revisão 2004. N07300 13/02 1004  
 Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

11  
 21  
 sob risco

## Escala Europeia de Autocuidado na IC

### Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0) (Jaarsma, 2003; validada por Pereira, 2013)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha melhor se aplicar a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente			Discordo Totalmente	
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5



19/1/2017

## ANEXO II – Avaliação Inicial do Sr. F.L.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE		Emido em 27 Janeiro 2017	
Avaliação inicial		Idade: 79 Anos	
Serviço: INT H SFX-UIC	Unidade:		
Internado em:	16 Janeiro 2017 21:22	Saida em:	26 Janeiro 2017 16:54
		Enfº	Data Hora
<b>Identificação</b>			
» <b>Identificação</b>			
Nome preferido	Francisco	72243	17/01/2017 00:01
Profissão	Reformado PSP	72243	17/01/2017 00:11
<b>História Actual</b>			
» <b>História Actual</b>			
Proveniência	SU	72243	17/01/2017 00:01
Motivo de Internamento	Encaminhado da consulta da Drª Filipa Marques para internamento na UIC por Insuficiência Cardíaca Descompensada. Refere aumento progressivo de edemas dos membros inferiores, escroto, pénis e abdomen. Refere agravamento nas ultimas semanas, incapaz de marcha em plano inclinado e escadas.	72243	17/01/2017 00:10
<b>Antecedentes Pessoais</b>			
» <b>Antecedentes Pessoais</b>			
Patologias associadas/internam	HTA com provável cardiopatia hipertensiva; DM II, não insulinotratado Dislipidémia; Cirurgia Cataratas em 2016; HBP;	72243	17/01/2017 00:02
Terapêuticas no domicílio	- Eliquis 5mg PA + jantar - Tation 5mg 1cp jejum - Carvedilol 6,25 mg 1/2cp - Lanoxin 0,25 1cp de todos os dias excepto domingo - Tansulosina 0,4mg ao jantar - Mononitrato isosorbida 40mg - Glicazida 30mg PA - Serevide 50/250	72243	17/01/2017 00:08
Alergias	Desconhecidas	72243	17/01/2017 00:04
<b>Dados Sociais</b>			
» <b>Dados Sociais</b>			
Agregado familiar	Reside com o filho	72243	17/01/2017 00:08
Pessoas de referência/contacto	Ana Anjos (NORA)- 926138308	70223	23/01/2017 14:36
<b>História de dor</b>			
» <b>História de dor</b>			
História de dor	Nao	72243	17/01/2017 00:04
<b>Comunicação</b>			
» <b>Comunicação</b>			
Acurdade visual	Mantida	72243	17/01/2017 00:04
Acurdade auditiva	Mantida	72243	17/01/2017 00:04
<b>Respiração</b>			
» <b>Respiração</b>			
Aporte de Oxigénio	sem O2	72243	17/01/2017 00:04
<b>Alimentação</b>			
» <b>Alimentação</b>			
Intolerâncias alimentares	Desconhecidas	72243	17/01/2017 00:04
Grau de dependência anterior	Independente	72243	17/01/2017 00:05
<b>Eliminação</b>			
» <b>Eliminação</b>			
Hábitos intestinais	regulares	72243	17/01/2017 00:03

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, EPE		Emtido em 27 Janeiro 2017	
Avaliação Inicial		Idade: 79 Anos	
INT H SFX-UIC			
Internado em:	16 Janeiro 2017 21:22	Saida em:	26 Janeiro 2017 16:54

			Enf	Data	Hora
<b>Eliminação</b>					
» <b>Eliminação</b>					
	<b>Grau de dependencia anterior</b>	Independente	72243	17/01/2017	00:06
	<b>Incontinencia</b>	Sem alteraçoes	72243	17/01/2017	00:06
<b>Mobilidade</b>					
» <b>Mobilidade</b>					
	<b>Grau de dependencia anterior</b>	Independente	72243	17/01/2017	00:06
<b>Higiene e Cuidados Pessoais</b>					
» <b>Higiene e Cuidados Pessoais</b>					
	<b>Habitos de higiene</b>	Duche	72243	17/01/2017	00:06
	<b>Grau de dependencia anterior</b>	Independente	72243	17/01/2017	00:06
<b>Vestir e Despir</b>					
» <b>Vestir e Despir</b>					
	<b>Grau de dependencia anterior</b>	Independente	72243	17/01/2017	00:06
<b>Sono e Repouso</b>					
» <b>Habitos de Sono</b>					
	<b>Habitos para adormecer</b>	refere dificuldade em adormecer	72243	17/01/2017	00:06
<b>Tegumentos</b>					
» <b>Catefer</b>					
	<b>CVP</b>	CVP obturado no antebraço esquerdo	72243	17/01/2017	00:06
<b>Observações</b>					
» <b>Observações</b>					
	<b>Observações</b>	Realizado acolhimento do doente na Unidade. Entregues folhetos dos direitos e deveres dos doentes e acolhimento. Aplicada pulseira de identificação.	72243	17/01/2017	00:06

### **ANEXO III – Processo de Enfermagem do Sr. F.L.**

Foco	Diagnóstico de Enfermagem à entrada	Intervenções planeadas	Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem à saída
Comportamento de Adesão	17/01/2017 - Adesão Ao Regime Medicamentoso - Não Adesão ao Regime Dietético - Não Adesão ao Regime de Exercício [Intolerância à atividade] - Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão	17/01/2017 Avaliar Adesão Ao Regime Medicamentoso [S.O.S] Avaliar Adesão Ao Regime Dietético [S.O.S] Avaliar Adesão Ao Regime de Exercício [S.O.S] Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão [S.O.S] Ensinar sobre comportamento de adesão [Turno: 08h-16.30h] <i>Especificação:</i> Procura de auxílio médico; Aquisição de medicamentos prescritos; Toma da medicação de forma apropriada; Obtenção de imunizações; Marcação e comparecimento a consultas de seguimento; Adoção de modificações comportamentais.	O Sr. F.L. demonstra compreender ensinamentos realizados acerca da importância da adesão ao regime terapêutico e enumera comportamentos de saúde adequados à sua situação e resultados esperados a nível de controlo sintomático e ganhos em bem-estar.	26/01/2017 Conhecimento para promover comportamento de adesão
Intolerância à Atividade	17/01/2017 Intolerância à Atividade	17/01/2017 Avaliar Intolerância à Atividade [S.O.S] Planear a atividade [Sem horário]	Após o esforço e seguido período de repouso, a pulsação regressa a valores habituais e recupera a energia. Consegue tolerar e	26/01/2017 Tolerância à Atividade

			terminar as atividades diárias sem cansaço fácil. Os movimentos corporais já não são percebidos como cansativos.	
Pele	17/01/2017 - Pele seca	17/01/2017 Avaliar a pele [Sem horário] Incentivar reforço hídrico [Sem horário] Aplicar creme [Sem horário]	Apesar de renitente a reforço hídrico, colaborante na ingestão quando incentivada	26/01/2017 Sem Pele Seca/Húmida
Úlcera de Pressão	17/01/2017 Baixo risco de úlcera de pressão	17/01/2017 Avaliar Risco De Úlcera De Pressão [Turno: 08h-16.30h] <i>Especificação:</i> Escala de Braden Vigiar sinais de Úlcera de Pressão [Sem horário]	Pele íntegra nas zonas de apoio. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto. Apresenta pele seca, sem exposição a humidade e deambula com frequência ao longo do dia, sem limitação na reação à pressão. Alimenta-se da totalidade da refeição fornecida e nunca recusa uma refeição.	26/01/2017 Baixo risco de úlcera de pressão
Queda	17/01/2017 Médio risco de queda 17/01/2017 Potencial para melhorar o Conhecimento sobre prevenção de queda	17/01/2017 Avaliar Risco De Queda [3 em 3 dias] <i>Especificação:</i> Escala de Morse Avaliar Conhecimento Sobre Prevenção De Queda [S.O.S]	Sem ocorrências de quedas no internamento. Tem consciência das suas limitações e apresenta bom equilíbrio postural e dinâmico e não apresenta défices motores. Autónomo na deambulação.	26/01/2017 Baixo risco de queda 26/01/2017 Conhecimento sobre prevenção de queda

Auto Controlo: Infeção	17/01/2017 Sem Auto Controlo: Infeção Comprometido 17/01/2017 Potencial para melhorar o Conhecimento para promover auto controlo: infeção	17/01/2017 Ensinar sobre medidas de prevenção da contaminação [Turno: 08h-16.30h] <i>Especificação:</i> Manipulação e troca de sistema de drenagem e saco coletor de urina Avaliar Auto Controlo: Infeção [S.O.S]	Demonstra conhecimento sobre sinais de infeção, atuação perante os mesmos e toma disposições para a prevenção da contaminação.	26/01/2017 Sem Auto Controlo: Infeção Comprometido
Dispneia	17/01/2017 Dispneia presente [para pequenos esforços]	17/01/2017 Avaliar Dispneia [S.O.S] Posicionar para otimizar ventilação [Sem horário]	Verificou-se gradual aumento de tolerância a esforços, com boa resposta a aumento de exigência de exercícios físicos.	26/01/2017 Sem Dispneia
Autocuidado	17/01/2017 Autocuidado comprometido 17/01/2017 Potencial Para Reconstrução De Autonomia, Em Grau Elevado	17/01/2017 Incentivar Auto Cuidado [Sem horário] Ensinar sobre autovigilância [Turno: 08h- 16.30h]	Demonstra força de vontade expressa à aprendizagem, bem como crença de que é capaz de recuperar e desejo em se tornar mais independente. Apresenta motivação, proatividade e envolvimento no processo ensino/aprendizagem. Capacidade física e cognitiva mantidas.	26/01/2017 Sem Autocuidado comprometido
Dor	17/01/2017 Sem dor	17/01/2017 Monitorizar dor [Sem horário] Vigiar a dor [S.O.S] Gerir Terapêutica [Sem horário]	Eficácia analgésica terapêutica	26/01/2017 Sem Dor

Sono	17/01/2017 Sono comprometido	17/01/2017 Avaliar Sono [Às: 07:00] Restringir o sono durante o dia [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23:30h] Gerir Terapêutica [S.O.S] Referir para serviço médico [S.O.S]	O Sr. F.L. associa alteração do sono com terrores noturnos relacionados com período de guerra que vivenciou. Com o avançar do internamento e ajuste terapêutica ansiolítica não se verificaram melhorias significativas. Rastreamento de distúrbios respiratórios realizado com <i>ApneaLink</i> detetou períodos frequentes de ocorrência de apneias obstrutivas durante o sono, causando despertares agitados. Referenciado para consulta de Pneumologia e Neurologia para avaliação especializada.	26/01/2017 Sono comprometido
Metabolismo energético	17/01/2017 Sem Hiperglicemia	17/01/2017 Vigiar Sinais De Hiperglicemia [Sem Horário]	Glicémias capilares controladas sob terapêutica hipoglicemiante oral	26/01/2017 Sem Hiperglicemia
Andar	17/01/2017 Andar Dependente, Em Grau Reduzido	17/01/2017 Avaliar O Andar [S.O.S] Assistir No Andar [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23.30h]	Coloca-se na posição vertical e sustenta o corpo com equilíbrio, move-se com marcha eficaz, sendo capaz de subir e descer escadas ou andar em declives e aclives com segurança.	17/01/2017 Independente no Andar

<p>Auto-vigilância</p>	<p>17/01/2017 Potencial para melhorar o Conhecimento para promover autovigilância</p> <p>20/01/2017 Potencial para melhorar capacidade para autovigilância da glicémia capilar</p>	<p>17/01/2017 Monitorizar Peso Corporal [Turno: 08h-16.30h] Ensinar Sobre Complicações [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23.30h] <i>Especificação:</i> Diabetes Ensinar Sobre Recursos Da Comunidade [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23.30h] Ensinar Sobre Padrão Alimentar [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23.30h] <i>Especificação:</i> Adaptado a DM2 e IC Ensinar Sobre Padrão De Exercício [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23.30h] <i>Especificação:</i> Diabetes Ensinar Sobre Gestão Do Regime Terapêutico [Turno: 08h-16.30h; Turno: 16h-23.30h] <i>Especificação:</i> Diabetes</p> <p>20/01/2017 Realizar autovigilância da glicémia capilar [9h; 13h; 19h; 23h]</p>	<p>Mantém dificuldade inicial na reprodução de ensino efetuado relativamente a autovigilância de valores de glicémia capilar, reconhecimento de sintomas ou capacidade para gerir a doença. Foi ponderado treino de habilidades para a avaliação de glicémia, mas com pouco envolvimento do utente no processo, demonstrando-se uma complexidade substancial adicionada ao regime terapêutico e exigência de autocuidado, pelo que se optou por manutenção de avaliação analítica trimestral, até ao presente eficaz para bom controlo metabólico sob terapêutica hipoglicemiante oral. Refere cuidados na alimentação adequados a patologia e mantém vida fisicamente ativa.</p>	<p>26/01/2017 Potencial para melhorar o Conhecimento para promover autovigilância</p> <p>26/01/2017 Sem capacidade para autovigilância da glicémia capilar</p>
------------------------	--	---	---	--

## **ANEXO XII – Plano de Sessão De Formação «Comportamento de Adesão no idoso com Insuficiência Cardíaca – Apresentação de Resultados»**

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Medicina III do Hospital de São Francisco Xavier

**Datas:** 1, 3, 4,7, 9 e 10 de março de 2017

**Hora:** 14:00h

**Formador:** Cátia Napoleão Rei

**Tema da Sessão:** Comportamento de Adesão no idoso com Insuficiência Cardíaca

**População Alvo:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Insuficiência Cardíaca

### **Objetivo Geral:**

Apresentar Resultados obtidos com implementação de Projeto de Intervenção «*Comportamentos de saúde na Adesão ao Regime Terapêutico da pessoa idosa com IC: Intervenções de Enfermagem na capacitação para o Autocuidado*» no período de novembro a fevereiro de 2007.

### **Objetivos Específicos:**

- Apresentar dados recolhidos na operacionalização de projeto de intervenção no período de 2 de novembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017
- Discutir dados apresentados com equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III
- Descrever atividades realizadas para a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa idosa com IC
- Analisar proposta de modelo de orientação para uniformização de registos no aplicativo *Sclinico*.

**Duração da Sessão:** A sessão terá a duração prevista de 60 minutos.

<b>Momentos</b>	<b>Atividades/ Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Material técnico-pedagógico</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do Formador;</li> <li>- Apresentação do título e objetivos da sessão.</li> <li>- Justificação e pertinência do Projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmativo</li> <li>- Expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data Show</li> <li>- Material para leitura e escrita</li> </ul>	10 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Apresentação do conteúdo programático da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleção de Participantes</li> <li>- Apresentação de Instrumentos de recolha de dados.</li> <li>- Caracterização dos Participantes.</li> <li>- Apresentação de resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterização do Comportamento de Autocuidado.</li> <li>Fator comprometedor do Autocuidado.</li> <li>Avaliação da Adesão ao Regime Terapêutico.</li> </ul> </li> <li>- Algoritmo de Decisão Diagnóstica.</li> <li>- Planeamento de Intervenções Educativas.</li> <li>- Apresentação de proposta para normalização de registos de Enfermagem em aplicativo informático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmativo</li> <li>- Expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data Show</li> </ul>	30 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de um espaço para questões e reflexão conjunta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afirmativo</li> <li>- Expositivo</li> <li>- Interrogativo</li> <li>- Debate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data Show</li> </ul>	20 minutos

**ANEXO XIII – Sessão de Formação apresentada a Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina III para apresentação de resultados do projeto**



## PROJETO DE INTERVENÇÃO

### COMPORTAMENTO DE ADESÃO NO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

- Apresentação de Resultados -

Enf<sup>a</sup> Cátia Rei

Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica – Vertente da Pessoa Idosa

Prof. Adriana Henriques  
Prof. Coordenadora ESEL

Enf<sup>a</sup> Célia Osana  
Enf<sup>a</sup> Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Orientadora de Referência no Local de Estágio

## OBJETIVOS

- Apresentar resultados obtidos na operacionalização de projeto de intervenção no período de 2 de novembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017
- Discutir dados apresentados com equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III
- Descrever atividades realizadas para a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa idosa com IC
- Analisar proposta de modelo de orientação para uniformização de registos no aplicativo *Sclinico*.

## SELEÇÃO DE PARTICIPANTES

- Idade superior a 65 anos internadas na UIC no período de realização do estágio
- Compreensão da língua portuguesa
- Sem alteração de estado de consciência ou compromisso de orientação em todas as referências
- Com aceitação manifestada em participar no projeto

## INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

- A utilização de instrumentos de avaliação específicos para avaliação do autocuidado na pessoa com IC possibilita a caracterização e identificação das suas necessidades de autocuidado.

Pereira, Fernanda. (2014). A utilização de escalas para avaliar o autocuidado na Insuficiência Cardíaca: revisão sistemática da literatura. *Revista Estação Científica*. 2014;11:1-14

Adesão a comportamentos de saúde propostos

Identificação de fator comprometedor de autocuidado

Identificação de necessidades de autocuidado

Objetivação e maior precisão na inferência diagnóstica

## ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (Versão 3.0) (Jaarsma, 2003; validada por Pereira, 2013)

		Concordo Totalmente			Discordo Totalmente	
<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Pedir ajuda</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Atividade de adaptação</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">Adesão ao Regime</div>	1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
	2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
	3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
	4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
	5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
	6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
	7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
	8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
	9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
	10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
	11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
	12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

## CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade	média de <b>74,96</b> anos (entre os 66 e 90 anos de idade)
Sexo	5 ( <b>20,83%</b> ) mulheres 19 ( <b>79,17%</b> ) homens
Coabitação	5 ( <b>20,83%</b> ) vivem sozinhos após situação de viuvez 11 ( <b>45,83%</b> ) com cônjuges 1 ( <b>4,17%</b> ) encontra-se institucionalizado 7 ( <b>29,17%</b> ) coabitam com filhos
Atividade profissional	3 ( <b>12,5%</b> ) atividade profissional ativa 21 ( <b>87,5%</b> ) situação de reforma
Escolaridade	2 ( <b>8,33%</b> ) não frequentaram ensino escolar 6 ( <b>25%</b> ) concluíram 4 anos de escolaridade 5 ( <b>20,83%</b> ) terminaram o 7º ano 4 ( <b>16,67%</b> ) frequentaram o sistema de ensino 9 anos 12 ( <b>50%</b> ) progrediram até ao ensino superior

## CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Dependência Física	17 (70,83%) mantinham independência 7 (29,17%) necessitam de apoio de cuidador <ul style="list-style-type: none"><li>- filhos em 2 situações (8,33%)</li><li>- cuidador formal em situação de institucionalização (4,17%)</li><li>- 4 (16,67%) são cuidados pelos cônjuges</li></ul>
Duração da doença	2 participantes (8,33%) têm conhecimento do diagnóstico há menos de <u>1 ano</u> 10 (41,67%) entre <u>1 a 2 anos</u> 7 (29,17%) entre <u>2 a 5 anos</u> 5 (20,83%) lidam com a doença há <u>mais de 5 anos</u>
Internamentos Hospitalares	6 pessoas (25%) necessitaram de internamento por <u>1 vez</u> 6 (25%) apresentaram <u>2-3</u> hospitalizações 8 (33,33%) foram reinternadas num total <u>superior a 4 vezes</u> 6 (25%) desses utentes encontram-se internados pela <u>1ª vez</u>

## AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

### Adesão

- 5 (20,83%) casos
  - **Défice cognitivo** identificado (MMSE)
  - **Falta de confiança** nos benefícios decorrentes de alteração comportamental face a conflito com hábitos de vida alicerçados
- Sem envolvimento no processo de ensino-aprendizagem*

### Adesão Parcial

- 16 (69,57%) casos
  - Dificuldade na gestão de **múltiplos comportamentos de saúde** (comorbilidades associadas presentes na totalidade da amostra) e sua adequada incorporação no quotidiano
- Aumento da complexidade do regime terapêutico*

### Não Adesão

- 2 (8,7%) casos
  - Descrédito em reais benefícios do regime terapêutico
- Privação de sensação de prazer relacionada com manutenção de hábitos de vida*

## CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO

### Categoria 1: Pedir ajuda



## CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO

### Categoria 2: Atividade de adaptação



## CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO

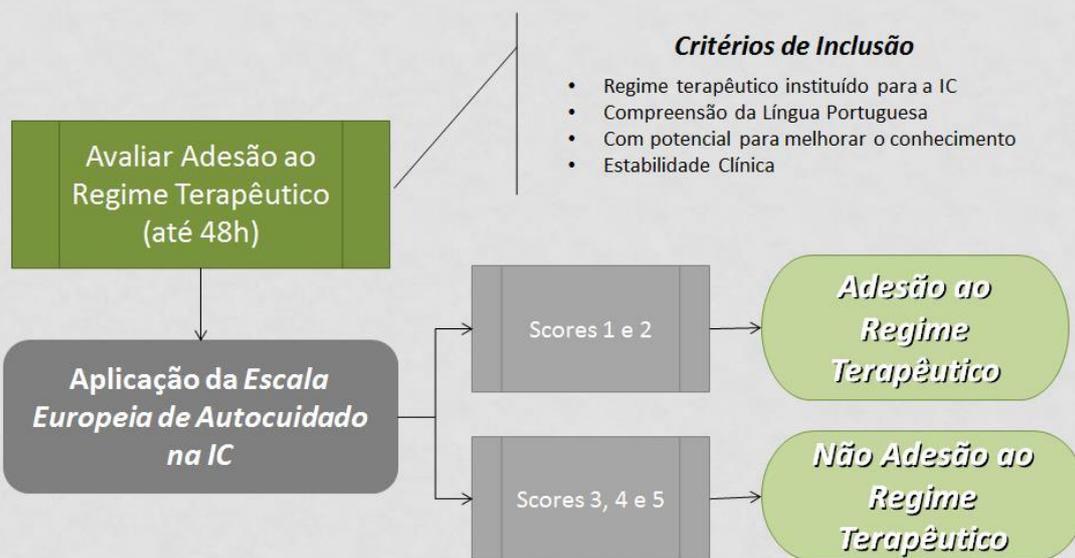
### Categoria 3: Adesão ao Regime



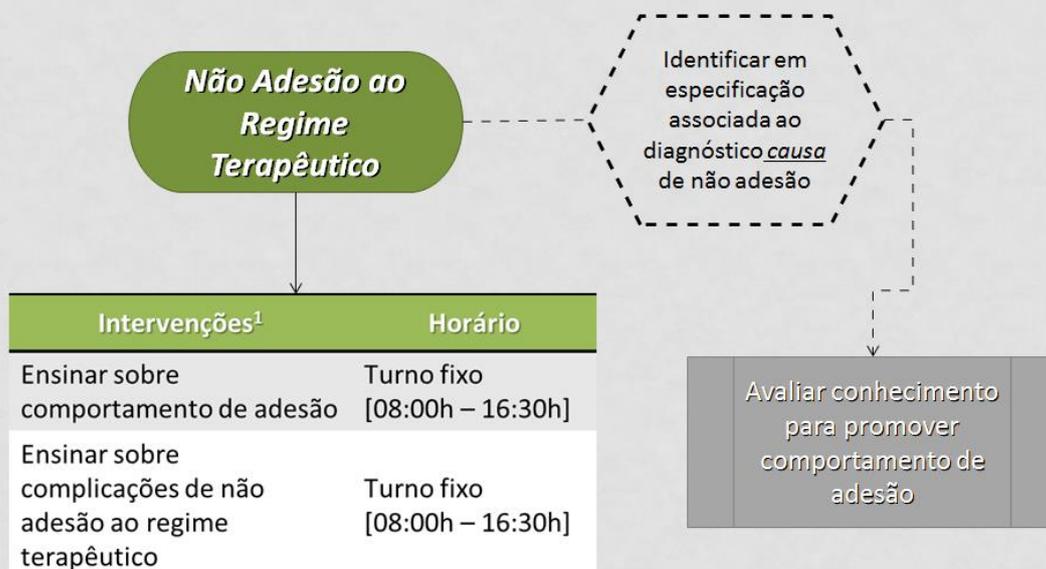
## IDENTIFICAÇÃO DE FATOR COMPROMETEDOR DO AUTOCUIDADO



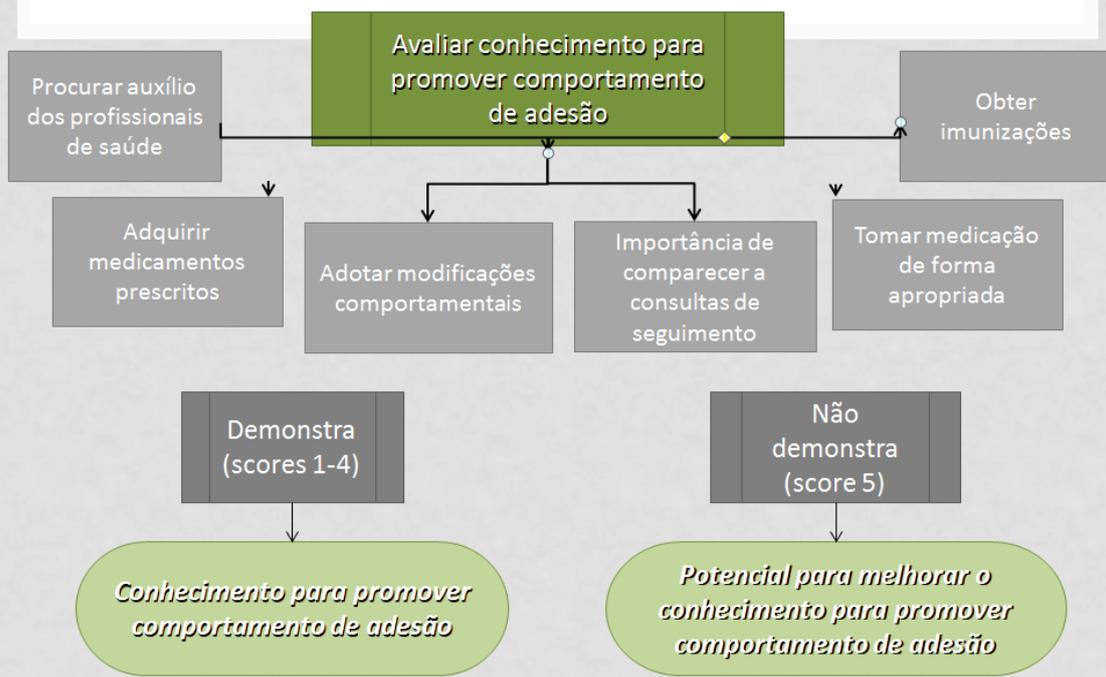
## ALGORITMO DE DECISÃO DIAGNÓSTICA



## ALGORITMO DE DECISÃO DIAGNÓSTICA



## ALGORITMO DE DECISÃO DIAGNÓSTICA



## PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

**Table 14.1** Characteristics and components of management programmes for patients with heart failure

<b>Characteristics</b>	Should employ a multidisciplinary approach (cardiologists, primary care physicians, nurses, pharmacists, physiotherapists, dieticians, social workers, surgeons, psychologists, etc.).
	Should target high-risk symptomatic patients.
	Should include competent and professionally educated staff. <sup>617</sup>
<b>Components</b>	Optimized medical and device management.
	Adequate patient education, with special emphasis on adherence and self-care.
	Patient involvement in symptom monitoring and flexible diuretic use.
	Follow-up after discharge (regular clinic and/or home-based visits; possibly telephone support or remote monitoring).
	Increased access to healthcare (through in-person follow-up and by telephone contact; possibly through remote monitoring).
	Facilitated access to care during episodes of decompensation.
	Assessment of (and appropriate intervention in response to) an unexplained change in weight, nutritional status, functional status, quality of life, or laboratory findings.
	Access to advanced treatment options.
Provision of psychosocial support for patient and/or caregivers.	

### Recommendations for exercise, multidisciplinary management and monitoring of patients with heart failure

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in patients with HF to improve functional capacity and symptoms.	I	A	321, 618–621
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in stable patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization.	I	A	618, 619
It is recommended that patients with HF are enrolled in a multidisciplinary care management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality.	I	A	622–625

[http://www.ancecardio.it/wp-content/uploads/2016/06/HF-ESC-eurheartj.ehw128.full\\_.pdf](http://www.ancecardio.it/wp-content/uploads/2016/06/HF-ESC-eurheartj.ehw128.full_.pdf)

## PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS

	Intervenções <sup>1</sup>	Horário
1º Dia	Ensinar sobre complicações do processo patológico	Turno fixo [08:00h – 16:30h]
	Ensinar sobre comportamentos de risco	
	Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	
2º Dia	Ensinar sobre autovigilância	Turno fixo [08:00h – 16:30h]
	Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	
3º Dia	Ensinar sobre alimentação	Turno fixo [08:00h – 16:30h]
	Ensinar sobre exercícios	
	Ensinar a gerir atividade	
	Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	

## PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS

	Intervenções <sup>1</sup>	Horário
4º Dia	Ensinar sobre regime medicamentoso	Turno fixo [08:00h – 16:30h]
	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	
	Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	
Alta	Avaliar necessidade de continuidade de cuidados ( <i>atividade diagnóstica</i> )	Turno fixo [08:00h – 16:30h]
	Necessidade de cuidados continuados por:	
	Requerer serviço de Enfermagem	
	Sim	
	Gestão do regime terapêutico	
	Gestão do regime terapêutico ( <i>especificação</i> )	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Bindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., ... Norrving, B. (2011). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas (conclusões). *Mayo Clinic Proceedings*, 162(3), 304-314. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.amj.2011.06.007>
- Bugalho, A., Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ceia F, Fonseca C, Mota T, et al., EPICA Investigators. (2002) Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail*.
- Delgado, B. (2014). Reabilitação funcional do doente com Insuficiência Cardíaca Descompensada. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10439/1/Bruno%20Miguel%20Delgado.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2015). [Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020](https://dre.pt/application/file/66457154). Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2015). Documento orientador Opção II ano letivo 2015/2016. 7º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente da Pessoa Idosa. Lisboa.
- Escoval, Ana, Coelho, Anabela, Diniz, JÁ et. al. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. Volume 9. p. 105-116 Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoto/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratuizacao/EC-09-2009.pdf>
- European Society of Cardiology - Recomendações de 2012 da ESC para o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. [Em linha] n.º32 (2013), p.e1-e61 [Consult. 2 de Jan. 2014] Disponível em [http://apps.elsevier.es/watermark/cd\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90220465&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=334&ty=10&taccion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&ficher=334v32n07a90220465pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/cd_servlet?_f=10&pident_articulo=90220465&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=334&ty=10&taccion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&ficher=334v32n07a90220465pdf001.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e Famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISBN 978-989-96021-1-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Abril de 2011, pp. 8648 - 8653.
- Pereira, F. (2013). O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: Tradução, adaptação e validação da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* para o contexto português. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gloc\\_id=617934](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gloc_id=617934)
- Ruivo et al. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Volume 15. p. 1-37.
- Silva, M. (2008). O ser humano e a adesão ao regime terapêutico - um olhar sistémico sobre o fenómeno. Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem. Disponível em: [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese\\_Mario\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese_Mario_Silva.pdf)
- World Health Organisation, W. H. O. (2003). Adherence to long-term therapies, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)