

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

Relatório de Estágio

**A intervenção de enfermagem para a promoção da
qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço
de urgência**

Tânia Isabel Gomes do Carmo

Lisboa

2018



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

Relatório de Estágio

**A intervenção de enfermagem para a promoção da
qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço
de urgência**

Tânia Isabel Gomes do Carmo

Orientador: Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Aos avós que cedo partiram...

Às tias que não tiveram oportunidade de envelhecer...

AGRADECIMENTOS

A todo o corpo docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

À professora Doutora Idalina Gomes por todo o apoio, incentivo, compreensão e disponibilidade. Pela partilha de saberes e exigência. Por ter acreditado em mim...

Às enfermeiras orientadoras pelo estímulo e disponibilidade, pelos conhecimentos transmitidos, pelas questões colocadas que me obrigaram a refletir e a procurar o “meu caminho”... À Ana Filipa Duarte por toda a ajuda e compreensão!

Aos colegas pelo apoio e incentivo, por acreditarem e se envolverem no projeto.

Às pessoas idosas e famílias pela amabilidade com que me trataram e por permitirem que entrasse nas suas vidas...

Aos meus pais por serem o meu porto de abrigo, a minha âncora e meu leme!

À tia querida que perdi no decorrer do estágio...

Ao Tiago por todo o amor, paixão e paciência! Por compreender a minha falta de tempo e os meus dias cinzentos... Por me ouvir com todo o carinho! Pelo pai fantástico que é!

Ao meu filho Martim...Que me acompanhou neste processo desde a gestação. Obrigada pelos abraços calorosos ao final do dia! Desculpa o tempo que não passámos juntos...

À Carla que me incentivou a embarcar nesta aventura! Por toda a amizade e carinho! Sem ela não teria sido possível...

À Guida pelo privilégio de a ter na minha vida! Por nunca me deixar desistir, pelo incentivo, pela preocupação, pela ajuda...Por ter sempre a palavra certa!

Aos amigos que me acompanharam e compreenderam a minha ausência...

A todos o meu sincero agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros
CPAP – Ventilação por Pressão Positiva Continua
DGS – Direção-Geral de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ESS – Escala de Sonolência de Epworth
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
INE – Instituto Nacional de Estatística
MMSE – Mini Mental State Examination
NREM – Movimento ocular não-rápido
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PSQI – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
REM – Movimento ocular rápido
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
Senhor – Sr.
SO – Unidade de internamento de curta duração
SU – Serviço de Urgência
UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

RESUMO

O sono desempenha um papel importante na manutenção da saúde e bem-estar das pessoas idosas. O processo de envelhecimento, por si só, causa uma alteração no ritmo circadiano, o que torna o sono da pessoa idosa mais superficial e com menor eficiência (Missildine et al, 2010). De acordo com Fulmer (2007) os problemas relacionados com o sono durante a hospitalização são comuns na população idosa e faz parte da competência do enfermeiro identificar e intervir nesta necessidade fundamental de modo a prevenir perturbações no padrão da mesma. Assim, desenvolvemos um projeto com a finalidade de adquirir competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na promoção da qualidade do sono através de uma intervenção em parceria promotora do cuidado de Si. A fundamentação do projeto assentou no modelo de intervenção em Parceria de Gomes (2016).

A metodologia adotada foi a de trabalho de projeto que se realizou num SU de um hospital. Trabalhámos com a equipa de enfermagem e com as pessoas idosas/famílias com o objetivo de identificar os fatores perturbadores da qualidade do sono na pessoa idosa internada no SU e as intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono. Como instrumentos de colheita de dados recorreremos à observação das práticas, à análise documental dos registos, questionários aos enfermeiros e entrevistas semi-estruturadas às pessoas idosas internadas no SU. Os dados foram alvo de análise quantitativa e qualitativa. **Os resultados** demonstraram que os fatores perturbadores da qualidade do sono na pessoa idosa assentam numa etiologia multifatorial: fatores associados ao ambiente, à prestação de cuidados e inerentes à própria pessoa. Como intervenção promotora da qualidade do sono os enfermeiros referiram a importância de organizar os cuidados de modo a permitir um período de tempo de sono sem interrupções. Procurámos envolver e sensibilizar as equipas multidisciplinares para esta problemática através da apresentação e divulgação dos resultados em formato de artigo, póster e mensagens colocadas no ambiente de trabalho dos computadores do SU e capacitámo-las no sentido de promover uma mudança nas práticas. O culminar do projeto foi a implementação de um protocolo “*Quiet Time*” no SU.

Palavras-Chave: Sono, Idoso, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Sleep represents an important role in maintaining the health and well-being of the elderly. The aging process, by itself, causes a change in the circadian rhythm, which makes the elderly person's sleep more superficial and less efficient (Missildine et al, 2010). According to Fulmer (2007), problems related to sleep during hospitalization are common in the elderly population, and it is the nurse's responsibility to identify and intervene in order to prevent disturbances in the sleep pattern. To this end, we designed a project to develop skills of specialist nurse and master in medicalsurgical nursing, in the care of the elderly, especially in promoting the quality of sleep through an intervention in partnership promoting care of themselves. The foundation of this project was based on the model of intervention in Gomes Partnership (Gomes, 2013, 2016).

Thus, the methodology adopted was a project work carried out in an SU of a central hospital. We worked with the nursing teams and with the elderly people and their families. In order to identify the disturbing factors of sleep quality in the elderly person hospitalized in the emergency department (ED) and the nursing interventions that promote sleep quality, we used practice observation, documentary analysis of nursing notes, questionnaires to nurses, and semi-structured interviews with elderly people hospitalized in the ED. The data were subject of quantitative and qualitative analysis. The **results** showed that the disturbing factors of sleep quality in the elderly are based on a multifactorial etiology: environmental factors, patient care activities and patient-specific factors (physiological and psychological). As a sleep quality intervention, nurses mentioned the importance of organizing care in order to allow an uninterrupted period of sleep. We have tried to involve and sensitize multidisciplinary teams to this problem through the presentation and dissemination of the results in an article format, poster and messages placed in the ED desktop's computers and enabled them to promote a change in practices. The culmination of the project was the implementation of a "*Quiet Time*" protocol in the ED.

Keywords: Sleep, Aged, Nursing care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REVISÃO DA LITERATURA	14
1.1 Envelhecimento e cuidados à pessoa idosa	14
1.2 A pessoa idosa no Serviço de Urgência	18
1.3 O sono na pessoa idosa	20
1.3.1 Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência - intervenção de enfermagem	25
1.4 A parceria como intervenção de enfermagem na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência	29
2. METODOLOGIA DE PROJETO	32
2.1. Considerações éticas	33
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO - ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS E RESULTADOS	34
3.1 Desenvolver competências como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados, em parceria com a pessoa idosa e família, na promoção da qualidade do sono em contexto de serviço de urgência e comunidade	35
3.2 Contribuir para uma mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem de forma a garantir um ambiente promotor da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência	47
3.3 Reflexão sobre as competências desenvolvidas	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	
ANEXO I – Autorização para a realização do projeto	
ANEXO II – Autorização para utilização do PSQI	

ANEXO III – Autorização para utilização da ESS versão portuguesa

ANEXO IV – Certificado de participação na formação “*Ventilação não invasiva*”

ANEXO V – Certificado de participação na formação “*V Curso de Auditoria Clínica - Uma Ferramenta para a Qualidade dos Cuidados*”

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de atividades

APÊNDICE II – Análise SWOT

APÊNDICE III - Objetivos específicos, atividades e indicadores de avaliação

APÊNDICE IV – Revisão Sistemática de Literatura

APÊNDICE V – Guião de colheita de dados

APÊNDICE VI – Ficha de leitura

APÊNDICE VII – Apresentação de uma intervenção em parceria no SU

APÊNDICE VIII – Nota de campo 1 e Nota de campo 2

APÊNDICE IX – Consentimento informado

APÊNDICE X – Análise das entrevistas realizadas às pessoas idosas

APÊNDICE XI – Estudo de caso na UCC

APÊNDICE XII - Póster “*Avaliação da qualidade do sono da pessoa idosa em casa – intervenção de enfermagem em parceria*”

APÊNDICE XIII – Questionário aplicado aos enfermeiros

APÊNDICE XIV – Análise dos questionários aplicados aos enfermeiros

APÊNDICE XV – Protocolo “*Quiet Time*”

APÊNDICE XVI – Grelha de auditoria ao protocolo “*Quiet Time*”

APÊNDICE XVII - Póster “*Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – intervenção em parceria*”

APÊNDICE XVIII – Slides colocados no ambiente de trabalho dos computadores

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante a unidade curricular Estágio com Relatório no âmbito do 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), nos anos letivos 2014/2015 e 2016/2017. O estágio foi realizado num Serviço de Urgência (SU) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) durante o período de tempo compreendido entre 26 Setembro de 2016 e 28 de Março de 2017.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre foi desenvolvido um projeto de estágio com o título “*A intervenção de enfermagem para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência*”.

O desenvolvimento de um projeto nesta área adveio do facto da sociedade atual se caracterizar pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento e, com isto, a constatação de que as pessoas idosas são os principais utilizadores dos serviços de saúde (Coelho, Rodrigues & Moury, 2016), nomeadamente dos serviços de urgência sendo estes muitas vezes referidos, indevidamente, como a “porta de entrada” para o serviço nacional de saúde (SNS) (DGS, 2006).

A elevada afluência de pessoas ao hospital, bem como a gravidade das situações, faz com que as pessoas doentes aí permaneçam tempo excessivo pela dificuldade de vagas nas enfermarias, o que pode traduzir a falta de preparação que muitas instituições têm para lidar com a população idosa (Pedroso et al, 2014; Grilo et al, 2014). A Direção-Geral de Saúde (DGS) refere que “*a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa (...) constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias*” (DGS, 2006, p.13). Como consequência as pessoas idosas permanecem durante muito tempo sentadas em cadeiras de rodas ou em macas nos corredores do SU. A Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, s/d) refere que a permanência de doentes em macas durante o internamento hospitalar não deve exceder as 24 horas.

Também o avanço da tecnologia necessária para a prestação de cuidados às pessoas em situação crítica faz do SU um contexto de trabalho movimentado, ruidoso e complexo, tornando-o num ambiente desconfortável e despersonalizado (Filus et al, 2015). Deste modo, para a pessoa idosa que se encontra frágil e vulnerável a permanência no SU pode facilmente desencadear um conjunto de emoções e conflitos que podem interferir na qualidade do seu sono (Vaz & Goulão, 2008).

No serviço onde exercemos funções, o tempo médio de permanência dos doentes na unidade de internamento de curta duração (SO) do SU tem sido superior às 24 horas, o que provoca repercussões no bem-estar das pessoas internadas (Pedroso et al, 2014). Conjugando estes fatores com o facto da equipa de enfermagem ter muitos elementos recém-licenciados, muitas vezes mais motivados para o cuidado à pessoa em situação crítica, percebemos a necessidade de ter uma abordagem mais centrada na pessoa idosa, tendo em conta as suas necessidades fundamentais.

Assim, a escolha do tema do projeto teve em consideração por um lado o interesse pessoal que temos nesta área e por outro o facto deste representar uma oportunidade de responder a uma necessidade real de cuidados às pessoas idosas no SU, uma vez que de forma empírica a equipa de enfermagem verificava que os doentes idosos apresentavam alterações no seu padrão de sono. Na primeira auditoria realizada às práticas e análise documental dos registos de enfermagem verificou-se uma taxa de conformidade de 53%, o que revelou uma necessidade de mudança urgente nas práticas, principalmente ao nível da diminuição da luminosidade e do ruído.

O sono é uma necessidade fisiológica fundamental e insubstituível que interfere no funcionamento de todos os sistemas do corpo humano, e a sua qualidade está associada a indicadores de saúde física e mental (Colrain, 2011). A importância do sono é ilustrada pelo facto de o ser humano passar cerca de um terço da sua vida a dormir, bem como pelo facto de este ser um dos comportamentos mais preservados pelo Homem (Pereira & Branco, 2009).

Para Carskadon & Dement (2011) o sono pode ser definido como um estado reversível de desatenção seletiva e de resposta diminuída a estímulos internos e externos, sendo normativamente acompanhado por uma postura horizontal, cessão

comportamental e olhos fechados.

O processo de envelhecimento, por si só, causa uma alteração no ritmo circadiano, sendo as perturbações do sono uma das queixas mais relatadas pela população idosa (Raposo & Veríssimo, 2015). O sono da pessoa idosa torna-se mais superficial e fragmentado, com vários despertares noturnos, menor eficiência e pior qualidade. Estas alterações levam a que as pessoas apresentem sonolência diurna (Missildine, 2008). De forma geral, a privação do sono prejudica o funcionamento diário da pessoa idosa, comprometendo aspetos cognitivos e habilidades psicomotoras (Pulak & Jensen, 2016).

O sono enquanto necessidade humana fundamental tem sido objeto de preocupação e de estudo para vários autores na área da enfermagem desde Florence Nightingale (1946). Esta autora considerava o sono de extrema importância para o restabelecimento do doente e associava as perturbações do sono a aspetos relativos ao ambiente (ventilação, calor, luz, limpeza e ruído). Virgínia Henderson (1966) considerava que a principal função do enfermeiro era assistir o indivíduo, saudável ou doente, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, tendo definido 14 necessidades humanas fundamentais, sendo uma dessas necessidades dormir e descansar. É da competência dos enfermeiros ajudarem as pessoas idosas doentes a satisfazerem esta necessidade, no sentido de lhes proporcionar conforto. O conforto é o resultado imediato e desejável da prática de enfermagem, que quando alcançado produz um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 1992). Logan, Roper e Tierney (1990) no seu modelo de enfermagem referem que o sono é uma atividade de vida fundamental para o desenvolvimento, crescimento e reparação das células, que ocorre durante o sono. A Ordem dos Enfermeiros (OE) também considera o sono como um importante indicador de qualidade e produtividade na enfermagem, tendo identificado o foco insónia no resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde (OE, 2007).

Muitos são os estudos que revelam que a maioria das pessoas idosas internadas sofre de alterações no seu padrão de sono, nomeadamente pior qualidade subjetiva do sono, com dificuldade no adormecer, diminuição na duração dos ciclos do sono, menor eficiência no repouso, maior número de despertares

noturnos e conseqüentemente sonolência diurna (Ugras & Özteki, 2007; Missildine, 2008; Pulak & Jensen, 2016; Caple & March, 2016).

Os enfermeiros são os profissionais que permanecem mais tempo junto das pessoas internadas e, portanto, na melhor posição para avaliar as suas necessidades, as suas preferências e os seus hábitos de vida de modo a poderem integrar estes fatores no processo de cuidar. Esta visão da globalidade da pessoa idosa transporta-nos para o conceito de Enfermagem Avançada em que é essencial que o enfermeiro preste cuidados centrados na pessoa idosa, ou seja, que os cuidados sejam individualizados e personalizados, respeitando as preferências da pessoa, os seus valores e crenças, desmistificando mitos e estereótipos de modo a tornar a pessoa idosa parceira de cuidados (McCormack & McCance, 2006; Silva, 2007; Gomes, 2016).

Para conhecermos a pessoa e individualizarmos o cuidado é necessário ver o doente e família como parceiros de cuidados. Assim, nesta abordagem tivemos em conta o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2016) que contempla cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, e assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2016). Este modelo ajudou-nos a compreender a singularidade da pessoa idosa e ir ao encontro das suas reais necessidades (Gomes, 2016).

Ao refletir sobre a nossa experiência profissional enquanto enfermeiras a desempenhar funções num SU, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências descrito por Benner (2001), considerámos situar-nos no nível proficiente, pelo que decidimos investir na formação académica e profissional de modo a adquirirmos um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades em contexto de prática clínica” que nos permitiram “ponderar as necessidades de saúde” da população idosa e desenvolver competências para atingirmos o nível de peritas na área do cuidado à pessoa idosa (OE, 2010, p.2).

Desta forma foram definidos dois objetivos gerais para a implementação deste projeto: 1) desenvolver competências como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados, em parceria com a pessoa idosa e família, na promoção da qualidade do sono em contexto de SU e comunidade; e 2) contribuir para uma mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem de forma a garantir um ambiente promotor da qualidade do sono na pessoa idosa internada no SU.

Para além das competências de enfermeiro especialista na área de cuidados à pessoa idosa, espera-se com este projeto o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos 4 domínios definidos pela OE (2010): responsabilidade profissional, ética e legal; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade e competências de mestre preconizadas pela ESEL (2014): capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento; capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas na prática clínica e desenvolvimento de projetos.

Para a realização deste trabalho optámos pela metodologia de projeto centrado nas necessidades reais das pessoas idosas. O objetivo desta metodologia é a resolução de um problema detetado na prática clínica, através da implementação de estratégias e desenvolvimento de intervenções, articulando a teoria e a prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o quadro de referência suportado numa revisão da literatura referente ao envelhecimento e à pessoa idosa, nomeadamente às alterações no padrão de sono da pessoa idosa, bem como a contribuição do Modelo de Intervenção em Parceria para promoção da qualidade do sono na pessoa idosa. No segundo capítulo apresentamos a metodologia utilizada e as considerações éticas e no terceiro capítulo é feita a descrição das atividades realizadas, os resultados obtidos e as competências adquiridas com a implementação do projeto. Nas considerações finais encontra-se descrita a reflexão sobre o percurso assim como as limitações do projeto e os contributos para a prática.

Este relatório foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico Português e elaborado segundo o documento facultado pela ESEL intitulado “Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações” (2017). As referências bibliográficas encontram-se de acordo com as Normas da *American Psychological Association* (APA).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo é apresentado o quadro de referência que serviu de eixo norteador deste projeto de estágio. No sentido de procurar a mais recente evidência científica foi realizada uma revisão da literatura tendo por base os princípios da revisão sistemática da literatura (RSL) sobre temas como o processo de envelhecimento e suas implicações no padrão de sono das pessoas idosas; e a avaliação da pessoa idosa no SU, destacando em particular a promoção da qualidade do sono. Explicitamos também o Modelo de Intervenção em Parceria que serviu de suporte ao desenvolvimento deste projeto (Gomes, 2016).

1.1 Envelhecimento e cuidados à pessoa idosa

A evidência do processo de envelhecimento em Portugal e o conseqüente aumento do número de pessoas idosas é irrefutável e tendencialmente crescente, o que tem conseqüências diretas no sistema de saúde e constitui um desafio para as políticas sociais (Coelho, Rodrigues & Moury, 2016). Nos últimos 40 anos a população idosa (> 65 anos) duplicou; prevê-se que em 2050 este grupo populacional represente uma proporção de 35,7% da população do país (Governo de Portugal, 2012). De acordo com as estatísticas demográficas referentes a 2015, verificou-se um aumento da proporção de pessoas idosas entre o ano de 2010 e 2015 e como conseqüência o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2016).

Como expressão do envelhecimento populacional verificou-se um agravamento do índice de dependência de pessoas idosas, que aumentou de 24 em 2001 para 32 em 2016, ou seja por cada 100 pessoas em idade ativa (dos 15 anos aos 64 anos) 32 são pessoas idosas dependentes (inativos) (INE, PORDATA, 2017). Este índice tem tendência para aumentar podendo atingir 57 em 2060 (Perista & Perista, 2012).

O aumento da longevidade da população e conseqüente envelhecimento resulta dos progressos realizados a nível económico, social, biomédico, tecnológico e da melhoria das condições de vida da população, constituindo um indicador de desenvolvimento social e científico. Deste ponto de vista pode-se considerar o

envelhecimento como um acontecimento positivo quer para os indivíduos quer para as sociedades (Cabral et al, 2013; Pocinho, 2014).

O fenómeno do envelhecimento pode ser analisado sob duas perspetivas: individualmente, sendo que o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida; e o envelhecimento demográfico, que se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total (Pocinho, 2014).

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à morte. Está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Sequeira, 2010; Jacob 2013; OMS, 2015).

Entre as principais consequências do envelhecimento demográfico encontram-se o aumento dos gastos com a saúde; o aumento da prevalência de doenças crónicas; o declínio funcional que leva à incapacidade progressiva de exercer atividades quotidianas e à perda da autonomia (Amaro, 2015; OMS, 2015). No âmbito das relações sociais, há referência a um comprometimento da inserção social; morte de familiares e amigos e aposentação que favorecem a diminuição da rede social, a perda de papéis sociais e o isolamento (Minayo & Coimbra, 2002).

Este constante aumento da população idosa portuguesa obriga a uma maior e progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde suscetíveis de assegurarem o bem-estar às pessoas idosas e proporcionarem uma melhoria da qualidade de vida (Ribeiro & Costa, 2012).

A necessidade de promoção de um envelhecimento saudável com qualidade, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível, traduz-se num desafio individual e coletivo para a prevenção e promoção da saúde e de um envelhecimento ativo (Veloso, Quintal & Lourenço, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o apoio ao envelhecimento ativo deve ser um objetivo da sociedade e das políticas atuais, otimizando as oportunidades em termos de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida, permitindo à pessoa idosa a total realização do seu potencial físico, social e mental, participando na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, em condições de proteção, segurança e cuidados adequados (OMS, 2002).

A DGS (2006), no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, refere que é necessária uma mudança de comportamentos e atitudes e uma ação concertada por parte da população em geral e da formação dos profissionais de saúde, de forma a dar resposta às novas realidades adequando os serviços de saúde e sociais no sentido de promover um envelhecimento ativo. Uma dessas recomendações faz referência à necessidade de “*informar e formar as pessoas idosas sobre a gestão do ritmo sono-vigília*”, assim como orientar tecnicamente os prestadores de cuidados para o facto das perturbações do sono serem uma patologia incapacitante para as pessoas idosas.

A OMS (2015) refere que o papel do Governo será o de organizar parcerias entre as famílias, a comunidade, os profissionais de saúde e o setor privado de forma a garantir a prestação de cuidados de qualidade a longo prazo diretamente àqueles que mais precisam. Além disso, é necessário treinar e prestar apoio aos cuidadores, integrá-los no processo de cuidar, e refletir sobre as suas preocupações.

Embora envelhecer seja um privilégio e uma conquista social dos nossos tempos, o progressivo envelhecimento da população representa um enorme desafio para as sociedades, porque, se por um lado, poder envelhecer representa uma oportunidade para maior desenvolvimento, por outro, apresenta consideráveis riscos de doença e incapacidade, conduzindo a hospitalizações prolongadas e constantes (Yousefi et al, 2009; Oliveira, Lopes & Frade, 2011).

A pessoa idosa tende a ter problemas de saúde mais complexos, maior risco de efeitos secundários adversos, complicações, situações de dependência que podem suscitar a sobrelotação dos serviços de saúde (Duarte & Gomes, 2015). O crescente estado de vulnerabilidade física, cognitiva e psicossocial, sendo independente de doença, determina a fragilidade da pessoa idosa (Street, 2004). Uma pessoa é considerada “frágil” quando reúne um conjunto de critérios:

(...) idade superior a 65 anos, AVC, doença crónica ou incapacitante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das AVD, queda nos últimos 3 meses, acamamento prolongado, úlceras de pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, déficits sensoriais de visão e audição, problemas sócio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos 3 meses (DGS, 2006, p.15).

Estes critérios devem ser tidos em consideração pois são preditivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de perda funcional, institucionalização e

de perda de função após uma hospitalização (DGS, 2006). A hospitalização prolongada compromete os padrões habituais da pessoa idosa, incluindo uma alteração no padrão de sono (Givens, Jones & Inouye, 2009). Além disso, alguns dos critérios de fragilidade referidos representam fatores influenciadores da qualidade do sono na pessoa idosa (envelhecimento; depressão; hábitos alimentares desadequados; polimedicação; problemas sócio-económicos e familiares) (Haimov & Shatil, 2013; Dean et al, 2016).

Neste sentido, a enfermagem desempenha um papel privilegiado no saber intervir e cuidar junto desta população, pois os cuidados de enfermagem devem ser centrados nas pessoas cujas necessidades não estão satisfeitas ou que necessitam de ajuda para manter e promover a saúde, o bem-estar e o conforto, como é o caso das pessoas idosas hospitalizadas (Henderson, 2004; Silva, 2006).

De facto, a percepção das necessidades, desejos e expectativas da pessoa idosa hospitalizada traduz-se como imperativo na qualidade dos cuidados, concretamente, nos cuidados de enfermagem (Ribeiro & Costa, 2012). Em simultâneo, para manter a excelência dos cuidados, o enfermeiro deve ter como principal preocupação a prevenção de complicações (OE, 2001).

Fulmer (2007) através do acrónimo “SPICES” fez referência a seis síndromes passíveis de prevenção durante o internamento da pessoa idosa: problemas relacionados com o sono, com a alimentação, a incontinência, a confusão mental, as quedas e as feridas. Deste modo, o enfermeiro deve proceder à rápida identificação de potenciais problemas, prescrever, implementar e avaliar intervenções com rigor técnico e científico que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis assim como referenciar para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados (OE, 2001).

De acordo com os estudos consultados a hospitalização - situação de transição - é considerada um momento de stress para a pessoa idosa e família, geradora de vulnerabilidade e fragilidade podendo representar diversas ameaças (Oliveira, 2008; Yousefi et al, 2009; Meleis, 2012). Compete ao enfermeiro desenvolver intervenções que visem facilitar este processo de transição. Deste modo, e para que as intervenções sejam realmente efetivas, deverão atender à complexidade e singularidade de cada pessoa idosa (Meleis, 2012; Cerqueira & Nunes, 2015).

Os serviços de urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS (DGS, 2006). Cuidar da pessoa idosa no SU exige que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, que não têm só a ver com o grau de conhecimentos que possui, mas também com a rapidez, agilidade e, sobretudo, sensibilidade com que domina as situações, valorizando o contacto e o comprometimento estabelecido com a pessoa idosa e família (Vaz & Goulão, 2008).

Tendo em conta o contexto deste estudo parece-nos importante refletir sobre a abordagem da pessoa idosa no serviço de urgência.

1.2 A pessoa idosa no Serviço de Urgência

De forma concomitante ao envelhecimento demográfico observa-se, também, uma alteração no padrão epidemiológico, que se caracteriza pelo aumento do número de pessoas com doenças crónicas e comorbilidades, susceptíveis a exacerbações frequentes dessas condições, reflectindo-se numa maior procura de cuidados de saúde. As pessoas idosas representam um grupo populacional que cada vez mais recorre aos serviços de saúde, nomeadamente ao SU. É, portanto, consensual que o atendimento das pessoas idosas nestes serviços careça de mais atenção e de cuidados diferenciados (Salvi et al, 2007).

O tradicional modelo dos SU focado na triagem, tratamento e encaminhamento rápidos não possibilita conhecer de modo individualizado as reais necessidades da pessoa idosa (Grilo et al, 2014). Além disso, as mudanças associadas à idade e as apresentações atípicas da doença, os valores laboratoriais alterados, a comorbilidade, os problemas na comunicação (afasia, surdez) e alteração do estado de consciência (delirium, demência) são frequentes e dificultam a colheita de dados (Salvi et al, 2007; Azeredo, 2014).

Em comparação com outros grupos populacionais mais jovens, as pessoas idosas apresentam mais situações urgentes e emergentes; realizam maior número de exames complementares de diagnóstico; maior tempo de permanência no SU devido à complexidade do diagnóstico e das intervenções terapêuticas; maior taxa de internamento; maior probabilidade de readmissão; maior risco de efeitos adversos após a alta, incluindo declínio funcional, hospitalização prolongada, admissão em lar e até morte nos seis meses seguintes (Salvi et al, 2007; Samaras et

al, 2010; Grilo et al, 2014; Azeredo, 2014; Oliveira et al, 2017). Acresce a estas características a polimedicação e reações farmacológicas adversas superiores comparativamente à população geral (Samaras et al, 2010). É, então, fundamental uma avaliação e atuação multidisciplinar, onde a Enfermagem ocupa um lugar de destaque e de relevância extrema (DGS, 2006).

Como referido por Queiróz (2007), o SU é um mundo que as pessoas sabem que existe mas que desconhecem, um mundo de muitas e fortes emoções, no qual são desafiados todos os dias os limites da própria vida.

O SU, pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda é, por si só, indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados (Vaz & Goulão, 2008; Azeredo, 2014).

O constante movimento de profissionais e doentes, o ambiente ruidoso, a iluminação artificial contínua, a falta de privacidade, o elevado tempo de espera, a permanência em macas estreitas, o aglomerado de fios, máquinas, perfusões, monitores, dispositivos invasivos e exames em conjunto com os sintomas da doença aguda aumentam o risco de complicações na pessoa idosa, nomeadamente o aparecimento de úlcera por pressão, desorientação/delirium, alterações da marcha, risco de queda, desnutrição/desidratação, infeções associadas aos cuidados de saúde e insónias (Hwang & Morrison, 2007; Vaz & Goulão, 2008; Nolan, 2009).

Em termos estatísticos no ano 2016 estiveram 7553 pessoas internadas no SO do SU onde realizámos estágio. Destas, 4639 tinham entre 65 e 99 anos, ou seja 61% das pessoas internadas eram idosas, sendo a média de tempo de permanência em todos os meses do ano superior a 24 horas (dados estatísticos fornecidos pelo hospital). Neste sentido, torna-se impreterível, segundo Tavares (2012), que os enfermeiros e outros profissionais de saúde acrescentem às habilidades e competências clínicas que já possuem para atender situações urgentes e emergentes, outras de foro geronto-geriátrico. É necessária formação adequada para conseguir observar e pensar na pessoa idosa doente como um todo, portadora de comorbilidades que obrigam a uma polimedicação, muitas vezes em situações de fragilidade sócio-sanitária (Azeredo, 2014).

Esta autora defende ainda a adaptação/reformulação do ambiente físico de um SU às necessidades das pessoas idosas, de modo a impedir a ocorrência de

efeitos adversos, como quedas, desorientação espaço-temporal ou infeções associadas aos cuidados de saúde (Azeredo, 2014).

Na mesma linha de pensamento, Barros (2012) citado por Veloso, Quintal & Lourenço (2015) refere que o principal desafio do envelhecimento no setor da saúde não é o acréscimo de despesa, mas a organização de respostas diferenciadas e adequadas às necessidades da população idosa, bem como a capacidade de utilizar mecanismos já existentes.

Hwang et al (2013) referem algumas sugestões para a melhoria dos cuidados às pessoas idosas nos serviços de urgência: uma abordagem global para identificar pessoas idosas com alto risco de eventos adversos (declínio funcional, internamento prolongado, morte...) através da utilização, por exemplo, do *Identification of Seniors At Risk* (ISAR) (McCusker et al. 1999); existência de uma equipa multidisciplinar com formação e treino adequado em geriatria; modificações estruturais do espaço físico de modo a respeitar a privacidade e conforto da pessoa idosa; existência de protocolos/guidelines para avaliação da pessoa idosa.

Ellis, Marshall & Ritchie (2014) reforçam a importância de uma avaliação multidimensional, com cuidados centrados na pessoa, e ênfase na avaliação das necessidades humanas fundamentais das pessoas idosas, incluindo a avaliação do padrão de sono, que falaremos no sub-capítulo seguinte.

1.3 O sono na pessoa idosa

O sono caracteriza-se por uma necessidade fisiológica que tem como funções biológicas a restauração do organismo, quer a nível físico como mental; e a conservação da energia, permitindo o nosso equilíbrio físico e emocional, capacitando-o de forma saudável e competente para as tarefas que decorrem durante a vigília. Por isso é importante que este processo seja entendido e respeitado (Rente & Pimentel, 2004).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2014) o sono consiste numa redução recorrente da atividade corporal marcada por uma diminuição da consciência, em que a pessoa não está alerta. O metabolismo está diminuído; a postura imóvel; a atividade corporal e a sensibilidade diminuídas mas prontamente reversíveis a estímulos externos.

O mecanismo do sono é essencialmente regulado por dois processos organizados: homeostático e circadiano. O processo homeostático relaciona-se com a quantidade de sono que o indivíduo apresenta na sua rotina diária; está relacionado com o tempo decorrido desde o último período de sono, pela acumulação de adenosina que produz sonolência (Costa e Silva, 2006). O processo circadiano é regulado através do núcleo supraquiasmático do hipotálamo e possui como função a regularização do tempo de sono consolidando o ciclo sono-vigília. Desenvolve-se em 24 horas em que o indivíduo alterna sono e vigília, podendo ser influenciado por diversos fatores que desviam o ritmo desfragmentando-o (Bertolazi & Barreto, 2008).

Este processo circadiano é influenciado por ritmos endógenos (provenientes do interior do organismo) e exógenos (provenientes do exterior desse mesmo organismo), sendo o ciclo de luz e escuridão um ritmo exógeno importante uma vez que regula a produção de hormonas, nomeadamente a melatonina que tende a desenrolar-se em sintonia com o ciclo sono-vigília (Urden, Stacy & Lough, 2008). Ambos os processos, homeostático e circadiano, funcionam em conjunto de modo a assegurar ao indivíduo um sono com qualidade e em quantidade.

A luz é o sincronizador mais relevante para a maioria dos seres vivos. As células da retina ao receberem estímulo luminoso enviam mensagem elétrica que alcança o hipotálamo. A glândula pineal é comandada pelo hipotálamo e é regulada pela luminosidade do dia, que a impede de produzir melatonina (Rajaratnam, 2004). À noite a glândula pineal é desbloqueada, pois a luz artificial é muito fraca para produzir o mesmo efeito, começando a libertar a sua hormona que, além de induzir o sono, age como uma espécie de indicador para todos os outros ritmos biológicos (Pulak & Jensen, 2016).

O sono segue um determinado padrão que normalmente se desenrola ao longo da noite. Na década de 50 foram revelados dois padrões distintos de sono: o sono com movimento ocular não-rápido (NREM) e com movimento ocular rápido (REM) (Carskadon & Dement, 2011). O ciclo do sono é iniciado no estado NREM, que constitui 75% do tempo de duração total do sono. É determinado por poucos movimentos oculares e diminuição do tónus muscular. Este estado é subdividido em 4 fases, com grau crescente de profundidade: as fases I e II, caracterizadas por um sono leve, e as fases III e IV em que a pessoa está num sono profundo. Neste

estado acontece o descanso mental (Carskadon & Dement, 2011). O estado REM acontece a seguir ao estado NREM e constitui 25% do tempo de duração do sono. É caracterizado por um movimento rápido dos olhos, por uma intensa atividade cerebral e desaparecimento do tónus muscular. Durante este estado as ondas cerebrais são semelhantes ao estado de vigília e acontecem a maior parte dos sonhos. O sono que começa com REM pode sugerir um distúrbio do sono ou do ritmo circadiano (Carskadon & Dement, 2011).

A progressão do estado NREM para estado REM é denominada ciclo de sono-vigília, dura cerca de 90 minutos e, normalmente, quatro a cinco ciclos são repetidos sem problemas durante o sono (Carskadon & Dement, 2011).

O sono apresenta mudanças significativas ao longo da vida. O processo de envelhecimento implica o surgimento de inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações do sono. As alterações no ritmo circadiano, a polimedicação, as patologias físicas e mentais, a alteração do estatuto social, como a reforma, a invalidez ou o isolamento contribuem para um agravamento da qualidade do sono noturno ao mesmo tempo que favorecem maior sonolência diurna (Roepke & Ancoli-Israel, 2010; Haimov & Shatil, 2013).

Em Portugal estima-se que os distúrbios do sono afetem cerca de 30% da população, sendo a população idosa dos grupos mais afetados (Paiva, 2009).

As alterações do sono apresentam-se, então, como uma das queixas mais relatadas pela população idosa (Raposo & Veríssimo, 2015). O processo de envelhecimento, por si só, causa uma alteração no ritmo circadiano, ocasionando, por exemplo: despertares precoces matinais, dificuldade em adormecer, maior dificuldade em manter o sono nas primeiras horas da manhã, aumento da latência inicial de sono, diminuição da eficiência do sono, aumento da sonolência diurna e mudanças nas fases do sono (diminuição das fases III e IV do sono NREM e diminuição da duração total do sono REM), o que se traduz num sono pouco repousante e dividido durante o dia com pequenas sestas. O número de despertares noturnos encontra-se aumentado (cerca de 5 a 6 na pessoa idosa). Relativamente à duração total do sono, alguns estudos têm tentado esclarecer e quantificar este valor que se encontra, na população geriátrica em geral, diminuído (Lee, Low & Twins, 2007; Urden, Stacy & Lough, 2008; Dijk et al, 2010).

Deste modo, a qualidade do sono representa um fator importante para a qualidade de vida, daí que esteja a ganhar cada vez mais reconhecimento e interesse no campo da saúde (Li et al, 2011). A avaliação da qualidade do sono pode ser realizada de forma objetiva ou subjetiva. Cada uma das formas pode permitir, por sua vez, o estudo do sono a curto ou a longo prazo como podemos verificar no quadro 1 (Missildine, 2008; Caple & March, 2016).

	Curto Prazo	Longo Prazo
Objetivo	Polissonografia	Actigrafia de pulso
Subjetivo	Entrevista Questionário	Diário de sono

Quadro 1 – Instrumentos para avaliação da qualidade de sono.

A polissonografia é o método habitualmente utilizado para estudo do sono. Esta técnica consiste no registo em simultâneo de alguns parâmetros fisiológicos durante o sono, tais como eletroencefalograma, electrooculograma, eletromiograma, electrocardiograma, fluxo aéreo (nasal e oral), esforço respiratório (torácico e abdominal) e gases sanguíneos (saturação de oxigénio; concentração de dióxido de carbono). Estas medidas são monitorizadas de acordo com um programa de registo, previamente definido e baseado nos dados clínicos da pessoa (AASM, 1999).

A actigrafia de pulso consiste numa técnica de avaliação do ciclo sono-vigília pelo registo da atividade motora através dos movimentos dos membros durante um período de 24 horas. O equipamento – actígrafo (dispositivo semelhante a um relógio) é colocado no pulso para deteção dos movimentos. Através deste método são obtidas informações como o tempo total de sono e de vigília, número de despertares e latência para o sono. Este método tem custos inferiores aos da polissonografia e por ser portátil permite a avaliação da qualidade do sono da pessoa no seu ambiente (Missildine et al, 2010; Pulak & Jensen, 2016).

Os instrumentos de medida subjetiva são mais utilizados em estudos epidemiológicos ou outros com grandes amostras. Os questionários de auto-resposta sobre o sono têm sido os instrumentos de eleição (Mugeiro & Martins, 2011). Entre estes destacamos o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) de Buysse et al (1989) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESS) de Johns (1991).

No PSQI são avaliados sete componentes: a qualidade subjetiva do sono (como a própria pessoa avalia a sua qualidade do sono), a latência para o sono (tempo que decorre entre o ato de deitar e o adormecer), a duração do sono (horas de sono por noite), a eficiência habitual do sono (número de horas dormidas/número de horas de permanência na cama x 100%), os transtornos do sono (acordar a meio da noite ou despertar cedo), o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna (dificuldade em permanecer acordado durante o dia). Este instrumento encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa (João et al, 2017). A ESS avalia a probabilidade de adormecer em oito circunstâncias, permitindo estudar a prevalência de sonolência diurna. Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Laboratório de Estudos de Patologia de Sono do Centro Hospitalar de Coimbra, em 2001.

A má qualidade e os distúrbios do sono têm particular relevância para as pessoas idosas, pois, além de muito frequentes nesta faixa etária, podem prejudicar a execução de tarefas diárias. Queixas diurnas de fadiga; sonolência; défices cognitivos a nível da atenção, concentração, memória; redução da velocidade de resposta; alteração do humor; desorientação; irritabilidade; sintomas ansiosos ou depressivos; dificuldade na cicatrização de feridas; diminuição da resposta imunológica; aumento do risco de doenças infecciosas; aumento da sensibilidade à dor; limitação do desempenho social, familiar, ocupacional ou problemas comportamentais (impulsividade, agressividade) podem ser o resultado de sono de má qualidade (Dillon, 2007; Haimov & Shatil, 2013; Hoey, Fulbrook & Douglas, 2014). A redução da velocidade de resposta é particularmente importante uma vez que pode afetar a capacidade de conduzir e aumentar o risco de quedas e acidentes. Deste modo, ao causar um aumento da vulnerabilidade do organismo da pessoa idosa, a ocorrência de complicações nos doentes internados e a morbidade ou mortalidade também aumentam (Pulak & Jensen, 2016).

A desvalorização dos problemas do sono, não só por parte das pessoas idosas, mas também por parte dos profissionais de saúde, contribuiu para o crescimento deste problema com enorme impacto a nível da saúde e económico (Santos, 2006; Antunes, 2008). As pessoas que sofrem de perturbações do sono

consomem um maior número de consultas, medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e têm mais internamentos (Reimer & Flemons, 2003).

Uma grande preocupação muitas vezes subestimada pelos profissionais de saúde é a forte relação bidirecional entre perturbações do sono e patologias médicas e mentais nas pessoas idosas. Hipertensão arterial, depressão, doença cardiovascular e doença cerebrovascular são exemplos de doenças que são mais propensas a desenvolver em indivíduos com perturbações do sono. Inversamente, os indivíduos com qualquer uma destas doenças apresentam um risco mais elevado de desenvolver perturbações do sono (Foley et al, 2004).

Daí a importância dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, terem em consideração as causas e consequências das perturbações do padrão de sono na pessoa idosa e desenvolverem/implementarem intervenções que promovam a qualidade do sono nesta população. Na secção seguinte são descritas as intervenções de enfermagem para a promoção da qualidade do sono descritas na literatura.

1.3.1 Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência - intervenção de enfermagem

Um sono adequado é essencial para a saúde e recuperação da pessoa, no entanto, o ambiente de um SU é, por natureza, um ambiente perturbador do padrão de sono. De acordo com a pesquisa efetuada verificámos que a maioria das pessoas idosas internadas sofre de alterações no seu padrão de sono: não conseguem dormir de acordo com o padrão habitual; dormem menos à noite do que o fariam em casa; o sono torna-se mais superficial e fragmentado, com vários despertares noturnos, menor eficiência e pior qualidade (Missildine, 2008; Pulak & Jensen, 2016; Caple & March, 2016). Esta alteração leva a que as pessoas apresentem sonolência durante o dia (Li et al, 2011).

Tendo em conta os estudos analisados na RSL, os fatores identificados como perturbadores do sono nas pessoas idosas internadas podem ser agrupados em três categorias: fatores ambientais; fatores associados à prestação de cuidados; e fatores inerentes à própria pessoa - fatores fisiológicos e fatores psicológicos (Pulak & Jensen, 2016; Caple & March, 2016).

Os fatores perturbadores do sono associados ao ambiente de uma unidade hospitalar foram: o ruído dos equipamentos (colchão de pressão alternada, sistema do ar condicionado, alarmes de monitores, ventiladores, seringas/bombas infusoras, sistema de aspiração e nebulização; telefones/telemóveis) e das conversas dos profissionais e de outras pessoas internadas; a iluminação e a temperatura (Ugras & Özteki, 2007; Missildine, 2008; Li et al, 2011; Eliassen & Hopstock, 2011).

Embora a OMS (1999) recomende valores limite de ruído para ambiente hospitalar entre 35dB (período noturno) e 40dB (período diurno), em alguns estudos analisados esse valor foi excedido (Missildine, 2008; Li et al, 2011; Filus et al, 2015). Um estudo realizado num SU nos Estados Unidos verificou que o ruído de fundo oscilava entre 60 a 70 dB, com vários picos de ruído até aos 90 dB. Estes valores mantiveram-se praticamente inalterados ao longo do dia, registando apenas uma pequena diminuição noturna (Orellana et al, 2007). Na Austrália foi realizado um trabalho da mesma índole com resultados coincidentes: ruído de fundo oscilando entre 58 a 68 dB e com picos superiores a 90 dB (Ortiga et al, 2013). De referir que um valor superior a 30dB interfere negativamente com a qualidade do sono, uma vez que impede a pessoa de atingir as fases mais profundas do sono (III e IV do sono NREM), além de que provoca uma diminuição na duração total do mesmo (OMS, 1999). Segundo a Agência Portuguesa do Ambiente (2004), valores acima de 40dB são considerados incomodativos.

Como referido anteriormente, a luz é o principal agente regulador do ritmo circadiano ao interferir na secreção de melatonina (hormona reguladora do ciclo sono/vigília) que se efetua com o aparecimento da noite (Urden, Stacy & Lough, 2008). Deste modo, quando as luzes das unidades/quartos dos doentes não são reduzidas a secreção de melatonina não acontece, o que provoca alterações no padrão de sono da pessoa (Pulak & Jensen, 2016). Além disso, a exposição excessiva a iluminação por lâmpadas fluorescentes pode desencadear períodos de desorientação nas pessoas idosas (Hwang & Morrison, 2007).

Os fatores perturbadores do sono associados à prestação de cuidados referidos na literatura foram as intervenções dos profissionais, principalmente dos enfermeiros (avaliação de sinais vitais, cuidados de conforto e higiene, alternância de decúbitos, administração de medicação), realização de exames complementares de diagnóstico, o desconforto devido ao leito (cama/maca, colchão, almofada) ou ao

posicionamento; estar ligado a mais do que um dispositivo; o ambiente desconhecido e os odores desagradáveis (Ugras & Özteki, 2007; Li et al, 2011).

Os fatores perturbadores do sono identificados como inerentes à própria pessoa podem ser divididos em duas subcategorias: fisiológicos e psicológicos.

Os fisiológicos incluem a dor e desconforto; o estado de saúde; o padrão de sono da pessoa que não é respeitado; a presença de perturbações primárias do sono (por exemplo, insônia, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), narcolepsia), os sintomas da doença aguda (tosse, dispneia, náuseas/vômitos); a gravidade da doença; a necessidade de ventilação invasiva ou não-invasiva e os efeitos da terapêutica (Missildine, 2008; Caple & March, 2016; Pulak & Jensen, 2016). Relativamente à terapêutica, as drogas mais utilizadas que interferem no padrão de sono da pessoa idosa são: benzodiazepinas, propofol, opióides, β -bloqueantes, antiarrítmicos, antipsicóticos, diuréticos e antidepressivos (Pulak & Jensen, 2016).

A nictúria, quer seja devido a incontinência urinária ou a interação medicamentosa, é um importante fator perturbador do sono. Além disso, a nictúria pode contribuir para o aumento de quedas em pessoas idosas (Dean et al, 2016).

Em termos psicológicos estão descritos como fatores perturbadores a ansiedade, depressão e delírio; o medo da doença, da recuperação e do desconhecido; o stress provocado pela permanência num ambiente desconhecido, com pessoas estranhas e onde a família só pode estar presente por períodos (Ugras & Özteki, 2007; Caple & March, 2016).

Com o conhecimento adquirido sobre a normal fisiologia do sono, os potenciais efeitos da privação do mesmo e os fatores que o afetam, torna-se urgente desenvolver programas para diminuir e minimizar as consequências da falta de sono e repouso (Li et al, 2011).

Na admissão da pessoa idosa, os enfermeiros devem avaliar o padrão de sono da pessoa idosa e questioná-la acerca das suas rotinas de sono, de modo também a despistar sintomas de distúrbios do mesmo. Em caso de, por exemplo, pessoas com SAOS que utilizam CPAP (ventilação por pressão positiva contínua) em casa, devem ser incentivadas a trazer o seu aparelho (Dean et al, 2016). Para além disso, devem ser identificadas e respeitadas as preferências das pessoas idosas e, sempre que possível, incorporá-las nas intervenções de promoção do sono

(respeitar a hora habitual de dormir; conhecer a preferência da pessoa pelo rádio e/ou televisão; conhecer a medicação habitual; cuidados de rotina antes de dormir, como escovar os dentes, escovar o cabelo, lavar o rosto) (LaReau et al, 2008; Eliassen & Hopstock, 2011; Pulak & Jensen, 2016).

As intervenções de enfermagem para a promoção da qualidade do sono relativas à modificação de fatores ambientais mencionadas na literatura foram: reduzir o nível de ruído (quadro 2); minimizar a iluminação e desligar as luzes o mais cedo possível no período noturno, mantendo um ambiente luminoso durante o dia com abertura das cortinas/estores; fornecer máscaras e tampões para os ouvidos como complemento para diminuir o ruído e iluminação e ajustar a temperatura ambiente (Ugras & Özteki, 2007; LaReau et al, 2008; Missildine, 2008; Li et al, 2011; Caple & March, 2016).

Redução do nível de ruído	
Reduzir o volume do toque do telefone/telemóvel	Utilizar calçado adequado que minimize o ruído
Os enfermeiros devem responder aos alarmes em menos de um minuto	Ajustar parâmetros do monitor tendo em conta o padrão da pessoa
Desligar a sucção	Fechar as portas e/ou cortinas
Limitar a conversa nas proximidades dos quartos/unidades e/ou reduzir o volume da voz	Verificar e reduzir o volume do alarme do monitor, do ventilador e das bombas ou seringas infusoras

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem para redução do nível de ruído.

Para minimizar os fatores perturbadores associados à prestação de cuidados, estão descritas as seguintes intervenções de enfermagem: sincronização entre pessoa e ventilador; verificação do volume dos fluídos endovenosos e da alimentação por sonda nasogástrica e substituição por novas embalagens antes de terminarem; fornecer ceia e/ou bebida quente; remoção de equipamento não necessário (braçadeira da tensão, cabos de electrocardiografia ou oxímetro); administração de terapêutica indutora do sono; evitar o uso de drogas que interferem com o sono; avaliação de sinais vitais com avaliação da dor; administração de terapêutica analgésica; utilização de técnicas de relaxamento (massagem), musicoterapia, aromaterapia; posicionar a pessoa de modo confortável (Missildine, 2008; Eliassen & Hopstock, 2011; Vincensi et al, 2016; Pulak & Jensen, 2016).

Outro aspeto referido na literatura foi a importância de informar a pessoa que estava na hora de dormir. Esta “permissão para dormir” é essencial para orientar a pessoa no tempo e para tranquilizá-la pois mesmo a dormir será cuidada (Eliassen & Hopstock, 2011). Informar a pessoa idosa sobre os procedimentos a realizar e demonstrar disponibilidade para responder a questões pode ser uma medida tranquilizadora (Eliassen & Hopstock, 2011; Pulak & Jensen, 2016).

De forma a potenciar a qualidade do sono durante o internamento foi proposto, em alguns hospitais, a implementação de um protocolo “*Quiet Time*”. Este protocolo tem como objetivo a criação de um ambiente mais calmo e tranquilo, promotor do sono e repouso da pessoa, através do controlo dos estímulos ambientais (luz, ruído, temperatura), promoção do conforto, alívio da dor e/ou ansiedade e administração criteriosa de fármacos durante um período de tempo (diurno, noturno, ou ambos) (Maidl et al, 2014; Pulak & Jensen, 2016).

Em suma, sempre que possível as intervenções de enfermagem devem ser agrupadas de modo a permitir um período de descanso mais longo durante a noite; as atividades que não são consideradas essenciais para manter a estabilidade hemodinâmica da pessoa devem ser evitadas (Li et al, 2011; Caple & March, 2016; Pulak & Jensen, 2016).

No final do turno os enfermeiros devem registar o padrão de sono da pessoa idosa internada (Li et al, 2011).

Para que as intervenções tenham eficácia é necessário que toda a equipa multidisciplinar esteja envolvida, sensibilizada e intervenha em parceria (Gomes, 2016). Assim no subcapítulo seguinte analisamos a forma como podemos operacionalizar o modelo de intervenção em parceria no âmbito deste projeto.

1.4 A parceria como intervenção de enfermagem na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência

Como já referimos é irrefutável o envelhecimento da população. Deste modo, os cuidados à pessoa idosa constituem uma das principais preocupações dos enfermeiros sendo essencial desenvolver o empowerment nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados (Gomes, 2007). O empowerment, como construto multidimensional, deve ser operacionalizado como instrumento terapêutico do cuidar de enfermagem, não só ao nível da relação enfermeiro/pessoa idosa, bem

como, possibilitando a esta um maior poder e controlo sobre a sua vida numa participação efetiva no seu projeto de saúde (Gomes, 2007; Ribeiro & Costa, 2012).

De acordo com Schumacher, Jones & Meleis (1999) a pessoa ao envelhecer vive múltiplas transições que a podem tornar mais vulnerável e ameaçar a sua saúde e qualidade de vida. Envelhecer não é um evento, mas sim um processo de ganhos e perdas ao longo do tempo durante o qual as pessoas experienciam múltiplas transições, como por exemplo a hospitalização, sendo muitas das vezes essas transições que as aproximam do enfermeiro. A transição envolve uma alteração no estado de saúde, nas relações de papéis, expectativas ou habilidades. Provoca alterações nas necessidades de todos os sistemas do ser humano. Requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento para alterar comportamentos (Meleis & Trangenstein, 1994).

Os enfermeiros assumem, assim, um papel preponderante no sentido de criar condições que ajudem os clientes de cuidados, neste acaso as pessoas idosas, a experienciar situações de transição, promovendo os processos de adaptação e prevenindo resultados indesejáveis, de acordo com a fase do processo de envelhecimento em que se encontra (Meleis, 2012; Gomes, 2013).

Tendo por base que os cuidados de Enfermagem, segundo a OE (2001, p.11), “*tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue(...)ao longo de todo o ciclo vital*”, consideramos a Enfermagem um pilar fundamental na criação de parcerias potenciadoras da saúde e qualidade de vida da pessoa ao envelhecer (Cerqueira & Nunes, 2015).

Perante o que foi exposto, o referencial teórico norteador da intervenção de enfermagem subjacente a este projeto foi o modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa/família para promover o cuidado de Si (Gomes, 2013, 2016).

A **parceria** entre o enfermeiro e a pessoa idosa é um processo que promove o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação, na qual se partilham significados da experiência da pessoa com um duplo sentido: o cuidado de Si como Si próprio quando a pessoa tem capacidade de decisão ou o cuidado de Si, como um cuidado do outro assegurado pela enfermeira quando a pessoa não tem capacidade de decisão (Gomes, 2016). Segundo a autora (2009, p.102) é

um processo dinâmico, negociado em conjunto por doentes e enfermeiros no respeito pelos saberes de cada um. Isto implica que à pessoa tem que lhe ser dado o direito e a

responsabilidade de fazer escolhas, envolver-se na tomada de decisão em liberdade, no respeito pela sua autonomia e identidade.

O processo de parceria com a pessoa idosa é caracterizado por cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Estas fases são interdependentes, dinâmicas, e podem ocorrer em simultâneo na intervenção de enfermagem (Gomes, 2016). A construção de uma relação de cuidados em parceria envolve alguns pressupostos: a mobilização de recursos; a promoção da autonomia; o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais; a partilha de poder, responsabilidade e informação; o respeito pelo outro; o ter tempo e espaço para construir a relação; a identificação das necessidades e potencialidades da pessoa idosa/família; a negociação; o incentivo à partilha de preocupações, dúvidas e o estabelecimento de compromissos com a pessoa idosa/família (Gomes, 2016).

A pessoa idosa que recorre ao SU tem uma identidade, tem valores, crenças, hábitos e preferências que é necessário respeitar, está inserida num contexto sociocultural e ambiental que é necessário conhecer. Neste sentido, para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no SU, entendido como um serviço hostil e caótico, é necessário prestar cuidados individualizados e personalizados, que promovam o bem-estar e conforto da pessoa, ajudando-a a lidar com a sua situação de doença, no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2016).

Numa primeira fase é estabelecida uma relação de confiança, que possibilita ao enfermeiro revelar-se e envolver-se, ou seja dar-se a conhecer e conhecer a pessoa idosa. Isto implica conhecer o padrão de sono da pessoa antes do internamento por forma a manter, tanto quanto possível, as rotinas da pessoa durante a estadia no SU. Concomitantemente através de uma correta avaliação do padrão de sono e identificação dos fatores de interferência, os enfermeiros podem planear intervenções de forma a capacitar ou possibilitar às pessoas idosas internadas um sono de melhor qualidade durante a hospitalização. Estabelecem-se compromissos de ambas as partes para alcançar os objetivos e transformar capacidades potenciais em capacidades reais – comprometer-se. Em parceria é possível prevenir ou minorar os efeitos negativos da hospitalização, promover o bem-estar e conforto e manter um ambiente seguro para que a pessoa idosa possa experienciar um sono com qualidade – assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro.

2. METODOLOGIA DE PROJETO

A utilização da metodologia de projeto é indispensável nos cuidados de saúde permitindo atuar nas várias áreas da atividade profissional e auxiliar na elaboração de estratégias e parcerias que aumentem a qualidade dos cuidados. Esta metodologia *“através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2). Pressupõe a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A escolha desta metodologia emergiu do propósito de querermos resolver um problema identificado no local de estágio, sendo o nosso local de trabalho. A formação quando realizada em contexto de trabalho permite-nos desenvolver competências que englobam: autoconsciência e autocontrolo, desenvolvimento pessoal, trabalho de equipa, conhecimento e perícia académica, tomada de decisão e resolução de problemas, assim como capacidade de avaliação e julgamento (Eraut, 2008).

A utilização da metodologia de projeto comportou as etapas de diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento de atividades, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). As três primeiras fases foram realizadas no 2º semestre do curso na unidade curricular Opção II, a fase da execução e avaliação foram desenvolvidas em estágio (3º semestre) culminando com a construção deste relatório como forma de divulgação dos resultados obtidos.

A elaboração deste trabalho teve como finalidade o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente de cuidado à pessoa idosa, que permitissem prestar cuidados à pessoa idosa e família em contexto intra e extra-hospitalar, nomeadamente na promoção da qualidade do sono. Para a sua realização foi necessário a colaboração de vários intervenientes, nomeadamente os enfermeiros orientadores de estágio e coordenadores dos serviços. Os participantes foram as equipas de enfermagem e as pessoas idosas e suas famílias, em contexto hospitalar e em contexto comunitário.

2.1. Considerações éticas

Os pedidos de autorização para a realização do estágio foram formalmente efetuados pela ESEL e dirigidos aos dois locais de estágio propostos no projeto. Pedidos esses que foram aceites. Posteriormente, as estudantes enviaram ao Conselho de Administração do respetivo hospital o pedido de autorização para a implementação do projeto de estágio, assim como o protocolo do estudo. Este pedido foi previamente autorizado pela direção de enfermagem, pela enfermeira coordenadora do SU, pelo director clínico do SU e pela comissão de ética para a saúde do hospital. A autorização encontra-se no Anexo I.

Durante a realização do estágio foi nossa preocupação cumprir com os princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), assim como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) com enfoque especial nos direitos da pessoa idosa, como descrito na alínea c) do artigo 102º do CDE “*salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida*” (OE, 2015, p.82). Nesta perspetiva foi fundamental o estabelecimento de uma relação de parceria de modo a garantir que a pessoa idosa estivesse informada e detivesse o poder de decidir sobre o seu projeto de vida (Gomes, 2016).

Foi protegido o anonimato, privacidade e confidencialidade das pessoas idosas e famílias, assim como das equipas de enfermagem e das instituições, uma vez que nunca foram revelados dados que as pudessem identificar, assegurando o **dever de sigilo**. A caracterização dos serviços foi apenas o estritamente necessário para o enquadramento das intervenções. Foi comunicado às pessoas idosas e famílias os objetivos do estudo – **dever de informação** e foi pedido autorização para a sua participação – **consentimento informado**. Nenhuma intervenção foi realizada sem o consentimento da pessoa idosa.

Tendo em consideração cada pessoa idosa como única foram ainda respeitados os princípios éticos da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013).

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS E RESULTADOS

A formação desempenha um papel determinante em relação à prestação de cuidados de enfermagem pois é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes (Collière, 2003).

Face ao disposto na alínea c) do Artigo 109º do CDE, o enfermeiro na procura pela excelência do exercício profissional assume o dever de “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (OE, 2015, p.86). Deste modo, a formação contínua do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional mas também um dever para com a profissão (Rodrigues, Vieira & Charepe, 2011). O desenvolvimento profissional tendo por base a formação ao longo de toda a carreira profissional é uma necessidade imperativa dos enfermeiros, permitindo-lhes a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de qualidade tendo em conta os novos desafios que se impõem, nomeadamente o envelhecimento demográfico (Fonseca, 2015).

Este dever é reforçado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010, p.2) ao definir que:

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada decisão, traduzidos num conjunto de competências relativas a um campo de intervenção.

As atividades realizadas durante o período de estágio contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos quatro domínios descritos pela OE (2010). Focámo-nos mais especificamente no desenvolvimento de competências na área médico-cirúrgica - vertente pessoa idosa, de modo a cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2016). De forma concomitante procurámos, também, adquirir competências de mestre com o desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema de acordo com o regulamento de mestrado da ESEL (2014).

Deste modo, para a realização do projeto definimos dois objetivos gerais:

- 1. Desenvolver competências como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados, em parceria com a pessoa idosa e família, na promoção da qualidade do sono em contexto de SU e comunidade.**
- 2. Contribuir para uma mudança na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem, de forma a garantir um ambiente promotor da qualidade do sono na pessoa idosa internada no SU.**

As atividades desenvolvidas na concretização destes objetivos encontram-se no cronograma de atividades (Apêndice I). Foi ainda elaborada, na fase de planeamento do projeto, uma Análise SWOT que permitiu a reflexão sobre as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças na implementação do projeto (Apêndice II).

Para facilitar a descrição das atividades desenvolvidas/competências adquiridas pareceu-nos pertinente dividir o presente capítulo em dois subcapítulos referentes a cada um dos objetivos gerais definidos. No Apêndice III encontram-se esquematizados os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas e os indicadores de avaliação. Serão remetidas também para apêndice algumas atividades desenvolvidas de forma a completar a informação aqui descrita.

3.1 Desenvolver competências como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados, em parceria com a pessoa idosa e família, na promoção da qualidade do sono em contexto de SU e comunidade.

De forma a atingir este objetivo geral foram definidos cinco objetivos específicos, que se encontram descritos no Quadro 3.

Objetivos Específicos 1
1. Adquirir conhecimentos na área do sono, contextualizando a problemática na pessoa idosa hospitalizada.
2. Identificar quais os fatores que perturbam a qualidade do sono da pessoa idosa internada no SU.
3. Identificar as necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, nomeadamente na promoção da qualidade do sono.
4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa e família, em contexto de domicílio.

5. Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa hospitalizada que promovam a qualidade do sono.

Quadro 3 – Objetivos específicos referentes ao objetivo geral 1.

As atividades desenvolvidas durante a **realização do estágio** permitiram a concretização dos objetivos propostos. Tanto no SU como na UCC foi possível, juntamente com a equipa multidisciplinar e orientadores, prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa e sua família, assim como conhecer o ambiente que rodeia a pessoa idosa, os recursos disponíveis para maximizar as suas capacidades e dar respostas às necessidades humanas fundamentais não satisfeitas, nomeadamente a nível do dormir e descansar.

De referir que no início do estágio tivemos **reunião** com a enfermeira coordenadora do SU e com a enfermeira coordenadora da UCC para apresentação do projeto. Sempre que necessário voltámos a reunir para apresentar resultados e obter feedback.

Na procura de **conhecimento acerca do sono e repouso da pessoa idosa** hospitalizada realizámos uma **pesquisa bibliográfica em bases de dados** internacionais e livros de referência que culminou com a realização de uma **revisão** que teve por base os princípios de uma **RSL** (Apêndice IV). A pesquisa foi iniciada na fase de desenho do projeto e prolongou-se durante todo o estágio, com o intuito de procurar a mais recente evidência científica sobre o tema.

O processo para a condução de uma RSL inicia-se com a elaboração da questão de investigação (Galvão; Sawada & Trevizan, 2004). Deste modo formulámos a questão de investigação segundo o formato PICO: “Quais as intervenções de enfermagem (**I**) para a promoção da qualidade do sono (**O**) na pessoa idosa internada no serviço de urgência (**P**)?”. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost (CINAHL with full text e Medline with full text) tendo sido utilizado os descritores CINAHL Headings e Medline MeSH, numa lógica booleana: “elderly” OR “old people” OR “aged” OR “elder” AND “sleep” AND “nursing care” OR “nursing intervention” AND “hospital*”. A revisão considerou estudos escritos em português, inglês e espanhol, entre 2006 e 2016, com apresentação do texto completo (*full text*) e que incluíssem pessoas idosas (com 65 ou mais anos) hospitalizadas, com metodologia qualitativa e/ou quantitativa. Foram excluídos estudos que não incluíssem pessoas idosas ou que avaliassem a qualidade do sono

no domicílio. Excluíram-se também estudos anteriores ao ano de 2006 e noutras línguas que não as descritas anteriormente. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos e resumos obtivemos 10 artigos que foram analisados na íntegra e constituíram a RSL.

Os dados encontrados na RSL integraram o **enquadramento teórico** deste relatório e sustentaram todas as nossas intervenções. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, uma vez que **baseámos as nossas intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes e interpretámos dados provenientes da evidência**. Além disso, permitiu o desenvolvimento das capacidades de investigação e de argumentação em torno do problema identificado – **competências de mestre**.

Ainda com o objetivo de aprofundar conhecimentos na área do sono realizámos uma visita ao Laboratório de Patologia Respiratória do Sono do respetivo hospital e tivemos oportunidade de conversar com a sua responsável clínica. Esta explicou-nos as rotinas do serviço e os tipos de exames realizados, nomeadamente polissonografia e atigrafia de pulso. Estivemos também presentes na sessão celebrativa do Dia Mundial do Sono com o tema “*durma bem, disfrute a vida!*” realizada na sala de sessões do hospital.

Realizámos ainda pesquisas bibliográficas acerca do processo de envelhecimento e suas implicações no padrão de sono das pessoas idosas e do modelo teórico para suporte das nossas ações.

Assim questionámo-nos: como intervir em parceria com a pessoa idosa e família? Como ganhar a sua confiança? Como capacitá-la? Foram estas as questões de partida para a escolha do modelo teórico que sustentou todas as nossas ações. Um modelo teórico em enfermagem deve refletir e orientar a prática profissional e servir como instrumento de avaliação da eficácia da enfermagem. Para além disso, com a aplicação de um modelo teórico, os enfermeiros ajudam os outros a compreenderem o seu importante papel e a diferença que fazem na vida das pessoas e na sustentabilidade das instituições (Berger, Conway & Beaton 2012). Nesta perspetiva e tendo por base as especificidades inerentes ao cuidado de uma pessoa idosa, procurámos escolher um modelo teórico que nos permitisse ter como principal foco de atuação a pessoa, vendo-a na sua globalidade e tornando-a num parceiro de cuidados, de modo a capacitá-la para a tomada de decisão.

Após ler alguns modelos teóricos, aquele que nos pareceu mais apropriado foi o **Modelo de Parceria** de Gomes (2016). Um modelo dividido em cinco fases que é possível adaptar a todas as situações, quer em meio hospitalar quer na comunidade. Ao interagirmos de acordo com os pressupostos deste modelo conseguimos promover o cuidado, tendo por base os princípios e valores da eficácia terapêutica e antecipar complicações, ao permitir que a pessoa idosa tivesse conforto e bem-estar e prosseguisse na sua trajectória de vida (Gomes, 2016). Também o facto de tirarmos dúvidas sobre o modelo com a autora foi uma mais-valia. Assim, para tornar mais fácil o processo de recolha de dados às pessoas idosas e famílias elaborámos um **guião de colheita de dados** baseado no processo de parceria com a pessoa idosa que recorre ao SU (Apêndice V). Este guião para além de orientar a nossa intervenção de acordo com as fases do modelo de parceria permitiu, também, a avaliação das reais necessidades da pessoa idosa. Para além disso, contribuiu para o desenvolvimento de **competências comunicacionais** na realização das entrevistas. Todavia, e tendo em conta que uma entrevista requer algum tempo, o que nem sempre é compatível com o funcionamento de um SU, procedemos à leitura de um documento escrito por Wright & Leahey (2012) intitulado “*Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*”. A leitura deste documento foi relevante no sentido em que nos orientou para aspetos fundamentais durante uma entrevista.

Deste modo, e para conhecer as **necessidades específicas da pessoa idosa** e identificar eventuais perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais é necessário proceder a uma **avaliação multidimensional**. Esta avaliação enquanto processo de diagnóstico permite identificar corretamente, quantificar e gerir de forma adequada os problemas da pessoa (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Graf e colaboradores (2011) realizaram uma RSL com a finalidade de estudar a influência de uma avaliação geriátrica global das pessoas atendidas no SU. Com este estudo foi possível perceber que uma avaliação assente no conceito multidimensional da pessoa idosa, admitida na urgência, está associada à redução do risco de declínio funcional, de readmissão nos 30 dias seguintes e de encaminhamento para lares.

Para a avaliação multidimensional da pessoa idosa recorreremos a diversos instrumentos de avaliação devidamente traduzidos e validados para a população portuguesa: Escala de Coma de *Glasgow*, Mini-Mental State Examination (MMSE) e

Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage para avaliação cognitiva e afetiva; Mini Nutricional Assessment para avaliação do estado nutricional; Escala de Morse para avaliação do risco de quedas; Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão; Escala de Lawton e Brody para avaliação das atividades instrumentais de vida diária; Índice de Barthel para avaliação das atividades básicas de vida diárias; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e Escala de Sonolência de Epworth para avaliação do padrão de sono; Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit para avaliação do risco de sobrecarga do cuidador.

De referir que entrámos em contacto via e-mail com o Dr. Daniel Buysse no sentido de obtermos autorização para utilização do PSQI (Anexo II). A versão portuguesa do PSQI é propriedade do Mapi Research Trust, sendo que contactámos o Mapi e este facultou-nos o documento.

Apesar da importância que a avaliação multidimensional tem neste contexto percebemos que, num serviço com elevado nível de imprevisibilidade e com um trabalho exigente do ponto de vista técnico e psicológico, este não pode ser um processo tão moroso, devendo ser mais prático e funcional (Leocádio & Gomes, 2016). Assim sendo, pesquisámos o que a literatura diz sobre esta situação e encontramos como sugestão a utilização do ISAR de McCusker et al. (1999). Por ser uma escala desconhecida realizámos uma **ficha de leitura** sobre a mesma (Apêndice VI).

De forma a demonstrar como o modelo de parceria pode ser operacionalizado na realização de uma avaliação multidimensional foi descrita uma situação de intervenção que teve por base o referido modelo.

O Senhor (Sr.) E.E., de 75 anos, estava no quinto internamento do ano de 2016 com o mesmo diagnóstico - insuficiência cardíaca descompensada por provável incumprimento terapêutico e insuficiência respiratória parcial. Procurámos envolver-nos com esta família ao demonstrar tempo, espaço, disponibilidade e interesse em saber mais sobre o seu contexto de vida, sempre com uma postura calma e empática, com utilização de linguagem adequada e respeito pela privacidade e intimidade do Sr. E.E. e sua esposa. Assim foi possível criar uma relação de confiança, na qual a esposa do Sr. E.E. nos revelou as suas dificuldades e preocupações e o Sr. E.E., após alguma persistência, confessou-nos que não cumpria o regime terapêutico na sua totalidade, isto é, não utilizava o seu aparelho

CPAP todas as noites. Utilizámos a **ESS** para avaliação da sonolência diurna, após pedido de autorização ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Anexo III). Juntamente com a equipa multidisciplinar negociámos com o Sr. E.E. estratégias para o motivar a utilizar o CPAP – **reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde**. Capacitámos o Sr. E.E. para assumir o controlo de Si, ao mesmo tempo que desenvolvemos competências nele e na esposa para atingir os objetivos de acordo com os problemas identificados.

A aplicação do modelo de parceria nesta situação permitiu identificar precocemente problemas e necessidades que careciam de intervenção de enfermagem e antecipar complicações. Com base no conhecimento e respeito pela individualidade da pessoa, na partilha de dúvidas e sentimentos, na negociação e na inclusão da família no plano de cuidados, foi possível criar condições que ajudaram a pessoa idosa a prosseguir com o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

Esta intervenção em parceria **foi apresentada à equipa de enfermagem** do SU, em formato de powerpoint, com o intuito de dar a conhecer à equipa a forma de operacionalização do modelo escolhido e a importância de uma avaliação multidimensional (Apêndice VII), ao mesmo tempo que houve um incentivo à equipa de enfermagem para envolver a família/cuidador no processo de cuidar em parceria. Assim foi possível **atuarmos como formadores em contexto de trabalho** e como **dinamizadores e gestores da incorporação do novo conhecimento**.

O SU representa um ambiente rico em experiências, muitas vezes caótico, com a necessidade de tomada de decisões assertivas. Urge então a necessidade por parte do enfermeiro de utilizar no seu dia-a-dia profissional uma prática reflexiva, onde analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que promovam mudanças de atitudes (Jasper, 2003). Todas as situações vivenciadas durante o estágio mereceram uma reflexão e análise crítica. Para nos auxiliar neste processo redigimos duas **notas de campo**, seguindo as premissas definidas nas 6 etapas do ciclo reflexivo de Gibbs (1988) (Jasper, 2003) e tendo por base a parceria como intervenção de enfermagem (Apêndice VIII). A primeira situação refere-se a um Sr. de 73 anos que estava internado em maca no corredor do SO e que durante o período da noite apresentou um episódio de desorientação espaço-temporal com tentativas de levantar. Nesta situação a intervenção de “primeira linha” para a equipa

seria conter fisicamente o Sr. à maca, com utilização de imobilizações. Conversámos com o Sr., ouvimo-lo, e conseguimos em parceria resolver a situação. Posteriormente falámos com a equipa e referimos que a contenção física de uma pessoa idosa à maca não pode nunca ser a primeira intervenção para solucionar um problema. Embora não seja desconhecido para a equipa, foi importante reforçarmos os efeitos adversos e as complicações que uma contenção física pode acarretar numa pessoa idosa, desenvolvendo assim competências no domínio da melhoria da qualidade (**demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes**) e da responsabilidade profissional, ética e legal (**as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente**). Nesta situação proporcionámos um **ambiente terapêutico e seguro, ao gerir os cuidados e otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores** (assistentes operacionais).

Na segunda situação uma colega recente no serviço veio ter connosco para pedir ajuda na elaboração de uma carta de encaminhamento para o centro de saúde de um Sr. que iria ter alta algaliado. “Então e a pessoa e família sabem os cuidados a ter?” perguntámos nós. Reunimos com o Sr., com a esposa e com a neta num gabinete, **garantindo a privacidade** da família, e explicámos os cuidados a ter e sinais de alerta. Com isto quisemos transmitir à pessoa idosa e família um conjunto de **medidas standard de prevenção e controlo da infecção**. A elaboração da nota de alta, por seu lado, revestiu-se de grande importância uma vez que os **registos** são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem (Martins et al, 2008). Ao mesmo tempo, ao **disponibilizarmos assessoria** à enfermeira, **favorecemos a sua aprendizagem** e **contribuímos para o desenvolvimento de competências** nos nossos pares.

Para além das notas de campo foram debatidas ideias e dúvidas com a enfermeira orientadora. Também a realização das **orientações tutoriais** com a professora e com os colegas na ESEL foram oportunos para fomentar o espírito reflexivo, para partilha de conhecimentos e discussão das opções tomadas. No final de cada sessão foi escrita uma ata e enviada para a professora orientadora.

Após a fase de pesquisa e integração de conhecimentos, e dado que não foi encontrado nenhum artigo na RSL em contexto de SU, sentimos necessidade de averiguar efetivamente quais são os **fatores que afetam a qualidade do sono das pessoas idosas internadas no SU**. Para isso realizámos **entrevistas semi-estruturadas**. Neste tipo de entrevistas o entrevistador possui um guião de questões previamente definidas e que são adaptáveis segundo uma ordem que lhe convém, num contexto semelhante ao de uma conversa informal (Fortin, 2000). As entrevistas semi-estruturadas devem ser utilizadas quando se pretende compreender a forma como os entrevistados percecionam o fenómeno ou a problemática em causa (Pocinho, 2012). As entrevistas foram realizadas a pessoas idosas internadas no SU que cumprissem os seguintes critérios: idade > 65 anos; com score > 9 no item “orientação” do MMSE; ter passado uma noite internado/a no SO; saber assinar; aceitar participar no estudo (Apêndice IX); ter verbalizado desconforto após a pergunta “*como passou a noite?*”. Das 21 pessoas questionadas, 12 referiram sono não reparador na noite anterior, tendo sido estas as que constituíram a amostra.

Os dados recolhidos foram alvo de análise quantitativa (análise estatística) e qualitativa segundo análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2007) (Apêndice X). As respostas foram agrupadas de acordo com as categorias definidas *à priori*, com base na informação extraída na RSL, e *a posteriori* pela indução dos significados referidos pelos sujeitos e por análise de frequências, tendo-se definido as seguintes categorias: fatores ambientais (ruído, iluminação, espaço físico, temperatura), fatores associados à prestação de cuidados e fatores inerentes à própria pessoa (fisiológicos e psicológicos) (Caple & March, 2016; Pulak & Jensen, 2016).

Os fatores perturbadores da qualidade do sono referidos pelas pessoas idosas foram: o ruído (9 unidades de enumeração), fatores psicológicos (8 unidades de enumeração), a iluminação (6 unidades de enumeração), fatores fisiológicos (5 unidades de enumeração), fatores associados à prestação de cuidados (4 unidades de enumeração), espaço físico (4 unidades de enumeração) e temperatura (1 unidade de enumeração).

Estes resultados foram apresentados à enfermeira coordenadora do serviço no sentido de agilizarmos recursos para colmatar algumas falhas, nomeadamente

reparar as luzes individuais das unidades que não estavam a funcionar, acertar relógios, disponibilizar cortinas e reforçar as ceias sempre que possível.

Conhecemos bem o que se passa dentro das “4 paredes” do SU, mas e lá fora? Fora destas portas como se cuida em parceria da pessoa idosa? Como se interage com a família? Que recursos existem na comunidade para “oferecer” às famílias? Como ajudar as pessoas idosas a dormirem melhor?

Foram estas e outras inquietações que procurámos resolver aquando do estágio na UCC, entre 16 de Janeiro 2017 a 10 de Fevereiro de 2017, com a carga horária de 25 horas semanais.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença e actua na educação para a saúde (Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Neste campo de estágio houve uma preocupação em conhecer o contexto de vida, social, cultural, económico e familiar da pessoa idosa. Um contexto que desconhecíamos profissionalmente uma vez que toda a nossa atividade laboral foi em contexto hospitalar. Com o intuito de **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa e família, em contexto de domicílio** integrámos a equipa da ECCI e realizámos visitas domiciliárias. Tal como a nível hospitalar, também aqui encontrámos muitas pessoas idosas, maioritariamente dependentes.

A passagem por esta unidade trouxe-nos muitas aprendizagens. Percebemos a forma como a equipa de enfermagem se articula entre si e com outros profissionais, percebemos a dificuldade de cuidar sem os recursos adequados, a dificuldade de realizar registos em tempo útil. Mas também foi aqui que percebemos realmente como a relação em parceria é importante, como o trabalho do enfermeiro muda a vida de uma pessoa e de uma família.

Acompanhámos três enfermeiras nas suas visitas domiciliárias, sendo que cada uma delas tem a seu cargo um determinado número de pessoas, consoante a zona geográfica. Por motivos de tempo não foi possível realizar nenhuma visita com a equipa de cuidados paliativos, o que teria sido na nossa opinião uma mais-valia.

Na primeira semana a nossa intervenção foi mais dirigida à **observação das práticas**, ao conhecer e dar-mo-nos a conhecer às pessoas, ao realizar o

levantamento dos problemas identificados e das necessidades afetadas. Encontrámos muitas pessoas idosas acamadas ou com mobilidade reduzida, com úlceras por pressão, pé diabético, com dispositivos invasivos (algália e sonda nasogástrica) ou sob terapêutica intramuscular. A maior parte vivia com o(s) cuidador(es) embora tenhamos encontrado pessoas a viver sozinhas, com apoio de instituições de solidariedade social e vizinhos.

Por serem tratamentos de longa duração, e uma vez que a equipa de enfermagem era reduzida, foi possível estabelecer com a pessoa idosa e família uma relação de confiança e de proximidade que dificilmente acontece enquanto enfermeiras do SU. A intervenção da equipa de enfermagem não se centrava apenas na realização do penso ou na administração de um injectável. A pessoa idosa era vista como um ser de projeto e cuidado (Gomes, 2016).

O domicílio é o melhor local para o enfermeiro fazer o diagnóstico das necessidades da pessoa idosa e família/cuidador e realizar intervenções que favoreçam a aquisição ou adaptação de novos papéis que sejam consistentes com a personalidade da pessoa idosa, com a sua capacidade funcional e cognitiva, com a sua posição social e com o prognóstico da sua doença (Leme, 2000).

Tivemos oportunidade de na primeira semana realizar “uma primeira visita” e acompanhar esta família ao longo das quatro semanas. Esta família foi o nosso alvo de estudo para a realização do **estudo de caso** (Apêndice XI) que incluiu uma **avaliação multidimensional da pessoa idosa**. O estudo de caso é um estudo aprofundado dos problemas e necessidades de um indivíduo, família, grupo ou comunidade que permite fundamentar as ações de enfermagem e proporcionar uma intervenção individual e personalizada (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). A escolha teve em consideração a opinião da enfermeira responsável, da enfermeira coordenadora da UCC e, claro, da própria família que autorizou a realização do estudo de caso.

Nesta situação tivemos oportunidade de estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa e família, onde construímos uma ação conjunta sempre que a pessoa tinha autonomia ou assegurámos o cuidado do Outro sempre que a pessoa não era autónoma. No final, capacitámos a pessoa e a cuidadora, neste caso a esposa, para cuidar da pessoa idosa no domicílio. Mobilizámos recursos humanos e materiais; respeitámos e demos tempo à pessoa para realizar as atividades;

incentivámos ambos à partilha de preocupações e dúvidas; negociámos estratégias e comprometemo-nos em atingir os objetivos traçados.

No domicílio a família tem de ser vista pelos profissionais de saúde como sujeito dos cuidados e não como objecto dos mesmos (Moreira, 2001). Muitas vezes a família/cuidador são pessoas que não possuem formação específica que lhes permitam garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir o cargo desta função, acabando por pôr em risco o seu estado de saúde e bem-estar (Temminck et al, 2000). Nesta situação, na primeira abordagem à cuidadora verificámos da sua parte muitas preocupações, cansaço e angústia. Aplicámos a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, que indicou sobrecarga ligeira. Ao longo das semanas fomos abordando diversos temas (gestão de regime terapêutico; alimentação e hidratação; cuidados com o cateter vesical; importância do levantar e da deambulação; como modificar o ambiente da casa para evitar as quedas e facilitar na deambulação e medidas de promoção do sono) e esclarecendo dúvidas, o que culminou num ganho de confiança por parte do Sr. T. que se sentia mais capacitado para assumir o cuidado de Si e por parte da esposa que se sentia mais preparada para assumir o cuidado do Outro quando fosse necessário.

Encontrámos algumas pessoas que referiram perturbações do sono e que estavam a tomar medicação ansiolítica. Num estudo realizado por Rodrigues, Nina & Matos (2014) foi aplicado o PSQI a 103 pessoas que recorreram aos cuidados de saúde primários, sendo que 54 destas obtiveram uma pontuação >5, o que revela má qualidade do sono. Concluíram, também, que as pessoas que dormem mal são mais velhas do que os que dormem bem. Depreende-se então que as perturbações do sono são muito frequentes nos utentes dos cuidados de saúde primários (Rodrigues, Nina & Matos, 2014). Habitualmente as enfermeiras perguntavam às pessoas como tinham passado a noite, ao que as pessoas verbalizavam algum desconforto (“*esta noite não dormi nada*”, “*vi as horas a passar no relógio*”...). No entanto, o assunto não tinha continuidade. Não era indagado o porquê das pessoas terem dormido mal.

Perguntei às enfermeiras se utilizavam alguma escala/índice para avaliar a qualidade do sono. Nenhuma utilizava nem tinham conhecimento – **diagnostica necessidades formativas; identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação**. Foi perante esta necessidade vivida que elaborámos

um **póster** intitulado “*Avaliação da qualidade do sono da pessoa idosa em casa – intervenção de enfermagem em parceria*” (Apêndice XII). Neste póster alertámos para fatores que influenciam a qualidade do sono da pessoa idosa no domicílio, enumerámos intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono tendo por base uma relação de parceria e indicámos instrumentos para avaliação da qualidade do sono. Visto a PSQI e a ESS serem desconhecidas para a equipa, elaborámos um guia de preenchimento das escalas que foi apresentado à enfermeira coordenadora da UCC, assim como o póster. Embora não tenha existido oportunidade de apresentar formalmente o póster à equipa de enfermagem, o conteúdo do mesmo foi divulgado de forma informal. Demailly (1995) considera a aprendizagem informal uma aprendizagem em situação, uma interiorização do saber-fazer e do saber comportamental, adquiridos por contacto, por imitação, na companhia de um colega ou de um mestre. Assim, os contextos informais proporcionam uma panóplia de saberes e poderão constituir uma importante fonte de inovação no âmbito dos métodos de ensino e aprendizagem.

Na maior parte das situações a queixa de perturbação do sono veio da parte do cuidador, “*ele(a) não dorme nada e não me deixa dormir também, estou cansada*”. Falámos com estes cuidadores e informámo-los de algumas medidas para promover o sono, nomeadamente a importância do ciclo luz/escuridão. Realizámos visitas de manhã, durante a hora de almoço e no início da tarde e encontramos muitas vezes a pessoa idosa na cama, com as cortinas ou os estores fechados. Se passarmos o dia na escuridão estamos a interferir na produção de melatonina. Uma medida tão simples como abrir os estores e deixar a luz do sol entrar pode ser a solução para uma noite de sono com qualidade.

Dado o número de pessoas com SAOS sob ventilação não invasiva no domicílio, tornou-se pertinente a participação na **formação** de “*Ventilação Não Invasiva*”, realizada no Centro Hospitalar com a duração de 14 horas (Anexo IV).

A realização do estágio a nível comunitário contribuiu para **melhorar a articulação entre o SU e a UCC**. Alertámos os colegas do SU para a importância da elaboração das notas de alta; ao conhecermos os critérios e processo de inclusão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ficámos mais despertas para poder referenciar pessoas; sempre que se verificou necessidade existiu um contacto telefónico com as enfermeiras da UCC para transmissão de informações.

3.2 Contribuir para uma mudança na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem, de forma a garantir um ambiente promotor da qualidade do sono na pessoa idosa internada no SU.

Para atingirmos este objetivo geral foram definidos dois objetivos específicos, que se encontram descritos no Quadro 4.

Objetivos Específicos 2
1. Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa de enfermagem do SU e da UCC referentes à promoção da qualidade do sono na pessoa idosa.
2. Melhorar a resposta da equipa multidisciplinar do SU às necessidades da pessoa idosa com alterações na qualidade do sono, tendo por base uma intervenção em parceria.

Quadro 4 – Objetivos específicos referentes ao objetivo geral 2.

Após identificação dos fatores perturbadores do sono relatados na literatura, pareceu-nos pertinente identificar, sob a perspetiva dos enfermeiros, quais os fatores que estes consideravam perturbadores do sono, que cuidados a equipa de enfermagem tinha durante o turno da noite para promover a qualidade do sono e quais estratégias/intervenções poderiam ser implementadas de modo a promover a qualidade do sono. Desta forma procedeu-se à elaboração e aplicação de um **questionário** (Apêndice XIII) que foi respondido por 44% da equipa (28 enfermeiros). O questionário “*é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*” (Fortin, 2000, p.249). Os dados foram igualmente alvo de análise quantitativa (análise estatística) e qualitativa (análise de conteúdo de Bardin) (Apêndice XIV).

Na opinião dos enfermeiros as pessoas idosas internadas no SU sofrem alterações no seu padrão de sono, uma vez que todos os enfermeiros responderam “sim” à pergunta “*Considera que a pessoa idosa internada no serviço de urgência tem alterações no seu padrão de sono?*”. Este resultado parece mostrar que a equipa de enfermagem está consciente do problema vivido pelas pessoas idosas.

Tendo por base as três categorias previamente definidas, as respostas dos enfermeiros foram distribuídas segundo as mesmas: fatores ambientais (ruído,

iluminação, espaço físico, temperatura), fatores associados à prestação de cuidados e fatores inerentes à própria pessoa (fisiológicos e psicológicos).

Também para os enfermeiros do SU os fatores ambientais são os mais prejudiciais ao sono e repouso da pessoa idosa, nomeadamente o ruído. Todos os participantes referiram pelo menos um fator desta categoria. Em segundo lugar foram referidos, por 16 enfermeiros, fatores associados à prestação de cuidados. A categoria menos referenciada pelos enfermeiros foram os fatores inerentes à própria pessoa, com 10 unidades de enumeração.

Os enfermeiros referiram como estratégia mais utilizada para promoção da qualidade do sono a diminuição da intensidade da luz, com 24 unidades de enumeração. Curiosamente, embora 23 dos participantes tenham relatado o ruído como o principal fator perturbador, a redução do nível de ruído aparece como segunda medida promotora do sono com 12 unidades de enumeração. Em terceiro lugar surge a administração de terapêutica indutora do sono com 11 unidades de enumeração.

As estratégias/intervenções avançadas pela equipa para promover a qualidade do sono da pessoa idosa internada no SU passam pela organização dos cuidados de modo a permitir um período de tempo sem interrupções (“*Quiet Time*”); pela melhoria das condições do espaço físico nomeadamente na qualidade e quantidade dos recursos materiais e pela importância de sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para a envolver nesta problemática. No Quadro 5 podemos encontrar estratégias/intervenções sugeridas pelos enfermeiros do SU para promoção da qualidade do sono das pessoas idosas internadas.

Estratégias/intervenções sugeridas pelos enfermeiros	Unidades de enumeração
Organização dos cuidados de modo a permitir um período de tempo sem intervenções – “ Quiet time ”	8
Melhores condições do espaço físico (qualidade e quantidade dos recursos materiais)	7
Privacidade (existência de cortinas / biombos em todas as unidades)	5
Evitar internamento em local de passagem de outros doentes	4
Reconciliação terapêutica	3
Existência de luzes individuais em cada unidade	3

Sensibilização / envolvimento da equipa multidisciplinar	3
Música ambiente	3
Luz natural	2
Minimizar os dispositivos de terapêutica e monitorização	2
Respeitar o ritmo circadiano da pessoa (dia/noite)	2
Controlo da temperatura	2
Ajustar parâmetros do monitor	1
Fornecer ceia	1
Estudos na etiologia da alteração do sono	1
Transferência para a enfermaria o mais precocemente possível	1
Permanência da pessoa significativa	1
Existência de relógio	1
Registar a avaliação do padrão de sono da pessoa	1

Quadro 5 - Estratégias/intervenções sugeridas pelos enfermeiros do SU para promoção da qualidade do sono das pessoas idosas internadas.

De modo a divulgar os resultados das entrevistas às pessoas idosas e dos questionários elaborámos um **artigo** que foi enviado para todos os elementos da equipa de enfermagem via e-mail – **os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada e comunica/divulga as suas conclusões** (competências de mestre).

Tanto a literatura como os enfermeiros referiram a importância de organizar os cuidados de modo a não interromper o sono/repouso da pessoa idosa. Esta mudança de comportamento da equipa vai ao encontro de uma das diretrizes do protocolo “*Quiet Time*”. Este protocolo consiste num conjunto de guidelines executado em alguns hospitais durante um período de tempo (diurno, noturno, ou ambos), em que se alteram os procedimentos dos cuidados de saúde com o objetivo da criação e manutenção de um ambiente mais calmo e tranquilo através do controlo dos estímulos ambientais (luz, ruído, temperatura), promoção do conforto, alívio da dor e/ou ansiedade e administração criteriosa de fármacos (Maidl et al, 2014; Silva & Nunes, 2014).

Deste modo, outra atividade por nós realizada foi a elaboração de um **Protocolo “Quiet Time”** que fosse exequível no SU onde estávamos a estagiar (Apêndice XV). Simultaneamente construímos uma **grelha de auditoria** ao protocolo (Apêndice XVI). A auditoria clínica é um processo estruturado de revisão por

pares através da avaliação da prática clínica relativamente às normas de orientação adotadas, implementação das mudanças necessárias na prática clínica e reavaliação das diferenças que essas mudanças produziram (Barroso, 2016). O objetivo era avaliar as práticas e analisar os registos de enfermagem, em concreto o que registavam os enfermeiros relativamente à avaliação do padrão de sono da pessoa idosa.

Dado a inexperiência das estudantes na construção de grelhas de auditoria, tivemos oportunidade de participar na formação “*V Curso de Auditoria Clínica - Uma Ferramenta para a Qualidade dos Cuidados*” realizada no Centro Hospitalar com a duração de 17horas (Anexo V), o que contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área – **realiza auditorias clínicas**.

Na primeira auditoria ao protocolo obteve-se uma taxa de conformidade de 53% (Apêndice XVI), o que claramente indicou uma necessidade urgente na mudança das práticas. Foram auditados 12 processos e observadas as práticas dos enfermeiros relativamente a essas 12 pessoas, em duas noites em Março de 2017.

De forma a **melhorar a resposta da equipa de enfermagem e outros profissionais do SU às necessidades da pessoa idosa com alterações na qualidade do sono** elaborámos um **póster** intitulado “*Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – intervenção em parceria*” (Apêndice XVII) onde mencionava as dimensões do protocolo “*Quiet Time*” e intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono. Simultaneamente colocámos no ambiente de trabalho dos computadores do SO 6 slides alusivos ao tema (Apêndice XVIII). A decisão de elaborarmos instrumentos formativos (póster e slides para o ambiente de trabalho do computador) está relacionada com facto de pretendermos comunicar a informação rapidamente, a um grande número de pessoas dentro de um curto período de tempo, utilizando ajudas visuais para estimular discussões e direccionar as perceções dos elementos da equipa para pontos importantes da prática clínica (Baptista, 2007).

Apesar de desempenharmos funções no SU há oito anos e, por isso, conhecermos bem a dinâmica, as rotinas, a equipa e de forma geral a população que recorre àquele serviço, pensamos que o facto de sermos estudantes no nosso local de trabalho proporcionou alguns benefícios. Por um lado soubemos como

cativar a atenção da equipa (**aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado**) e, por outro, tivemos tempo e criámos oportunidades de desenvolver atividades que habitualmente no nosso dia-a-dia profissional não realizamos com tanta frequência. Foi possível quebrar rotinas, alterar comportamentos, mudar perspetivas. Parar e refletir, ver com outro olhar. Como refere Benner (2001, p.63) “(...) *com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações*”.

Obtivemos por parte da equipa um feedback muito positivo e as mudanças de comportamento foram notórias.

Num segundo momento voltámos a aplicar a grelha de auditoria, obtendo uma taxa de conformidade de 71% (Apêndice XVI). Verificou-se uma melhoria em termos de gestão do ambiente físico, nomeadamente na diminuição do ruído (embora não tenha sido possível quantificar) ao responderem aos alarmes em menos de um minuto; desligar as luzes antes das 2h; avaliar e registar em diário de enfermagem o padrão de sono da pessoa idosa.

Vários trabalhos têm sido feitos em Portugal na área da promoção do sono e no controlo dos fatores ambientais. Sousa & Veludo (2013) elaboraram um “protocolo de silêncio” numa UCI; Marques & Sousa (2013) também realizaram formação ao nível do “controlo do ruído” numa UCI e num SU; Mineiro, Durão & Sá (2016) elaboraram cartazes e realizaram um vídeo com vista à sensibilização da equipa multidisciplinar de um SU para a problemática do ruído. Em nenhum dos estudos foi avaliado o impacto em termos de ganhos em saúde. Seria interessante existirem dados a relacionar a efetividade deste tipo de protocolos/projetos.

3.3 Reflexão sobre as competências desenvolvidas

Este estágio permitiu o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos quatro domínios de competências definidas pela OE (2010), resumizando:

- **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

Todo o exercício profissional foi pautado pelas normas éticas e deontológicas, pelo respeito dos direitos humanos com o objetivo de prestar cuidados de forma

segura e rigorosa, assegurando a privacidade, dignidade e bem-estar das pessoas idosas e família/cuidador, tanto no hospital como em contexto domiciliário. Os princípios éticos e o respeito pelos valores inerentes foram salvaguardados através dos pedidos de autorização para a realização do projeto às várias entidades da instituição hospitalar e da manutenção do princípio da confidencialidade da instituição e dos participantes. Baseámos as nossas decisões num corpo de conhecimento sólido, assente na evidência científica. Neste sentido, na tomada de decisão ética das várias situações vivenciadas ao longo deste percurso, tivemos em consideração os princípios éticos fundamentais no contexto dos cuidados de saúde.

Identificámos situações de risco e intervimos em parceria com a pessoa idosa/família de modo a capacitá-la, reconhecendo-a como detentora dos conhecimentos de si própria e como ser de projeto e de cuidado (Gomes, 2016). Foi possível ainda utilizar modelos de intervenção em enfermagem específicos para a pessoa idosa; realizar avaliação multidimensional com recurso a escalas traduzidas e validadas; conhecer os recursos existentes na comunidade e prevenir ou atuar em conformidade no caso dos principais síndromes da pessoa idosa.

- **Domínio da melhoria contínua da qualidade:**

Neste domínio procurámos ter um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias relacionadas com a pessoa idosa/família. Simultaneamente fomos convidadas pela enfermeira coordenadora do SU para sermos elos de ligação ao grupo coordenador local de controlo de infeção e prevenção da resistência aos antimicrobianos. Nesta área assistimos a sessões de formação, realizámos auditoria ao “Procedimento para Prevenção e Controlo da Transmissão de Microrganismos Multirresistentes (incluindo MRSA)” e sugerimos alterações à norma de modo a incentivar a equipa à pesquisa de MRSA nas pessoas com critérios. Embora o tema do projeto não tivesse o seu foco principal no controlo de infeção, este convite revelou-se uma mais-valia uma vez que esta temática reveste-se de extrema importância no âmbito do cuidado à pessoa idosa.

Para promover um ambiente terapêutico e seguro procedemos à verificação dos prazos de validade de toda a terapêutica existente na sala de tratamentos do SU e efetuámos a verificação do carro de emergência do balcão complementar do SU.

A elaboração deste projeto permitiu o desenvolvimento deste domínio de competências através da realização de um protocolo que procurava uma melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, neste caso na qualidade do sono da pessoa idosa internada em SO. Fazendo uma ligação ao modelo de Benner (2001) conseguimos enquadrar este domínio de competências nos pressupostos inerentes ao enfermeiro perito: a administração e vigilância de protocolos; assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados.

Pela análise da segunda auditoria verificou-se um aumento na taxa de conformidade, o que revela que os enfermeiros se empenharam para a satisfação de uma necessidade humana fundamental da pessoa idosa.

Após o *términus* do estágio e durante a elaboração deste relatório, tivemos ainda a oportunidade de participar no curso de “*Formação obrigatória no âmbito do programa de acreditação da qualidade*” com a duração de 15 horas, onde se abordaram os seguintes temas: **plano de emergência interno**; suporte básico de vida; controlo de infeção e saúde e segurança no trabalho. Estivemos também presentes no evento “*Doente Crítico 2017*” realizado na ESEL.

- **Domínio da gestão dos cuidados:**

Na gestão dos cuidados ao sugerirmos estratégias para organização dos cuidados conseguimos promover na equipa uma mudança de comportamentos de modo a gerirem o tempo e as prioridades com a mínima interferência possível no sono da pessoa idosa. Referenciámos para outros profissionais e incentivámos a equipa de enfermagem à realização das notas de alta.

Pelas capacidades demonstradas tivemos oportunidade de sermos chefes de equipa do turno e com isto desenvolvermos competências na área da liderança e da gestão de conflitos. Nestas ocasiões para além da gestão da equipa de enfermagem do SU, ocorreu igualmente a gestão e supervisão da equipa de assistentes operacionais na tentativa constante de manter a qualidade e segurança dos cuidados. Para além disso, a necessidade de articulação com a equipa médica para gestão de vagas e com outros serviços hospitalares para gestão de recursos humanos e materiais foi uma constante. Como refere Benner (2001, p.139) “*é preciso saber continuamente em que ponto estão os recursos do serviço e enfrentar*

o que ocorre. São as enfermeiras que o fazem (...) tem uma visão conjunta do que se passa”.

- **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:**

No âmbito destas competências Benner definiu no seu modelo a importância de desenvolver os conhecimentos teóricos e da investigação como uma forma de atingir o estado de perito (Benner, 2001). Neste âmbito desenvolvemos competências que nos permitiram “crescer” enquanto profissionais e também pessoalmente. Ao longo do percurso a formação foi uma preocupação e uma procura constante. Consideramos que a presença em sessões de formação em serviço e formação contínua, jornadas, elaboração de artigos e pósteres contribuíram para a aquisição de conhecimentos e troca de experiências profissionais. A dinamização do projeto no seio das equipas permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais e de formação.

Em simultâneo procurámos desenvolver **competências de mestre** nomeadamente através da reflexão sobre o desenvolvimento dos conhecimentos que sustentaram a prática de enfermagem, na utilização de técnicas de resolução de problemas e na comunicação/divulgação das conclusões do estudo, utilizando linguagem científica apropriada.

Tendo por base os descritores de Dublin desenvolvemos competências ao nível de: capacidade de análise e síntese, capacidade de aprender, aplicação do conhecimento, adaptação a novas situações, preocupação com a qualidade, capacidade de trabalhar a informação, autonomia e trabalho em equipa.

Desenvolvemos uma prática de enfermagem avançada e reflexiva ao recorrer a técnicas de pensamento crítico e julgamento clínico visando garantir a qualidade, a segurança e a evidência científica das intervenções (ANA, 2006). Com a realização da RSL desenvolvemos competências na área de investigação uma vez que procurámos conhecimentos científicos dentro da temática do projeto e suportámos assim a prática clínica na investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

O envelhecimento demográfico é uma realidade à qual os serviços de saúde não podem ficar indiferentes, nomeadamente os SU. Como descrito, o presente modelo de prestação de cuidados nos SU não está preparado para fazer face aos problemas e reais necessidades das pessoas idosas e suas famílias. Cuidar da pessoa idosa com qualidade e segurança, promovendo a sua autonomia e independência torna-se um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros. É necessária uma abordagem mais centrada nas necessidades das pessoas idosas e não apenas no tratamento da sintomatologia episódica que conduziu a pessoa idosa ao SU.

Foi com o intuito de adquirir e desenvolver competências específicas no cuidado à pessoa idosa que ingressámos no curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa e no qual desenvolvemos um projeto de intervenção no SU. Serviu o presente relatório para descrever o percurso de aprendizagem realizado durante o período de estágio e, ao mesmo tempo, para divulgar os resultados obtidos.

Através da análise dos objetivos inicialmente delineados podemos afirmar que os mesmos foram alcançados com sucesso, contribuindo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010), assim como o desenvolvimento de competências de mestre.

Todas as intervenções tiveram por base um conjunto sólido de conhecimentos científicos e atuais tendo sempre em consideração as necessidades da pessoa idosa e família. Com a realização dos estudos de caso desenvolvemos a capacidade de utilizar modelos de intervenção em enfermagem e instrumentos de medida específicos para a pessoa idosa que nos permitiram realizar uma avaliação multidimensional. Desta forma contribuímos para que as intervenções realizadas fossem mais adequadas e personalizadas, com conseqüente melhoria na resolução dos problemas identificados e prevenção de comorbilidades.

Consideramos que neste estágio conseguimos desenvolver na pessoa idosa e na sua família o cuidado de Si, em contexto hospitalar e comunitário, ao promover

a sua autonomia, com respeito pelo seu projeto de vida e pelas suas preocupações (Gomes, 2009).

Com a implementação deste projeto a equipa de enfermagem ficou alerta e sensibilizada para esta problemática e ocorreram algumas mudanças nas práticas para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa. De acordo com os resultados da segunda auditoria verificou-se uma melhoria em termos de organização dos cuidados de enfermagem e da gestão do ambiente físico, nomeadamente na diminuição da iluminação antes das 2h, na diminuição do ruído ao ajustar parâmetros do monitor cardíaco e responder aos alarmes em menos de um minuto e uma melhoria em termos de avaliação e registo em diário de enfermagem do padrão de sono da pessoa idosa antes do internamento e durante o turno da noite. A taxa de conformidade ao protocolo passou de 53% para 71%, o que demonstra que a equipa de enfermagem se preocupou em garantir um sono de qualidade às pessoas idosas internadas no SO.

Embora a restante equipa multidisciplinar não tenha sido auditada, verificou-se por parte destes um esforço para orientar o seu trabalho no sentido das pessoas idosas realizarem os exames complementares de diagnóstico antes das 2h e, assim, a esta hora as luzes serem apagadas.

Em termos de limitações à implementação do projeto podemos referir o facto do Conselho de Administração ter autorizado o projeto três meses depois do seu pedido. Este tempo de espera condicionou o nosso desempenho. Para podermos concluir o projeto houve necessidade de requerer prorrogação do tempo de estágio.

Outro aspeto que poderá ter condicionado os resultados deste projeto foi o facto do mesmo ter sido implementado durante o período de contingência do inverno, em que o afluxo de doentes ao SU foi maior.

O facto de ser o nosso local de trabalho foi facilitador uma vez que ao conhecermos bem a equipa e a realidade do serviço foi possível aplicarmos estratégias de motivação para um desempenho diferenciado que de outra forma não teria sido possível.

Os diversos momentos de reflexão foram fundamentais para estruturar as intervenções e “remar contra a maré”, ou seja, permitiram-nos ter argumentos para promover a mudança das práticas e quebrar algumas rotinas. Se é importante para a

pessoa idosa, porque não pode o familiar entrar na sala de reanimação, por exemplo?!

O exercício de cuidar de uma pessoa idosa é assim uma constante aprendizagem, sendo a formação e treino nesta área de intervenção da enfermagem cada vez mais importante. Com este projeto demos continuidade a um percurso que paulatinamente será traçado pela mudança de mentalidades e atitudes face ao cuidar da pessoa idosa, assim como à integração das suas famílias no SU.

Chegando a este ponto o caminho não termina aqui. O projeto será continuado no SU e, em tempo oportuno, será sugerido a avaliação do ruído com recurso a um dosímetro. Num futuro próximo pretendemos partilhar os resultados deste estudo através da publicação de um artigo numa revista de relevância para a Enfermagem.

Em paralelo com o descrito por Benner (2001) adquirimos competências para decidir e agir a partir de uma situação de modo global, ao mesmo tempo que somos capazes de detetar precocemente alterações fisiológicas subtis que outros enfermeiros não detetaram. Assumimos atualmente no seio da equipa multidisciplinar uma posição de peritas na área de cuidados à pessoa idosa, assegurando uma prestação de cuidados especializada.

“acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida” (Autor desconhecido)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Portuguesa do Ambiente (2004). *O Ruído e a Cidade*. Disponível em http://www.apambiente.pt/zdata/DAR/Ruido/o_rudo_e_a_cidade.pdf
- Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incertezas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12(3), 201-211.
- AASM (American Academy of Sleep Medicine) (1999). Sleep-related breathing disorders in adults: Recommendations for Syndrome definitions and measurements techniques in clinical research. *Sleep*, 22, 667-89.
- ANA (American Nurses Association) (2006). *Model of professional nursing practice regulation*. Disponível <http://www.nursingworld.org/modelofpracticeregulation>
- Antunes, E. (2008). *Prevalência das queixas de insónia nos doentes que recorrem às consultas de clínica geral do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos e a sua relação com a qualidade de vida*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging & Innovation*, 2(4), 20-26. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao4-2014/o-idoso-no-servico-de-urgencia-hospitalar/>
- Baptista, F. (2007). *Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho: Manual do Formador*. Lisboa: Delta Consultores e Perfil em Parceria.
- Bardin, Laurence (2007). *Análise de Conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70, Lda., ISBN: 972-44-1320-9
- Barroso, F. (2016). *Auditoria clínica – uma ferramenta para a qualidade dos cuidados*. Manual do formando, versão 3.0.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berger, J.T.; Conway, S.; Beaton K.J. (2012). Developing and implementing a nursing professional practice model in a large health system. *Journal of Nursing Administration*, 42(3), 170-175.
DOI:10.1097/NNA.0b013e31824809f5
- Bertolazi, A.N.; & Barreto, S.S.M. (2008). *Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de epworth*

- e índice de qualidade de sono de Pittsburgh*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Brasil. Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14041/000653543.pdf>
- Buysse, D.J.; Reynolds, C.F.; Monk, T.H.; Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*. 28, 193-213
- Cabral, M.V.; Ferreira, P.M.; Silva, P.A.; Jerónimo, P.; Marques, T. (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet *Cinahl Information Systems*.
- Carskadon, M. Dement, W. (2011). Normal human sleep: an overview. In: Kryger, M.H.; Roth, T.; Dement, W.C. (2011). *The principles and practice of sleep medicine* (16-26). 5ª ed. St. Louis, Elsevier Saunders. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.186&rep=rep1&type=pdf>
- Cerqueira, A.F.F.G; Nunes, L.R.M. (2015). *A educação em enfermagem na pessoa ao envelhecer: contributos de uma matriz referencial*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Coelho, C.I.L.S.S.; Rodrigues, T.F.; Moury, C. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031)*. (Tese de Doutoramento em Ciência Política). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Colrain, I. (2011). Sleep and the Brain. *Neuropsychology Review*, 21, 1-4.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar: A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Costa e Silva, J.A. (2006). Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism*. 55, 40–44.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2006.07.012>
- Dean, G.E.; Klimpt, M.L.; Morris, J.L.; Chasens, E.R. (2016). Excessive Sleepiness. In Boltz, M.; Capezuti, E.; Fulmer, T.; Zwicker, D. (2016). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (5ªed.) Springer Publishing Company.

- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). artº 11º Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. 1182 – 1189.
- Demailly, L. (1995). Modelos de Formação Contínua e Estratégias de Mudança. In A., Nóvoa (Ed.), *Os Professores e a sua Formação* (139-158). Lisboa: D. Quixote.
- Dijk, D.; Groeger, J.A.; Stanley, N.; Deacon, S. (2010). Age-Related Reduction in Daytime Sleep Propensity and Noturnal Slow Wave Sleep. *Sleep*. 33(2), 211–223.
- Dillon, P. (2007). *Nursing Health Assessment: a critical thinking, case studies approach*. (2ª ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company.
- DGS - Direcção de Serviços de Planeamento (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido: 26-09-2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/>
- DGS, Ministério da Saúde (s/d). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Disponível em:
<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/Carta+dos+Direitos+do+Doente+Internado.htm>
- Duarte, A.F.A.; Gomes, I.D. (2015). *Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no serviço de urgência: A parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de Si*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Eliassen, K.; Hopstock, L. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27, 138-142. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.001
- Ellis, G.; Marshall, T.; Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.
DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S29662>

- Eraut, M. (2008). *How professionals learn through work*. University of Surrey. Disponível em: <http://www.mofet.macam.ac.il/amtim/forums/Documents/2010-2011/pds-2010-2011.pdf>
- ESEL (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2016). Documento orientador Unidade Curricular Estágio com Relatório ano letivo 2016/2017. 7ºCurso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*.
- Filus, W.; Lacerda, A.; Albizu, E. (2015). Ambient Noise in Emergency Rooms and Its Health Hazards. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 19, 205–209 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387165>
- Foley, D.; Ancoli-Israel, S.; Britz, P.; Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*. 56(5), 497–502 DOI: [10.1016/j.jpsychores.2004.02.010](http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.02.010)
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidadosde-enfermagem/>
- Fortin, Marie-Fabienne (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 2ªedição. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-10-X.
- Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*. 107(10), 40-48
- Galdeano, L.; Rossi, L.; Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11 (3), 71-5.
- Galvão, N.; Sawada, N.; Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (3), 549-56. Disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf.

- Givens, J., Jones, R., & Inouye, S. (2009). The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1347-1353. DOI:10.1111/j.1532-5415.2009.02342.x
- Gomes, I.D. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso: da submissão à acção negociada. 67-113. In Gomes, I.D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Tese de doutoramento). Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (77-110)*. Loures: Lusociência.
- Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Governo de Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de ação 2012*. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Graf, C.E.; Zekry, D.; Giannelli, S.; Michel, J.P.; Chevalley, T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*. 23(4), 244-254.
- Grilo, C.M.; Martins, E.C.; Ferreira, M.R.; Solas, R.C.; Alminhas, S.M.; Piteria, T.M. (2014). O idoso no serviço de urgência, que realidade... *Revista de enfermagem UFPE on line*, 8(6), 1612-6.
DOI: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201421
- Haimov, I.; Shatil, E. (2013). Cognitive Training Improves Sleep Quality and Cognitive Function among Older Adults with Insomnia. *PLoS ONE* 8(4).
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.

- Henderson, V. (2004). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lisboa: Lusodidacta.
- Hoey, L.M.; Fulbrook, P.; Douglas, J.A. (2014). Sleep assessment of hospitalised patients: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 51(9), 1281–1288. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.001
- Hwang, U.; Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-6. DOI:10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x
- Hwang, U.; Shah, M.; Han, J.; Carpenter, C.; Siu, A.; Adams, J. (2013). Transforming Emergency Care For Older Adults. *Health Affairs*, 32(12), 2116-2121. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0670
- INE (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Acedido a 08-10-2016. Disponível em: <https://www.ine.pt>
- INE, PORDATA (2017). *Índice de dependência de idosos*. Acedido a 16/10/2017. <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-461>
- Jacob, L. (2013) “Envelhecimento da população” in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.
- Jasper, M. (2003). Beginning Reflective Practice. *Foundations in Nursing and Health Care*. Disponível em http://books.google.pt/books?id=FKroWQSJ7z4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=qbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- João, K.A.D.R.; Becker, N.B.; Jesus, S.N.; Martins, R.I.S. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*. 247, 225–229. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Johns, M. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness. The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 11, 540-545.
- Kolcaba, K.Y. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. 15 (1), 1-10.

- LaReau, R.; Benson, L.; Watcharotone, K.; Manguba, G.(2008). Examining the Feasibility of Implementing Specific Nursing Interventions to Promote Sleep in Hospitalized Elderly Patients. *Geriatric Nursing*, 29 (3). 197-206
- Lee, C.Y.; Low, L.P.L.; Twins, S; (2007). Older men's experiences of sleep in hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 16, 336-343.
DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01491.x
- Leme, L. (2000). A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 117-143). São Paulo: Atheneu.
- Leocádio, C.M.A.; Gomes, I.D. (2016). *Avaliação da Violência Interpessoal contra a pessoa idosa no contexto de um Serviço de Urgência Geral – A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Li, S.Y.; Wang, T.J.; Wu, S.F.V., Liang, S.Y., Tung, H.H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 396–407.
DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
- Marques, A.S.S.S.P; Sousa, P.P. (2013). *Confortar em enfermagem*. (Dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Martins, A.; Pinto, A.; Lourenço, C.; Pimentel, E.; Fonseca, I.; André, M.; Portela de Almeida, M.; Mendes, O.; Santos, R. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 2º Semestre de 2008. Disponível: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf
- Maidl, C.; Leske, J.; Garcia, A. (2014). The Influence of “Quiet Time” for Patients in Critical Care. *Clinical Nursing Research*, 23 (5) 544 –559. DOI: 10.1177/1054773813493000
- McCormack, B.; McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(2), 472-479.
- McCusker, J.; Bellavance, F.; Cardin, S.; Trepanier, S.; Verdon, J.; Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health, outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1229-1237.

- Meleis, A.I.; Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Minayo, M.C.S.; Coimbra, J. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em:
<http://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>
- Mineiro, T.R.R.; Durão, M.C.; Sá, F.G. (2016). *A promoção do conforto da pessoa em situação crítica: a intervenção especializada do enfermeiro no controlo do ruído*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Missildine, K. (2008) Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6), 15-21.
- Missildine, K.; Bergstrom, N.; Meininger, J.; Richards, K.; Foreman, M.D. (2010). Sleep in Hospitalized Elders: A Pilot Study. *Geriatric Nursing*. 31(4), 263-271.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Mugeiro, M.J.C.; Martins, R.M.L. (2011). *Qualidade do sono nos idosos*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Nightingale, F. (1946). *Notes on nursing: what it is, and it is not*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Nolan, M. R. (2009). Older Patients in the Emergency Department: What are the Risks? *Journal of Gerontological Nursing*, 35(12), 14-18.
DOI: 10.3928/00989134-20091103-01
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS Campus do IPS. Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Oliveira, C.S. (2008) – A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*. 12(1), 2-13.
- Oliveira, C.M.G.S.; Lopes, M.J.; Frade, M.H.L.B.C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*.

- (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Oliveira, P.; Frutuoso, B.; Veríssimo, R.; Agripino, A. (2017). O Doente Idoso no Serviço de Urgência. *Galicia Clínica*. 78(1), 11-14.
- OE. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- OE. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)*. 1-16.
- OE. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE. (2014). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE® Versão 2011*. Edição Portuguesa. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>
- OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102015_VF_site.pdf
- Orellana, D.; Busch-Vishniac, I.J.; West, J.E. (2007). Noise in the adult emergency department of Johns Hopkins Hospital. *Journal of Acoustical Society of America*, 121 (4), 1996-1999.
- OMS (1999). *Guidelines for Community Noise*. Geneva: WHO. Disponível em www.who.int/docstore/peh/noise/guidelines2.html.
- OMS (2002). Active aging: a policy framework. OMS: Madrid. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- OMS (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Acedido a 9-1-2017. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

- Ortiga, J.; Kanapathipillai, S.; Daly, B.; Hilbers, J.; Varndell; Short, A. (2013). The sound of urgency: Understanding Noise in the Emergency Department. *Music and Medicine*, 5 (1), 44-51.
- Paiva, T. (2009). *Bom sono, boa vida*. (4ª ed.), Alfragide: Oficina do livro.
- Pedroso, E.; Roque, I.; Giroto, E. (2014). *Plano de Ação: Serviço de Urgência Geral/SO. Triénio 2013-2015*. CHS.
- Pereira, C.; Branco, M.C. (2009). Alterações do sono e risco cardiovascular. (Dissertação de mestrado integrado em medicina). Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde.
- Perista H.; Perista P. (2012) *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade De Género. Disponível em http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/EstudoCIG_Genero_Envelhecimento.pdf
- Pocinho, R.S.P. (2014) *Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal*. (Tese de doutoramento em Psicogerontologia). Universitat de València. http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf
- Pocinho, Margarida (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas. ISBN: 978-972-757-916-7.
- Pulak, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1) 14-23.
- Queiróz, C. (2007). *Serviço de Urgência – Histórias Reais*. Oficina do Livro.
- Rajaratnam, S.M.W. (2004). Melatonin advances the circadian timing of ECG sleep and directly facilitates sleep without altering its duration in extended sleep opportunities in humans. *The Journal of Physiology*, 5618(1), 339-51.
- Raposo, F.; Veríssimo, M. (2015). *As alterações do sono no idoso*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Reimer, M.A.; Flemons, W.W. (2003). Quality of life in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 335-9.
- Rente, P.; Pimentel, T. (2004). *A patologia do Sono*. Lisboa: Lidel.

- Ribeiro, P.C.P.S.V.; Costa, M.A.M. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 149-158.
- Rodrigues, M.; Nina, S.; Matos, L. (2014). Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 16-22.
- Rodrigues, S.V.; Vieira, M.S.; Charepe, Z.B. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros Ao longo da vida – adaptação e validação da Escala de Jefferson*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Roepke, S.K.; Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research*, 131(2), 302-310.
- Roper, N.; Logan, W.W.; Tierney, A.J. (1990). *The elements of nursing: a model for nursing based on a model of living*. (3ªed). New York: Churchill Livingstone.
- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. (A. Freitas, Ed.) *Percursos*, 15.
- Salvi, F.; Morichi, V.; Grilli, A.; Giorgi, R.; Tommaso, G.; Dess-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solution. *Internal and Emergency Medicine*, 2(4), 292-301.
DOI: 10.1007/s11739-007-0081-3
- Samaras, N.; Chevalley, T.; Samaras, D.; Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56 (3), 261-269. DOI:10.1016/j.annemergmed.2010.04.015
- Santos, J. (2006). Abordagem do doente com patologia do sono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (5), 599-610.
- Schumacher, K.L.; Jones, P.S.; Meleis, A.I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (1-26). New York: Springer. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12 (2), 9-16.

- Silva, J.F. (2006). *Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Silva, N.M.J.; Nunes, M.M.J.C. (2014). *Ruído hospitalar: implicações no bem-estar do doente*. (Dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Sousa, A.R.C.; Veludo, F. (2013). *O conforto como o centro da prática*. (Dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Street, P. (2004). Acute care for older people: a geriatrician's perspective. In R. Nay & S. Garratt (Eds.), *Nursing older people. Issues and innovations* (2nd ed.). Sydney: Churchill Livingstone.
- Tavares, J. P. A. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade? *Journal of Aging and Innovation*, 1(4), 14-25. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-4-2012/identificacao-pessoas-idosas/>
- Temminck, D.; Francke, A.L.; Hutten, J.B.; Van Der Zee, J.; Abu-Saad, H.H. (2000). Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*, 31(6), 1449-1458
- Ugras, G.; Özteki, S. (2007). Patient Perception of Environmental and Nursing Factors Contributing to Sleep Disturbances in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, 299-308
- Urden, L.; Stacy, K.; Lough, M. (2008). *Enfermagem Em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção*. (5ª ed). Loures: Lusodidacta.
- Vaz, C.; Goulão, M. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta.
- Veloso, A.; Quintal, C.; Lourenço, O. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação - Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia; Universidade de Coimbra.

- Vincensi, B.; Pearce, K.; Redding, J.; Brandonisio, S.; Tzou, S.; Meiusi, E. (2016). Sleep in the hospitalized patient: nurse and patient perceptions. *MEDSURG Nursing*. 25 (5). 351-356.
- Wright, L.M.; Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo: Roca
- Yousefi, H.; Abedi, H.A.; Yarmohammadian, M.H.; Elliott, D. (2009) - Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1891-1898.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização para a realização do projeto

Tomei conhecimento,
A seu de:

Pro D. I. Fernandes,
Est. clíq. e
Direcc. do Serviço
de Urgência Geral
p/c: GID

DELIBERAÇÃO
OCA autoriz.
CENTRO HOSPITALAR
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
2017-05-01

1. Solicitar dados e informações para
(positivos) 2. Registrar no
sistema

NOTA DE SERVIÇO

3/1/2017

RA: Exma. Sra. Dra. Administradora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento
Secretária do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

03-01-2017

ASSUNTO: Autorização à realização de um estudo de cariz académico no âmbito de um
nestrado em enfermagem médico-cirúrgica intitulado: "A intervenção da enfermagem na
promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência".

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, realizado no Serviço de Urgência
pela Sra. Enfermeira Tânia Isabel Gomes do Carmo, sob a orientação da Sra. Enfermeira Ana
Filipa Alves Duarte do Serviço de Urgência Geral.

ACTA Nº 01/17

Os objectivos do estudo são:

1. Identificar os factores ambientais que perturbam a qualidade do sono da pessoa idosa internada do Serviço de Urgência Geral (SUG);
2. Avaliar o nível de ruído ambiente no SUG
3. Observar as práticas da equipa multidisciplinar do SUG inerentes à promoção da qualidade do sono na pessoa idosa
4. Conhecer as estratégias utilizadas e delinear novas estratégias de modo a minimizar as perturbações no padrão do sono da pessoa idosa.

Os dados para a realização do estudo serão recolhidos mediante entrevistas informais realizadas a 15/20 doentes internados no SO do Serviço de Urgência bem como à equipa de enfermagem do SUG.

À consideração superior,

Concordo com a
autorização do
estudo.
Para actuação
pela CA

De acordo,
A licenciadora superior
de Saúde Pública
3/1/2017

DESPACHO
A Sr. Sra. Dra. Fernandes
p/ c. p/ c. p/ c.
3/1/2017
Estudo de intervenção ambiental
no SUG. Multidisciplinar por
parte de enfermeiros, médicos,
psicólogos, etc. O parecer é favorável
à realização do estudo.
03/01/2017

4/1/2017

ANEXO II

Autorização para utilização do PSQI

Sent on behalf of Dr. Buysse

Dear Tânia,

You have my permission to use the PSQI for your research study. You can find the instrument, scoring instructions, the original article, links to available translations, and other useful information at www.sleep.pitt.edu under the Research/Instruments tab.

The PSQI has been translated into many languages. A list of available translations is on the website indicated above. We would prefer that you use existing translations of the PSQI rather than create another translation if at all possible. This makes it easier to standardize studies and publications, and ensures a consistent approach to translation.

If your requested language is not available, you can request a new translation. However, any new translation of the PSQI must undergo a rigorous linguistic validation procedure. Please contact MAPI Research Trust with any questions regarding translations or copies of existing translations by registering via the following link:

<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/pittsburgh-sleep-quality-index>.

Please be sure to cite the 1989 paper in any publications that result.

Question 10 is not used in scoring the PSQI. This question is for informational purposes only, and may be omitted during data collection per requirements of the particular study.

This copyright in this form is owned by the University of Pittsburgh and may be reprinted without charge only for non-commercial research and educational purposes. You may not make changes or modifications of this form without prior written permission from the University of Pittsburgh. If you would like to use this instrument for commercial purposes or for commercially sponsored research, please contact the Office of Technology Management at the University of Pittsburgh at [412-648-2206](tel:412-648-2206) for licensing information.

Good luck with your research.

Sincerely,

Daniel J. Buysse, M.D.

Professor of Psychiatry and Clinical and Translational Science

University of Pittsburgh School of Medicine

E-1123 WPIC

3811 O'Hara St.

Pittsburgh, PA 15213

T: [\(412\) 246-6413](tel:412-246-6413)

buyssedj@upmc.edu

ANEXO III

Autorização para utilização da ESS versão portuguesa



**Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra**



rimas@fe.uc.pt

ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 21 de fevereiro de 2018

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição ESS (Escala de sonolência de Epworth) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite medir a propensão para o sono ou sonolência num leque diversificado de situações de vida.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://rimas.uc.pt/instrumentos/21/>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 COIMBRA

Tel. 239 790 507

ANEXO IV

Certificado de participação na formação “*Ventilação não invasiva*”

Centro Hospitalar de

Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho Ministerial de
07/01/2002 do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **TÂNIA ISABEL GOMES CARMO**, natural de **ALTO DO SEIXALINHO**, nascido/a a **27-05-1986**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12977593**, válido até **18-03-2020**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação **Contínua**

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

em **21-03-2017**, com a duração de **14** horas.

Setúbal, **04-09-2017**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação
do Centro Hospitalar de

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

ANEXO V

Certificado de participação na formação “*V Curso de Auditoria Clínica –*

Uma Ferramenta para a Qualidade dos Cuidados”

Centro Hospitalar de

Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho Ministerial de
07/01/2002 do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **TÂNIA ISABEL GOMES CARMO**, natural de **ALTO DO SEIXALINHO**, nascido/a **27-05-1986**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12977593**, válido até **18-03-2020**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação **Contínua**

V CURSO DE AUDITORIA CLÍNICA - UMA FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

em **24-02-2017**, com a duração de **17** horas.

Setúbal, **24-01-2018**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação
do Centro Hospitalar de

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **261 /2017** de acordo com o modelo publicado na portaria 474/2010 de 8 de julho

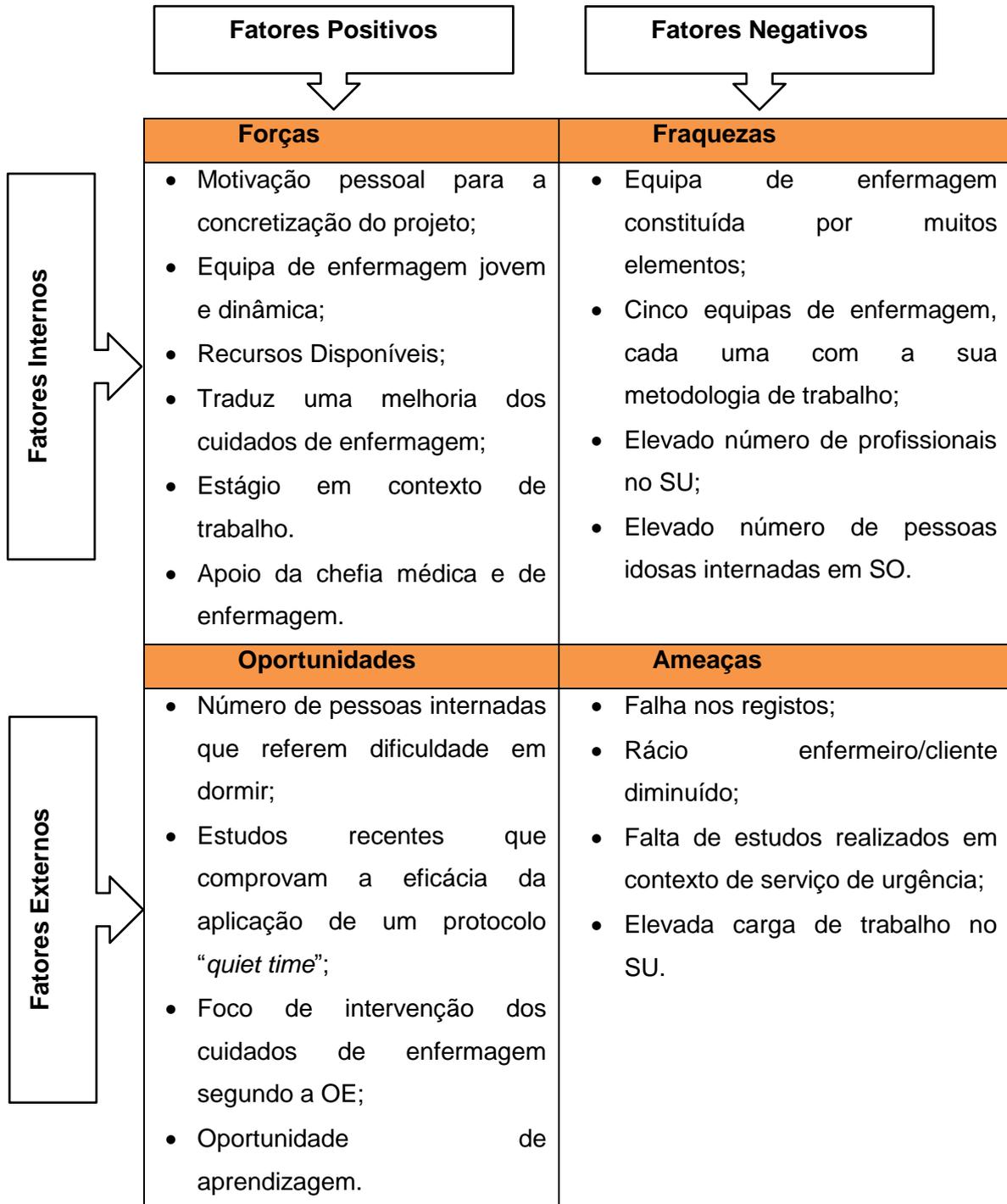
APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de atividades

APÊNDICE II
Análise SWOT

ANÁLISE SWOT



Referências Bibliográficas:

- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. (A. Freitas, Ed.) *Percursos*, 15.
- Tavares, M. (2008). *Gestão estratégica*. 2ª edição. São Paulo: Atlas.

APÊNDICE III

Objetivos específicos, atividades e indicadores de avaliação

1. Objetivo Geral: Desenvolver competências como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados, em parceria com a pessoa idosa e família, na promoção da qualidade do sono em contexto de SU e comunidade.

Objetivos Específicos	Atividades/Tarefas a desenvolver	Recursos Materiais	Avaliação
<p>a) Adquirir conhecimentos na área do sono, contextualizando a problemática na pessoa idosa hospitalizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados internacionais e livros de referência; • Redação do enquadramento teórico do desenho de projeto e do relatório; • Presença nas reuniões de orientação tutorial; • Realização do estágio inserido no 3º semestre; • Visita ao Laboratório de Patologia Respiratória do Sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador. • Base de dados científicas. • Bibliografia de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentação teórica do projeto; • Atas das reuniões de orientação tutorial; • Reflexões sobre as aprendizagens; • Avaliações formativas e sumativas.
<p>b) Identificar quais os fatores perturbam a qualidade do sono da pessoa idosa internada no SU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sistemática da literatura; • Realização de entrevistas a pessoas idosas internadas; • Elaboração e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem (importância da temática; identificação de fatores perturbadores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador. • Base de dados científicas. • Guião de entrevista; • Folha de questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentação teórica; • Análise das entrevistas; • Análise dos questionários; • Redação de um artigo para divulgação dos resultados.

<p>c) Identificar as necessidades da pessoa idosa utilizando instrumentos de avaliação adequados, de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, nomeadamente na promoção da qualidade do sono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do estágio de 18 semanas no SU do CH; • Realização de uma avaliação multidimensional e sistemática da pessoa idosa, percebendo quais os principais problemas e quais as maiores dificuldades no internamento, de forma a melhorar a atuação da equipa; • Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa, tendo em conta o ambiente, fomentando o cuidado de Si e sua autonomia; • Divulgação à equipa de enfermagem das cinco fases do processo de cuidar em parceria, incentivando a sua aplicação; • Incentivo à equipa de enfermagem para envolver a família/cuidador no processo de cuidar em parceria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de avaliação multidimensional. • Equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redação de um estudo de caso com avaliação multidimensional da pessoa idosa; • Apresentação do estudo de caso; • Realização de notas de campo.
<p>d) Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa e família, em contexto de domicílio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do estágio de 4 semanas na UCC; • Observação das práticas da equipa de enfermagem da UCC no que concerne à avaliação multidimensional da pessoa idosa e família e à promoção da qualidade do sono. • Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, recorrendo a instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa; • Identificar os fatores de que influenciam a qualidade do sono da pessoa idosa no domicílio, assim como intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono. • Construção de um póster: fatores que influenciam a 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de avaliação multidimensionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redação de um estudo de caso com avaliação multidimensional da pessoa idosa; • Apresentação do póster.

	<p>qualidade do sono da pessoa idosa; intervenções de enfermagem para a promoção da qualidade do sono; instrumentos para avaliação da qualidade do sono);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a articulação entre o SU e a UCC. 		
<p>e) Implementar intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa hospitalizada que promovam a qualidade do sono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a pessoa idosa e família no desenvolvimento de estratégias nas 5 fases do processo de cuidar em parceria; • Definição de estratégias em parceria com a pessoa idosa e família para uma adequada prestação de cuidados que promovam a qualidade do sono; • Prestação de cuidados enquanto enfermeira especialista implementando um conjunto de intervenções individualizadas, em parceria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador com sistema Alert. • Equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de intervenções realizadas em parceria na promoção do cuidado da pessoa idosa; • Apresentação dos compromissos estabelecidos em parceria; • A pessoa idosa e família assumem o cuidado de si, de acordo com o plano de cuidados; • Desenvolvimento e apresentação do protocolo "Quiet Time". • Implementação do protocolo.

2. Objetivo Geral: Contribuir para uma mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem de forma a garantir um ambiente promotor da qualidade do sono na pessoa idosa internada no SU.

Objetivos Específicos	Atividades/Tarefas a desenvolver	Recursos Materiais	Avaliação
-----------------------	----------------------------------	--------------------	-----------

<p>a) Avaliar os conhecimentos e as práticas da equipa de enfermagem do SU e da UCC referentes à promoção da qualidade do sono na pessoa idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a enfermeira coordenadora do SU e da UCC; • Dinamização do projeto no seio das equipas; • Observação das práticas da equipa de enfermagem, com base na construção de uma grelha de auditoria; • Análise dos registos de enfermagem, relativamente à avaliação do padrão de sono da pessoa e à prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e família; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões. • Meios audiovisuais. • Equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do projeto; • Feedback dos enfermeiros; • Construção da grelha de auditoria; • Realização de auditorias.
<p>b) Melhorar a resposta da equipa multidisciplinar do SU às necessidades da pessoa idosa com alterações na qualidade do sono, tendo por base uma intervenção em parceria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem (estratégias que utilizam para promover o sono; estratégias a implementar para promover o sono); • Esclarecimento à equipa sobre a importância de conhecer o padrão de sono da pessoa idosa e sua medicação habitual; • Sensibilização da equipa para a importância dos registos de enfermagem; • Verificação da existência de protocolos sobre a temática noutros serviços. • Elaboração de um protocolo “<i>Quiet Time</i>” no SU, mediante o estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa, família, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar. • Construção de um póster para apresentação do protocolo; • Colocação de slides nos computadores do SO para alertar toda a equipa multidisciplinar para a temática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de questionário. • Equipa de Enfermagem • Computador com sistema Alert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de questionários respondidos, pelo menos 40% da equipa; • Análise e divulgação dos resultados dos questionários, em formato de artigo. • Implementação do protocolo; • Notas de enfermagem que descrevam o padrão de sono da pessoa idosa; • Apresentação do póster; • Resultado das auditorias.

APÊNDICE IV
Revisão Sistemática de Literatura

A promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência e a intervenção de enfermagem: revisão sistemática da literatura

Resumo

O sono é parte integrante do ritmo circadiano diário necessário para restaurar a função fisiológica e manter a homeostasia (Vincensi et al, 2016). Privação do sono, fragmentação e interrupções do sono são ocorrências comuns durante o internamento hospitalar (Vincensi et al, 20016) e mais comum ainda na pessoa idosa, o que pode levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbidade e mortalidade (Li et al, 2011). Estudos mostram a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a sua qualidade. A presente revisão sistemática da literatura (RSL) teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem referenciadas na literatura para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência. Foi realizada uma pesquisa na EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE) e foram selecionados 10 artigos. Os resultados obtidos demonstram que apesar do conhecimento generalizado dos profissionais de enfermagem que a qualidade do sono da pessoa idosa é afetada durante o internamento, há necessidade de envolver e sensibilizar a equipa multidisciplinar para a implementação de medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a sua qualidade. Os fatores que influenciam o sono assentam numa etiologia multifactorial: fatores associados ao ambiente, à prestação de cuidados e inerentes à própria pessoa (fisiológicos e psicológicos). Uma das estratégias sugeridas na literatura para promover a qualidade do sono passa pela redução dos estímulos ambientais externos através da implementação de um protocolo “*Quiet Time*”.

Palavras-chave: pessoa idosa, sono, hospital, intervenção de enfermagem, quiet time.

Introdução

Um sono saudável é aquele que possui qualidade e quantidade suficientes para a pessoa manter o estado de vigília durante o dia¹¹. O processo de envelhecimento, por si só, causa uma alteração no ritmo circadiano, o que torna o sono do idoso mais superficial e fragmentado, com vários despertares noturnos, menor eficiência e pior qualidade. Esta alteração leva a que as pessoas idosas apresentem sonolência durante o dia³. Queixas diurnas de fadiga; diminuição da capacidade funcional; diminuição da resposta imunológica; défices cognitivos a nível da atenção, concentração, memória; alteração do humor; sintomas ansiosos ou depressivos; limitação do desempenho social, familiar, ocupacional e problemas comportamentais podem ser indícios de perturbações do sono. De forma geral, a privação do sono prejudica o funcionamento diário da pessoa idosa, comprometendo aspetos cognitivos e habilidades psicomotoras¹⁰.

A qualidade do sono é um fator importante no planeamento dos cuidados de enfermagem, uma vez que as queixas da pessoa hospitalizada sobre este aspeto são comuns e as alterações do sono podem influenciar negativamente os sentimentos, a motivação, a perceção da qualidade dos cuidados e a colaboração da pessoa contribuindo para o protelamento da alta^{8,12}.

Pelas características arquitetónicas inerentes e natureza dos cuidados prestados, o hospital (em particular o serviço de urgência) constitui um ambiente muitas vezes incompatível com uma boa qualidade do sono. Em contexto hospitalar, o sono pode não ser restaurador devido a uma tríade de fatores: fatores ambientais, fatores associados à prestação de cuidados e fatores inerente à própria pessoa (fisiológicos e psicológicos).

Os enfermeiros desempenham um papel preponderante na manutenção e restabelecimento da situação de saúde das pessoas idosas hospitalizadas. Deste modo, e na procura pela excelência dos cuidados, cabe aos enfermeiros contribuir para a criação de um ambiente confortável por forma a proporcionar às pessoas idosas hospitalizadas a melhor experiência possível.

Metodologia

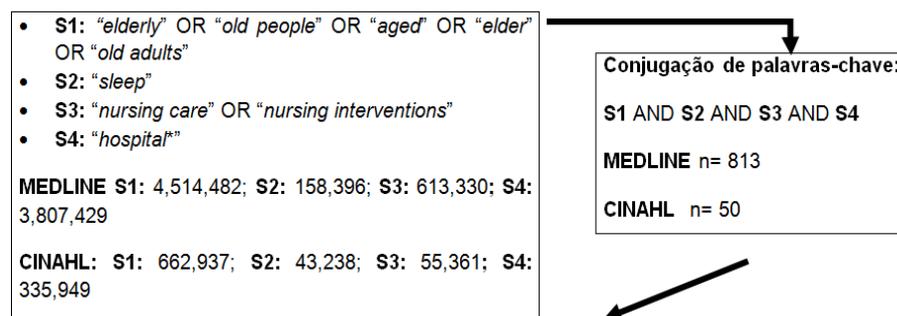
O processo para a condução da RSL inicia com a elaboração da questão de investigação. A questão de investigação deve incluir a definição dos participantes, as

intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados¹³. Deste modo foi formulada a questão de investigação segundo o formato PICO: “quais as intervenções de enfermagem (I) para a promoção da qualidade do sono (O) na pessoa idosa internada no serviço de urgência (P)?”.

A revisão considerou estudos escritos em português, inglês e espanhol, entre 2006 e 2016, com apresentação do texto completo (*full text*) e que incluíssem pessoas idosas (com 65 ou mais anos) hospitalizadas, com metodologia qualitativa e/ou quantitativa. Foram excluídos estudos que não incluíssem pessoas idosas ou que avaliassem a qualidade do sono no domicílio. A par disto excluem-se estudos anteriores ao ano de 2006 e noutras línguas que não as descritas anteriormente.

A pesquisa foi realizada em Novembro de 2016 recorrendo à plataforma EBSCOhost (CINAHL with full text e Medline with full text). Foram utilizados os seguintes descritores CINAHL Headings e Medline MeSH, numa lógica booleana: “elderly” OR “old people” OR “aged” OR “elder” AND “sleep” AND “nursing care” OR “nursing intervention” AND “hospital*”. Foram obtidos 863 artigos, posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão (filtro temporal, o requisito de “*full text*” (texto completo) e a língua). Daqui resultaram 257. Excluíram-se os artigos que não incluíam pessoas idosas e procedeu-se à leitura de títulos e *abstracts*, tendo sido excluídos 232 artigos. Da leitura do conteúdo na íntegra excluíram-se 16, pelo que restaram 10 estudos que obedeceram aos critérios de inclusão e de exclusão. O percurso metodológico utilizado encontra-se exemplificado na figura 1.

De referir que não foi encontrado nenhum estudo realizado no âmbito do serviço de urgência. No entanto, o serviço de observação (SO) do serviço de urgência, pela sua complexidade de cuidados e pela instabilidade hemodinâmica da maior parte dos clientes, pode ser comparado (em termos ambientais) a uma unidade de cuidados intensivos.



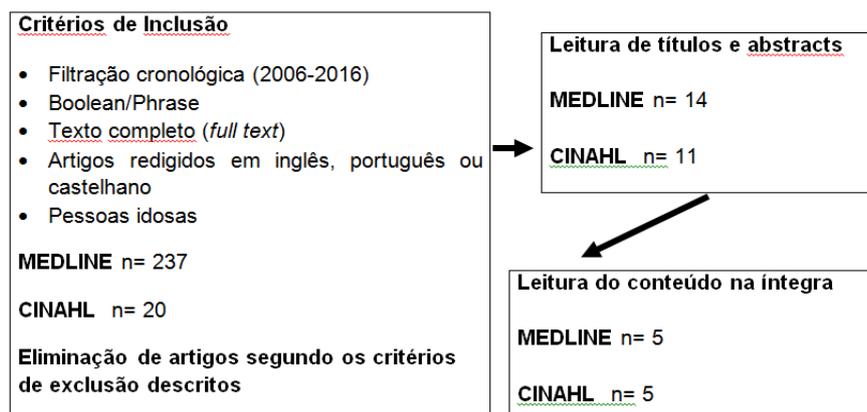


Fig. 1 – Processo de seleção dos estudos.

Apresentação e análise dos resultados

No total foram analisados 10 estudos publicados entre 2007 e 2016. Estes estudos são predominantemente de natureza qualitativa com diferentes abordagens, exploratória transversal, quasi-experimental, estudo piloto e revisão da literatura. Quanto aos instrumentos de colheita de dados utilizados foram majoritariamente questionários, entrevista e observação participante. O tratamento de dados que os estudos privilegiaram foi a análise de conteúdo e a estatística descritiva. Os estudos são provenientes de diferentes países, Estados Unidos da América (n=6); Taiwan (n=1); Noruega (n=1); Turquia (n=1) e Canadá (n=1) o que configura uma diversidade cultural enriquecedora a esta revisão. Os participantes dos estudos são enfermeiros que desempenham funções num serviço hospitalar (predominantemente nas unidades de cuidados intensivos), e pessoas idosas hospitalizadas. As intervenções estudadas tinham como enfoque a promoção da qualidade do sono. Para melhor análise dos estudos foi elaborada uma tabela de análise de artigos, onde consta a identificação bibliográfica do artigo, o nível de evidência, o objetivo do estudo, o tipo de estudo, o número de participantes, o instrumento de colheita de dados, os resultados do estudo, as implicações para a prática e o número de referências bibliográficas apresentadas no artigo.

A análise do nível de evidência dos artigos selecionados foi realizada de acordo com Cruz & Pimenta (2005)¹⁴ baseado em Hicks, que estabelece os seguintes níveis de evidência apresentados na tabela 1:

Tipo	Força da evidência
I	Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados, bem delineados
II	Evidência forte de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado
III	Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de corte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle
IV	Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas

Tabela 1 – Classificação da força das evidências.

Os estudos encontram-se apresentados por ordem cronológica.

Estudo	Objetivo	Métodos	Principais resultados/implicações para a prática
<p>1. Ugras, G.; Özteki, S. (2007). Patient Perception of Environmental and Nursing Factors Contributing to Sleep Disturbances in a Neurosurgical Intensive Care Unit. <i>Tohoku Journal of Experimental Medicine</i>, 212, 299-308</p> <p>Turquia. Nível de evidência V</p>	<p>Determinar os fatores e as intervenções de enfermagem que afetam o sono dos doentes na UCI.</p>	<p>Entrevista e questionário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 78,5% dos doentes apresentaram distúrbios do sono. • Os fatores que afetam o sono foram: a imobilidade, o barulho, as intervenções de enfermagem, bem como as intervenções específicas de neurocirurgia (mexer o braço/perna, avaliação do nível de consciência), as luzes, os dispositivos médicos, a dor e ansiedade. • Os distúrbios do sono devem ser abordado no plano de cuidados multidisciplinares e os cuidados devem ser planeados para assegurar uma boa qualidade de sono aos doentes. <p>Recomenda-se que os doentes possam permanecer descansados por um período de 90-120 minutos.</p>
<p>2. LaReau, R.; Benson, L.; Watcharotone, K.; Manguba, G. (2008). Examining the Feasibility of Implementing Specific Nursing Interventions to Promote Sleep in Hospitalized Elderly Patients. <i>Geriatric Nursing</i>, 29 (3). 197-206.</p> <p>Estados Unidos da América Nível de evidência III</p>	<p>Verificar a eficácia da implementação de intervenções específicas de enfermagem para promover o sono. Os idosos hospitalizados foram divididos em dois grupos: grupo experimental (foram prestados cuidados de acordo com o protocolo de promoção do sono) e grupo de controlo (receberam os cuidados noturnos habituais).</p>	<p>Questionário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos do grupo experimental demonstraram uma melhoria significativa na qualidade do sono e na capacidade de permanecer a dormir, tendo recebido menos medicação indutora do sono do que as pessoas idosas do grupo controlo. • A implementação deste protocolo melhorou a qualidade do sono sem recorrer a medicação. • Devem ser identificadas e respeitadas as preferências das pessoas idosas e, sempre que possível, incorporar essas preferências nas intervenções de promoção do sono. • Melhorar as intervenções não farmacológicas é fundamental para diminuir a necessidade de medicação indutora do sono ou otimizar o seu uso na menor dose possível.
<p>3. Missildine, K. (2008) Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings. <i>Journal of Gerontological Nursing</i>, 34 (6),</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as características do sono de idosos em cuidados agudos. • Medir os níveis de luz e ruído para analisar como podem afetar o sono. 	<p>Entrevista. Actigrafia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes deste estudo experimentaram problemas significativos com o sono durante a hospitalização. O sono foi caracterizado por início tardio, diminuição do sono total, diminuição da eficiência do sono, diminuição do período de sono e períodos de vigília

<p>15-21. Estados Unidos da América. Nível de evidência III</p>			<p>frequentes e prolongados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O sono pode ter sido comprometido por intensos níveis de ruído e luz intermitente e brilhante. • Um protocolo de promoção da qualidade do sono; musicoterapia e técnicas de relaxamento; massagem e aromaterapia podem melhorar o sono. • Uma abordagem multidisciplinar para identificar fontes de ruído e luz pode resultar em modificações sem comprometer a qualidade do atendimento ao doente.
<p>4. Li, S.; Wang, T.; Wu, S.; Liang, S.; Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 20. 396-407 Taiwan. Nível de evidência III</p>	<p>Testar a eficiência de diretrizes para controlo do ruído noturno de forma a melhorar a qualidade do sono de pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos cirúrgicos.</p>	<p>Questionário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados deste estudo suportam a eficiência das diretrizes para controlo do ruído noturno uma vez que os níveis de ruído foram significativamente mais reduzidos após a implementação das directrizes • Os fatores mais referidos como perturbadores do sono foram o ruído, a avaliação de sinais vitais e intervenções de enfermagem. • As diretrizes incluíram: a redução do volume do alarme do monitor cardíaco; a reorganização dos cuidados médicos e de enfermagem; falar baixo; identificar e modificar as fontes de ruído. • Toda a equipa deve ser envolvida e sensibilizada para cumprir as directrizes. • Os enfermeiros devem avaliar e registar o padrão de sono da pessoa internada.
<p>5. Eliassen, K.; Hopstock, L. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses' interventions. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. 27, 138-142. Noruega. Nível de evidência III</p>	<p>Investigar a percepção que os enfermeiros têm acerca das intervenções de promoção do sono que realizam</p>	<p>Questionário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados deste estudo indicam um interesse geral por parte dos enfermeiros nas intervenções de promoção do sono, mas existem discrepâncias entre as estratégias sugeridas na literatura e as intervenções realizadas pelos enfermeiros. • As intervenções de enfermagem para promoção da qualidade do sono foram divididas em três categorias: ruído e luz; conforto da pessoa; prestação de cuidados à pessoa. O ruído e a redução da luz foram considerados

			<p>prioritários para o sono noturno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As prioridades relacionadas ao cuidado no doente crítico podem funcionar como barreiras à incorporação de estratégias de promoção do sono.
<p>6. Maidl, C.; Leske, J.; Garcia, A. (2014) The Influence of “Quiet Time” for Patients in Critical Care. <i>Clinical Nursing Research</i>, 23 (5) 544 – 559. Estados Unidos da América. Nível de evidência III</p>	<p>Examinar a influência de um protocolo “Quiet Time” (QT).</p>	<p>Questionário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto os doentes como a equipa multidisciplinar estavam satisfeitos com a implementação do protocolo. Os doentes relataram melhoria na qualidade do sono e diminuição do nível de ansiedade. • O controlo de fatores ambientais pode aumentar diretamente a capacidade da pessoa descansar. • A sensibilização da equipa para os níveis de ruído na área de cuidados aumentou desde a implementação do protocolo QT. O protocolo QT diminuiu os níveis de ruído e incentivou o repouso, embora a adesão ao protocolo QT fosse ocasionalmente desafiadora para a equipa de enfermagem.
<p>7. Radtke, K.; Obermann, K.; Teymer, L. (2014). Nursing Knowledge of Physiological and Psychological Outcomes Related to Patient Sleep Deprivation in the Acute Care Setting. <i>MEDSURG NURSING</i>. 23 (3). Estados Unidos da América. Nível de evidência III</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o conhecimento que os enfermeiros têm sobre a qualidade do sono em pessoas com doença aguda. • Determinar se os enfermeiros estão cientes dos efeitos negativos da insónia e se esse conhecimento afeta a forma como prestam cuidados 	<p>Questionário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados deste estudo poderiam ser utilizados para desenvolver um protocolo de enfermagem para promover a higiene do sono das pessoas internadas. • Habitualmente os enfermeiros não questionam as pessoas internadas acerca do seu padrão de sono no domicílio. • Os enfermeiros podem melhorar a qualidade do sono dos doentes se realizarem avaliações do padrão de sono de modo a antecipar as necessidades, e devem sentir-se capacitados para fazer mudanças para melhorar a qualidade do sono dos doentes. • Deve-se considerar o uso de métodos não-farmacológicos para a promoção do sono, ou em combinação com intervenções farmacológicas. • Devem ser implementadas intervenções de promoção do sono baseadas na evidência. Tais intervenções poderiam ser parte de um protocolo de higiene do sono

			que fornece uma abordagem pro-ativa da enfermagem para promoção do sono.
<p>8. Vincensi, B.; Pearce, K.; Redding, J.; Brandonisio, S.; Tzou, S.; Meiusi, E. (2016). Sleep in the hospitalized patient: nurse and patient perceptions. <i>MEDSURG Nursing</i>. 25 (5). 351-356. Estados Unidos da América Nível de evidência III</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as intervenções de enfermagem utilizadas para promover o sono e repouso das pessoas hospitalizadas. • Identificar quais dessas intervenções são percebidas pelos enfermeiros e pelos doentes como eficientes. • Obter feedback sobre um dispositivo biomédico não invasivo (<i>Vital Sleep® Headband</i>) [actigrafia]. 	Questionário.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros e doentes tiveram diferentes percepções acerca dos fatores que perturbam o sono das pessoas hospitalizadas, assim como da efetividade das intervenções de enfermagem para a promoção do sono. • O <i>Vital Sleep Headband</i> reduz os sons externos, monitoriza os sinais vitais da pessoa (pulso, oximetria de pulso, temperatura) e transmite os resultados para uma central. Relativamente aos benefícios desta tecnologia, os doentes referiram diminuição do ruído e da ansiedade; melhoria da qualidade do sono com menos interrupções. • Promover uma higiene adequada do sono, oferecer ceia ou um cobertor quente, promover as rotinas habituais ou instituir protocolos de sono são intervenções a serem exploradas. • Os enfermeiros devem envolver a equipa multidisciplinar para melhorar o sono e o repouso dos doentes hospitalizados. • O conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades e segurança do doente pode ter um impacto significativo no custo e na eficácia de novas tecnologias para melhorar a saúde e satisfação da pessoa, diminuir o tempo de internamento, e satisfazer os indicadores de qualidade e as expectativas da pessoa.
<p>9. Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet <i>Cinahl Information Systems</i> Nível de evidência V</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar os dados mais recentes relativos à promoção da qualidade do sono no hospital. 	Revisão sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas hospitalizadas têm muitas vezes uma quantidade inadequada de sono ou sono de má qualidade. • Muitos doentes relatam os seguintes distúrbios do sono: aumento da frequência de despertares ou despertar muito cedo; dificuldade em adormecer; uma necessidade crescente de terapêutica indutora do sono; pobre qualidade do sono; um aumento na frequência das sestas e pesadelos.

			<ul style="list-style-type: none"> • O sono no hospital é frequentemente afetado por fatores ambientais, fatores específicos da pessoa e intervenções de enfermagem. • Os fatores específicos do doente que perturbam o sono incluem estado de saúde, medicação, dor e desconforto, dispneia, presença de perturbações primárias do sono, depressão, ansiedade e delirium. • As intervenções de enfermagem podem interromper e evitar o retorno ao sono. • Avaliar a duração e qualidade do sono. A observação direta e os auto-relatos (diário do sono) podem ser utilizados para monitorizar a qualidade do sono no hospital. • Discutir a implementação de um protocolo de "tempo de sono".
<p>10. Pulak, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. Journal of Intensive Care Medicine, 31(1) 14-23. Canadá. Nível de evidência V</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a mais recente literatura sobre o sono na UCI, os efeitos da privação do sono e estratégias para promover o sono na UCI. 	<p>Revisão da literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A privação e a interrupção do sono são muito frequentes na UCI. • Os fatores perturbadores do sono identificados são: efeitos da ventilação invasiva; efeitos da ventilação não-invasiva; efeitos da medicação (analgésicos, corticóides; antipsicóticos); fatores ambientais (ruídos e luz) e intervenções dos profissionais de saúde. • A implementação de protocolos para promoção do sono têm sido descritos como eficientes. O protocolo incluiu a redução dos níveis de ruído e luz; a administração de medicamentos indutores do sono; e a organização dos cuidados de enfermagem de modo a permitir um período de sono sem interrupções para o doente (excepto intervenções de urgência/emergência). • Ao modificar os fatores externos, os doentes podem conseguir um sono de melhor qualidade e mais fisiológico durante a recuperação.

Discussão

A qualidade do sono é um fator importante para a saúde e bem-estar das pessoas idosas, daí que esteja a ganhar cada vez mais reconhecimento e interesse no campo da saúde⁴. A avaliação da qualidade do sono pode ser realizada de forma objetiva ou subjetiva. Cada uma das formas pode permitir, por sua vez, o estudo do sono a curto ou a longo prazo^{2,3,9} (quadro 1).

	Curto Prazo	Longo Prazo
Objetivo	Polissonografia	Actigrafia de pulso
Subjetivo	Entrevista	Diário de sono
	Questionário	

Quadro 1 – Instrumentos para avaliação da qualidade do sono.

De acordo com a pesquisa efetuada conclui-se que a maioria das pessoas idosas internadas sofre de alterações no seu padrão de sono^{1,2,3,4, 9, 10}. Um sono adequado é essencial para a saúde e recuperação da pessoa, no entanto, o ambiente de um serviço de urgência é por natureza, um ambiente perturbador do padrão de sono. As pessoas internadas não conseguem dormir de acordo com o seu padrão de sono habitual e dormem menos à noite do que o fariam em casa¹. O sono torna-se mais superficial e fragmentado, com vários despertares nocturnos, menor eficiência e pior qualidade³. Esta alteração leva a que as pessoas apresentem sonolência durante o dia⁴.

Tendo em conta os estudos analisados, os fatores que foram identificados como perturbadores do sono nas pessoas idosas internadas foram agrupados em quatro categorias: os fatores ambientais; os fatores associados à prestação de cuidados; e os fatores inerente à própria pessoa (fatores fisiológicos e os fatores psicológicos).

Os fatores associados ao ambiente de uma unidade hospitalar foram: o ruído dos equipamentos (colchão de pressão alternada, sistema do ar condicionado, alarmes de monitores, ventiladores, seringas/bombas infusoras, sistema de aspiração e nebulização; telefones/telemóveis) e das conversas dos profissionais e de outras pessoas internadas; a iluminação e a temperatura^{1, 3, 4, 5}.

Embora a Organização Mundial de Saúde recomende valores limite de ruído para ambiente hospitalar entre 35dB (período noturno) e 40dB (período diurno), em todos os estudos analisados esse valor foi excedido. No estudo efetuado por Li et al (2001) o pico máximo de nível sonoro na cabeceira do doente foi de 60,0 dB, tendo sido o nível médio de ruído de 57,7 dB. No estudo realizado por Missildine (2008) os participantes raramente experimentaram níveis sonoros inferiores a 48 dB, sendo o nível médio de som durante as horas de sono de 52,87 dB. Um participante deste estudo experimentou 15 minutos de som superior a 110 dB. Um valor superior a 30db interfere negativamente com a qualidade do sono, uma vez que impede a pessoa de atingir as fases mais profundas do sono (III e IV do sono NREM), além de que provoca uma diminuição na duração total do sono¹³.

A luz é o principal agente regulador do ritmo circadiano ao interferir na secreção de melatonina. Deste modo, quando as luzes das unidades/quartos dos doentes não são reduzidas a secreção de melatonina não acontece, o que provoca alterações no padrão de sono da pessoa¹⁰.

Os fatores perturbadores do sono associados à prestação de cuidados foram as intervenções dos profissionais, principalmente dos enfermeiros (avaliação de sinais vitais, cuidados de conforto e higiene, alternância de decúbitos, realização de exames complementares de diagnóstico, administração de medicação, o desconforto devido ao leito (cama/maca, colchão, almofada) ou ao posicionamento; estar ligado a mais do que um dispositivo médico; o ambiente desconhecido e os odores desagradáveis^{1,4}.

Os fatores perturbadores do sono identificados como inerentes à própria pessoa podem ser divididos em duas subcategorias: fisiológicos e psicológicos.

Os fisiológicos incluem a dor e desconforto; o estado de saúde; o padrão de sono da pessoa que não é respeitado; a presença de perturbações primárias do sono (por exemplo, insónia, apneia obstrutiva do sono, narcolepsia), os sintomas da doença aguda (tosse, dispneia, náuseas/vómitos); a gravidade da doença; a necessidade de ventilação invasiva ou não-invasiva e os efeitos da terapêutica^{1,3,9,10}. Benzodiazepinas, propofol, opióides, β -bloqueantes, antiarrítmicos, antipsicóticos, diuréticos e antidepressivos provocam interferência no padrão de sono¹⁰.

Em termos psicológicos estão descritos como fatores perturbadores a ansiedade, depressão e delírio; o medo da doença, da recuperação e do

desconhecido; o stress provocado pela permanência num ambiente desconhecido, com pessoas estranhas e onde a família só pode estar presente por períodos^{1,9}.

Com o conhecimento adquirido sobre a fisiologia normal do sono, os potenciais efeitos da privação do mesmo e os fatores que afetam o sono, torna-se urgente desenvolver programas para diminuir e minimizar as consequências da falta de sono e repouso. De forma a potenciar a qualidade do sono durante o internamento foi proposto, em alguns países a implementação de um protocolo “*Quiet time*”, com o objectivo de sensibilizar todos os profissionais de saúde para a implementação de medidas que minimizem as interrupções desnecessárias no período de sono da pessoa internada internada^{2,3,6,7,8,9,10}.

As intervenções de enfermagem para a promoção da qualidade do sono relativas à modificação de fatores ambientais mencionadas na literatura foram: reduzir o nível de ruído (quadro 2); minimizar a iluminação e desligar as luzes o mais cedo possível no período nocturno, mantendo um ambiente luminoso durante o dia com abertura das cortinas/estores; fornecer máscaras e tampões para os ouvidos como complemento para diminuir o ruído e iluminação; ajustar a temperatura ambiente^{1,2,3,4,5,9}.

Reduzir o nível de ruído	
Reduzir o volume do toque do telefone/telemóvel	Ajustar parâmetros do monitor tendo em conta o padrão da pessoa
Os enfermeiros devem responder aos alarmes em menos de um minuto	Utilizar calçado adequado que minimize o ruído
Desligar a sucção	Fechar as portas e/ou cortinas
Limitar a conversa nas proximidades dos quartos/idades e/ou reduzir o volume da voz	Verificar e reduzir o volume do alarme do monitor, do ventilador e das bombas ou seringas infusoras

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem para reduzir o nível de ruído.

Para minimizar os fatores perturbadores associados à prestação de cuidados, estão descritas as seguintes intervenções de enfermagem: sincronização entre pessoa e ventilador; verificação do volume dos fluídos endovenosos e da alimentação por sonda nasogástrica e substituição por novas embalagens antes de

terminarem; fornecer ceia e/ou bebida quente; remoção de equipamento não necessário (braçadeira da tensão, cabos de electrocardiografia ou oxímetro); administração de terapêutica indutora do sono; evitar o uso de drogas que interferem com o sono; avaliação de sinais vitais com avaliação da dor; administração de terapêutica analgésica; utilização de técnicas de relaxamento (massagem), musicoterapia, aromaterapia; posicionar a pessoa de modo confortável^{2,3,5,8,10}.

Para além destas medidas, devem ser identificadas e respeitadas as preferências das pessoas idosas e, sempre que possível, incorporar essas preferências nas intervenções de promoção do sono (respeitar a hora habitual de dormir; conhecer a preferência da pessoa pelo rádio e/ou televisão; conhecer a medicação habitual; cuidados habituais antes de dormir, como escovar os dentes, escovar o cabelo, lavar o rosto)^{2,5,10}.

Informar a pessoa idosa sobre os procedimentos a realizar e demonstrar disponibilidade para responder a questões pode ser tranquilizador para a pessoa^{1,5,10}.

Outro aspeto referido na literatura foi a importância de informar a pessoa que estava na hora de dormir. Esta “permissão para dormir” é essencial para orientar a pessoa no tempo e para tranquilizá-la pois mesmo a dormir será cuidada⁵.

Sempre que possível as intervenções de enfermagem devem ser agrupadas de modo a permitir um período de descanso mais longo durante a noite; as atividades que não são consideradas essenciais para manter a estabilidade hemodinâmica da pessoa devem ser evitadas^{4,9,10}.

Para que estas intervenções sejam bem-sucedidas é necessário que toda a equipa multidisciplinar esteja envolvida e sensibilizada^{4,6,8}. Os enfermeiros devem conhecer, avaliar e registar o padrão de sono da pessoa internada⁴.

Conclusão

Embora muitos dos fatores que perturbam o sono no serviço de urgência sejam inevitáveis há, no entanto, alguns passíveis de controlo através da mudança de comportamentos da equipa de saúde. Desta forma urge a necessidade dos profissionais de saúde se consciencializarem das causas perturbadoras do sono e delinarem estratégias de mudança de atitudes para promoção da qualidade do sono. O desenvolvimento e implementação de protocolos “*Quiet Time*” [Tempo de

Sono] devem ser uma prioridade com o objetivo de melhorar a qualidade do sono da pessoa idosa hospitalizada e conseqüentemente capacitar para a reabilitação.

Embora existam diversos estudos internacionais sobre medidas para melhorar a qualidade do sono das pessoas idosas hospitalizadas, não foi encontrado nenhum estudo referente ao serviço de urgência. Assim sendo, consideramos que o ideal seria analisar e refletir conjuntamente com a equipa multidisciplinar sobre a sua prática, com o intuito de elaborar protocolos adaptados à estrutura física do serviço, necessidades dos doentes e da equipa prestadora de cuidados.

Referências Bibliográficas

1. Ugras, G.; Özteki, S. (2007). Patient Perception of Environmental and Nursing Factors Contributing to Sleep Disturbances in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, 299-308
2. LaReau, R.; Benson, L.; Watcharotone, K.; Manguba, G.(2008). Examining the Feasibility of Implementing Specific Nursing Interventions to Promote Sleep in Hospitalized Elderly Patients. *Geriatric Nursing*, 29 (3). 197-206
3. Missildine, K. (2008) Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6), 15-21.
4. Li, S.; Wang, T.; Wu, S.; Liang, S.; Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 396-407. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
5. Eliassen, K.; Hopstock, L. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27, 138-142. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.001
6. Maidl, C.; Leske, J.; Garcia, A. (2014). The Influence of "Quiet Time" for Patients in Critical Care. *Clinical Nursing Research*, 23 (5) 544 –559. DOI: 10.1177/1054773813493000
7. Radtke, K.; Obermann, K.; Teymer, L. (2014). Nursing Knowledge of Physiological and Psychological Outcomes Related to Patient Sleep Deprivation in the Acute Care Setting. *MEDSURG NURSING*. 23 (3).

8. Vincensi, B.; Pearce, K.; Redding, J.; Brandonisio, S.; Tzou, S.; Meiusi, E. (2016). Sleep in the hospitalized patient: nurse and patient perceptions. *MEDSURG Nursing*. 25 (5). 351-356
9. Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet *Cinahl Information Systems*.
10. Pulak, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1) 14-23. DOI: 10.1177/0885066614538749
11. Castro, N. J.; Rocha, P. M. B.; Ruback, O. R.; Santos, L. C.; Trigo, T. J. B. (2014). Transtorno dos Ciclo Sono-Vigília/Circadiano – Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 7 (2), 38-43.
12. Costa. S.; Ceolim, M. (2013). Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista Escola Enfermagem USP*. 47 (1). 46-52.
13. World Health Organization (WHO) (1999). *Guidelines for Community Noise*. Geneva: WHO. Disponível em www.who.int/docstore/peh/noise/guidelines2.html.

APÊNDICE V
Guião de colheita de dados

GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS

Processo de Parceria com a Pessoa Idosa que recorre ao Serviço de Urgência

1ª Fase – REVELAR-SE

Na primeira fase do processo de parceria o enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa idosa, “*quais os seus valores, cultura e contexto inter-relação social*”, assim como “*o acontecimento de doença e o significado que ela tem na trajectória de vida daquela pessoa*” (Gomes, 2016). Para isso o enfermeiro deve mobilizar competências de comunicação, afetividade, simpatia, escuta ativa, disponibilidade, respeito e capacidade para compreender e avaliar a situação (Gomes, 2016).

Indicador

Dar-se a conhecer

- Apresentar-se à pessoa idosa e abordá-la de forma afável
- Garantir a privacidade e conforto
- Demonstrar carinho, empatia e respeito
- Demonstrar disponibilidade para escutar
- Pedir autorização antes de qualquer procedimento
- Encorajar expressões de sentimentos

Conhecer a pessoa idosa

- Nome
- Idade
- Naturalidade
- Profissão
- Habilitações literárias
- Religião

Contexto de vida da pessoa idosa

- Residência
- Condições habitacionais
- Estado civil
- Agregado familiar
- Rede familiar

- Principal cuidadora
- Situação económica
- Atividades de lazer
- Genograma
- Ecomapa

Acontecimento de doença

- Antecedentes pessoais
- Terapêutica habitual
- Proveniência
- Como veio para o SUG
- Motivo de vinda
- Avaliação clínica inicial
- Terapêutica e tratamento
- Diagnóstico de internamento
- Evolução clínica

Avaliação multidimensional da pessoa idosa

- Avaliação cognitiva e afectiva
 - ✓ Escala de Coma de Glasgow
 - ✓ Mini Mental State Examination de Folstein
 - ✓ Escala Geriátrica de Depressão
- Avaliação física e sensorial
 - ✓ Observação física
 - ✓ Avaliação do estado nutricional – Mini Nutritional Assessment
 - ✓ Avaliação do Risco de Quedas – Escala de Morse
 - ✓ Avaliação do Risco de desenvolvimento de Úlceras por pressão – Escala de Braden
- Avaliação da capacidade funcional
 - ✓ Avaliação das atividades instrumentais de vida diária – Índice de Lawton e Brody
 - ✓ Avaliação das atividades básicas de vida diária – Índice de Barthel
- Avaliação do padrão de sono

- ✓ Escala de sonolência de Epworth
- ✓ Índice da qualidade de sono de Pittsburgh
- Problemas identificados na pessoa idosa
- Plano de cuidados

2ª Fase – ENVOLVER-SE

A segunda fase do processo de parceria - envolver-se caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma relação de confiança, em que o enfermeiro demonstra tempo e espaço para escutar as preocupações, sentimentos e necessidades da pessoa idosa e família. Através de competências técnicas, relacionais e de comunicação o enfermeiro procura reconhecer o que motiva e dá sentido à vida da pessoa *“para em conjunto identificarem possibilidades e recursos do doente idoso para o cuidado de Si”* (Gomes, 2016).

- Demonstra tempo e espaço
- Desenvolve uma relação de confiança
- Identifica a singularidade da pessoa idosa
- Disponibilidade para escutar
- Demonstra respeito pela identidade e privacidade da pessoa idosa
- Promove um ambiente seguro
- Age de forma afetiva
- Partilha informação com a pessoa idosa/família
- Inclui a família no plano de cuidados
- Adequa a linguagem verbal e não-verbal
- Estimula a autonomia da pessoa idosa
- Incentiva a pessoa idosa e família a expressar as suas preocupações e medos

3ª Fase – CAPACITAR ou POSSIBILITAR

Nesta fase o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido reflexivo e negociado com a partilha de responsabilidade e poder de forma a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o

controlo do cuidado de Si (Gomes, 2016).

Construção de ação conjunta para a pessoa idosa assumir o controlo de Si

Valida o conhecimento que a pessoa idosa tem sobre a sua situação de saúde/doença

- Partilha conhecimentos sobre a importância de cumprir o regime terapêutico
- Articula com a equipa multidisciplinar
- Ajuda a transformar capacidades potenciais em reais
- Negoceia e estabelece compromissos com a pessoa idosa e família para alcançar os objetivos
- Sugere estratégias
- Promove medidas de conforto

4ª Fase – COMPROMETER-SE

A quarta fase “*traduz-se num desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa (...)*” (Gomes, 2016).

O enfermeiro desenvolve competências na pessoa idosa e família para atingir os objetivos de acordo com os problemas identificados

- Implementa com a pessoa idosa e família intervenções de enfermagem individualizadas.
- Estabelece metas exequíveis.
- Estabelece compromissos com a pessoa idosa e família.
- Atualiza o plano de cuidados sempre que necessário

5ª Fase – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Nesta fase o doente idoso consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde ou, então, a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente (Gomes, 2016).

- Avalia o resultado da implementação das intervenções.
- A pessoa idosa demonstra conhecimento acerca do seu processo de saúde/doença.
- A pessoa idosa manifesta confiança e melhoria da qualidade de vida.
- A família foi incluída no plano de cuidados e tem conhecimentos para cuidar do Outro quando o próprio não é capaz

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

APÊNDICE VI
Ficha de leitura

Ficha de Leitura

Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade

Resumo:

Devido ao fenómeno do envelhecimento demográfico associado à prevalência de doenças crónicas verifica-se uma crescente afluência das pessoas idosas aos serviços de urgência (SU). Tal facto torna-se num desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, uma vez que é reconhecido que o SU é a antítese de tudo o que as pessoas idosas precisam, quer do ponto de vista estrutural quer na gestão de cuidados prestados.

As pessoas idosas que recorrem aos SU, segundo os estudos referidos neste artigo, têm uma apresentação clínica complexa e muitas vezes manifestam resultados adversos após a ida ao SU, nomeadamente elevado risco de declínio funcional. Por outro lado, a ida de uma pessoa idosa ao SU torna-se numa oportunidade de identificação de necessidades que de outra forma não seriam reconhecidas.

Face ao exposto e dado ao facto dos SU estarem focados na triagem, tratamento e encaminhamento rápidos emerge a importância de realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa que recorre ao SU. No entanto, dado o ambiente caótico e imprevisível que se vive num SU, esta avaliação deverá ser rápida, prática e funcional.

Segundo os estudos consultados pelo autor do presente artigo, a *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) é um instrumento de rastreio rápido e eficiente para utilização no SU permitindo desenvolver um cuidado centrado nas necessidades das pessoas em situação de maior risco. Esta escala tem como objetivos identificar os idosos em risco aquando a sua admissão no SU e avaliar o risco de declínio funcional. É um instrumento constituído por seis itens que avaliam os seguintes domínios: presença de ajuda em casa, aumento da dependência, história de hospitalização recente, problemas visuais e de memória e polimedicação (> 3 medicamentos). Tem um score total de 6 pontos, pelo que, quando os valores são iguais ou superiores a dois (ISAR \geq 2), o idoso é considerado em situação de risco. Os seis itens são de resposta dicotómica “sim” ou “não” e pode ser preenchido pelo próprio, pelo familiar ou pelo profissional de saúde, de preferência no momento de admissão na triagem.

Identificação de pessoas idosas em _____

Situação de Risco

(Identification of Seniors At Risk)

Por favor responda SIM ou NÃO a cada uma destas questões

1. Antes da doença ou lesão/dano que o trouxe ao Serviço de Urgência (SU), precisava de alguém para o ajudar no dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2. Desde a doença ou lesão que o trouxe ao SU, precisou de mais ajuda do que normalmente precisava para cuidar de si?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. Esteve hospitalizado uma ou mais noites nos últimos 6 meses (excluindo a vinda ao SU)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
4. Em geral, vê bem?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
5. Em geral, tem problemas sérios/graves com a memória?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
6. Diariamente toma mais de três medicamentos diferentes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
	Total	

O autor deste artigo traduziu e adaptou a escala ISAR para a língua portuguesa - Identificação das pessoas idosas de risco (IPIR) em 2012. Posteriormente desenvolveu em Portugal um estudo transversal descritivo-correlacional, numa amostra de 195 pessoas com idade superior a 64 anos que recorreram ao SU com o objetivo de analisar o perfil de risco destas pessoas.

Resultados do estudo:

- 81,5% das pessoas idosas obtiveram um score >2, o que é indicativo que são pessoas em situação de risco aquando a admissão no SU;
- A maioria das pessoas idosas com prioridade urgente, muito urgente e emergente apresentaram ISAR >2;
- A triagem não exclui o risco, verificando-se situações de risco em pessoas idosas não urgentes;
- 47,2% das pessoas idosas tomavam entre 6 a 10 medicamentos diariamente;
- 47,2% das pessoas idosas eram autónomas e independentes na gestão do regime terapêutico;
- Das pessoas idosas com ISAR >2, 74,4% apresentavam problemas de visão.
- As pessoas com ISAR >2 permaneceram mais tempo no SU comparativamente às

pessoas sem risco.

- Neste estudo a ISAR não permitiu prever o risco de hospitalização ao contrário de outros estudos.

- Citações

“Os profissionais têm de incorporar não só capacidades e competências clínicas para atender a situações agudas, como competências gerontogerátricas” (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Stephens, (2006); Tavares, 2009; Samaras et al, 2010).

“(...) os défices visuais e a prescrição superior a 3 medicamentos (...) juntamente com a iliteracia em saúde pode antever-se as dificuldades na gestão terapêutica (...) que poderá colocar ou agravar o risco das pessoas idosas (...)”

“A identificação de pessoas idosas com elevado risco no SU pode ser fundamental para o sistema de gestão hospitalar/antecipação de problemas clínicos” (Warburton et al, 2004; Samaras et al, 2010).

- Comentários pessoais:

Consideramos relevante a análise deste artigo uma vez que nos deu a conhecer uma ferramenta útil, válida, rápida e funcional no SU. Estes serviços não estão adaptados às condicionantes da população idosa e a triagem de manchester não contempla a complexidade dos problemas médicos e sociais das pessoas idosas.

Seria uma mais-valia a aplicação desta escala no momento da triagem e, de alguma forma, sinalizar as pessoas idosas consideradas de risco. O ideal seria a existência de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica vertente pessoa idosa no SU para acompanhamento e monitorização das pessoas idosas consideradas de risco. Visto estas passarem mais tempo no SU, o enfermeiro teria oportunidade de desenvolver um plano de cuidados centrado nas reais necessidades da pessoa idosa e simultaneamente articular com outros profissionais (assistente social, fisioterapeuta, psicológico...), com os cuidados de saúde primários e/ou com os familiares.

Em 2017 Tavares e colaboradores desenvolveram um estudo semelhante em Portugal com 402 pessoas idosas que recorreram ao SU e concluíram que: mais de ¾ destas

peessoas foram consideradas de risco; as pessoas idosas com ISAR >2 tinham mais idade, tomavam mais medicação, estavam institucionalizadas, tiveram mais episódios de urgência e emergência, tiveram maior tempo de permanência no SU e apresentaram maior risco de retorno em 30 e 180 dias depois.

A utilização desta ferramenta na triagem do SU é um importante contributo para a promoção da qualidade dos cuidados nas pessoas idosas nestes serviços (Tavares et al, 2017).

- ✓ Tavares, J.P.A. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade? *Journal of Aging and Innovation*, 1(4), 14-25. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-4-2012/identificacao-pessoas-idosas/>
- ✓ [Tavares, J.P.A., Sá-Couto, P.; Boltz, M.; Capezuti, E. \(2017\). Identification of Seniors at Risk \(ISAR\) in the emergency room: A prospective study. *International Emergency Nursing*, 35, 19–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.008>](#)

APÊNDICE VII

Apresentação de uma intervenção em parceria no SU



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente
Pessoa Idosa

A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO SONO NA PESSOA IDOSA

PROJETO:

*A intervenção de enfermagem para a promoção da
qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência*

Discente:
Tânia Carmo N.º 6588

Docente:
Prof.ª Idalina Gomes

Orientador:
Enfermeira Ana Filipa Duarte

Lisboa, 17 de Novembro de 2016

Sumário

1. Introdução
2. A Pessoa Idosa (PI) e o Serviço de Urgência (SU)
3. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (PI) no Serviço de Urgência (SU)
 - 3.1. Operacionalidade do processo de parceria
4. Conclusão

I. Introdução

A **parceria** é um processo dinâmico, negociado em conjunto por doentes e enfermeiros no respeito pelos saberes de cada um. Isto implica que à pessoa tem que lhe ser dado o direito e a responsabilidade de fazer escolhas, envolver-se na tomada de decisão em liberdade, no respeito pela sua autonomia e identidade (Gomes, 2016)

A **parceria** entre o enfermeiro e o doente promove o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação, na qual se partilham significados da experiência da pessoa com um duplo sentido:

- o cuidado de Si, como si próprio
- o cuidado de Si, como um cuidado do outro (Gomes, 2016)

Gomes, I. D. (2016). *Promover o Cuidado de Si perante o enfermeiro e o parceiro ídolo. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/Deutscher: Novas Edições Académicas.

Fases do processo de parceria



Gomes, I. D. (2016). *Promover o Cuidado de Si perante o enfermeiro e o parceiro ídolo. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/Deutscher: Novas Edições Académicas.

2. Pessoa Idosa (PI) no Serviço de Urgência (SU)



Pessoa Idosa

- Múltiplos problemas de saúde
- Consomem mais tempo e recursos
- Fragilidade /Vulnerabilidade
- Aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas
- Susceptibilidades a infeções

Serviço de Urgência

- "unidade que tem sempre as portas abertas" (Silva, 2006)
- Ambiente ruidoso e estranho
- Falta de privacidade
- Iluminação constante
- Sobrelotação

Salvi, F.; Morichi, V.; Grilli, A.; Giorgi, R.; De Tommaso, G.; Dassi-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, 292-301.

Silva, A.M. (2006). A morte vista da Urgência. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 20, 46-52.

3. Avaliação Multidimensional da PI no SU

Objetivo: identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais e desta forma contribuir para uma intervenção individual e conseqüente melhoria e/ou resolução dos problemas diagnosticados, promoção e prevenção da sua saúde (Tanja et al, 2015)

Utilização de instrumentos de recolha de dados, entrevista e observação.

Tanja, et al (2015). "It's Magic"- development of a manageable geriatric assessment for general practice use. *BMC Form Proc.* 16:4.

3.1 Operacionalidade do processo de parceria

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Conhecer a pessoa idosa

- O Sr.E.E. de 75 anos
- Natural e residente numa cidade a Sul do Rio Tejo
- Reformado há 15 anos – pedreiro
- Habilitações literárias – 2ª classe. Sabe ler e escrever.
- Casado há quase 50 anos com a Srª M.

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Contexto de vida da pessoa idosa

- Reside num bairro mais antigo da cidade, no 1º andar de um prédio sem elevador. Tem água potável, electricidade e tratamento de esgotos.
- Vive com a esposa. Tiveram 3 filhas, 3 netos, 4 netas e 2 bisnetos. A filha mais velha está emigrada em França; as outras filhas vivem perto e dão apoio.
- Vivem da reforma de ambos. Estão a contribuir financeiramente para os estudos de um dos netos.
- Devido à sua doença permanece grande parte dos dias no domicílio, “é aborrecido sair à rua com a garrafa de oxigénio atrás”.
- A esposa é principal cuidadora.
- Uma vez por semana vai ao centro de dia e quinzenalmente à Igreja.

I^a fase – Revelar-se

Indicador: Acontecimento de doença

Antecedentes pessoais:

- Insuficiência cardíaca
- Síndrome de apneia obstrutiva do sono sob CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) noturno e oxigénio 1L/18h por dia
- Diabetes mellitus 2 insulino-tratado
- Insuficiência Arterial Periférica
- Hipertensão arterial
- Dislipidémia

Terapêutica habitual

- atorvastatina 20mg 1x/dia
- nifedipina 60 mg 1x/dia
- furosemida 40mg 1+1/2+1+1/2
- lisinopril 20mg 1x/dia
- esomeprazol 40mg 1x/dia
- bisoprolol 2.5mg 1x/dia
- humalog mix 25 30U+30U+30U
- zolpidem 5mg 1x/dia

I^a fase – Revelar-se

Indicador: Acontecimento de doença

História da doença atual:

- É encaminhado ao SU, proveniente do domicílio, por quadro de dispneia, cansaço fácil a pequenos esforços e astenia. Durante a noite acordou “com falta de ar”. Não melhorou com a terapêutica da manhã.
 - Trazia oxigénio por óculos nasais a 2.5/min
 - Na admissão apresentava taquipneia, taquicardia, sudorese profusa, edemas dos membros inferiores.
- TA: 151/78mmHg
- FC: 110bpm
- Tt: 37.1°
- SpO2: 84%
- Glicémia capilar: 365mg/dl

I^a fase – Revelar-se

Indicador: Acontecimento de doença

História da doença atual:

- Terapêutica: 20mg furosemida EV; 200mg hidrocortisona EV; 125mg metilprednisolona EV; salbutamol + brometo de ipratrópio + beclometasona por câmara expansora; insulina humana SC; enoxaparina 40mg SC.
- O2 por máscara de alto débito e posteriormente reduzido para 10l/min.
- Rx tórax - derrame pleural bilateral.
- Aumento dos parâmetros inflamatórios. Na gasimetria com acidemia respiratória com compensação renal e hipoxémia.
- Por manter dispneia iniciou ventilação não invasiva com Bipap (Bilevel Positive Airway Pressure): IPAP 12; EPAP: 4; FR: 15 e O2 a 5l/min.

Depois de estabilizado permiti que a esposa entrasse na sala de reanimação.

I^a fase – Revelar-se

Indicador: Acontecimento de doença

História da doença atual:

- Internado em SO por IC descompensada por provável incumprimento terapêutico e Insuficiência Respiratória Parcial.
- Refere cumprir terapêutica.
- 5º internamento em 2016.

SO

- Monitorização cardíaca
- Drenagem vesical
- Iniciou antibioterapia
- Na primeira noite apresentou quadro de desorientação espaço-temporal com tentativas de retirada da máscara de BIPAP e da algália. Pico febril na primeira noite.
- Perfusão contínua de furosemida

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Avaliação Multidimensional da PI

Avaliação Cognitiva e Afetiva:

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
Resposta motora	Obedece a ordens	6
Resposta verbal	Orientada	5
Total		15

MMSE
Score de 27/30
Alteração nas áreas de atenção
e cálculo e habilidade
construtiva.

Escala Geriátrica de Depressão
Score 16/30 → Depressão ligeira

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Avaliação Multidimensional da PI

Avaliação Física e Sensorial:

- Edemas dos membros inferiores com Godet++ até ao joelho.
- Abdómen: globoso, mole e depressível com hérnia infraumbilical, desconfortável à palpação.
- Dentição: prótese dentária superior e inferior.
- Visão: acuidade visual diminuída com necessidade de utilização de óculos.
- Audição: Diminuída. Recusa usar aparelho auditivo.
- Dor: durante o internamento apresentou períodos de dor abdominal. Observado pela equipa cirúrgica que procedeu a redução manual da hérnia.

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Avaliação Multidimensional da PI

Avaliação Física e Sensorial:

Avaliação do estado nutricional

- IMC 33 – obesidade
- Mini Nutritional Assessment – 24 / 30
- Estado nutricional normal

Escala de Morse para risco de queda

- História de quedas: Não.
- Diagnóstico Secundário: Sim.
- Ajuda para caminhar: Bengala.
- Perfusão intravenosa: Sim.
- Marcha / Equilíbrio: Debilitado.
- Estado mental: Consciente das suas capacidades
- Score 60 → Alto risco de queda

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Avaliação Multidimensional da PI

Avaliação Física e Sensorial: Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP –

Escala de Braden

Subescalas		Determinantes
Percepção sensorial	3. Ligeiramente limitada:	Período de confusão na primeira noite.
Exposição à humidade	3. Pele ocasionalmente húmida:	Presença de Frieza; Sudorese
Atividade	1. Acamado:	Restrição ao leito
Mobilidade	2. Muito limitada:	Cansaço fácil; Edemas acentuados dos MI
Nutrição	3. Adequada	
Fricção e forças de deslizamento	2. Problema potencial:	Restrição ao leito
Score 14: Risco moderado de desenvolvimento de UPP		

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Avaliação Multidimensional da PI

Avaliação da capacidade funcional:

Escala de Lawton e Brody (Sequeira, 2007)

- Score de 22
- Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Índice de Barthel

- Higiene pessoal: Necessita de ajuda.
- Evacuar: Contínente.
- Urinar: Contínente
- Ir à casa de banho: Necessita de ajuda parcial.
- Alimentação: Necessita de ajuda (preparação).
- Deslocações: Pequena ajuda (verbal ou física).
- Mobilidade: Independente (uso de uma bengala).
- Vestir-se: Independente.
- Escadas: Precisa de ajuda.
- Tomar banho: Dependente

- Score 65 – Moderada dependência

Iª fase – Revelar-se

Indicador: Avaliação Multidimensional da PI

Escala de Sonolência de Epworth

0 = Nunca adormeceria
1 = Baixa probabilidade de adormecer
2 = Moderada probabilidade de adormecer
3 = Elevada probabilidade de adormecer

Score: 11

> 9 – sonolência excessiva

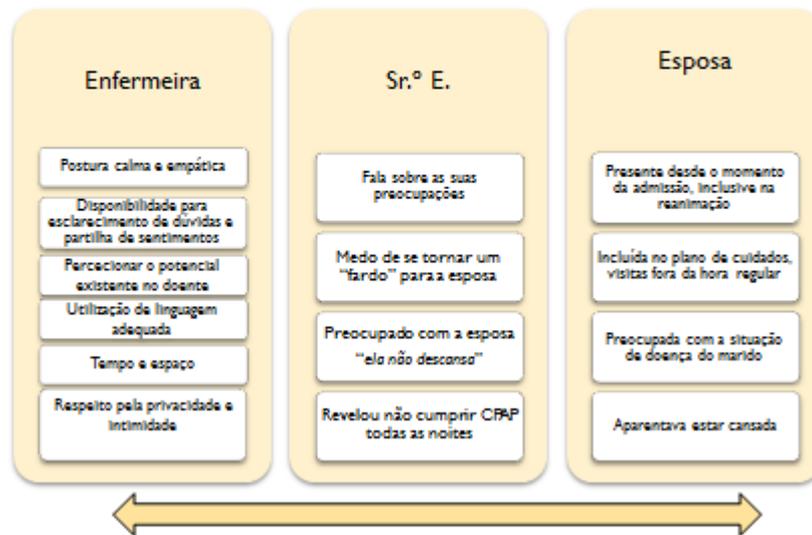
Situação	Probabilidade de adormecer
Sentado a ler	—
Ver televisão	—
Sentado inativo num local público (ex. teatro, reuniões)	—
Passageiro num carro durante uma hora consecutiva	—
Deitado a descansar durante a tarde	—
Sentado a conversar com alguém	—
Sentado tranquilamente depois do almoço (sem consumo de bebidas alcoólicas)	—
No carro enquanto está parado no trânsito por alguns minutos	—

1ª fase – Revelar-se

Problemas identificados na PI

S	problemas do sono (S).	Dificuldade em dormir devido à falta de terapêutica, descompensação aguda da doença.
P	problemas com a alimentação (P)	Sem alterações
I	incontinência (I)	Na admissão foi necessário colocar catéter vesical.
C	confusão (C)	Período de agitação e desorientação noturno.
E	evidência de quedas (E)	Alto risco de quedas. Tentativa de levantar da cama com necessidade de contenção física e química.
S	feridas (S)	Risco moderado de desenvolvimento de úlceras de pressão devido a imobilidade no leito, presença de dispositivos médicos, humidade, edemas acentuados dos MI.

2ª fase – Envolver-se



2ª fase – Envolver-se

Sr. E.

- Máscara facial incomoda-o, "quero falar e não consigo".
- Refere estar "apertada".
- Carregou nos botões e desregulou os parâmetros.
- Manifesta pouca motivação para utilizar o CPAP

Esposa

- Quando o Sr. E. não faz CPAP, ela não consegue dormir com "medo que ele deixe de respirar". Se insiste na utilização do aparelho, ele fica "exaltado".
- Está preocupada com o evoluir da doença e com o declínio funcional do marido.
- Escala de Zarit Score 42 – Sem Sobrecarga

3ª fase – Capacitar ou possibilitar

Indicador: Construção de ação conjunta para a pessoa idosa assumir o controlo de Si

- Negociei possíveis alterações com o Sr. E. para o motivar a utilizar o CPAP
 - Pedi à esposa para trazer o aparelho
 - Contatei com a médica pneumologista do Sr. E. para vir ao SO
 - Programou CPAP
 - Sugeri alterar de máscara facial para máscara nasal
 - Falei com médico assistente que prescreveu terapêutica indutora do sono e optimizou terapêutica de ambulatório
 - Sugeri à esposa a utilização de caixa semanal organizadora de comprimidos
- Validei o conhecimento que o Sr. E. tem sobre a sua situação de saúde/doença
 - Partilhei conhecimentos sobre a importância de cumprir o regime terapêutico
 - Articulei com a equipa multidisciplinar
 - Incluí a esposa em todas as fases do processo

→ Na terceira noite utilizou o seu CPAP com máscara nasal.

4ª fase – Comprometer-se

Indicador: O enfermeiro desenvolve competências na pessoa idosa e família para atingir os objetivos de acordo com os problemas identificados

Diagnósticos de Enfermagem Sono comprometido relacionado com desconforto associado ao uso do ventilador, ansiedade face a situação de doença, ambiente que o rodeia manifestado por dificuldade em dormir durante a noite

Não adesão ao regime terapêutico relacionado com desconforto associado ao uso do ventilador manifestado por negação em usar o aparelho

Medo de ser uma sobrecarga para os outros relacionado com responsabilidades assumidas pela esposa manifestado por verbalização

Risco de queda relacionado com redução da mobilidade e presença de dispositivos médicos

Confusão relacionado com alterações fisiológicas manifestado por período de desorientação no tempo e espaço, com recusa do tratamento

4ª fase – Comprometer-se

Sono comprometido relacionado com desconforto associado ao uso do ventilador, ansiedade face a situação de doença e ambiente que o rodeia manifestado por dificuldade em dormir durante a noite

Meta:
Sono adequado

Intervenções de Enfermagem:

- Escutar a pessoa
- Identificar as causas de desconforto
- Conhecer o padrão de sono da pessoa
- Gerir regime medicamentoso/terapêutico
- Optimizar estabilidade hemodinâmica da pessoa
- Explicar à pessoa todos os passos do tratamento e qual o seu objetivo
- Adequar máscara de ventilador de acordo com a preferência da pessoa, se possível
- Sensibilizar a equipa médica para prescrição de medicação
- Avaliar a dor
- Diminuir o ruído: sensibilizar os profissionais de saúde para reduzirem o tom de voz durante o período da noite; reduzir o volume dos alarmes dos monitores; programar os parâmetros dos monitores cardíacos consoante a fisiopatologia da pessoa
- Promover conforto: colocar colção anti-escaras; utilização de cobertores, colchas e/ou manta térmica; fornecer ceia
- Reduzir a luminosidade
- Utilização de grades laterais das macas/camas
- Posicionar
- Limitar as intervenções de enfermagem às indispensáveis
- Promoção da satisfação de eliminação intestinal/vesical – retirar algália e incentivar uso do urinol

Avaliação:

- Na terceira noite de internamento o Sr.E. conseguiu dormir 6h seguidas, verbalizando "ter dormido bem" e não ter receio de utilizar o seu CPAP.

5ª fase – Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro

- O Sr. E. está informado sobre a sua situação de saúde/doença.
- Compromete-se a ter um papel mais ativo na gestão da doença.
- Reconhece a importância de cumprir o regime medicamentoso/terapêutico
- Está alerta para os sinais de complicações: desidratação, risco de quedas, risco de UPP.
- Sente-se mais confiante na utilização do ventilador.
- O Sr. E. e a esposa agradecem a atenção e a ajuda.
- A esposa refere que já comprou a caixa organizadora de comprimidos.
- Está confiante pois se o marido dormir melhor, também ela consegue descansar.

Conclusão

- Importância avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU.
- Colocar em prática o modelo de parceria.
- Utilização de instrumentos de avaliação.
- Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados.

Referências Bibliográficas

- Fulmer,T.(2007).How to try this – Fulmer SPICES.*American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48.
- Galdeano, L.,Rossi L. & Zago M.(2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana Enfermagem* , 11(3), 71-5.
- GERMI (2012).*Avaliação Geriátrica*. Disponível em http://www.spml.pt/docs_nucleos/GERMI_26.pdf;
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o Cuidado de Si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. Construção de um processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Salvi, F., Morich, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*. 2. 292-301.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Silva, A.M. (2006).A morte vista da Urgência. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 20, 46-52.
- Tanja, et al (2015). "It's Magic": development of a manageable geriatric assessment for general practice use. *BMC Form Proc.* 16:4.

APÊNDICE VIII

Nota de campo 1 e Nota de campo 2

Nota de Campo nº 1 – Pessoa idosa com desorientação espaço-temporal internada no SO.

Esta nota de campo visa a descrição de uma situação de prática de cuidados entre as estudantes e a pessoa idosa em contexto hospitalar no Serviço de Observação (SO) do Serviço de Urgência (SU), no mês de Outubro. Simultaneamente será realizada uma análise reflexiva tendo por base as cinco fases do processo de parceria como intervenção de enfermagem (Gomes, 2016) e posteriormente a situação será analisada de acordo com as 6 fases do ciclo de Gibbs (1988).

Descrição da situação	Análise e reflexão da situação
<p>O Sr. L., 73 anos, estava internado em SO corredor pela segunda noite consecutiva. Tinha sido trazido ao SUG por quadro de desorientação, encontrava-se perdido na rua, não se lembrando da morada. Ficou no SO para esclarecimento da situação, a aguardar observação pelo médico neurologista. No turno da noite estávamos escaladas no SO corredor e na passagem de turno a colega da tarde referiu que o Sr L. era uma pessoa orientada em todas as dimensões e que realizava levante para o WC. No entanto, na noite anterior tinha apresentado um quadro de desorientação espaço-temporal, com agitação psico-motora, agressividade e tentativas de levante pelo que tinha sido imobilizado ao leito pelos membros superiores e administrada medicação sedativa.</p> <p>No início do turno dirigimo-nos ao senhor, apresentámo-nos e fizemos algumas perguntas para avaliar o estado de orientação. Sinais vitais</p>	<p>Segundo Gomes (2016) a parceria é um processo dinâmico, que visa a promoção de um ambiente seguro, adaptado às necessidades individuais de cada pessoa idosa. Este processo é possível através da demonstração de competências espelhadas nas intervenções desenvolvidas com o intuito de capacitar e possibilitar o doente no cuidado de si.</p> <p>Através desta situação, tão comum no SU, foi possível estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa que se encontrava num “contexto de vulnerabilidade e dependência” (Gomes, 2016). Desde o início do turno que procurámos conhecer aquela pessoa. Apresentámo-nos, falámos de modo sereno, tentando acalmar todos os intervenientes. Durante a conversa com o Sr. L.</p>

estáveis, não tinha terapêutica prescrita. Cerca da 1h apagámos as luzes do corredor. Pouco depois o senhor chamou porque queria um copo de leite. Mais uns minutos e chamou novamente, queria uma manta. Quinze minutos depois ouvimos gritos e alguém a fazer barulho com as grades da maca. Rapidamente vamos averiguar o que se passa. O Sr. L. encontra-se agitado, quer sair da maca, não deixa que ninguém se aproxime. Chama pela Maria (nome fictício). Diz que a viu passar no corredor.

Ouvimos uma colega dizer “*senhora auxiliar traga as imobilizações. Já a noite passada aconteceu o mesmo!*”. Acendemos a luz e calmamente nos dirigimos ao senhor “*Sr. L. somos enfermeiras e estivemos a falar consigo há pouco, lembra-se?*”. Referimos que ninguém tem autorização para imobilizar o senhor sem conversar com ele e perceber o que se passa. O senhor progressivamente vai acalmando e diz-nos “*estou assustado. Acordei e esta não é a minha casa. E a minha esposa não estava aqui ao meu lado, foi-se embora por este corredor!*”.

Conversámos com ele no sentido de perceber onde vive, com quem vive, que apoio familiar tem. No decorrer da conversa o senhor diz que a esposa morreu há três meses e desde então tem tido dificuldade em adormecer, com vários despertares nocturnos. Sente-se triste. Vive sozinho e vagueia pela casa durante a noite à procura da esposa. Apesar de ideias contraditórias, o senhor tem crítica para o acontecimento.

Tem uma neta que o visita quase todos os dias mas não tem coragem de falar com ela, pois esta pode pensar que “*estou maluco da*

demonstrámos disponibilidade e tempo para o ouvir, permanecemos atentas à sua linguagem verbal e não-verbal, respeitámos a sua privacidade. Fizemos perguntas no sentido de conhecer a sua identidade, a sua rede de suporte familiar e social. Mobilizámos a maca de sítio para proporcionar um ambiente seguro. Pensamos ter mobilizado competências para conhecer a outra pessoa, avaliámos a situação com a pessoa idosa e compreendemos o seu problema – **Revelar-se**. A postura calma bem como a disponibilidade demonstrada para a colocação de dúvidas e partilha de sentimentos, sem juízos de valor, revelou a capacidade de nos **Envolvermos** com a pessoa, tentando perceber o potencial existente no doente para a gestão do seu processo de doença.

Na terceira fase do modelo de parceria **Capacitar e possibilitar** o enfermeiro desenvolve uma ação informada, esclarecida, reflexiva e negociada com a pessoa idosa, assente num trabalho conjunto e partilhado de poder, na qual mobiliza a sua singularidade, de forma a transformar capacidades potenciais em reais, para que possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si (Gomes, 2016). Quando a pessoa idosa não tem capacidade para

cabeça". Falámos com o médico que estava responsável pelo senhor no sentido de lhe transmitir a ocorrência e prescrever medicação, se fosse necessário.

Depois de alguns minutos de conversa e mais tranquilo, perguntámos-lhe se podíamos trocar a maca de sítio pois se estivesse perto de uma luz de presença o senhor ao acordar perceberia onde estava e não ficaria assustado.

Para além da observação pelo médico neurologista foi também pedido observação pelo psiquiatra no sentido de averiguar se estamos perante um caso de depressão. Embora inicialmente renitente à toma de medicação, depois de explicado o seu efeito, aceitou tomar o comprimido.

Gostaríamos de ter aplicado a *escala geriátrica de depressão* a este senhor, no entanto o Sr. L. dormiu o resto do turno.

Na passagem de turno transmitimos estas ocorrências ao colega e pedimos-lhe para falar com a neta do Sr. L. na hora da visita, para que esta possa acompanhar o avô.

assegurar o cuidado de Si próprio, o enfermeiro ou família assume a responsabilidade dos cuidados que o Outro deveria ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia (Gomes, 2016). Neste caso negociámos com o Sr. L. a toma de medicação e a mudança da maca de sítio. Para além de promovermos o conforto e orientá-lo para a realidade, também possibilitámos o acesso a outros profissionais de saúde. Embora não tenha sido possível falar com a pessoa significativa, pedimos ao colega que o fizesse, para dar continuidade ao plano de cuidados.

A quarta fase do processo, **Comprometer-se**, traduz-se num esforço conjunto para atingir os objetivos traçados, assegurando a continuação do projeto de vida e de saúde da pessoa idosa. O enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz tendo em conta o que faz sentido para si (Gomes, 2016). De forma a possibilitar o cuidado de Si foi mentalmente elaborado e colocado em prática um plano de cuidados no qual se enumera os principais focos identificados: risco de cair, insónia actual e medo actual. Pensamos ter capacitado a pessoa no sentido desta perceber e enquadrar as alterações sentidas no seu contexto de saúde/doença, para que a possa identificar e agir em conformidade ou,

em caso de dificuldade, pedir ajuda, assumindo o cuidado de Si.

Ciclo reflexivo de Gibbs (1988) (Jasper, 2003)

- **O que aconteceu?**

Situação supracitada.

- **O que senti?**

Nesta situação sentimo-nos peritas na área de cuidados à pessoa idosa, pois conseguimos estabelecer uma relação de confiança onde através da negociação conseguimos proporcionar bem-estar à pessoa. Assegurámos um ambiente terapêutico e seguro ao mesmo tempo que prevenimos complicações. Relativamente à equipa multidisciplinar sentimos que ainda há alguma “insensibilidade” no cuidado à pessoa idosa, principalmente durante os turnos da noite. A solução que parece mais prática para os profissionais pode não ser a mais adequada para a pessoa. Logo após a situação sentimos algum clima de desagrado por parte da equipa por termos contestado a sua atitude.

- **O que foi bom e foi mau?**

Foi bom termos conseguido resolver a situação no imediato, termos proporcionado um sono com qualidade no restante turno e termos encaminhado para outros profissionais. “Menos bom” foi o conflito com a equipa. No entanto, foi uma oportunidade para desenvolvermos competências ao nível da gestão e resolução de conflitos de forma assertiva.

- **Que sentido pode encontrar na situação?**

Todas as situações para além de oportunidades de aprendizagem são também momentos de observação e diagnóstico. Relativamente a esta “desorientação” que muitas pessoas idosas apresentam durante o turno da noite e que são consideradas “comuns” pela equipa, podem ter por base outros distúrbios. Neste caso, e durante a conversa foi possível retirar muitas informações. Um senhor idoso, viúvo, que vivia sozinho, que se sentia triste, que tinha distúrbios no padrão de sono, que tinha alucinações visuais. Que embora tivesse crítica para o acontecimento, não tinha coragem de contar à neta pois não queria que o

achasse “*maluco da cabeça*”.

Este senhor necessitava urgentemente de encaminhamento e ajuda. Teria uma demência dos corpos de lewy? Uma depressão? Um luto patológico? Precisaria de terapêutica? O que poderia ser feito para não passar tanto tempo sozinho? Seria benéfico falar com o capelão do hospital acerca do processo de luto? Com o psicólogo?

Em apenas poucos minutos encontrámos muitas necessidades que precisavam de resolução.

- **Que mais poderia ter feito?**

No turno seguinte o Sr. L. já não estava internado no nosso serviço. O programa informático existente no SU é diferente dos programas informáticos dos restantes serviços. Deste modo, sempre que uma pessoa é transferida, nós enfermeiros do SU, deixamos de ter acesso à informação daquela pessoa. Gostaríamos de saber o que aconteceu com aquele senhor. Não sei se a colega conseguiu falar com a neta do Sr. naquele dia pois não estava nada registado no processo. As informações que colhemos da família e os ensinamentos que realizamos são dados importantes e na maior parte das vezes os enfermeiros não os registam.

- **Se isso acontecer de novo, o que irá fazer?**

Se uma situação idêntica voltar a ocorrer, penso que nossa atuação será semelhante. Olhar para a pessoa idosa no seu todo, resolver o que é possível resolver no imediato, encaminhar para outros profissionais, capacitar a equipa sempre que existir oportunidade e registar no processo toda a informação colhida. Gostaríamos de ter falado pessoalmente com a neta do Sr. L.

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

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice. Foundations in Nursing and Health Care*. Disponível em http://books.google.pt/books?id=FKroWQSJ7z4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Nota de Campo nº 2 – Cuidados a ter na alta de uma pessoa idosa com cateter vesical

Esta nota de campo visa a descrição de uma situação de prática de cuidados as estudantes e a pessoa idosa e família em contexto hospitalar no Serviço de Urgência (SU), no mês de Novembro. Simultaneamente será realizada uma análise reflexiva tendo por base as cinco fases do processo de parceria como intervenção de enfermagem (Gomes, 2016) e posteriormente a situação será analisada de acordo com as 6 fases do ciclo de Gibbs (1988).

Descrição da situação	Análise e reflexão da situação
<p>A colega de sala aberta, que trabalha há pouco tempo no serviço, veio ter connosco para a ajudar a escrever uma carta de encaminhamento para o centro de saúde. Pedimos para nos explicar a situação: o Sr. A., 81 anos, tinha ido ao SU durante o turno da noite por retenção urinária. Um senhor com problemas prostáticos, a aguardar consulta de urologia. Os colegas do turno da noite não conseguiram algaliar o senhor e foi transferido para Lisboa, uma vez que não temos urologista de urgência. Depois de realizar exames e algaliado, volta durante o turno da tarde para o hospital da área de residência. A médica assistente tinha ligado à família para o virem buscar e pediu à enfermeira para entregar à família uma carta com a data de mudança da algália. Como era a primeira vez que a colega se deparava com uma situação destas, pediu ajuda. Assumimos o controlo da situação e pedimos para falar com a família. Veio a esposa, uma senhora de 79 anos, muito atenciosa e preocupada com a situação. Apresentámo-nos e pedimos que nos explicasse o que tinha acontecido. Disse que a neta estava no carro e que</p>	<p>A parceria com o doente idoso é descrita como um processo que promove o Cuidado de Si (Si próprio e o Cuidado do outro) valorizando sempre a autonomia e liberdade de escolha, no decorrer de uma ação partilhada por ambos, mas cujo objetivo é centrar o cuidado na pessoa (Gomes, 2016). A família é um elemento fundamental no processo, pois na transição hospital-casa esta surge como um importante recurso.</p> <p>Nesta situação procurámos desde o início estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa e com a família.</p> <p>Apresentámo-nos, questionámos a pessoa para conhecer a sua identidade, a sua rede de apoio, o histórico de saúde, a história da doença atual e o significado que tem no seu projeto de vida. Fizemos perguntas para</p>

o marido já se encontrava sentado na sala de espera, pronto para ir embora. Tanto ela como o marido não sabiam ler. Pedimos à esposa para ligar à neta, para que esta entrasse no serviço e viesse falar connosco. Fomos à sala de espera buscar o senhor. Trazia o saco colector no bolso das calças. Apresentámo-nos e novamente pedimos para nos contar a situação. Disse-nos que o médico de família tinha detectado um problema na próstata, que tinha prescrito medicação mas que há quatro dias não tomava os comprimidos por "*preguiça de ir à farmácia*". Disse-nos ainda que no hospital em Lisboa não lhe tinham explicado os cuidados a ter com a algália. Encaminhámos a família para uma sala, fechámos a porta e entregámos à neta o folheto que existe no serviço "cuidados a ter na algaliação masculina". Uma jovem de 18 anos que tinha entrado este ano para o curso de licenciatura em enfermagem. Explicámos todos os cuidados a ter com a algália/saco colector e validámos com cada um se tinham percebido. No decorrer da conversa, o senhor foi colocando questões acerca de assuntos que o preocupavam, nomeadamente como iria sair à rua sem que ninguém percebesse que estava algaliado. Pedimos ao senhor para abrir e fechar a torneira do saco colector e como deveria prende-lo à perna. Referimos que se tivessem alguma dúvida poderiam ligar para o serviço ou então dirigir-se ao centro de saúde. Fizemos ainda referência à importância de tomar a medicação todos os dias. A neta disponibilizou-se para ir à farmácia sempre que fosse necessário e que ia organizar a terapêutica do avô numa caixa organizadora de comprimidos semanal.

conhecer também a esposa e a neta. Utilizámos linguagem adequada de modo a que todos percebessem o que era dito. Tivemos em atenção a privacidade e intimidade da pessoa e família. Reconhecemos o potencial de desenvolvimento da pessoa com o intuito de promover a sua autonomia na resolução de problemas e complicações. Demonstrámos uma atitude de escuta ativa, mostrando disponibilidade e respeito pela pessoa - **Revelar-se**. Demos tempo e espaço para a pessoa partilhar sentimentos e preocupações. Pensamos ter estabelecido uma relação de confiança pois tanto o senhor como a neta fizeram muitas perguntas. Encontrámos em conjunto soluções para os problemas identificados - **Envolver-se**.

Procurámos **Capacitar** o senhor A. para que seja ele a assumir o controlo do cuidado de Si, ao mesmo tempo que envolvemos a família para o ajudar, caso este não consiga. Demos reforço positivo quando o senhor manipulou a torneira do saco colector e quando colocou o saco de modo a não arrastar pelo chão nem subir acima do nível da bexiga. Partilhámos informações

É hábito no folheto escrever a data de substituição da algália. No entanto, pareceu-nos pertinente escrever uma nota de alta para a família entregar no centro de saúde, onde referia o motivo de vinda ao serviço de urgência, o motivo de transferência para Lisboa, os exames efectuados, o tipo e calibre da algália colocada, o ensino feito à família relativamente aos cuidados e a data de substituição da algália. Assim não se perde informação.

Explicámos à colega que nestes casos não podemos simplesmente entregar o folheto com a data de substituição da algália. Temos de nos certificar que a pessoa e/ou família sabem os cuidados a ter, como realizar a higiene perineal, quais os sinais de alerta e onde devem procurar ajuda.

pertinentes sobre potenciais riscos de infeção, sinais e sintomas de alerta.

A quarta fase do processo, **Comprometer-se**, o enfermeiro ajuda a pessoa idosa a assumir os compromissos que são estabelecidos com base no que faz sentido para si (Gomes, 2016). O senhor A. comprometeu-se a tomar a medicação todos os dias. Compreendeu o risco de infeção do trato urinário associado ao dispositivo invasivo e tanto o senhor como a família enumeraram intervenções para reduzir o risco de infeção urinária.

Depois de validar as informações dadas, penso que o senhor A. terá capacidade para **assumir o cuidado de Si**. Ao mesmo tempo, a família também está capacitada para **assegurar o cuidado do Outro**.

Ciclo reflexivo de Gibbs (1988) (Jasper, 2003)

- **O que aconteceu?**

Situação supracitada.

- **O que senti?**

Nesta situação sentimo-nos novamente peritas na área de cuidados à pessoa idosa, pois conseguimos integrar a família no plano de cuidados e capacitar todos os intervenientes para o cuidado de Si ou o cuidado do Outro. Se não tivéssemos a preocupação de perceber qual o apoio que aquela pessoa tinha, o Sr. A. iria para casa sem saber como manipular a algália/saco colector, o que aumentava exponencialmente o risco de infeção do trato urinário, para além de outras complicações que daí podiam advir.

- **O que foi bom e foi mau?**

Foi positivo termos encontrado uma família disposta a ouvir e a adquirir conhecimentos. Com tempo, espaço e garantindo a privacidade, pois não se realizam ensinamentos no meio do corredor do SU, conseguimos transmitir as informações pretendidas. O Sr. expôs a sua preocupação, nomeadamente em sair à rua sem que ninguém percebesse que estava algaliado. Reforçámos os cuidados a ter para prevenir complicações e a importância da hidratação e do cumprimento do regime terapêutico. Como já tínhamos passado por uma situação semelhante, validámos primeiro com a esposa se sabiam ler. Não entregámos o folheto partindo do princípio que sabiam ler. Como ambos não sabiam, procurámos envolver outra familiar.

- **Que sentido pode encontrar na situação?**

Não podemos resolver a situação no imediato sem pensarmos “mais-além”. Não podemos escrever num papel a data de substituição da algália para entregar no centro de saúde sem validar os conhecimentos que a pessoa tem. Cada vez se torna mais importante envolver a família, reforçar as informações importantes, encaminhar devidamente e esclarecer onde procurar ajuda se necessário.

- **Que mais poderia ter feito?**

Pensamos que nesta situação fizemos tudo o que estava ao nosso alcance no imediato.

- **Se isso acontecer de novo, o que irá fazer?**

O ideal seria existir um programa informático em ligação com o centro de saúde. Para perceber se o ensino realizado foi eficaz deveria de existir um contacto telefónico follow-up para saber feedback e perceber se haviam dúvidas.

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

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice. Foundations in Nursing and Health Care*. Disponível em http://books.google.pt/books?id=FKroWQSJ7z4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

APÊNDICE IX
Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

“A intervenção de enfermagem para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência”

Eu, abaixo-assinado _____:

- Fui informado de que o estudo acima mencionado se destina a identificar os fatores que perturbam o sono da pessoa idosa internada no serviço de urgência;
- Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista tendo-me sido explicado o seu objetivo;
- Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação do participante neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato;
- Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto;
- Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assinatura do participante no estudo

Data

Assinatura do Investigador Responsável

APÊNDICE X

Análise das entrevistas realizadas às pessoas idosas

Análise das entrevistas

Uma vez que não foram encontrados estudos sobre fatores que influenciam o sono das pessoas idosas nos serviços de urgência, como forma de contextualizar a revisão na prática de cuidados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a doze pessoas internadas no serviço de urgência. Neste tipo de entrevistas o entrevistador possui um guião de questões previamente definidas e que são adaptáveis segundo uma ordem que lhe convém, num contexto semelhante ao de uma conversa informal (Fortin, 2000). As entrevistas semi-estruturadas devem ser utilizadas quando se pretende compreender a forma como os entrevistados percebem o fenómeno ou a problemática em causa (Pocinho, 2012).

As entrevistas foram realizadas em três dias diferentes durante o turno da manhã, nas unidades dos doentes, a pessoas que cumprissem os critérios de inclusão: idade > 65 anos; com score > 9 no item “orientação” do *Mini Mental State Examination*; ter passado uma noite internado/a no SO; saber assinar; aceitar participar no estudo; ter verbalizado desconforto após a pergunta “como passou a noite?”. Das 21 pessoas questionadas, 12 referiram sono não reparador na noite anterior, tendo sido estas as que constituíram a amostra.

A amostra foi então composta por 12 pessoas, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com idades compreendidas entre 66 e 84 anos, sendo a média de idades de 76 anos.

Foi inicialmente realizado um pré-teste com a questão de partida “*Dormiu bem?*”. No entanto, chegámos à conclusão que esta questão era indutora de resposta pois as pessoas sentiam-se coagidas a responder positivamente, embora a comunicação não-verbal sugerisse o contrário. Assim sendo, foram formuladas outras questões que serviram como guião para a referida entrevista:

- Como passou a noite?
- Qual a sua experiência relativamente a dormir aqui no serviço?
- Teve dificuldade em adormecer?
- O que o/a incomodou?
- Considera que o sono foi suficientemente reparador?

Durante o decurso das entrevistas as questões foram colocadas e respondidas pelas pessoas de uma forma livre, permitindo a estas expor a sua

opinião sobre a temática. Posteriormente os dados recolhidos foram alvo de análise por dois tipos de metodologia: quantitativa (análise estatística) e qualitativa segundo análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2007). Salientamos que tivemos em consideração as questões éticas respeitantes ao consentimento informado, princípios de anonimato e de confidencialidade das pessoas entrevistadas bem como do local de recolha.

As respostas foram agrupadas de acordo com as categorias definidas *à priori*, com base na informação extraída na revisão da literatura, e *a posteriori* pela indução dos significados referidos pelos sujeitos e por análise de frequências tendo-se definido as seguintes categorias: fatores ambientais, fatores associados à prestação de cuidados e fatores inerentes à própria pessoa (fisiológicos e psicológicos) (Caple & March, 2016; Pulak & Jensen, 2016);

Apresentação e discussão dos resultados

A entrevista às pessoas idosas permitiu constatar que a pessoa idosa sofre alterações na qualidade do seu sono aquando do internamento no SU, uma vez que a maioria referiu ter experienciado um sono não reparador na noite anterior.

As pessoas idosas referiram como principal fator perturbador do sono os fatores ambientais, com 11 dos participantes a referir pelo menos um fator. Seguidamente 9 participantes referiram fatores inerentes à própria pessoa e 4 participantes fizeram referência aos fatores associados à prestação de cuidados.

Para tornar a análise das entrevistas mais compreensiva houve necessidade de dividir algumas categorias em subcategorias (apêndice I).

Categorias	Subcategorias
Fatores ambientais	Ruído
	Iluminação
	Espaço físico
	Temperatura
Fatores associados à prestação de cuidados	
Fatores inerentes à própria pessoa	Fatores psicológicos
	Fatores fisiológicos

No gráfico 1 são apresentados os fatores que influenciam a qualidade do sono no SU, na perspectiva das pessoas idosas entrevistadas, em unidades de enumeração.

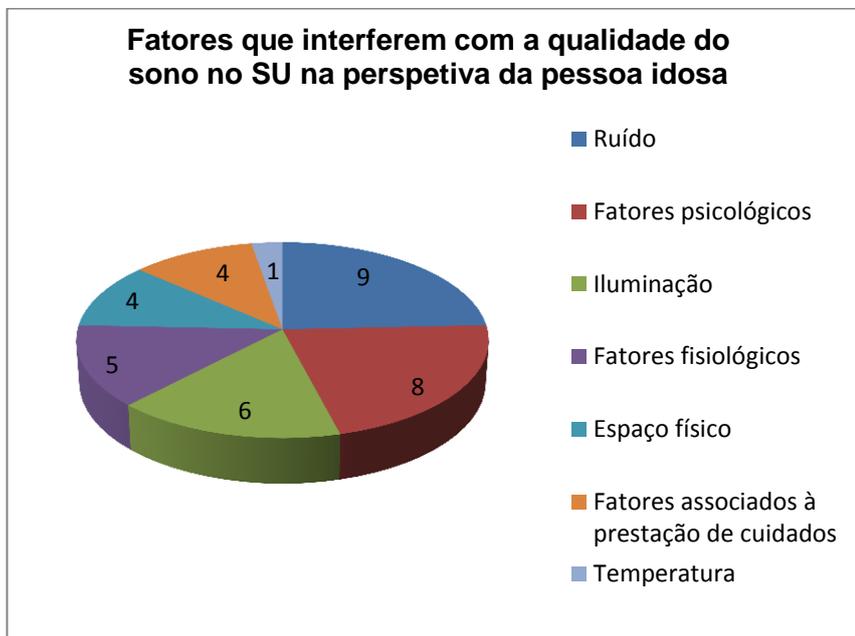


Gráfico 1 – Fatores que interferem com a qualidade do sono no SU na perspectiva das pessoas idosas, em unidades de enumeração.

O ruído foi o fator perturbador mais mencionado pelas pessoas idosas entrevistadas, com 9 unidades de enumeração, corroborando os dados da literatura (Ugras & Özteki, 2007; Missildine, 2008; Li et al, 2011; Eliassen & Hopstock, 2011; Maidl et al, 2014; Caple & March, 2016; Pulak & Jensen, 2016).

Com o avanço da tecnologia especialmente nos cuidados de saúde às pessoas em estado crítico, o serviço de urgência apresenta-se como um serviço complexo, movimentado e ruidoso tornando o ambiente desconfortável (Filus et al, 2015). Num estudo efetuado por Filus et al (2015) num serviço de urgência de um hospital brasileiro, os níveis máximos de ruído atingidos durante a noite foram de 85,3 dB. No estudo levado a cabo por Short et al (2011) num serviço de urgência australiano os níveis máximos atingidos foram sensivelmente semelhantes (80 dB). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1999) os níveis máximos de ruído aconselhados a nível hospitalar são de 45dB durante o dia e 35dB durante a noite. Um valor superior a 30dB interfere negativamente com a qualidade do sono, uma vez que impede a pessoa de atingir as fases mais profundas do sono (III e IV do sono NREM), além de que provoca uma diminuição na duração total do mesmo

(OMS, 1999). De acordo com Pulak & Jensen (2016) a satisfação da pessoa aumenta quando a unidade é menos barulhenta.

O barulho provocado por outros doentes, pelos profissionais, pelos equipamentos, alarmes, máquina do café e campainha da reanimação foram as fontes de ruído identificadas pelos entrevistados.

Em segundo lugar 8 pessoas idosas mencionaram fatores psicológicos (preocupação com a situação clínica, com a família e ansiedade (E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E12). A sintomatologia exacerbada de uma doença em fase aguda que motiva a ida ao serviço de urgência é por si só causadora de stress e ansiedade. A panóplia de exames complementares e o confronto com o próprio diagnóstico deixam a pessoa mais fragilizada e vulnerável, mais susceptível a despoletar sentimentos de ansiedade, insegurança e preocupação (Chambel & Roxo, 2012).

O período de internamento pode ser encarado como uma *transição* (Meleis, 2012), em que a pessoa sofre uma alteração no seu estado de saúde, na representação dos papéis sociofamiliares que desempenha o que, inevitavelmente, provoca alterações nas necessidades de todos os sistemas do ser humano. Estando a capacidade de resistência e adaptação da pessoa idosa a factores extrínsecos diminuta, “*os enfermeiros assumem um papel preponderante no sentido de criar condições que ajudem o doente idoso a experienciar situações de transição, (...) bem como a capacidade de mobilizar os recursos necessários para fazer face às mudanças e exigências que as transições trazem para o seu quotidiano*” (Meleis, 1991 citado por Gomes, 2013, p.78).

Em terceiro lugar 6 entrevistados referiram a iluminação (luzes acendidas muito cedo (E1, E3); luzes desligadas muito tarde (E4, E7, E9); “*a luz estava mesmo em cima de mim*” E12). Pelas narrativas depreendemos que as luzes são desligadas tarde e ligadas cedo. Sendo a luz o principal sincronizador do ritmo circadiano (Moniz, 2007), e tendo em conta que há unidades de internamento no SU onde a luz natural não incide, torna-se impreterível que pelo menos durante o período noturno as luzes permaneçam desligadas o maior tempo possível para que a glândula pineal possa ser desbloqueada e a hormona melatonina libertada (Guyton, 1997).

Quatro entrevistados manifestaram desconforto relativamente ao espaço físico (espaço desconhecido e agitado (E3, E5); “*acordei assustado pois não sabia*

onde estava” (E8); “toda a noite aqui passaram pessoas” (E9); “onde já se viu estar internado num corredor?!” (E9)).

Os fatores associados à prestação de cuidados foram referidos por quatro entrevistados (*“estou ligado a estes fios todos” (E2); “não me deram o comprimido branco para dormir” (E11); “realização de procedimentos durante a noite” (E1); “a braçadeira sempre a apertar” (E6)*). Embora a realização de procedimentos durante a noite cause incómodo, as pessoas idosas reconhecem a importância de cumpri-los, pois ajudam no tratamento (E2, E4, E6, E12).

Das cinco pessoas idosas que referiram fatores fisiológicos, três mencionaram ter tido dor (E3, E4, E9). Uma pessoa mencionou ter tomado um analgésico que surtiu pouco efeito; as outras duas pessoas não referiram ao enfermeiro terem dor, sendo que o enfermeiro também não avaliou a dor (segundo indicação das próprias pessoas). Promover o alívio da dor e o conforto deve ser uma prioridade nos cuidados (Marques & Domingues, 2016). Outros fatores fisiológicos referidos foram a dispneia (E7) e a nictúria (E6).

Um entrevistado referiu ter tido frio (E5).

Estes resultados reforçam a urgente necessidade da equipa multidisciplinar, em especial os enfermeiros, de identificar e controlar/modificar os estímulos que causam desconforto.

Conclusão

Em síntese, os fatores ambientais são referidos como os mais perturbadores da qualidade do sono da pessoa idosa internada no serviço de urgência. O ruído, transversal à maioria dos estudos, continua a ser o principal responsável pela pobre qualidade do sono e pelos despertares noturnos. Os enfermeiros, presentes 24 horas no serviço, constituem-se como os principais “agentes de mudança”, sendo o grupo profissional em melhor posição para identificar e modificar/controlar estímulos perturbadores do meio ambiente, assim como incutir mudança de comportamentos nos noutros grupos profissionais.

Referências Bibliográficas

- Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet *Cinahl Information Systems*.
- Chambel, É.; Roxo, J. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Bardin, Laurence (2007). *Análise de Conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70, Lda,. ISBN: 972-44-1320-9.
- Eliassen, K.; Hopstock, L. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27, 138-142. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.0016. Maidl, C.; Leske, J.; Garcia, A. (2014). The Influence of “Quiet Time” for Patients in Critical Care. *Clinical Nursing Research*, 23 (5) 544 –559. DOI: 10.1177/1054773813493000
- Filus, W.; Lacerda, A.; Albizu, E. (2015). Ambient Noise in Emergency Rooms and Its Health Hazards. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 19, 205–209 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387165>
- Fortin, Marie-Fabienne (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 2ª edição. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-10-X.
- Gomes, I. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (77-110). Loures: Lusociência.
- Guyton, M. D. (1997) – Estados da Actividade Cerebral-sono, ondas cerebrais, epilepsia e psicoses. In: Guyton, M. D. (1997), *Tratado de Fisiologia Médica*. 9ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogam S.A.
- Li, S.; Wang, T.; Wu, S.; Liang, S.; Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 396-407. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x

- Marques, M.; Domingues, M. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5^a ed.), Philadelphia: Lippincott.
- Missildine, K. (2008) Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6), 15-21.
- Moniz, A.L.C.A.M.G.C. (2007) - *Depressão e Factores Cronobiológicos*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Pulak, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1) 14-23. DOI: 10.1177/0885066614538749
- Short, A.; Short, K.; Holdgate, A.; Ahern, N.; Morris, J. (2011). Noise levels in an Australian emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 26—31. DOI:10.1016/j.aenj.2010.10.005
- Ugras, G.; Özteki, S. (2007). Patient Perception of Environmental and Nursing Factors Contributing to Sleep Disturbances in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, 299-308
- World Health Organization (WHO) (1999). *Guidelines for Community Noise*. Geneva: WHO. Disponível em www.who.int/docstore/peh/noise/guidelines2.html.

Apêndice I – Grelha de análise das entrevistas

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	
Fatores Ambientais	Ruído	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>barulho de outros doentes</i>” (E1; E6) - “<i>alarmes</i>” (E1; E7; E12) - “<i>as enfermeiras falam alto</i>” (E2) - “<i>muito barulho</i>” (E3; E5) - “<i>barulho da máquina de café</i>” (E4) - “<i>ouvi uma campainha muito forte e assustei-me</i>” (E11) 	9	20
	Iluminação	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>acendem as luzes muito cedo</i>” (E1; E3) - “<i>apagaram as luzes muito tarde</i>” (E7, E4; E9) - “<i>a luz estava mesmo em cima de mim</i>” (E12) 	6	
	Espaço físico	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>espaço desconhecido e agitado</i>” (E3; E5) - “<i>acordei assustado pois não sabia onde estava</i>” (E8) - “<i>toda a noite aqui passaram pessoas</i>” (E9) - “<i>onde já se viu estar internado num corredor?!</i>” (E9) 	4	
	Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>sentí frio</i>” (E5) 	1	

Fatores associados à prestação de cuidados		<ul style="list-style-type: none"> - “estou ligado a estes fios todos” [Dispositivos invasivos e não invasivos] (E2) - “não me deram o comprimido branco para dormir” (E11) - “realização de procedimentos durante a noite” (E1) - “a braçadeira sempre a apertar” (E6) 	4	4
Fatores inerentes à pessoa	Fatores fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - “dor” (E3; E4; E9) - “foi esta falta de ar” (E7) - “toda a noite precisei de urinar” (E6) 	5	13
	Fatores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - “preocupado/a com a situação clínica” (E3; E7; E11; E12) - “preocupação com a família pois faço muita falta em casa” (E6; E4) - “ansiedade” (E8, E10) 	8	

APÊNDICE XI
Estudo de caso na UCC



7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –
Vertente Pessoa Idosa
Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO UCC

**Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa no domicílio – a
parceria como intervenção de enfermagem**

Discente: Tânia Carmo, nº 6588

Docente orientadora: Prof.^a Dr.^a Idalina Gomes

Lisboa, Fevereiro de 2017

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso foi elaborado durante o estágio do 7º CMEMC realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) com a ECCI, durante os meses de Janeiro e Fevereiro, com o objetivo de promover a aprendizagem e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista junto da pessoa idosa no seu domicílio, através do trabalho em parceria.

O **estudo de caso** é um estudo aprofundado dos problemas e necessidades de um indivíduo, família, grupo ou comunidade que permite fundamentar as ações de enfermagem e proporcionar uma intervenção individual e personalizada (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Deste modo, este trabalho foi desenvolvido de acordo com o modelo de intervenção de enfermagem em parceria de Gomes (2016) que contempla cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, e assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Este processo contribui para a autonomia do doente idoso e para um cuidado mais centrado na pessoa, permitindo que esta possa controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2016).

A informação foi recolhida no domicílio através de observação direta e de entrevista semi-estruturada, tendo em conta o guião de colheita de dados previamente elaborado. As escalas e índices utilizados para avaliação multidimensional estão traduzidas e validadas para a população portuguesa.

O participante consentiu a recolha de dados através da assinatura do consentimento informado. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes a este processo.

1. PROCESSO DE PARCERIA: 1ª FASE - REVELAR-SE

Na primeira fase do processo de **parceria** o enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa idosa, quais os seus valores, cultura e contexto inter-relação social, assim como o acontecimento de doença e o significado que ela tem na trajetória de vida daquela pessoa (Gomes, 2016). Para isso o enfermeiro deve mobilizar competências de comunicação, afetividade, simpatia, escuta ativa, disponibilidade, respeito e capacidade para compreender e avaliar a situação (Gomes, 2016).

1.1. Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

Na primeira visita ao domicílio primeiramente perguntei se podia entrar em casa e depois apresentei-me ao senhor e à sua esposa dizendo o meu nome, profissão, que estava a realizar um estágio e quais eram os objetivos. Fui recebida com simpatia e disponibilidade para responder e colocar questões.

No decorrer da conversa, a esposa refere que está muito cansada pois levanta-se muitas vezes durante a noite. Perguntei, então, a ambos se os podia ajudar. Disse-lhes que precisava elaborar um estudo de caso e quais eram as temáticas a abordar. Expliquei que era anónimo, confidencial, e que podiam desistir a qualquer altura. Dada a confirmação, o senhor assinou o consentimento.

1.2. Conhecer a identidade da pessoa idosa

Sr. A.M. 73 anos, caucasiano, gosta de ser tratado por Sr. T. É português, nasceu e cresceu num distrito a sul do Tejo, onde sempre residiu. Frequentou a escola até à terceira classe de escolaridade, sabe ler, escrever e executar contas simples. Reformado há 16 anos, refere ter tido muitos trabalhos mas durante a maior parte do tempo trabalhou como mecânico numa fábrica da zona.

O mais novo de quatro irmãos, já todos falecidos. Refere pouco contato com os sobrinhos “*cada um tem a sua vida e alguns emigraram*”.

1.3. Contexto de vida da pessoa idosa

Casado com a Sr. N. há 47 anos, têm dois filhos, duas netas e um neto. O filho mais velho reside relativamente perto e fornece muito apoio aos pais (marcação

de consultas, realização de compras de maior volume, pagamento de contas). A nora demonstra interesse nas necessidades dos sogros e disponibiliza-se para o que for preciso.

O filho mais novo telefona todos os dias e vem visitá-los quinzenalmente.

A Sr^a N., 70 anos, é independente e autónoma, estatura baixa, magra e “*cheia de energia*”, como ela própria refere. É atualmente a principal cuidadora do Sr. T. Têm um casamento feliz, tendo o Sr. T sido um “*bom pai e bom marido*”. Nunca frequentou a escola, não sabe ler nem escrever, mas reconhece os números, embora não os saiba reproduzir no papel. Refere não ter dificuldade em ir às compras pois sabe identificar os preços. Demonstra preocupação com o atual grau de dependência do esposo. Refere estar cansada uma vez que o Sr. T não a deixa dormir.

Residem numa moradia, com um pequeno quintal, onde têm cultivado alguns legumes. Num bairro mais afastado do centro da cidade, onde os todos vizinhos se conhecem. Tem água potável, eletricidade e tratamento de esgotos. A casa demonstra boas condições de higiene. Tem apoio domiciliário para higiene todos os dias de manhã, através de uma associação de solidariedade social. É a esposa que se encarrega das restantes tarefas domésticas.

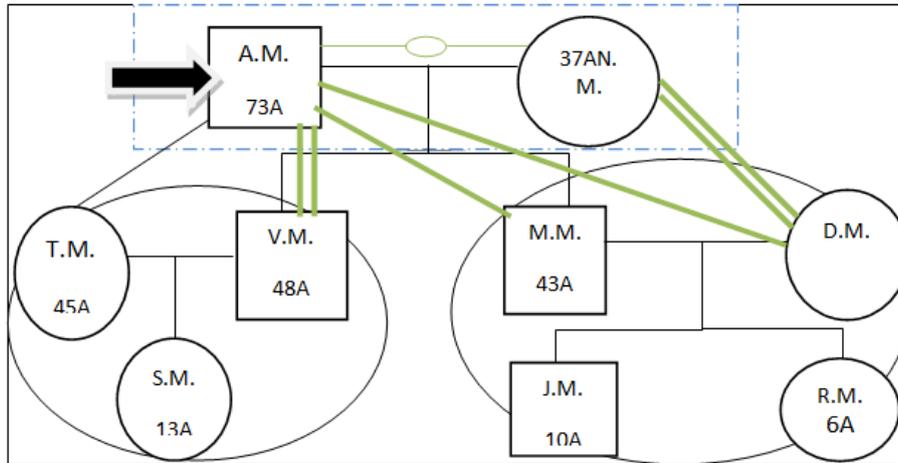
O senhor T. tem cama articulada, com grades e colchão de pressão alternada. Dorme na sala, uma vez que no quarto não há espaço para colocação da cama.

Após o último internamento (com alta a 10/1/2017) tem permanecido em casa, a maior parte do tempo na cama. Antes do internamento saía todos os dias para ir ao café com o vizinho. Vizinho esse que atualmente o ajuda a transferir da cama para a cadeira de rodas e vice-versa e o ajuda a deambular com o andarilho.

Atualmente a única ocupação do Sr. T. é ver televisão, principalmente jogos de futebol.

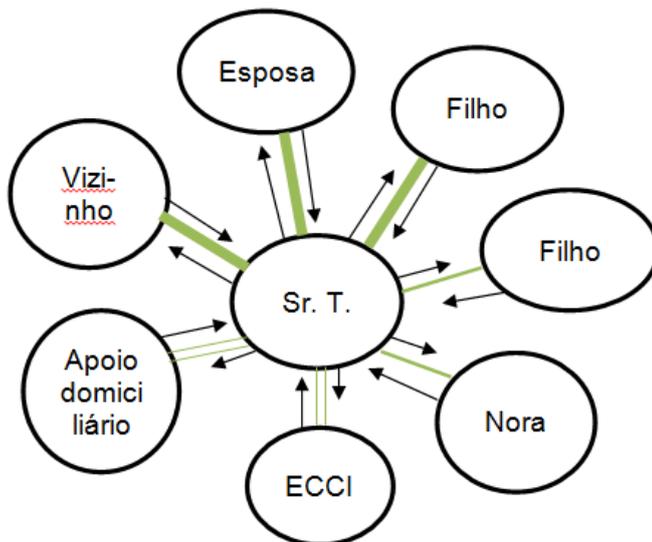
Tendo em conta as informações fornecidas por ambos, foi possível a realização do genograma e ecomapa que representam, respectivamente, a identificação gráfica das relações e ligações dentro do sistema familiar e a identificação das relações e ligações da família com o meio em que vivem (Pereira et al, 2009).

Genograma



Legenda	
	Pessoa índice
	Família pesquisada
	Masculino
	Feminino
	Casamento
	Agregado familiar
	Relação normal
	Relação próxima
	Relação Amor
	Relação harmoniosa

Ecomapa



Legenda	
	Relação muito forte
	Relação próxima
	Relação forte
	Fluxo de energia

1.4. Conhecer a história de doença da Pessoa Idosa

O Sr. T. foi admitido na ECCI a 11 de Janeiro de 2017 para cuidados de reabilitação, gestão do regime terapêutico, tratamento de úlcera por pressão, ensino cuidados a ter com o cateter vesical após internamento no Centro Hospitalar (de 15/12/2016 a 10/1/2017) por lesão renal aguda no contexto de pielonefrite aguda e desidratação. Tinha inicialmente recorrido ao SU desse hospital por quadro de febre, recusa alimentar, anorexia. Durante o internamento cumpriu ciclos de antibioterapia; fez hidratação via endovenosa; foi algaliado por retenção urinária e para controlo do débito urinário; manteve queixas de náuseas, anorexia e intolerância alimentar. Realizou vários exames complementares de diagnóstico. Embora analiticamente com hemoglobina 7.2, não teve critério para transfusão sanguínea (teste Coombs positivo).

O Sr. T. apresenta como antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 há 40 anos sob antidiabéticos orais; pancitopenia; neoplasia da próstata; cirurgia cataratas OE em 2010; glaucoma OD; cardiopatia isquémica com enfarte agudo do miocárdio em Agosto de 2016; hipertiroidismo e úlcera péptica há 2 anos. Seguido em consultas de hemato-oncologia, urologia e diabetologia. Aguarda consulta de nefrologia, gastroenterologia e psiquiatria.

Desconhece alergias, nega hábitos tabágicos e consumia álcool moderadamente.

De acordo com Henriques (2011), a complexidade do regime medicamentoso é uma realidade para as pessoas idosas. Segundo a mesma autora o nível de capacidades cognitivas e psicomotoras que as pessoas idosas detêm, em cada momento, necessárias para adquirir, administrar e monitorizar os medicamentos conforme prescrito determinam a capacidade de gestão eficaz dos medicamentos. A polimedicação é um fator preditor de efeitos adversos na saúde, pelo que interessa conhecer o regime terapêutico do Sr. T. e o modo como realiza a sua gestão. O Sr. T. tem indicação para cumprir o seguinte regime medicamentoso:

Medicamento	Grupo	Dosagem	Posologia
Pantoprazol	Inibidor da bomba de protões	20mg	1cp em jejum
Ácido fólico+ sulfato ferroso	Antianémico	325mg+ 0,35mg	1cp ao pequeno- almoço
Gliclazida	Antidiabético	60mg	1cp ao pequeno-

			almoço
AAS	Antiagregante plaquetário	100mg	1cp ao almoço
Bicalutamida	Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores	50mg	1cp ao almoço
Ticagrelor	Antiagregante plaquetário	90mg	1cp ao almoço e jantar
Dutasterida+tansulosina	Medicamentos usados na retenção urinária	0,5mg+ 0,4mg	1cp ao almoço
Serenoa repens	Medicamentos usados na retenção urinária	160mg	1cp ao almoço e jantar
Sitagliptina	Antidiabético	50mg	1cp ao almoço
Carvedilol	Antihipertensor	6.25mg	1cp ao almoço e jantar
Atorvastatina	Antidislipidémico - Estatina	20mg	1cp ao jantar
Alprazolam	Benzodiazepina	1mg	½ ou 1cp ao jantar
Zolpidem	Ansiolítico, sedativo, hipnótico	10mg	1cp ao deitar

Quem faz a gestão do regime terapêutico é a Sr^a N., que embora não saiba ler, reconhece as caixas da medicação. Compra toda a terapêutica na farmácia do bairro e refere comprar sempre do mesmo laboratório, para não haver confusão. Tem sempre novas embalagens em casa para não deixar acabar a medicação. O Sr. T. não sabe enumerar os medicamentos que toma.

1.5. Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Tendo em conta as alterações inerentes ao envelhecimento, a população idosa pode apresentar necessidades complexas, com tendência para uma perda funcional e conseqüentemente da qualidade de vida. Assim, a evidência científica tem vindo a comprovar a necessidade e importância de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, no sentido de se compreender de uma forma global todas as necessidades, identificando perturbações funcionais, físicas, mentais e socio-familiares e contribuindo para que as intervenções sejam mais adequadas e personalizadas, com conseqüente melhoria na resolução dos problemas identificados e prevenção de comorbilidades (Siquenique, Matias & Silva, 2015).

Como referido anteriormente, nas visitas domiciliárias realizadas a casa do Sr. T. perguntei sempre se podia entrar, se me podia sentar, procurei dar atenção à linguagem não-verbal e postura corporal, à distância e contato olhos nos olhos e ao tom de voz. Embora tivesse mentalmente traçado um guião de entrevista, o mesmo foi adaptado ao estado de saúde e anímico do Sr. T. e às circunstâncias encontradas. Quando o senhor não demonstrou vontade de conversar, não insisti.

Através da observação direta, das entrevistas e dos instrumentos de colheita de dados foi possível a realização da avaliação multidimensional e, posteriormente, a elaboração do plano de cuidados.

- **Avaliação cognitiva e afetiva**

A avaliação do estado cognitivo do Sr. T. foi realizada através do ***Mini Mental State Examination*** de Folstein et al. (1975) (GERMI, 2012) (apêndice I). O score obtido pelo Sr. T. foi de 21 pontos o que, para a população que possui entre 1 e 11 anos de escolaridade, significa défice cognitivo ligeiro. Verificaram-se alterações nas áreas de orientação, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Apenas na área de retenção não apresentou alterações.

Embora inicialmente o Sr. T. se limitasse a responder a perguntas, ao longo do tempo e à medida que consolidávamos uma relação de confiança e partilha, o Sr. T. foi verbalizando sentimentos que me despertaram a atenção para a necessidade de avaliar a componente afetiva e, assim, despistar sintomas de depressão. Foi utilizada a **Escala de Depressão Geriátrica** de Yesavage et al. (1982) versão curta (GERMI, 2012). O score obtido foi de 10/15 o que revela depressão ligeira (apêndice II). Embora nesta fase o Sr. T. se sinta mais triste e com menos energia, refere que teve uma boa vida e está agradecido por isso, “*sempre tive trabalho, uma família unida, uma casa em boas condições, nunca me faltou comida na mesa...*”.

Segundo nota de alta consultada, por apresentar humor depressivo e triste o Sr. T. foi referenciado a consulta de psiquiatria.

- **Avaliação do Estado Nutricional**

Para avaliação do estado nutricional foi utilizado o **Mini Nutricional Assessment** (apêndice III) que é uma ferramenta de rastreio para identificar a presença ou risco de malnutrição no idoso (GERMI, 2012). Verificou-se um score de 7 na triagem, o que significa possibilidade de desnutrição, pelo que continuámos a avaliação. Na avaliação global obteve um score de 7,5. No total o resultado foi de 14,5/30 o que indica desnutrição.

À observação apresenta pele e mucosas descoradas e desidratadas. Emagrecido. Nas primeiras visitas a garrafa de água não se encontrava junto do Sr.

- **Avaliação funcional da marcha**

Para avaliação funcional da marcha foi utilizada a **Classificação Funcional da Marcha de Holden** (apêndice IV) que permite determinar o grau de autonomia na marcha. O Sr. T. no início das visitas domiciliárias encontrava-se na categoria 1 Marcha dependente Nível II uma vez que necessitava de grande ajuda para andar e evitar quedas. Ajuda esta fornecida pela esposa e pelo vizinho com recurso a andarilho e/ou cadeira de rodas.

Pedimos colaboração à fisioterapeuta e à enfermeira especialista em reabilitação da ECCI.

- **Avaliação do risco de Quedas**

A avaliação do risco de quedas traduz-se num indicador de qualidade em saúde, sendo que os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção (Barbosa et al, 2015). Uma vez que o Sr. T. apresentava défice na marcha, pareceu-nos pertinente avaliar o risco de quedas através da **Escala de Quedas de Morse**:

1. História de quedas: Sim, um episódio de queda no último ano	25
2. Diagnóstico Secundário: Sim	15
3. Ajuda para caminhar: Auxiliar de marcha	15

4. Perfusão intravenosa: Não	0
5. Marcha / Equilíbrio: Défice de marcha	20
6. Estado mental: Consciente das suas limitações	0
Score Alto risco de quedas	75

Devido ao alto risco de queda apresentado foram aplicadas algumas medidas de prevenção: utilização constante das grades laterais de segurança; utilização de chinelos antiderrapantes; retirada dos tapetes; incentivo à utilização do andarilho; retirada do móvel do corredor e utilização diária dos óculos.

- **Avaliação do Risco de desenvolvimento de Úlceras por pressão – Escala de Braden**

As úlceras por pressão (UPP) são complicações possíveis de ocorrer em pessoas em situação de fragilidade, principalmente naquelas com restrição de mobilidade e idade avançada (Sousa et al, 2006).

A **escala de Braden** é um dos principais instrumentos para avaliar o risco potencial do indivíduo desenvolver úlceras por pressão.

		Determinantes / fatores de risco
Percepção sensorial	Nenhuma limitação	
Exposição à humidade	Pele raramente húmida	
Atividade	Sentado	
Mobilidade	Muito limitada	
Nutrição	Provavelmente inadequada	
Fricção e forças de deslizamento	Problema potencial	
Score: 16 Alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão		

O Sr. T. apresenta UPP grau II na região sagrada, com tecido de granulação, com ligeiro exsudado sero-hemático. Inicialmente o apósito colocado foi placa de

espuma. Verificou-se uma evolução da lesão, sendo que aquando o término do estágio a pele já estava íntegra.

Relativamente a medidas preventivas, o Sr. T. como já foi referido tinha cama articulada e colchão de pressão alternada. Foi incentivado a alternar decúbitos e a realizar levante todos os dias. Foi reforçado o incentivo à hidratação oral (água e chá sem açúcar) e a uma alimentação equilibrada. Validámos com a Sr.^a N. (que é quem prepara as refeições) a alimentação do Sr. T. e sugerimos alguns legumes e vegetais, assim como a introdução de batidos e suplementos proteicos.

- **Avaliação da capacidade funcional**

Ao longo do processo de envelhecimento são várias as alterações fisiológicas que podem condicionar a capacidade funcional do idoso. O conceito de capacidade funcional está intimamente relacionado com a autonomia da pessoa para a concretização das atividades de vida diária (AVD). A avaliação da capacidade funcional visa conhecer o grau de dependência do idoso, de modo a ajudá-lo a manter a autonomia pelo maior período de tempo possível (Silva, 2012). Neste caso foram aplicadas as escalas de Lawton e Brody e o Índice de Barthel.

A escala de **Lawton e Brody** permite avaliar a autonomia do idoso em oito atividades instrumentais de vida diária (AIVD): utilização do telefone, fazer compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transportes, gestão da medicação e gerir o dinheiro. A informação é obtida através de questionário aplicado ao idoso ou ao seu familiar/cuidador (GERMI, 2012). Neste caso foi a Sr.^a N. a responder ao questionário. O score obtido foi de 26/30 pontos (apêndice V), o que corresponde a uma dependência severa, em que necessita de muita ajuda para realização das AIVD.

Relativamente ao cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida e gestão do regime terapêutico sempre foi uma tarefa da responsabilidade da esposa.

Para avaliação das atividades básicas de vida diárias (ABVD) foi utilizado o **Índice de Barthel**. O Índice de Barthel avalia o nível de independência para a realização de dez actividades básicas de vida diária. O Sr. T. obteve um score de 35, o que representa severamente dependente (apêndice VI).

Esta dependência agravou-se após o último internamento, necessitando atualmente de ajuda do apoio domiciliário para os cuidados de higiene pessoal, tomar banho e vestir. Alimenta-se sozinho desde que lhe coloquem a comida já confeccionada. Necessita de ajuda do andarilho e/ou de uma pessoa para levantar-se da cama ou cadeira e para a marcha. Tem controlo da função intestinal. Deambula com apoio do andarilho, no entanto é necessário estímulo verbal e incentivo pois o Sr. T. refere sempre “*que não tem forças*”.

- **Avaliação do padrão de sono**

Durante as conversas com o Sr. T. e com a Sr.^a N. consegui identificar elementos para caracterizar o padrão de sono. Quanto à **qualidade subjetiva** do sono, o Sr. T. classifica como “*má*” uma vez que refere dificuldade em adormecer e vários despertares nocturnos (**transtornos do sono**). Como o sono noturno não é reparador, tem necessidade de dormir durante o dia (**disfunção diurna**). Geralmente deita-se depois do jantar e a luz é apagada cerca das 22h. Refere demorar, em média, 50 minutos a adormecer (**latência para o sono**). Acorda por volta das 7h e levanta-se às 8h30m, após cuidados de higiene. Na sua opinião dorme efetivamente cerca de 5h (**duração do sono**), o que corresponde a uma **eficiência** de 47%, ou seja, do tempo que passa deitado, sensivelmente menos de metade está efetivamente a dormir. Segundo a esposa o Sr. T. dorme menos que 5h. Toma ao jantar ½ comprimido para dormir, segundo o próprio (**uso de medicamentos para dormir**).

Para avaliar a qualidade do sono procedi à aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (apêndice VII). O score obtido foi de 18 pontos, o que significa má qualidade do sono. Resultado semelhante à opinião do senhor.

A esposa refere que o Sr. T. “*passa a noite a chamar*” porque “*quer água, quer mudar de posição, quer puxar o cobertor, quer companhia, quer evacuar...*”. Está cansada pois não dorme durante a noite e não descansa durante o dia, uma vez que tem as tarefas domésticas a seu cargo.

Na primeira visita que realizámos a casa do Sr. T. o primeiro aspecto que observei foi o facto de serem 11h30min e o senhor encontrava-se deitado, com os

estores fechados. Nesse dia recusou fazer levantar e como tinha sono, estava a dormir.

1.6 Problemas identificados na pessoa idosa

Posteriormente à aplicação das escalas/índices que permitiram realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, e de modo a evitar o declínio funcional, foram identificados alguns problemas através do acrónimo “**SPICES**”. Este instrumento enumera seis síndromes mais comuns de intervenção de enfermagem à pessoa idosa: problemas com o sono (**S**); problemas com a alimentação e alimentar-se (**P**); incontinência (**I**); confusão (**C**); evidência de quedas (**E**) e integridade cutânea (**S**) (Fulmer, 2007).

Foram identificados problemas a nível de:

- **S - problemas do sono** (má qualidade do sono segundo PSQI).
- **P – problemas com a alimentação** (desnutrição segundo Mini Nutritional Assessment).
- **I – incontinência** (devido à presença de cateter vesical de longa duração).
- **E – evidência de quedas** (alto risco de quedas segundo Escala de Quedas de Morse).
- **S – integridade cutânea** (alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão; UPP grau II na região sagrada).

Ao nível da confusão (C) não se verificaram alterações.

Para além destas dimensões de maior vulnerabilidade, foi tido em consideração o risco de infeção associada à presença de dispositivo invasivo (cateter vesical). Outro problema identificado foi o facto do Sr. T. se encontrar polimedicado (uso concomitante de quatro ou mais medicamentos) (Beyth & Shorr, 1999 in Henriques, 2011). Embora haja por parte do senhor adesão ao regime terapêutico, foi necessário encontrar estratégias para capacitar a esposa a gerir a medicação corretamente.

2. 2ª FASE - ENVOLVER-SE

A segunda fase do processo de parceria - **envolver-se** caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma relação de confiança, em que o enfermeiro demonstra tempo e espaço para escutar as preocupações, sentimentos e necessidades da pessoa idosa e família. Através de competências técnicas, relacionais e de comunicação o enfermeiro procura reconhecer o que motiva e dá sentido à vida da pessoa para em conjunto identificarem possibilidades e recursos do doente idoso para o cuidado de Si (Gomes, 2016).

Desde a primeira ida a casa do Sr. T. que procurei acompanhar e envolver-me com esta família. As visitas foram combinadas com a enfermeira da UCC de acordo com os meus dias de estágio, o que permitiu realizar duas ou três visitas por semana, durante as quatro semanas.

Demonstrei sempre uma postura calma e empática. Respeitei a privacidade e intimidade da pessoa. Demonstrei tempo, espaço e preocupação.

Nas primeiras duas visitas o Sr. T. apresentou alguma renitência ao diálogo. Respondia às perguntas no entanto não demonstrava disponibilidade para entrar em pormenores.

Foi através da esposa que consegui “ganhar” a confiança deste casal. De estatura baixa e magra, a Sr^a. N. é uma mulher cheia de energia. Preocupada com a saúde do marido, tenta tudo o que está ao seu alcance para ajudá-lo.

Enquanto a enfermeira realizava o tratamento à UPP, aproveitava esses momentos para falar a sós com a esposa. Todas as semanas tinha questões para colocar. Procurei sempre através de linguagem adequada explicar e retirar as dúvidas. Falámos sobre gestão de regime terapêutico; alimentação e hidratação; cuidados com o cateter vesical; importância do levantar e da deambulação; como modificar o ambiente da casa para evitar as quedas e facilitar na deambulação e medidas de promoção do sono.

Através da relação estabelecida consegui que ambos partilhassem as suas inquietações, medos, atitudes face à doença. O Sr. T. inicialmente dizia que não conseguia fazer nada sozinho e por isso precisava da esposa. Desmotivado com a

situação, pessimista em relação ao futuro. Referiu medo da morte. Sentia-se frágil e cansado, “*tantos comprimidos e não estou melhor!*”.

De acordo com Moraes (2012), idoso frágil é aquele que apresenta maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. De acordo com o mesmo autor, o Sr. T. encontra-se numa subcategoria de idoso frágil de alta complexidade associado a alto grau de complexidade clínica, por apresentar uma dependência funcional nas atividades de vida diária.

Relativamente à esposa do Sr. T. foram várias as preocupações demonstradas:

- estava apreensiva com a progressão da doença e com o declínio funcional do marido;
- sentia-se cansada pois também ela não tinha um sono reparador, uma vez que o marido passava a noite a chamá-la;
- tinha receio de trocar a medicação do marido pois após o último internamento tinham prescrito outra terapêutica e a senhora não sabia ler;
- tinha dúvidas sobre a medicação anti-diabética e sobre os alimentos indicados.
- referia que “*já não tinha cabeça*” para tantas preocupações.

Aproveitei o momento para aplicação da **Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2010). O score foi de 50, o que indica sobrecarga ligeira.

Dado a sobrecarga observada e objetivada pela escala, foi explicado a ambos a finalidade do “Descanso do Cuidador”. O Sr. T. recusou de imediato. A Sr.^a N. referiu que “*ia pensar*”.

3. 3ª FASE – CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Nesta fase o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado com a partilha de responsabilidade e poder de forma a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si (Gomes, 2016).

Ao longo do tempo procurei envolver o casal na partilha de responsabilidades e poder, com o objetivo do Sr. T. transformar as suas capacidades potenciais em reais e poder assumir o controlo do cuidado de Si. Para isso foi necessário informar, esclarecer, validar as informações e negociar (Gomes, 2016).

A gestão do regime terapêutico foi dos principais problemas identificados. Embora o Sr. T. saiba ler, transfere a responsabilidade da gestão terapêutica para a esposa. De forma a melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre o regime terapêutico, pedi à esposa para colocar em cima da mesa todas as caixas de medicação e perguntei, uma a uma, se a senhora sabia qual a finalidade daquele comprimido e quando era administrado. Verificaram-se alguns erros terapêuticos. A Dutasterida+ tansulosina não estava a ser administrada, pois tomava tansulosina; o zolpidem como “*não fazia efeito*” também não estava a administrar; o alprazolam só administrava ½. No entanto, foi com os antidiabéticos orais que se verificaram mais dúvidas. Segundo a Sr.^a “*no outro dia de manhã os diabetes estavam a 60, fui logo dar-lhe leite com chocolate e o comprimido, para eles subirem*”. Foi explicado à senhora que os comprimidos não servem para aumentar a glicémia, mas o contrário. Como o Sr. T. janta cedo, foi sugerido que comesse algo antes de dormir.

Verificámos pelos registos da máquina de glicémia que os valores na maioria das vezes estavam controlados, embora houvessem registos de hipoglicémia em jejum.

Relativamente ao alprazolam foi sugerido que administrasse 1 comprimido (como escrito na caixa) ao jantar e o zolpidem ao deitar.

Elaborei e entreguei à esposa um guia de medicação com a fotografia da caixa dos medicamentos, a dosagem e quando tomar. O guia não é apresentado para não publicitar os laboratórios.

Para potenciar o sono do Sr. T. e conseqüentemente da sua esposa foram sugeridas algumas medidas: manter um horário regular para dormir e acordar; realizar levante todos os dias, sendo que a cama apenas será utilizada para dormir; deitar-se na cama apenas quando tiver sono e não logo após o jantar; realizar uma refeição leve antes de ir dormir; cumprir o regime terapêutico; abrir os estores de manhã e mantê-los abertos durante o dia; incentivar o Sr. T. à exposição da luz solar pela manhã (períodos de meia hora); incentivar a deambular com o andarilho ou cadeira de rodas quando estiver mais cansado e evitar sestas prolongadas durante o dia.

Em todas as visitas foi referido a importância do levante e feito incentivo à deambulação com o andarilho e a manutenção dos exercícios indicados pela fisioterapeuta e pela enfermeira especialista em reabilitação da ECCI. Foram dados reforços positivos quando realizava os exercícios na nossa presença.

Foi reforçado junto de ambos os cuidados a ter com o cateter vesical e quais os sinais de alerta de infeção ou complicações.

4. 4ª FASE – COMPROMETER-SE

A quarta fase traduz-se num desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa (Gomes, 2016).

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde da pessoa idosa e quais as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (Moraes, 2012).

De acordo com os problemas identificados e com base no diálogo e na negociação, foi elaborado um plano de cuidados onde constam os diagnósticos de enfermagem elaborados segundo a terminologia NANDA. De modo a tornar-se mais perceptível, o mesmo será apresentado em forma de tabela.

Diagnósticos de Enfermagem

Padrão de sono prejudicado relacionado com higiene do sono inadequada; gestão do regime terapêutico comprometido manifestado por dificuldade em ter um sono reparador

Gestão do regime terapêutico comprometido relacionado com polimedicação; analfabetismo da esposa manifestado por dúvidas na administração.

Mobilidade física prejudicada relacionada com desnutrição, emagrecimento, pancitopenia manifestado por desequilíbrio na marcha.

Risco de queda relacionado com alto risco de quedas (Escala de Quedas de Morse), marcha dependente nível II (Classificação Funcional da Marcha de Holden), história de queda, idade acima de 65 anos, mobilidade física prejudicada.

Integridade da pele prejudicada relacionado com desnutrição (Mini Nutritional Assessment), alto risco de desenvolvimento de UPP (escala de Braden) manifestada por presença de UPP grau II na região sagrada.

Padrão de sono prejudicado relacionado com higiene do sono inadequada; gestão do regime terapêutico comprometido manifestado por dificuldade em ter um sono reparador

Intervenções de Enfermagem:

- Escutar a pessoa e identificar as causas de desconforto;
- Conhecer o padrão de sono da pessoa;
- Aplicar instrumento de avaliação da qualidade do sono – PSIQ;
- Potenciar o conhecimento do prestador de cuidados sobre o regime terapêutico;
- Ensino sobre medidas de higiene do sono: manter um horário regular para dormir e acordar; realizar levante todos os dias, sendo que a cama apenas será utilizada para dormir; deitar-se na cama apenas quando tiver sono e não logo após o jantar; realizar uma refeição leve antes de ir dormir; cumprir o regime terapêutico; abrir os estores de manhã e mantê-los abertos durante o dia; incentivar à exposição da luz solar pela manhã (períodos de meia hora); incentivar a deambular com o andarilho ou cadeira de rodas e evitar sestas prolongadas durante o dia;
- Incentivar a alternância de decúbitos;
- Incentivar a utilização das grades laterais da cama para auxílio na mudança de decúbito.

Compromissos

- A Sr^a. N. comprometeu-se a seguir o regime terapêutico de acordo com o guia de medicação.
- O Sr. T. reconheceu a importância de cumprir o regime terapêutico.
- Assumiu o compromisso de alternar decúbitos – sabe como funciona o comando da cama.
- Assumiu o compromisso de realizar levante (embora de 2/2dias) e deambular com o andarilho num período da manhã e noutro período à tarde.
- Reconheceu que a esposa também está cansada e precisa dormir.

Resultado esperado Que o Sr. T. consiga dormir o máximo tempo possível sem interrupção.

Gestão do regime terapêutico comprometido relacionado com polimedicação; analfabetismo da esposa manifestado por dúvidas na administração.

Intervenções de Enfermagem:

- Fornecer informação sobre a importância de cumprir o regime terapêutico e medicamentoso;
- Identificar os motivos de não adesão terapêutica, se for esse o caso;
- Elaborar guia de tratamento onde consta o medicamento, a dosagem e a posologia,
- Reconciliação terapêutica;
- Sugerir a aquisição de uma caixa semanal organizadora de comprimidos.

Compromissos

- O Sr. T. comprometeu-se a cumprir a regime terapêutico;
- A Sr.^a N. comprometeu-se a pedir ajuda ao vizinho ou na farmácia do bairro sempre que tiver dúvidas.

Resultado

esperado Adesão ao regime terapêutico; Gestão do regime terapêutico eficaz.

Mobilidade física comprometida relacionada com desnutrição, emagrecimento, pancitopenia manifestado por desequilíbrio na marcha.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar periodicamente a marcha - Classificação Funcional da Marcha de Holden
- Incentivar a realização de mobilização ativa (membros superiores e inferiores);
- Reforçar a importância de condições de segurança;
- Gerir ambiente físico (retirar tapetes, móveis...);
- Disponibilizar andarilho e/ou cadeira de rodas;
- Incentivar a utilização das grades laterais da cama para auxílio na mudança de decúbito
- Incentivar o levante diário, no entanto sempre acompanhado;
- Supervisionar levante;
- Avaliar a dor;
- Promover junto da equipa de apoio domiciliário a autonomia do Sr. T. (deixá-lo fazer aquilo que consegue);

Compromissos

- O Sr. T. comprometeu-se a realizar movimentos ativos nos membros superiores e inferiores várias vezes ao dia;
- A Sr.^a N. retirou tapetes e o móvel que se encontrava no corredor;
- O Sr. T. comprometeu-se a realizar levante, embora refira que seja de 2/2 dias;
- A Sr.^a N. comprometeu-se a auxiliar e supervisionar as atividades do Sr. T.
- A cadeira de rodas e o andarilho já estavam disponíveis.

- Dar tempo e espaço para que o faça sozinho, com supervisão;
- Proporcionar sessão de treino com a enfermeira especialista em reabilitação e com a fisioterapeuta;
- Reforçar positivamente os progressos.
- A equipa da ECCI estava disponível sempre que necessário.

Resultado Que o Sr. T. seja capaz de se mobilizar dentro das suas capacidades e que alterne de posição frequentemente.

esperado Que o Sr. T. consiga sair de casa, inicialmente com auxílio e progressivamente com supervisão.

Risco de queda relacionado com alto risco de quedas (Escala de Quedas de Morse), marcha dependente nível II (Classificação Funcional da Marcha de Holden), história de queda, idade acima de 65 anos, mobilidade física prejudicada.

Intervenções de Enfermagem:

- Realizar avaliação periódica do risco de quedas – Escala de Quedas de Morse;
- Identificar fatores intrínsecos e extrínsecos de risco de queda;
- Gerir ambiente físico: manter grades da cama elevadas, assegurar que o piso está seco, retirar tapetes ou móveis; sugerir a utilização de sapatos/chinelos com sola antiderrapante;
- Incentivar o Sr. T. a ter o telemóvel junto de si;
- Alertar para os riscos de realizar levante sem supervisão;
- Supervisionar a marcha;
- Incentivar o Sr. T. a realizar exercícios de reabilitação para fortalecimento muscular;
- Treinar com o Sr. T. técnicas de apoio de marcha;
- Incluir a família e ensinar sobre prevenção de quedas.

Compromissos

- A Sr.^a N. retirou os tapetes e o móvel que estava no corredor;
- O Sr. T. comprometeu-se a não realizar levante nem deambular sozinho;
- A Sr.^a N. comprometeu-se a supervisionar o esposo.
- O Sr. T. comprometeu-se a ter sempre o telemóvel junto a si.
- A Sr.^a N. comprou chinelos com sola antiderrapante.

Resultado Sem episódios de quedas.

esperado

Integridade da pele comprometida relacionado com desnutrição (Mini Nutritional Assessment), alto risco de desenvolvimento de UPP (escala de Braden) manifestada por presença de UPP grau II na região sagrada.

Intervenções de Enfermagem:

- Realizar ensino ao Sr. T. e à sua esposa sobre UPP:
 - ✓ O que é e como se desenvolve;
 - ✓ Quais os fatores de risco;
 - ✓ Quais os sinais e sintomas;
 - ✓ Como prevenir.
- Avaliar periodicamente a pele e aplicar a Escala de Braden;
- Avaliar periodicamente o estado nutricional – Mini Nutritional Assesment;
- Reforçar a importância de um regime alimentar e hídrico adequado;
- Realizar penso de acordo com o estadio e evolução da ferida;
- Incentivar a realização de exercícios de mobilização ativa dos membros superiores e inferiores;
- Incentivar à realização do levante;
- Reforçar a importância de aplicar creme hidratante diariamente após os cuidados de higiene;
- Incentivar a utilização do colchão de pressão alternada;
- Avaliar a dor em todas as visitas domiciliares;
- Evitar a humidade, mantendo a pele limpa, seca e hidratada;
- Não efetuar massagem nas proeminências ósseas;
- Solicitar a participação do Sr. T. durante as transferências;
- Promover a atividade e autonomia da pessoa idosa.

Compromissos

- O Sr. T. e a cuidadora identificaram os principais sinais e sintomas de lesão da pele;
- A equipa da ECCI comprometeu-se a vigiar a pele e realizar as avaliações necessárias;
- A Sr.^a N. comprometeu-se a cozinhar e preparar as refeições de forma adequada;
- O Sr. T. comprometeu-se a aumentar o aporte hídrico.
- O colchão de pressão alternada já na cama.

Resultado Cicatrização da UPP na região sagrada.

esperado Pele íntegra.

5. 5ª FASE – ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SÍ PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Nesta fase o doente idoso consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde ou, então, a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente (Gomes, 2016).

Com a realização deste estudo de caso assente no modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa e família foi possível obter alguns ganhos em saúde. A realização do plano de cuidados revelou-se de extrema importância pois as intervenções foram individualizadas com base na negociação e partilha de informações, respeitando o tempo da pessoa idosa.

Sistematizando, o Sr. T. e a esposa estão informados sobre a situação de saúde/doença e reconhecem a importância de cumprir o regime terapêutico. O Sr. T. compromete-se a ter um papel mais ativo na gestão da doença e assumir o controlo do cuidado de Si.

No início da terceira semana de estágio, o Sr. T. teve consulta de hematologia e realizou duas transfusões sanguíneas. Notou-se desde essa altura uma mudança no comportamento do Sr. Apresentava-se mais sorridente e bem-disposto, com força anímica para cumprir as indicações e os exercícios indicados.

A esposa referiu alterações no padrão alimentar. Pelo volume e características da urina no saco colector, verificámos que o Sr. T. aumentou a ingestão hídrica.

Na quarta semana a UPP estava cicatrizada.

Com a correta gestão do regime terapêutico houve melhoria no padrão de sono de ambos. A esposa referiu que na próxima semana devolviam a cama articulada e o Sr. T. voltaria a dormir na sua cama.

Embora ainda com alguma dificuldade, o senhor fez progressos relativamente ao deambular com andarilho.

Ambos agradecem a atenção e a ajuda.

De referir que gostaria de ter incluído os familiares no plano de cuidados, no entanto, não foi possível.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso baseado no modelo de parceria revelou-se de extrema importância pois, deste modo, foi possível identificar precocemente as principais necessidades e problemas do Sr. T. e da sua esposa, Sr^a. N. através de uma avaliação multidimensional pormenorizada.

Nesta situação tivemos oportunidade de construir uma relação de parceria com a pessoa idosa e família, onde construímos uma ação conjunta sempre que a pessoa tivesse autonomia ou assegurámos o cuidado do Outro sempre que a pessoa não fosse autónoma. No final, capacitámos a pessoa e a cuidadora para cuidar da pessoa idosa no domicílio. Mobilizámos recursos humanos e materiais; respeitámos e demos tempo à pessoa para realizar as atividades; incentivámos ambos à partilha de preocupações e dúvidas; negociámos estratégias e comprometemo-nos em atingir os objetivos traçados.

Cuidar no domicílio não diz respeito apenas a dar resposta a necessidades instrumentais e físicas (alimentação, mobilização e medicação). Acarreta também um esforço cognitivo e emocional por parte dos cuidadores muitas vezes não identificado. É para esta sequência de factos que os profissionais de saúde deverão estar despidos, de forma a evitar-se a exaustão do cuidador (Martins, Ribeiro & Garret, 2003). Nesta situação, a cuidadora apresentava uma sobrecarga ligeira, segundo a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Foi importante realizarmos esta avaliação e conversar com a Sr.^a N, alertá-la para as consequências e informá-la dos recursos disponíveis.

Ao longo das semanas fomos abordando diversos temas (gestão de regime terapêutico; alimentação e hidratação; cuidados com o cateter vesical; importância do levantar e da deambulação; como modificar o ambiente da casa para evitar as quedas e facilitar na deambulação e medidas de promoção do sono) e esclarecendo dúvidas, o que culminou num ganho de confiança por parte do Sr. T. que se sentia mais capacitado para assumir o cuidado de Si e por parte da esposa que se sentia mais preparada para assumir o cuidado do Outro quando fosse necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barbosa, P.; Carvalho, L.; Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Galdeano, L.; Rossi, L.; Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11 (3), 71-5.
- GERMI (2012). Avaliação Geriátrica. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf;
- Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade - Eficácia das intervenções de enfermagem*. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martins, T.; Ribeiro, J.P.; Garret, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4(1), 131-148.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceptuais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Pereira, A.; Teixeira, G.; Bressan, C.; Martini, J.; Martini, J. (2009). Genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3): 407-16.
- Silva, S. (2012). *Capacidade funcional e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e no domicílio*. (Dissertação de mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve.
- Siquenique, Sofia; Matias, Ricardo; Silva, Madalena (2015). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

APÊNDICES

Apêndice I - *Mini Mental State Examination*

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? Em que país estamos?

Em que mês estamos? Em que distrito vive?

Em que dia do mês estamos? Em que terra vive?

Em que dia da semana estamos? Em que casa estamos?

Em que estação do ano estamos? Em que andar estamos?

Total: 8

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

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

Pêra

Gato

Bola

Total: 3

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

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

27 24 21 18 15

Total: 1

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

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

Pêra

Gato

Bola

Total: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio

Lápis

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” __√__

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

Pega com a mão direita_√__

Dobra ao meio __√__

Coloca onde deve __√__

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.

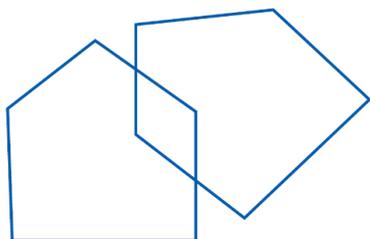
Fechou os olhos__√__

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

Total: 7

6. Capacidade 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. __x__



Total 21/30

	Pontos
Analfabetos	Igual ou inferior a 15
1 a 11 anos de escolaridade	Igual ou inferior a 22
Escolaridade superior a 11 anos	Igual ou inferior a 27

APÊNDICE II - Escala de Depressão Geriátrica

*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
2 Abandonou muitas das suas actividades e interesses?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não <input checked="" type="radio"/>
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não <input checked="" type="radio"/>
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não <input checked="" type="radio"/>
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não <input checked="" type="radio"/>
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não <input checked="" type="radio"/>
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições actuais?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
*13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não <input checked="" type="radio"/>
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim <input checked="" type="radio"/>	Não ()

	PONTOS
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15
<p>GERMI (2012). <i>Avaliação Geriátrica</i>. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf</p>	

APÉNDICE III - *Mini Nutritional Assessment*

Triagem	
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	1
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	2
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	1
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	0
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	2
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	1
Pontuação da Triagem (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-R	7.0

Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	1
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	0
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	0

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	2
K O doente consome: <ul style="list-style-type: none"> pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	1.0
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	1
M Quantos 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	0.5
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	1
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	1
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	0.0
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	0.0
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	0
Avaliação global (máximo 16 pontos)	7.5
Pontuação da triagem	7.0
Pontuação total (máximo 30 pontos)	14.5

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input checked="" type="checkbox"/>	desnutrido

APÊNDICE IV – Classificação Funcional da Marcha de Holden

Categoria	Descrição
<p>0</p> <p>Marcha ineficaz</p>	<p>O idoso 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.</p>
<p>1</p> <p>Marcha dependente Nível II</p>	<p>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 manter o equilíbrio ou a coordenação.</p>
<p>2</p> <p>Marcha dependente Nível I</p>	<p>O idoso requer uma 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.</p>
<p>3</p> <p>Marcha dependente com supervisão</p>	<p>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.</p>
<p>4</p> <p>Marcha independente (superfície plana)</p>	<p>O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.</p>
<p>5</p> <p>Marcha independente</p>	<p>O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.</p>

APÊNDICE V - Escala de Lawton e Brody

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transportes	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessidade de lhe prepararem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
		Total 26

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira, 2007

8 pontos	Independente
9 – 20 pontos	Moderadamente dependente , necessita de uma certa ajuda
> 20 pontos	Severamente dependente , necessita de muita ajuda

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

APÊNDICE VI - Índice de Barthel

Itens	Atividades básicas de vida diárias	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.).	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo).	5
	<u>Dependente</u>	0
Banho	<u>Independente</u> (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros).	5
	<u>Dependente</u>	0
Higiene corporal	<u>Independente</u> (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba).	5
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa).	5
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho).	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas e clisteres).	5
	<u>Incontinente fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho).	10
	<u>Incontinência ocasional</u> (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector).	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	0
Subir escadas	<u>Independente</u> (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas).	5
	<u>Dependente</u>	0

Transferência cadeira cama	<u>Independente</u> (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho).	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (ajuda mínima e supervisão).	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (é capaz de se sentar. Mas necessita de muita ajuda para a transferência).	5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (caminha pelo menos 50m sozinho ou com ajuda de andarilho ou canadianas).	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50m com ajuda ou supervisão).	10
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50m).	5
	<u>Dependente</u>	0
Pontuação obtida		35

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-90	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Azeredo, Z.; Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. 3 Série, 8 (4), 199-204.

APÊNDICE VII - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem refletir fielmente o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as perguntas.

Instruções:

- 1) As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.
- 2) As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- 3) Por favor, responda a todas as questões.

.....

1) Ao longo do último mês, normalmente a que horas se deitou, à noite?

HORA DE DEITAR: 22h00

2) Ao longo do último mês, normalmente quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer cada noite?

NÚMERO DE MINUTOS: 50minutos

3) Ao longo do último mês, normalmente a que horas se levantou de manhã?

HORA DE LEVANTAR: 8h30min

4) Ao longo do último mês, quantas horas de sono efectivo dormiu à noite? (pode diferir do número de horas que passou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: +/- 5h00min

Para cada uma das restantes perguntas, escolha a resposta mais adequada. Por favor, responda a todas as perguntas.

5) Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas relacionados com o sono por:

a) ... não conseguir dormir no espaço de 30 minutos

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana__X__
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

b) ... acordar a meio da noite ou muito cedo

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana__X__
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

c) ... ter de se levantar para ir à casa de banho

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana__X__	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

d) ... não conseguir respirar comodamente

Não ocorreu no último mês__X__	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

e) ... tossir ou ressonar alto

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana__X__
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

f) ... sentir demasiado frio

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana__X__
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

g) ... sentir demasiado calor

Não ocorreu no último mês__X__	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

h) ... ter pesadelos

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana__X__	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

i) ... ter dores

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana__X__	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

j) Outra (s) razão (ões), por favor descreva-a (s): Beber água

Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em dormir por esse(s) motivo(s)?

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana__X__	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

6) Ao longo do último mês, como classificaria a qualidade geral do seu sono?

Muito boa_____

Moderadamente boa_____

Moderadamente má_____

Má__X_____

7) Ao longo do último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudarem a dormir (receitados ou de venda livre)?

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana__X__
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

8) Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em manter-se acordado enquanto conduzia, às refeições ou ao participar em atividades sociais?

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana__X__	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

9) Ao longo do último mês, até que ponto foi um problema para si manter o entusiasmo suficiente para realizar as suas tarefas necessárias?

- () Nenhum problema
- () Apenas um problema muito ligeiro
- () Algum problema
- (X) Um problema muito grande

10) Partilha a cama ou o quarto com alguém?

Não partilho a cama / o quarto com ninguém __X_____

Parceiro/a de cama / de quarto noutra quarto __X_____

Parceiro/a no mesmo quarto mas noutra cama _____

Parceiro/a na mesma cama _____

Se partilha o quarto ou a cama com alguém, pergunte-lhe quantas vezes, ao longo do último mês, você . . .

a) ...ressonou alto

Não ocorreu no último mês_X__	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

b) ...fez pausas longas entre respirações enquanto dormia

Não ocorreu no último mês_X__	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

c) ...teve contracções musculares ou movimentos bruscos das pernas durante o sono

Não ocorreu no último mês_X__	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

d) ...teve episódios de desorientação ou de confusão ao acordar de noite

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_X__	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

e) ...mostrou outros sintomas de desassossego durante o sono; por favor, descreva-os

Não ocorreu no último mês_X__	Menos do que uma vez por semana_____	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Buysse, DJ.; Reynolds, CF; Monk, TH; Berman, SR; Kupfer, DJ. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 28. 193-213.

APÊNDICE XII

Póster “*Avaliação da qualidade do sono da pessoa idosa em casa –
intervenção de enfermagem em parceria*”

Avaliação da qualidade do sono da pessoa idosa em casa – intervenção de enfermagem em parceria



Tânia Carmo¹; Idalina Gomes²
 1. Estudante do 7º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
 2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução

O sono caracteriza-se por uma necessidade fisiológica que tem como função a restauração do organismo e a conservação da energia, permitindo o equilíbrio físico e emocional, por isso é importante que seja entendido e respeitado¹. O envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais de metade dos idosos que vivem no domicílio, com impacto negativo na sua qualidade de vida². Na população idosa o sono torna-se mais superficial e fragmentado, com vários despertares noturnos, menor eficiência e pior qualidade³. Esta alteração leva a que as pessoas apresentem sonolência durante o dia⁴. Queixas diurnas de fadiga; défices cognitivos a nível da atenção, concentração, memória; alteração do humor; irritabilidade; sintomas ansiosos ou depressivos; limitação do desempenho social, familiar, ocupacional; problemas comportamentais (impulsividade, agressividade) podem ser indícios de perturbações do sono⁵. De forma geral, a privação do sono prejudica o funcionamento diário da pessoa, comprometendo aspetos cognitivos e habilidades psicomotoras⁶. Os enfermeiros que desempenham funções na comunidade estão numa posição privilegiada para identificar fatores perturbadores do sono e, em parceria com a pessoa e família/cuidador, intervir de forma a melhorar a qualidade do sono da pessoa idosa.

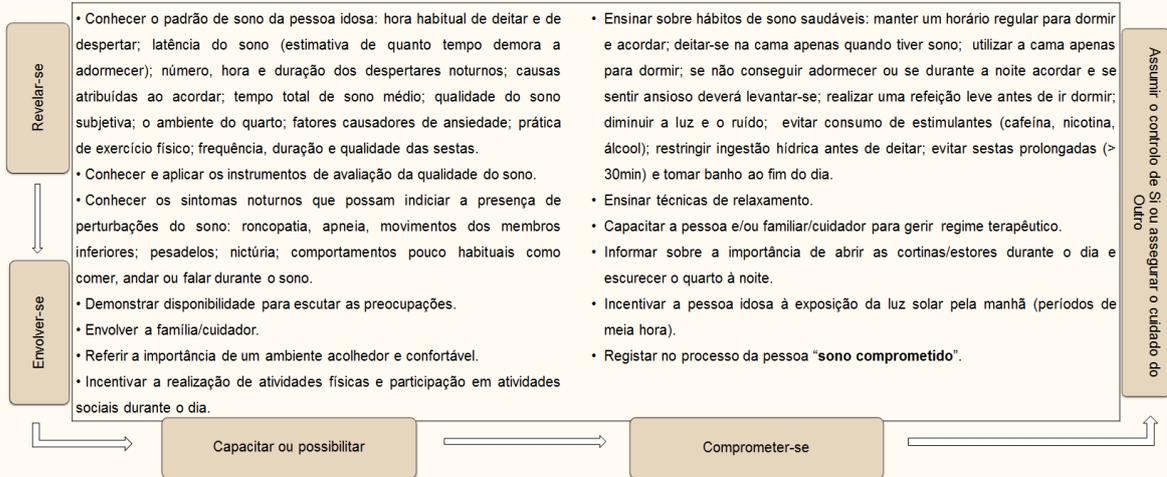
Objetivos

1. Identificar os fatores que influenciam a qualidade do sono das pessoas idosas em casa;
2. Sintetizar intervenções de enfermagem para a promoção da qualidade do sono que devem ser desenvolvidas através de processo de parceria com a pessoa idosa e família⁷.

Fatores que influenciam a qualidade do sono da pessoa idosa^{5,8}

Ambientais	Individuais	Socioculturais	Estilo de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente do quarto desconfortável • Ruído • Iluminação • Temperatura • Roupa da cama desadequada para a estação do ano 	<ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento • Sexo feminino 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do estatuto social (relações sociais escassas; estado pós-reforma; invalidez, isolamento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de substâncias (álcool, nicotina, drogas)
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações no ritmo circadiano 	<ul style="list-style-type: none"> • Co-morbilidades, principalmente que impliquem dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Separação matrimonial 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares desadequados
	<ul style="list-style-type: none"> • Polimedicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Nível económico baixo 	<ul style="list-style-type: none"> • Inatividade física

Promoção da qualidade do sono segundo Modelo de Parceria^{7,8}



Conclusão

A promoção da qualidade do sono é um processo multidimensional que requer uma abordagem individualizada. O enfermeiro deve fazer uso dos instrumentos de avaliação da qualidade do sono e reconhecer os fatores influenciadores de forma a antecipar perturbações com vista ao bem-estar e conforto da pessoa idosa. Em caso de identificação de distúrbios do sono, o enfermeiro deve encaminhar a pessoa para o médico assistente.

Instrumentos para avaliação da qualidade do sono¹

	Curto Prazo	Longo Prazo
Objetivo	Registo polissonográfico	Actigrafia de pulso
Subjetivo	Entrevista Questionário	Diário de sono
	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh; • Escala de Sonolência de Epworth 	

Referências Bibliográficas

1. Rennie, P.; Finelli, T. (2004). A patologia do sono. Lisboa: Lidel.
2. Cooke, J.; Ancoli-Israel, S. (2011). Normal and Abnormal Sleep in the Elderly. *Handbook of Clinical Neurology*, 98, 693-699. doi: 10.1016/B978-0-444-52005-7.00041-1.
3. Mecklinger, A. (2008). Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Assisted Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6), 15-21.
4. Li, S.; Wang, T.; Wu, B.; Liang, S.; Tang, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 398-407.
5. Haimov, I.; Shatz, E. (2013). Cognitive Training Improves Sleep Quality and Cognitive Function among Older Adults with Insomnia. *PLoS ONE* 8(4).
6. Pappa, L.; Jorres, L. (2010). Sleep in the Intensive Care Unit. *A Review*. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1), 14-22.
7. Gomes, I. (2009). *A melhoria da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.
8. Bate, M.; Cavasoli, E.; Furner, T.; Zwolker, D. (2010). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 37 st.

APÊNDICE XIII

Questionário aplicado aos enfermeiros

Consentimento Informado

No âmbito do 7º curso de mestrado de Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar um projeto de intervenção no Serviço de Urgência Geral do [REDACTED]. Este projeto relaciona-se com a promoção da qualidade do sono da pessoa idosa internada no contexto supracitado.

O seu contributo através da realização do seguinte questionário é fundamental na medida em que a informação fornecida conduzirá a uma avaliação da sensibilidade para a temática em questão e para o diagnóstico da situação.

Obrigada pela sua colaboração.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do questionário e aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

_____, ____ de _____ de 2017

QUESTIONÁRIO

Este questionário surge no âmbito do projeto de estágio inserido no curso de mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa, cujo tema é “*A intervenção de enfermagem para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência*”. Trata-se de um questionário anónimo e de preenchimento voluntário, cujo principal objectivo consiste em identificar as preocupações dos profissionais de saúde do serviço de urgência para a temática apresentada.

Dados sócio-demográficos		
Género:		
Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	Idade: _____
Tempo de Experiência Profissional:		
Até 3 anos <input type="checkbox"/>	3 a 5 anos <input type="checkbox"/>	Superior a 5 anos <input type="checkbox"/>

Assinale com um X ou responda por extenso às questões colocadas.

1. Considera que a pessoa idosa internada no serviço de urgência tem alterações no seu padrão de sono?

SIM

NÃO

2. Se respondeu sim, na sua opinião...

a. Quais são os fatores que prejudicam o sono da pessoa idosa internada no serviço de urgência?

b. Que estratégias são utilizadas no serviço para promover o sono das pessoas idosas?

c. Em seu entender que outras estratégias poderiam ser usadas?

Obrigada pela sua colaboração,

Tânia Carmo

APÊNDICE XIV

Análise dos questionários aplicados aos enfermeiros

Análise dos questionários

Embora tenham sido encontrados diversos estudos sobre esta temática, nenhum estudo foi realizado em contexto de serviço de urgência (SU). Como tal, tornou-se necessário identificar, sob a perspectiva dos enfermeiros, quais os fatores que interferem com a qualidade do sono das pessoas idosas internadas no SU, que cuidados a equipa de enfermagem tem durante o turno da noite para promover a qualidade do sono e quais estratégias/intervenções poderiam ser implementadas de modo a promover a qualidade do sono. Desta forma procedeu-se à elaboração e aplicação de um questionário aos elementos da equipa de enfermagem, durante a terceira e quarta semanas de Janeiro de 2017.

O questionário “*é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*” (Fortin, 2000, p.249).

O questionário construído foi estruturado em três partes. A primeira parte foi construída com base nos princípios enunciados por Moreira (2004) que refere que estes instrumentos de colheita de dados devem ter uma parte inicial relativa às instruções. Este conteúdo deve conter diversos aspetos nomeadamente: a apresentação do investigador; o estudo que está a ser realizado; o tipo de informação que se pretende recolher; elementos que conduzam à confiança dos participantes (garantias de confidencialidade e anonimato); consentimento informado; e por fim um agradecimento aos participantes no estudo (Moreira, 2004).

Na segunda parte pretende-se caracterizar a amostra através do género, idade e tempo de experiência profissional.

Na terceira parte foram colocadas quatro questões: uma questão fechada e três questões abertas onde era permitido a cada participante responder livremente referindo os aspetos que consideram pertinentes na temática identificada.

Posteriormente os dados recolhidos foram alvo de análise por dois tipos de metodologia: quantitativa (análise estatística) e qualitativa segundo análise de conteúdo de Bardin. Segundo este autor, análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa descrever de forma quantitativa e objetiva os conteúdos das mensagens obtidas (Bardin, 2007).

Caracterização da amostra

De acordo com Fortin (2000, p.202) população é “*uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns*”. Definiu-se como população-alvo a equipa de enfermagem do SU. No entanto, sendo a população-alvo difícil de atingir torna-se necessário definir uma amostra, “*subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população*” (Fortin, 2000, p.202). A equipa de enfermagem do SU é constituída por 74 enfermeiros. Para a amostra foram excluídos três enfermeiros por não estarem na prestação direta de cuidados; seis enfermeiros que se encontravam de atestado e dois enfermeiros que se encontravam de férias, o que dá um total de 63 enfermeiros. Pretendia-se que pelo menos 40% da amostra respondessem ao questionário, o que equivale a 25 enfermeiros.

Os questionários foram entregues de duas formas: via e-mail e pessoalmente. Depois de preenchidos foram colocados numa caixa que estava na sala de trabalho dos enfermeiros. Dos 40 questionários entregues obteve-se a resposta de 28 enfermeiros, ou seja, 44% da amostra.

Dos 28 enfermeiros 25% são do género masculino (7 participantes) e 75% do género feminino (21 participantes).

A média de idades dos participantes é de 31 anos, sendo a idade mínima 23 anos e a idade máxima de 38 anos.

Relativamente ao tempo de experiência profissional a maioria dos participantes tem mais de cinco anos (gráfico1)



Gráfico 1 – Tempo de experiência profissional dos enfermeiros questionados.

Análise dos resultados

Na análise da primeira questão - “Considera que a pessoa idosa internada no serviço de urgência tem alterações no seu padrão de sono?” -, 100% da amostra respondeu “sim”, corroborando com a literatura consultada. Este resultado parece mostrar que a equipa de enfermagem está consciente do problema vivido pelas pessoas idosas.

Para análise das restantes perguntas foi necessário categorizar as respostas. A categorização é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2007). As categorias foram definidas *a priori* com base na informação extraída na revisão da literatura, e *a posteriori* pela indução dos significados referidos pelos sujeitos e por análise de frequências, tendo-se definido as seguintes categorias: fatores ambientais, fatores associados à prestação de cuidados e fatores inerentes à própria pessoa (Caple & March, 2016; Pulak & Jensen, 2016). Para algumas categorias houve necessidade de construir subcategorias de forma a contemplar as unidades de registo dos vários participantes. A cada categoria e/ou subcategoria foi atribuída a frequência das respostas (unidades de enumeração) (Apêndice I).

No gráfico 2 podemos visualizar os fatores que influenciam a qualidade do sono no SU, na perspetiva dos enfermeiros, em unidades de enumeração.

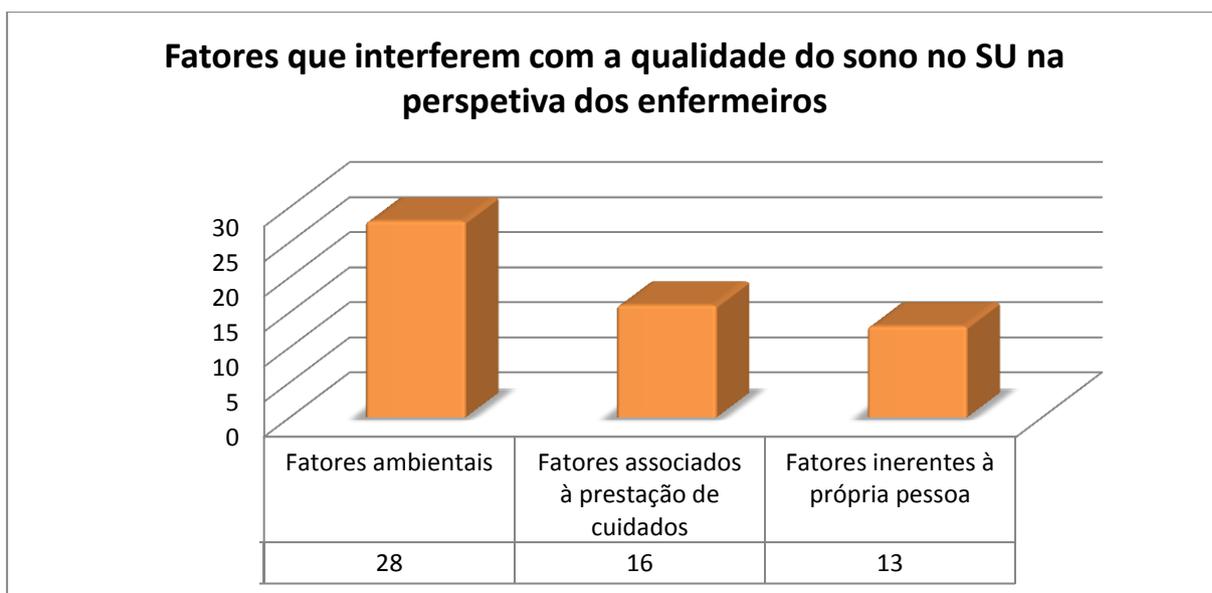


Gráfico 2 – Fatores que interferem com a qualidade do sono no SU na perspetiva dos enfermeiros, em unidades de enumeração.

Com base nas categorias supracitadas, na opinião dos enfermeiros do SU, os fatores ambientais são os mais prejudiciais ao sono e repouso da pessoa idosa,

nomeadamente o ruído, com 23 unidades de enumeração. As fontes de ruído identificadas foram os alarmes dos monitores e seringas, as vozes dos profissionais e de outros doentes. Em segundo lugar foi referido o espaço físico, com 22 unidades de enumeração. O ambiente desconhecido, o desconforto com o material (colchões, ausência de almofadas), a falta de privacidade e o internamento em local de passagem de outros doentes interfere negativamente com a qualidade do sono da pessoa idosa. Em terceiro lugar foi mencionado a iluminação, com 20 unidades de enumeração. Apenas um participante referiu a temperatura do ambiente como fator perturbador (gráfico 3).

De referir que 100% da amostra enumeraram pelo menos um fator ambiental.

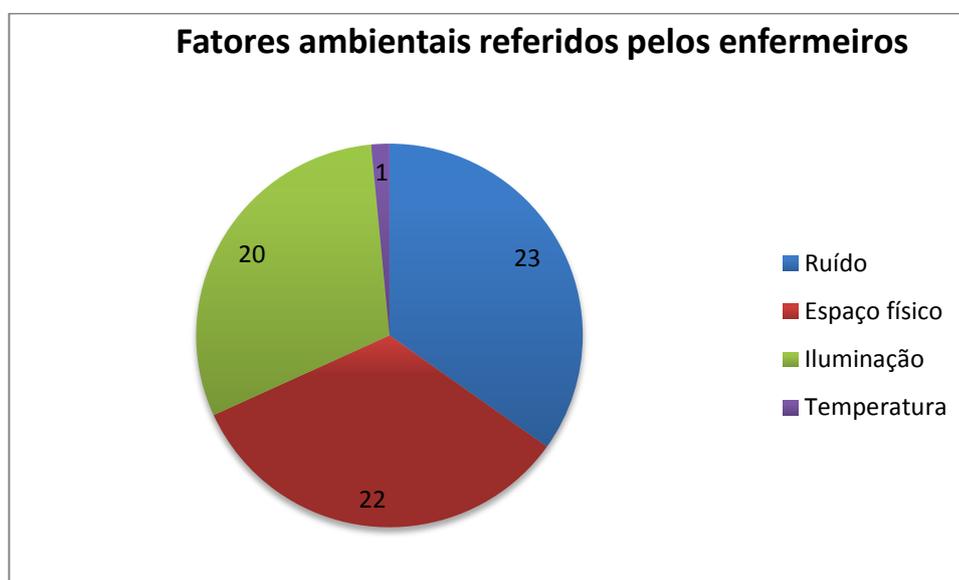


Gráfico 3 – Fatores ambientais, divididos em subcategorias, referidos pelos enfermeiros em unidades de enumeração.

A segunda categoria mais referida pelos enfermeiros foram os fatores associados à prestação de cuidados, com 16 unidades de enumeração. Nesta categoria o fator mais referido foi a realização de procedimentos durante a noite e a constante movimentação de pessoas, quer profissionais quer doentes. Três participantes fazem referência à falta de reconciliação terapêutica. Apenas um participante menciona que a falta de sensibilidade da equipa multidisciplinar para esta temática interfere com a qualidade do sono da pessoa idosa.

Relativamente aos fatores inerentes à própria pessoa, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: fatores fisiológicos e fatores psicológicos. Os fatores fisiológicos foram referidos por 8 participantes: “complexidade do doente

crítico”, “dor” e sintomas associados à agudização da doença. Somente 5 participantes enumeraram fatores psicológicos, nomeadamente alterações emocionais/depressão, ansiedade e stress causado pela doença ou pelo internamento.

Na terceira pergunta os participantes eram questionados acerca dos cuidados/intervenções que realizam durante o turno da noite e que consideram promotoras do sono das pessoas idosas. Constatou-se que os enfermeiros, embora tenham relatado o ruído como o principal fator perturbador, atribuem maior importância à diminuição da intensidade da luz. Seguidamente encontra-se a redução do nível de ruído e em terceiro lugar surge a administração de terapêutica indutora do sono. Outros cuidados/intervenções relatadas pelos enfermeiros encontram-se na tabela seguinte:

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Fatores Ambientais	Ruído	Redução do nível de ruído	12
		Ajustar parâmetros do monitor consoante a situação clínica da pessoa	2
		Falar mais baixo	2
		Não tocar a campainha da reanimação	1
	Iluminação	Diminuição da intensidade da luz	24
	Espaço físico	Promoção de um ambiente calmo/confortável	5
Fatores associados à prestação de cuidados		Administração de terapêutica indutora do sono	11
		Posicionamentos	6
		Ajustar horário da medicação	2
		Avaliação de sinais vitais com avaliação do nível de dor	1
Fatores inerentes à pessoa	Fatores fisiológicos	Administração de terapêutica analgésica	2
		Orientação para a	2

	Fatores psicológicos	realidade	
		Relação de ajuda	3

Relativamente aos posicionamentos, 6 participantes referem ser promotores da qualidade do sono, no sentido de colocar a pessoa o mais confortável possível. No entanto, um dos participantes referiu os posicionamentos como fator perturbador. Esta referência está relacionada com o facto de se posicionar a pessoa “por rotina”, ou seja, entre as 4-5h mesmo que a pessoa idosa esteja a dormir, está “na hora de posicionar”, o que acaba por despertar a pessoa. Nestas situações é necessário sensatez e avaliar se é impreterível mudar a pessoa de posição naquele momento.

Quando interrogados face a possíveis mudanças na prática para promover o sono da pessoa idosa internada no SU, 8 dos participantes referiram a importância de organizar os cuidados de modo a permitir um período de tempo sem interrupções (“*quiet time*”). Seguidamente 7 dos participantes mencionaram a melhoria das condições do espaço físico nomeadamente na qualidade e quantidade dos recursos materiais (mais colchões anti-escaras, mais almofadas). Três participantes referiram ser importante envolver e sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para esta temática. Um participante referiu a importância de existirem mais estudos na área da “*etiologia das alterações do sono*”. Quatro dos participantes não referiram qualquer estratégia a implementar.

Estratégias/intervenções sugeridas pelos enfermeiros	Unidades de enumeração
Organização dos cuidados de modo a permitir um período de tempo sem intervenções – “ Quiet time ”	8
Melhores condições do espaço físico (qualidade e quantidade dos recursos materiais)	7
Privacidade (existência de cortinas / biombos em todas as unidades)	5
Evitar internamento em local de passagem de outros doentes	4
Reconciliação terapêutica	3
Existência de luzes individuais em cada unidade	3
Sensibilização / envolvimento da equipa multidisciplinar	3
Música ambiente	3
Luz natural	2
Minimizar os dispositivos de terapêutica e monitorização	2

Respeitar o ritmo circadiano da pessoa (dia/noite)	2
Controlo da temperatura	2
Ajustar parâmetros do monitor	1
Fornecer ceia	1
Estudos na etiologia da alteração do sono	1
Transferência para a enfermaria o mais precocemente possível	1
Permanência da pessoa significativa	1
Existência de relógio	1
Registar a avaliação do padrão de sono da pessoa	1

Conclusão

Na opinião dos enfermeiros, as pessoas idosas internadas no SU sofrem alterações no seu padrão de sono. Os fatores ambientais são a principal causa de perturbação da qualidade do sono, nomeadamente o ruído. No entanto, os participantes referem a diminuição da intensidade da luz como a estratégia mais utilizada para promoção da qualidade do sono. Os fatores psicológicos da pessoa idosa foram a causa menos mencionada.

As estratégias/intervenções avançadas pela equipa para promover a qualidade do sono da pessoa idosa internada no SU passam pelo aumento do controlo do meio ambiente no sentido de minimizar o efeito dos fatores ambientais, fazer uma análise criteriosa das necessidades da pessoa com a finalidade de prestar apenas os cuidados fundamentais durante a noite e desenvolver ações de sensibilização para a importância do sono no conforto e na recuperação da pessoa idosa internada.

Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70, Lda,.

Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet
Cinahl Information Systems.

Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*.
2ª edição. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-10-X.

Moreira, J.M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. 1ª edição. Coimbra: Almedina.

Pulak, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1) 14-23.

Apêndice I – Grelha de análise dos questionários

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO	
Fatores Ambientais	Ruído	- Ruído (monitores, alarmes, vozes de profissionais e doentes) (questionário 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28)	23	28
	Iluminação	- Luminosidade (questionário 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 28)	20	
	Espaço físico	- “ <i>espaço físico inapropriado, onde os doentes não conseguem ver a luz do sol</i> ” (questionário 1) - Ambiente desconhecido (questionário 1, 6, 8, 12, 13, 17, 19, 28) - Falta de recursos e condições do serviço (questionário 2, 15, 17, 24) - Espaço físico de internamento – local de passagem de outros doentes (questionário 4, 5, 10, 25, 27) - Desconforto com o material (macas, colchões, almofadas) (questionário 8, 9, 11, 14, 23) - Doentes desorientados junto de doentes orientados (questionário 5, 16, 24, 26) - Falta de privacidade (questionário 13, 15, 24)	22	
	Temperatura	- “ <i>alterações de temperatura</i> ” (questionário 27)	1	

Fatores associados à prestação de cuidados		<ul style="list-style-type: none"> - Alterações nas AVD's / não satisfação das necessidades da pessoa idosa (questionário 1, 6, 17) - Alteração do ritmo circadiano (questionário 9, 17, 27) - Falta de reconciliação terapêutica (questionário 5, 6, 28) - Dispositivos invasivos e não invasivos (questionário 16) - Posicionamentos (questionário 16) - Entrada e saída de doentes para exames complementares de diagnóstico ou transferências (questionário 16, 25, 27) - Demasiado tempo de internamento no SU (questionário 26) - Realização de procedimentos durante a noite (questionário 5, 13, 16, 19, 22, 25, 28) - Movimento constante dos profissionais (questionário 18, 23, 24, 26) - “avaliações sucessivas de tensão arterial” (questionário 16) - falta de sensibilidade da equipa multidisciplinar para esta temática (questionário 17) 	16	
Fatores inerentes à pessoa	Fatores fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Complexidade do doente crítico (questionário 5, 6, 7, 25) - Dor (questionário 7, 8, 21, 28) - Agudização do processo de doença (questionário 8, 22) 	8	13
	Fatores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações emocionais, depressão (questionário 15) - Ansiedade (questionário 15, 21, 28) - Stress causado pela doença ou pelo internamento (questionário 22, 24, 28) 	5	

APÊNDICE XV
Protocolo “*Quiet Time*”

Protocolo “*Quiet Time*”

*Para a qualidade do sono melhorar,
o “Quiet Time” vamos
implementar*



Discente: Tânia Carmo

Docente orientadora: Professora Doutora Idalina Gomes

Enfermeira orientadora: Ana Filipa Duarte

PROTOCOLO “*Quiet Time*”

1. Definição

O *Quiet Time* é um protocolo implementado em alguns hospitais, durante um período de tempo diário (diurno, noturno, ou ambos), que consiste na organização dos cuidados de modo a permitir um período de tempo de sono sem interrupções. O objetivo é a criação de um ambiente mais calmo e tranquilo, promotor do sono e repouso da pessoa, através do controlo dos estímulos ambientais (luz, ruído, temperatura), promoção do conforto, alívio da dor e/ou ansiedade e administração criteriosa de fármacos (Denis et al, 2010; Li et al, 2011; Maidl et al, 2014).

Estudos efetuados demonstram os benefícios da implementação deste protocolo: diminuição dos níveis de ruído, melhoria da qualidade do sono dos doentes, decréscimo na utilização de fármacos sedativos, diminuição da ansiedade, melhoria na satisfação dos doentes como indicador de qualidade dos cuidados de saúde (Denis et al, 2010; Li et al, 2011; Bergner, 2014; Maidl et al, 2014; Caple & March, 2016).

2. Objetivo Geral

- Implementar o protocolo “*Quiet Time*” para promover a qualidade do sono das pessoas idosas internadas no serviço de urgência.

2.1 Objetivos específicos

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais) sobre a importância do sono para a recuperação/reabilitação da pessoa idosa internada;
- Planear e agrupar as intervenções de enfermagem de modo a permitir um período de tempo de sono sem interrupções, das 2.00h às 4.00h;
- Gerir o ambiente de forma a reduzir/controlar os fatores perturbadores do sono.

3. Intervenções de enfermagem para promoção da qualidade do sono da pessoa idosa internada no serviço de urgência

Avaliação do padrão de sono

- Conhecer e registrar o padrão de sono da pessoa idosa: hora habitual de deitar e de despertar; latência do sono (estimativa de quanto tempo demora a adormecer); número, hora e duração dos despertares noturnos; causas atribuídas ao acordar; tempo total de sono médio; qualidade do sono subjetiva; uso de terapêutica indutora do sono; frequência, duração e qualidade das sestas; existência de fatores causadores de ansiedade.

Organização dos cuidados de enfermagem:

- Avaliar e registrar sinais vitais;
- Avaliar e registrar dor, segundo a Escala da Dor;
- Gerir terapêutica indutora do sono;
- Gerir terapêutica analgésica (quando necessário);
- Verificar o volume dos fluídos endovenosos e da alimentação por sonda mesogástrica e substituir por novas embalagens antes de terminarem;
- Minimizar os dispositivos de terapêutica e monitorização;
- Prestar cuidados de higiene e conforto (higiene oral; mudança de fralda; posicionamento; massagem; aspiração de secreções se necessário);
- Disponibilizar almofadas, cobertores, colchas, colchão anti-escaras sempre que necessário;
- Disponibilizar dispositivos de eliminação urinária (urinol);
- Verificar se as grades laterais da cama/maca estão levantadas e a cama/maca travada;
- Promover uma ingestão hídrica e nutricional adequada durante o dia; fornecer ceia;
- Tranquilizar a pessoa ao informar a pessoa que está na hora de dormir, que existirá sempre algum enfermeiro por perto e que pode chamar quando precisar;
- Protelar a realização de exames complementares de diagnóstico que não sejam de cariz urgente.

- Avaliar e registrar o padrão de sono da pessoa em registros de enfermagem, utilizando linguagem CIPE:

- Sono adequado ou
- Sono comprometido;
- Sonolência atual.

Em caso de sono comprometido registrar os fatores perturbadores referidos pela pessoa idosa e descrever as intervenções de enfermagem realizadas.

Gestão do ambiente físico:

- Diminuir a intensidade das luzes do teto;
- Apagar as luzes do teto, no máximo, até às 2h;
- Ligar as luzes individuais da unidade quando prestar cuidados à pessoa;
- Fechar as cortinas sempre que possível (promove a privacidade da pessoa e evita a luminosidade das outras unidades);
- Durante o dia as cortinas e estores devem estar abertos para promover a entrada de luz natural;
- Assegurar temperatura ambiente adequada;
- Reduzir o nível de ruído:
 - reduzir o volume dos alarmes dos monitores, ventiladores, seringas infusoras;
 - ajustar parâmetros do monitor cardíaco tendo em conta a fisiopatologia da pessoa;
 - limitar a conversa nas proximidades dos quartos/unidades e/ou reduzir o volume da voz;
 - não tocar a campainha da reanimação no período noturno;
 - colocar os telemóveis dos profissionais no modo de silêncio;
 - fechar as portas sempre que possível.
- Responder aos alarmes em menos de um minuto;
- Colocar um relógio em todos os quartos/salas para orientação da pessoa no tempo.

Horas	Atividades
23.0 – 24.00h	<ul style="list-style-type: none"> • Passagem de turno; • Conhecer a pessoa idosa, conhecer o padrão de sono da pessoa: hora habitual de deitar e de despertar; latência do sono (estimativa de quanto tempo demora a adormecer); número, hora e duração dos despertares noturnos; causas atribuídas ao acordar; tempo total de sono médio; qualidade do sono subjetiva; uso de terapêutica indutora do sono; frequência, duração e qualidade das sestas; existência de fatores causadores de ansiedade.
24.00h – 2h	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais vitais, incluindo a dor; • Gerir terapêutica incluindo a terapêutica indutora do sono e terapêutica analgésica (se necessário); • Verificar o volume dos fluídos endovenosos e substituir por novas embalagens antes de terminarem; • Verificar se a pessoa tem exames complementares de diagnóstico para realizar; • Prestar cuidados de higiene e conforto (higiene oral; mudança de fralda; posicionamento; massagem; aspiração de secreções se necessário); • Fornecer ceia; • Minimizar os dispositivos de terapêutica e monitorização; • Diminuir a intensidade das luzes; • Reduzir o nível de ruído: reduzir o volume dos alarmes dos monitores, ventiladores, seringas infusoras; ajustar parâmetros do monitor cardíaco; limitar a conversa nas proximidades dos quartos/unidades e/ou reduzir o volume da voz; não tocar a campainha da reanimação no período noturno; colocar os telemóveis dos profissionais no modo de silêncio; fechar as portas sempre que possível.
2.00h – 4.00h	<ul style="list-style-type: none"> • Planear e agrupar os procedimentos terapêuticos; evitar as atividades que não são consideradas essenciais para manter a estabilidade hemodinâmica da pessoa; • Escurecer a unidade; • Gerir ruído.
4.00h – 8.00h	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar de cuidados de higiene e conforto; • Avaliar sinais vitais, incluindo dor; • Administrar terapêutica; • Registar no processo da pessoa a avaliação do padrão de sono efetuada e as atitudes terapêuticas realizadas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sono adequado; ○ Sono comprometido – descrever fatores perturbadores.

Tabela 1: Protocolo para promoção da qualidade do sono da pessoa idosa internada no serviço de urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergner, T. (2014). Promoting rest using a quiet time innovation in an adult neuroscience step down unit. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 36 (3), 5-8
- Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet *Cinahl Information Systems*.
- Dennis, C.; Lee, R.; Knowles, E.; Szalaj, J.; Walker, C. (2010). Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42 (4), 217-224.
- Li, S.; Wang, T.; Wu, S.; Liang, S.; Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 396-407. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
- Maidl, C.; Leske, J.; Garcia, A. (2014). The Influence of "Quiet Time" for Patients in Critical Care. *Clinical Nursing Research*, 23 (5) 544 –559. DOI: 10.1177/1054773813493000

APÊNDICE XVI

Grelha de auditoria ao protocolo “*Quiet Time*”

Grelha de auditoria do protocolo “*Quiet Time*”

Critérios	C	NC	NA	Observações
AValiaÇÃO DO PADRÃO DO SONO				
1. Há evidência que conhece e regista o padrão de sono da pessoa idosa.				
ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM				
2. Avalia e regista sinais vitais				
3. Avalia e regista a dor				
4. Gere terapêutica indutora do sono				
5. Gere terapêutica analgésica				
6. Verifica o volume dos fluídos endovenosos e substitui por novas embalagens antes de terminarem				
7. Minimiza os dispositivos de terapêutica e monitorização				
8. Presta cuidados de higiene e conforto				
9. Disponibiliza dispositivos de eliminação urinária				
10. Verifica se as grades laterais da cama/maca estão levantadas e a cama/maca travada				
11. Fornece ceia				
12. Providencia a realização de exames complementares de diagnóstico				
13. Informa a pessoa que está na “hora de dormir”				
GESTÃO DO AMBIENTE FISICO				
14. Desliga a luz do tecto antes das 2h				
15. Liga a luz individual da				

unidade quando presta cuidados à pessoa				
16. Assegura a temperatura adequada				
17. Reduz os níveis de ruído 17.1 reduz o volume dos alarmes;				
17.2 ajusta parâmetros do monitor cardíaco;				
17.3 limita a conversa nas proximidades dos quartos/unidades e/ou reduzir o volume da voz;				
17.4 coloca o telemóvel no silêncio;				
17.5 fecha as portas sempre que possível.				
18. Responde aos alarmes em menos de um minuto				
VIGIAR O PADRÃO DE SONO				
19. Avalia e regista em diário de enfermagem a avaliação do padrão de sono efetuada.				

Primeira auditoria 12 processos

Critérios	C	NC	NA	Observações
AVALIAÇÃO DO PADRÃO DO SONO				
1. Há evidência que conhece e regista o padrão de sono da pessoa idosa.	1	11		“Refere insónias”
ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM				
2. Avalia e regista sinais vitais	12			
3. Avalia e regista a dor	7	5		
4. Gere terapêutica indutora do sono	4	6	2	
5. Gere terapêutica analgésica	4	3	5	
6. Verifica o volume dos fluídos endovenosos e substitui por novas embalagens antes de terminarem	5	5	2	
7. Minimiza os dispositivos de terapêutica e monitorização	4	5	3	
8. Presta cuidados de higiene e conforto	10	2		“Supervisão”
9. Disponibiliza dispositivos de eliminação urinária	3	7	2	
10. Verifica se as grades laterais da cama/maca estão levantadas e a cama/maca travada	12			
11. Fornece ceia	4	6	2	
12. Providencia a realização de exames complementares de diagnóstico	6	2	4	
13. Informa a pessoa que está na “hora de dormir”	5	7		
GESTÃO DO AMBIENTE FISICO				
14. Desliga a luz do tecto antes das 2h	5	7		
15. Liga a luz individual da unidade quando presta cuidados à pessoa	7	5		
16. Assegura a temperatura adequada	7	5		
17. Reduz os níveis de ruído		9	3	
17.1 reduz o volume dos alarmes;				
17.2 ajusta parâmetros do monitor cardíaco;	4	5	3	
17.3 limita a conversa nas	8	4		

proximidades dos quartos/unidades e/ou reduzir o volume da voz;			
17.4 coloca o telemóvel no silêncio;	4	8	
17.5 fecha as portas sempre que possível.	4	4	4
18. Responde aos alarmes em menos de um minuto	7	2	3
VIGIAR O PADRÃO DE SONO			
20 Avalia e regista em diário de enfermagem a avaliação do padrão de sono efetuada.	7	5	“Não dormiu toda a noite” “Medicação com pouco efeito” “Padrão de sono agitado” “Dormiu por períodos” “Dormiu por longos períodos” “Dorme tranquilamente” “Descansou por curtos períodos”
	130		33

Taxa de conformidade global	
$\frac{\text{Nº critérios conformes}}{\text{Nº critérios aplicáveis} - \text{Nº critérios não aplicáveis}} \times 100$	

Nº critérios conformes = 130

Nº critérios aplicáveis = 23 X 12 = 276

Nº critérios não aplicáveis = 33

$\frac{130}{(276 - 33)} \times 100 = 53\%$ Taxa de conformidade global

(276 - 33)

(243)

Segunda auditoria 12 processos

Critérios	C	NC	NA	Observações
AVALIAÇÃO DO PADRÃO DO SONO				
1. Há evidência que conhece e registra o padrão de sono da pessoa idosa.	7	5		
ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM				
2. Avalia e registra sinais vitais	12			
3. Avalia e registra a dor	9	3		
4. Gere terapêutica indutora do sono	5	5	2	
5. Gere terapêutica analgésica	5	4	3	
6. Verifica o volume dos fluídos endovenosos e substitui por novas embalagens antes de terminarem	7	2	3	
7. Minimiza os dispositivos de terapêutica e monitorização	5	3	4	
8. Presta cuidados de higiene e conforto	12			
9. Disponibiliza dispositivos de eliminação urinária	6	4	2	
10. Verifica se as grades laterais da cama/maca estão levantadas e a cama/maca travada	12			
11. Fornece ceia	5	4	3	
12. Providencia a realização de exames complementares de diagnóstico	4	2	6	
13. Informa a pessoa que está na "hora de dormir"	6	6		
GESTÃO DO AMBIENTE FISICO				
14. Desliga a luz do tecto antes das 2h	9	3		
15. Liga a luz individual da unidade quando presta cuidados à pessoa	9	3		
16. Assegura a temperatura adequada	9	3		
17. Reduz os níveis de ruído	6	3	3	
17.1 reduz o volume dos alarmes;				
17.2 ajusta parâmetros do monitor cardíaco;	6	3	3	
17.3 limita a conversa nas	8	4		

proximidades dos quartos/unidades e/ou reduzir o volume da voz;		
17.4 coloca o telemóvel no silêncio;	5	7
17.5 fecha as portas sempre que possível.	4	3 5
18. Responde aos alarmes em menos de um minuto	9	3
VIGIAR O PADRÃO DE SONO		
20 Avalia e regista em diário de enfermagem a avaliação do padrão de sono efetuada.	10	2
	170	37

Taxa de conformidade global
$\frac{\text{Nº critérios conformes}}{\text{Nº critérios aplicáveis} - \text{Nº critérios não aplicáveis}} \times 100$

Nº critérios conformes = 170

Nº critérios aplicáveis = 23 X 12 = 276

Nº critérios não aplicáveis = 37

$\frac{170}{(276 - 37)} \times 100 = 71\%$ Taxa de conformidade global

(276 - 37)

(239)

APÊNDICE XVII

Póster “*Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – intervenção em parceria*”

Promoção da qualidade do sono na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – intervenção em parceria

Tânia Carmo¹; Idalina Gomes²; Ana Filipa Duarte³

1. Estudante de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa,
2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3. Enfermeira especialista e mestre



Março, 2017

Introdução

O processo de envelhecimento, por si só, causa uma alteração no ritmo circadiano, o que torna o sono da pessoa idosa mais superficial e com menor eficiência¹. O stress do internamento, os despertares noturnos para cuidados de rotina, a dor, os efeitos da terapêutica e as mudanças no ambiente são fatores que podem comprometer o sono da pessoa idosa durante o internamento². Deste modo, os enfermeiros têm um papel fundamental na satisfação desta necessidade para manutenção do bem-estar das pessoas idosas³. O *Quiet Time* é um protocolo implementado em alguns hospitais, durante um período de tempo (diurno, noturno, ou ambos), em que se alteram os procedimentos dos cuidados de saúde de modo a permitir às pessoas idosas internadas um sono/reposo sem interrupção, entre as 2h e as 4h da manhã⁴.

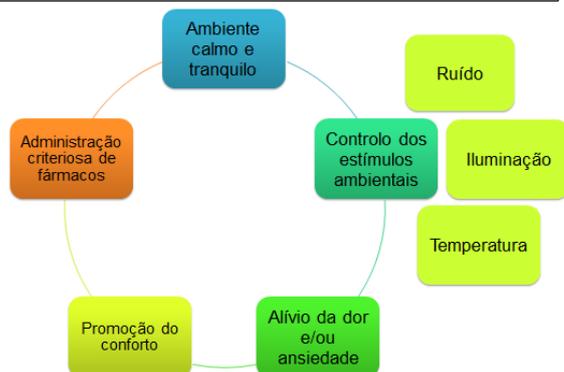
Objetivos

Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência, com base numa relação de parceria⁵, que devem constar de um protocolo "*Quiet Time*"

Metodologia

- Revisão sistemática da literatura com base na questão "quais as intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono na pessoa idosa internada no serviço de urgência?"
- Questionário aplicado a 28 enfermeiros do serviço de urgência para identificar os fatores perturbadores do sono no contexto do estudo, que cuidados têm os enfermeiros durante o turno da noite para promover o sono e que intervenções poderiam ser implementadas de modo a construir um protocolo "*Quiet Time*".

Dimensões do protocolo "*Quiet Time*"^{4,6}



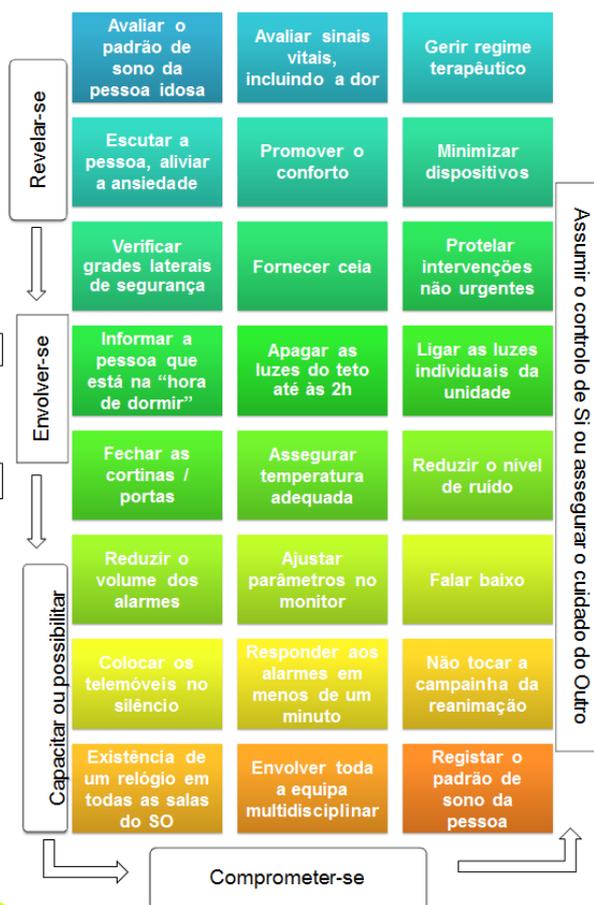
Conclusão

A implementação do protocolo "*Quiet Time*", assente numa relação de parceria, deve ser uma prioridade no SU com o objetivo de melhorar a qualidade do sono da pessoa idosa internada e consequentemente capacitar para a recuperação. Estudos indicam que o protocolo permite a diminuição dos níveis de ruído; o decréscimo na utilização de fármacos sedativos; a diminuição da ansiedade e a melhoria na satisfação dos doentes como indicador de qualidade dos cuidados de saúde⁶.

Referências Bibliográficas

1. Missildine, K. (2008) Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6), 15-21
2. Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48
3. Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.
4. Madrid, C.; Leskie, J.; Garcia, A. (2014). The Influence of "Quiet Time" for Patients in Critical Care. *Clinical Nursing Research*, 23 (5) 544 –559
5. Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutscher: Novas Edições Académicas.
6. Caple, X.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization Evidence-Based Care Sheet *Cinahl Information Systems*.

Intervenções de enfermagem^{4,5,6}



Para a qualidade do sono melhorar,
o "*Quiet Time*" vamos
implementar



APÊNDICE XVIII

Slides colocados no ambiente de trabalho dos computadores



O sono da pessoa idosa

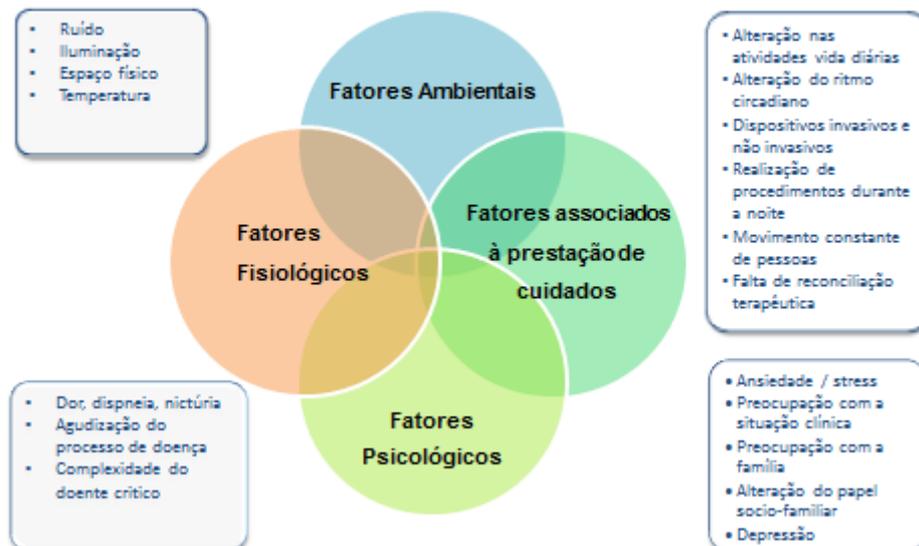


Efeitos da privação do sono na pessoa idosa



Pulek, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1) 14-23
Caple, C.; March, P. (2016). Sleep and Hospitalization. Evidence-based care sheet. *Chinai Information Systems*.

Fatores que interferem na qualidade do sono da pessoa idosa internada no serviço de urgência



Como podemos melhorar a qualidade do sono das pessoas idosas?



Organização dos cuidados de modo a permitir à pessoa idosa um período de sono/repouso sem interrupções 2h-4h

Maldt, C.; Leske, J.; Garcia, A. (2014). The Influence of "Quiet Time" for Patients in Critical Care. *Critical Nursing Research*, 23 (5) 544-559. DOI: 10.1177/1054773813493000

Identificação de fatores que influenciam a qualidade do sono
Criação de um ambiente calmo e tranquilo
Controlo de estímulos ambientais
Promoção do conforto e privacidade
Administração criteriosa de fármacos
Alívio da dor e/ou ansiedade
Sensibilização/envolvimento da equipa multidisciplinar
Utilização de música ambiente
Respeito pelo ritmo circadiano da pessoa (dia/noite)
Avaliação e registo do padrão de sono da pessoa idosa

Protocolo "Quiet Time"

Avaliar o padrão de sono da pessoa idosa	Avaliar sinais vitais, incluindo a dor	Gerir regime terapêutico	Escutar a pessoa, aliviar a ansiedade	Promover o conforto
Minimizar dispositivos	Verificar grades laterais de segurança	Fornecer ceia	Protelar intervenções não urgentes	Informar a pessoa que está na "hora de dormir"
Apagar as luzes do teto até às 2h	Ligar as luzes individuais da unidade	Fechar as cortinas / portas	Assegurar temperatura adequada	Reduzir o nível de ruído
Reduzir o volume dos alarmes	Ajustar parâmetros no monitor	Falar baixo	Colocar os telemóveis no silêncio	Responder aos alarmes em menos de um minuto
Não tocar a campainha da reanimação	Existência de um relógio em todas as salas do SO	Registrar o padrão de sono da pessoa	Envolver toda a equipa multidisciplinar	

Pulak, L.; Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1) 14-23
 Caple, C.; March, P. (2016). *Sleep and Hospitalization: Evidence-based care sheet*. Chahil Information Systems.