

# AUTO CUIDADO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

José Amendoeira<sup>2</sup>; M. Fátima Cunha<sup>1</sup>; M. Rosário Pinto<sup>1</sup>; Mário Silva<sup>1</sup>& Marta Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS. Investigador integrado no CIIS/UCP.

## RESUMO

A promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes traduz-se em resultados sensíveis, ganhos em saúde e num grande desafio para os enfermeiros, exigência para a excelência e segurança dos cuidados às pessoas.

Quando falamos de Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes, não encontramos especificamente, evidência científica que nos demonstre como capacitar as pessoas especificamente nestes processos de saúde/doença, cuja complexidade é cada vez mais um desafio para os profissionais de saúde. Assim, pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e com diabetes.

Da pesquisa realizada na plataforma EBSCO em julho de 2013, emergem as seguintes dimensões: ***importância da avaliação, relação interpessoal, comunicação/sistemas de informação e registos, capacitação para a tomada de decisão, competências culturais e promoção da saúde***, relacionadas com intervenções de enfermagem, fulcrais na promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

A evidência dos resultados obtidos, sensíveis às intervenções de enfermagem, permite afirmar que as competências desenvolvidas por estes profissionais são catalisadoras da capacitação das pessoas para os processos de tomada de decisão, relacionados com o Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

**Palavras-chave:** Intervenções de enfermagem; Autocuidado; Gestão dos regimes terapêuticos; Doença cardiovascular; Diabetes.

## **ABSTRACT**

The promotion of self-care management in therapeutic regimens in people with cardiovascular disease and diabetes translates into noticeable results, gains in health and a great challenge for nurses, on demanding for excellence and people's safety of care.

When we talk about self-care management regimens in people with cardiovascular disease and diabetes, we found no specifically scientific evidence that shows us how to empower these people, specifically in health/disease process, whose complexity is increasingly a challenge for health professionals. This is the reason; we intend to identify nursing interventions which promote self-care management regimens in people with cardiovascular disease and diabetes.

From the survey in EBSCO platform, done in July 2013, emerge the following dimensions: importance of evaluation, interpersonal relationship, communication / information systems and records, decision-making training, cultural competence and health promotion related to nursing interventions, fundamental in promoting self-care management regimens.

Outcomes, sensitive to nursing interventions, allows us to say that the skills developed by these professionals are catalysts for empowering people to decision-making processes related to the management of self-care regimens.

**Keywords:** Nursing interventions; Self-care; Management of therapeutic regimens; Cardiovascular diseaseandDiabetes

## **INTRODUÇÃO**

O conhecimento de uma disciplina deve traduzir-se numa prática baseada na evidência, que só poderá ser integrada se todos a perceberem como uma mais-valia, dando visibilidade no seu quotidiano ao referencial teórico que mobilizam.

O investimento por parte dos enfermeiros, enquanto recurso na construção deste projeto, terá que ser no desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais, técnicas e éticas, procurando obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com evidência em ganhos em saúde para as pessoas, mobilizando a perspetiva dos Enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE) sobre a qualidade em saúde, assumindo que "... nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o

exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...” (2001, p.6).

A clínica em enfermagem deve integrar um percurso dinâmico, onde metodologia e intervenções autónomas promovam a teorização, num processo de retroalimentação entre a teoria e a prática, que se traduza em cuidados individualizados de acordo com os saberes, que permitem tomar decisões relativas ao cuidado e à promoção do bem-estar das pessoas.

### **PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA**

As doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as cardiovasculares e a diabetes, constituem-se como principais causas de morte e incapacidade no mundo, representando cerca de 59 % do total de mortes por ano e 46% do total de doenças (OMS, 2010).

A preocupação é internacional, numa perspetiva da centralidade do cidadão nos cuidados de saúde, uma vez que é uma realidade que reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização alimentar, associados a fatores de risco comuns, nomeadamente a modificações nos hábitos de vida.

Em Portugal, os indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2010), referem que as doenças cardiovasculares e a diabetes são das principais causas de morbilidade e mortalidade, e as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, que se repercute no consumo de serviços de saúde e medicamentos.

Esta problemática tem merecido a atenção dos organismos responsáveis, existindo programas de intervenção que visam reduzir os fatores de risco modificáveis, centrados na promoção da saúde e prevenção de doenças. A investigação sobre a prática tem produzido estudos versando as várias dimensões envolvidas.

### **AUTOUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS**

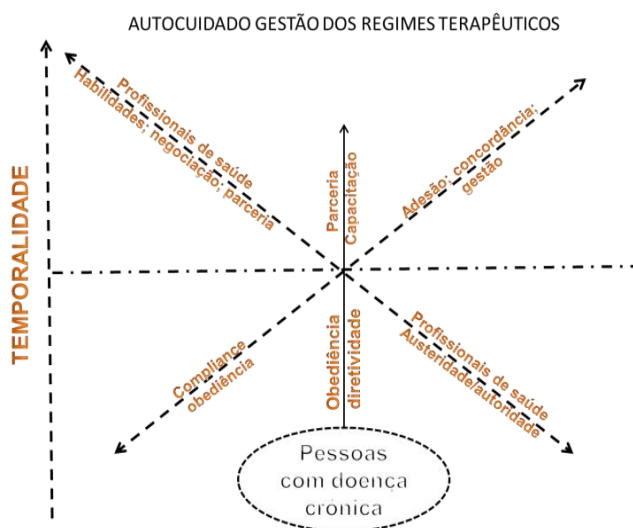
A promoção do autocuidado, na área da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, é valorizada como uma das dimensões essenciais da integração teórica e prática.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, integrada na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, é determinado como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado. Para dar resposta aos requisitos de autocuidado e definir o âmbito da responsabilidade do enfermeiro perante as necessidades da pessoa, a autora identifica três classificações de sistemas de enfermagem. Centrando-nos

no sistema de apoio e educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da Atividade de autocuidado (Petronilho, 2012; Taylor, 2004).

O investimento dos profissionais de saúde será, então, na promoção da saúde, educando a pessoa/ família/comunidade/grupo. Nesta dimensão, a promoção da adesão à terapêutica constitui-se como um dos focos de atenção cruciais na praxis, adquirindo um especial relevo perante pessoas com doença crónica (Ai, Carrigan, 2007; Takahiro et al., 2005).

A análise da prática baseada na evidência nesta temática demonstra a evolução temporal do conceito de adesão, relacionada com a mudança de paradigma na saúde das pessoas/ família/grupos e comunidade, apresentado de forma esquemática, tal como se observa a seguir



A partir da década de 80, os estudos revelam essencialmente dimensões relacionadas com os benefícios das pessoas cumprirem um regime instituído, centrados nos profissionais de saúde, nos sistemas de saúde e nos custos do não cumprimento destas prescrições (Ai e Carrigan, 2007; Blanski e Lenardt, 2005; Takahiro et al., 2005).

Figura nº 1 – Evolução dos conceitos de adesão numa perspetiva temporal de acordo com alguns estudos científicos (Adaptado de Silva, 2012)

Mais recentemente, o conceito de adesão redimensiona-se, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo consensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas (Silva, 2012; Brnton, 2011; Silva, 2010; Pascucci et al, 2010; DeSimone, Crowe, 2009; Lee et al., 2009; Ben-Arye et al, 2007).

Inerentes a esta evolução, surgem os conceitos de *Compliance*, *Adherence* e *Concordance*. Segundo Brnton (2011), *compliance* perspetiva uma visão centrado nos profissionais de saúde a responsabilidade da prescrição e na pessoa o seu cumprimento, o que releva a

conformidade, reforça a sua passividade no processo e promove a autoculpabilização, caso não cumpra. Em oposição, *adherence*, reflete uma perspectiva na qual a pessoa segue as instruções que são prescritas pelos profissionais de saúde, envolvendo-a na escolha. Por último o conceito de *concordance* emerge numa parceria/relação consultiva e consensual com a pessoa.

Estudos centrados na pessoa e no que mobiliza para a adesão aos diferentes regimes terapêuticos, evidenciam cinco dimensões associadas a processos: fisiológicos; psicológicos; desenvolvimento; sociocultural e espiritual (Silva, 2010; Machado, 2009; Henriques, 2006).

Consciente que os processos de capacitação para o autocuidado exigem alteração dos hábitos e estilo de vida, que só ocorrem definitivamente quando a pessoa os integrar na sua vida de forma plena, o enfermeiro desenvolve competências que lhe permitem desenvolver intervenções que conduzam a resultados sensíveis a esses cuidados (Doran, 2003). Perante esta constatação, interrogamo-nos sobre que intervenções de enfermagem são promotoras do Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes.

## **METODOLOGIA**

Tendo por base a conceção da temática em estudo, formulamos a seguinte questão PI[C]O: **Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes?**

Ao pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes, selecionamos as palavras-chave - *nurs\**, *individualized interventions*, *measure*, *self care*, *management*, *concordance*, *therapeutics*, *cardiovascular disease e diabetes*, *patient safety*, validadas enquanto descritores na Mesh Browser, com exceção de *individualized intervention* que embora não se constitua como descritor ou *qualifier*, produziu resultados relativos à temática em estudo.

A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCOhost em julho de 2013, no friso cronológico de janeiro de 2003 a julho de 2013 recorrendo a Protocolo de Pesquisa (quadro 1).

### Quadro nº 1 – Bases de dados, Limitadores e Critérios do Protocolo de Pesquisa

| Bases de dados                                    | Limitadores   | Critérios de inclusão  | Critérios de exclusão  |
|---|---|--|--|
| CINHAL Plus Full Text                             | Referências disponíveis; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Língua inglesa; Analisado por especialistas; PBE; Humano; Primeiro autor é enfermeira; Qualquer autor é enfermeira; Pacientes internados; Pacientes com alta; Texto completo em PDF | Estudos em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes; abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas de literatura, estudos de caso que revelassem resultados com evidência científica para a problemática em estudo, apenas estudos/artigos escritos em português, inglês, francês ou espanhol. | Pessoas com associação de problemas de saúde mental e psiquiatria e no âmbito da pediatria, todos os resultados da pesquisa que não apresentassem metodologia científica, estudos/artigos no âmbito da gestão enquanto área de formação na disciplina de enfermagem. |
| Medline   | Texto completo; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; All Adult: 19+ years  |  |  |
| Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive | Referências disponíveis; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Texto completo em PDF   |  |  |
| Cochrane Systematic Review                        | Texto completo; Fonte da Biblioteca Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)  |  |  |
| Mediclatina                                       | Data de publicação de: 2003-01-01/2013-07-08; Texto completo em PDF   |  |  |
| NHS Economic Evaluation database                  | Texto completo  |  |  |

Na conjugação das palavras-chave utilizamos os booleanos **and** e **or**, este último respetivamente na conjugação das palavras cardiovascular disease e diabetes.

Iniciamos por pesquisar cada palavra-chave individualmente, prosseguindo para o cruzamento com cada uma das outras e assim sucessivamente. No cruzamento final emergiram 390 artigos, sendo excluídos 343 após a leitura do título. A leitura do resumo resultou em 33 artigos selecionados lidos na totalidade. Após este processo foram incluídos 15 artigos enquanto corpus de análise, apresentando no quadro 2, as dimensões que emergem dos estudos/artigos selecionados.

### Quadro nº 2 – Sistematização da análise dos estudos selecionados

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Autor(es)/ano</b> | Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford (2013)   |
| <b>Objetivos</b>     | Discutir os desafios significativos do envelhecimento das pessoas hispânicas<br>Sugerir estratégias de sensibilização dos cuidadores para o importante papel da cultura e etnia na prestação de cuidados de saúde de qualidade |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Metodologia</b>   | Revisão da literatura   |
| <b>Participantes</b> | --  |
| <b>Intervenções</b>  | <p>Desafios descritos – <b>barreira linguística, crenças e práticas diferentes no âmbito da saúde, suporte social e estatuto socioeconómico</b>, (menor acesso a programas de apoio social, tanto na idade ativa como depois da reforma), <b>discriminação institucional</b> (políticas e procedimentos definidos dificultam a equidade de cuidados na utilização do sistema de saúde), <b>valores culturais</b>, incapacidade de <b>aculturação</b> que pode diminuir a adesão às recomendações de um sistema de saúde que se rege por princípios culturalmente diferentes ou, inversamente, a aculturação pode levar ao abandono de aspetos culturais, criando situações de risco de depressão ou outras doenças mentais.</p> <p>Identificada a necessidade de <b>desenvolvimento de competências comunicacionais e multiculturais por parte dos profissionais de saúde</b>, bem como da <b>compreensão e valorização das crenças e práticas</b> das pessoas de diferentes culturas, permitindo às <b>pessoas que contribuam ativamente no seu plano de cuidados</b>, com incidência na <b>prevenção e promoção da saúde</b>.</p> <p>Recomendação de <b>utilização de frases e terminologia técnica em espanhol</b>, usando esta língua como primária na relação; <b>aquisição de conhecimentos sobre as práticas, valores, práticas de saúde, crenças e tratamento centrado na família</b>; investimento na <b>deteção de problemas de saúde mais comuns</b> nestas pessoas (ao nível da saúde mental, doença cardiovascular, diabetes e doença infecciosa); <b>utilização de material educativo elaborado para a população hispânica</b>, disponível na internet.</p> |
| <b>Resultados</b>    | <p>Desafios críticos para os prestadores de cuidados de saúde incluem os determinantes sociais de distribuição da doença e as desigualdades subjacentes no acesso e benefício de serviços de prevenção e cuidados de saúde, particularmente no âmbito da crescente população hispânica nos Estados Unidos.</p> <p>No meio dessas crescentes disparidades de saúde, é necessário colocar o foco sobre os fatores estruturais que influenciam a saúde dos idosos hispânicos e desenvolver melhores intervenções a vários níveis que promovem a saúde culturalmente competente.</p>  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Frieberg, Granum, Bergh (2012)  |
| <b>Objetivos</b>     | <p>Identificar fatores que condicionam a educação enfermeiro/paciente</p> <p>Identificar aspetos funcionais significantes, quando são desenhados estudos sobre o trabalho de educação da pessoa</p>   |
| <b>Metodologia</b>   | Revisão integrativa   |
| <b>Participantes</b> | Inclui achados de 32 artigos oriundos de vários países e continentes, essencialmente realizados em contextos hospitalares   |
| <b>Intervenções</b>  | <p>Fatores identificados – <b>Crenças e conhecimento dos enfermeiros</b> (a educação das pessoas não é vista como parte do trabalho diário, embora seja dado espaço para a colocação de questões e discussão dos problemas das pessoas; a educação é uma atividade ambígua, havendo enfermeiros que acreditam ter desenvolvido as competências necessárias mas também outros que apontam falta de treino e de confiança como fatores dificultadores da condução do processo educacional); <b>ambiente educacional</b> (falta de tempo e a falta de apoio de outros enfermeiros durante a intervenção); <b>organização dos cuidados de saúde</b> (papel dos gestores, rácio enfermeiro/doente, falta ou existência de suporte organizacional para realizar atividades educativas); <b>cooperação interdisciplinar e trabalho em equipa</b> (relações de poder formal e informal nas equipas e ambiguidade no papel esperado de cada profissional); <b>atividades educativas com a pessoa</b> (fornecer informação, focada em dados objetivos (como medicação ou informação administrativa).</p>  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Resultados</b>    | A atividade de educação é fundamental. Os fatores condicionadores são caracterizados pela necessidade de a centrar na pessoa, na segurança e na <i>compliance</i> associada à dimensão ética.  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Foss (2011)  |
| <b>Objetivos</b>     | Compreender como se posicionam as pessoas idosas como pacientes participantes<br>Compreender como se constrói o <i>participant-self</i> destas pessoas no seu contexto histórico e sociocultural   |
| <b>Metodologia</b>   | Estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo  |
| <b>Participantes</b> | 10 pessoas idosas (acima dos 80 anos) escolhidas intencionalmente, com a colaboração de informantes chave, após internamento em serviços de medicina e cirurgia de um hospital universitário norueguês.  |
| <b>Intervenções</b>  | Dimensões resultantes da análise: <b>representação dos cuidadores hospitalares</b> (a estrutura hospitalar não deixa espaço para manifestar outra coisa que não seja confiança no sistema de saúde); <b>construção do <i>participating self</i></b> (construção de um espaço para se fazerem ouvir, assumindo-se como idosos e como pacientes. A participação é descrita como uma estratégia onde a própria idade é usada, manobrando o próprio discurso em função da situação – <i>how one “plays one’s cards”, knowing the “rules of the game”</i> – e não como um direito legal, pois a socialização das pessoas nesta faixa etária foi construída na base do paciente obediente e passivo.   |
| <b>Resultados</b>    | O tempo é uma condição importante para a participação, devido à idade. A relação entre os idosos e os profissionais de saúde revela um conflito entre as necessidades dos primeiros e o discurso dominante da eficiência hospitalar.<br>A participação é encarada como uma negociação associada ao facto de serem consumidores de cuidados, ao que acresce a idade que leva a uma construção de dependência, com um misto de aceitação e resistência.<br>O estudo conclui que, embora as pessoas não se posicionem como participantes no processo de cuidados, de forma subtil, numa perspetiva de oportunidade como paciente, escolhem as suas estratégias de abordagem direcionadas a adquirir influência.   |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Liu, Manias, Gerdtz (2011)   |
| <b>Objetivos</b>     | Examinar seis Modelos sobre segurança na administração de medicação em vários hospitais e na comunidade;<br>Considerar os pontos fortes e as limitações de cada Modelo; Considerar as possíveis aplicações dos Modelos para compreender a segurança da administração de medicação nas organizações   |
| <b>Metodologia</b>   | Revisão sistemática da literatura  |
| <b>Participantes</b> | Integra os Modelos: Human Error Model (HEM); System Analysis to Clinical Incidents Model (SACIM); Shared Decision-Making Model (SDMM); Medication Decision-Making and Management Model (MDMMM); Australian Pharmaceutical Advisory Council’s Partnership Model (APACPM) e Medication Communication Model (MCM)   |
| <b>Intervenções</b>  | --   |
| <b>Resultados</b>    | <b>O Modelo de análise dos incidentes clínicos (SACIM)</b> examina a cadeia de eventos que leva ao acidente, identifica os problemas relacionados com a gestão dos cuidados e considera as condições latentes em que o incidente ocorre. <b>O Modelo da decisão partilhada (SDMM)</b> define as características chave do processo de tratamento baseado na decisão partilhada. Os <b>Modelos da decisão e gestão da medicação (MDMMM)</b> e de <b>parceria (APACPM)</b> apresentam 4 estádios no envolvimento da pessoa numa relação centrada no cliente – definição dos objetivos do tratamento, escolha das opções de tratamento, monitorização dos sintomas e avaliação do regime terapêutico e autocuidado sem prescrição de produtos farmacêuticos. Advogam o papel ativo da pessoa na monitorização da medicação, baseada em interações pensadas com os profissionais. O |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <p><b>Modelo da comunicação</b> (CMM) fornece um quadro conceitual para explorar a complexidade da comunicação sobre gestão da terapêutica, entre os profissionais de saúde, os cuidadores informais e as pessoas, nos atuais contextos de cuidados de saúde (fatores socioculturais e ambientais, comunicação verbal e não verbal, compreensão do uso apropriado da medicação, efeitos secundários e prevenção de incidentes).</p> <p>O autocuidado é frequentemente desenvolvido pelas pessoas no sentido de aliviarem os sintomas antes de procurarem os cuidados de saúde.</p>  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Manias (2010)   |
| <b>Objetivos</b>     | Analisar o conceito de <i>medication communication</i> , com especial incidência nos cuidados de enfermagem   |
| <b>Metodologia</b>   | Revisão sistemática da literatura   |
| <b>Participantes</b> | --  |
| <b>Intervenções</b>  | <p>O conceito tem sido usado de quatro formas: examinar relações causais entre a comunicação e os erros de medicação; interação entre farmacêuticos, médicos e pacientes para facilitar a avaliação, o planeamento e a reavaliação; para entender a interação entre prescritores, fornecedores de medicação e pacientes, no sentido de facilitar a prescrição, a toma e entrega da medicação; explorar interações entre pacientes, familiares e profissionais de saúde na administração, monitorização ou resposta à medicação e para transferir informação.</p> <p>Intervenções: <b>determinar quem está a falar</b> no encontro comunicacional; <b>o que é dito para centrar a comunicação na pessoa</b>; <b>quais os aspetos</b>, centrado na pessoa, <b>a priorizar</b> relativamente ao regime terapêutico. <b>Identificar os indivíduos silenciosos</b> e a causa do mesmo; a <b>linguagem corporal</b> envolvida na interação e o <b>vocabulário</b> mais recente.</p> |
| <b>Resultados</b>    | <p>Devem ser apresentados casos para ilustrar o conceito para estabelecer a relação entre a abertura e a efetividade do encontro comunicacional.</p> <p>Os antecedentes do conceito consistem em influências socioculturais e ambientais e as consequências são os aspetos resultantes do mesmo.</p>  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Nosbusch, Weiss, Bobay (2010)   |
| <b>Objetivos</b>     | <p>Investigar as práticas, perceções e experiências dos enfermeiros no planeamento da alta hospitalar.</p> <p>Avaliar a necessidade de cuidados no âmbito do autocuidado, cuidados prestados por familiares, cuidados de profissionais de saúde ou uma combinação destas opções.</p>  |
| <b>Metodologia</b>   | Revisão integrativa que inclui estudos na área da intervenção junto de pessoas com diabetes e doença cardiovascular.  |
| <b>Participantes</b> | Artigos de investigação cujos participantes são enfermeiros da prática clínica.   |
| <b>Intervenções</b>  | Preparação do regresso a casa por parte dos enfermeiros; Parceria e envolvimento dos cuidadores informais; Conhecimento das necessidades pós-alta da pessoa; Acompanhamento da pessoa no processo de transição e recuperação em casa.   |
| <b>Resultados</b>    | <p>Temas identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Comunicação interdisciplinar, tanto verbal como escrita</b> (dimensões comunicacionais entre enfermeiros, enfermeiros e equipa multidisciplinar e enfermeiros/ pessoas e família);</li> <li>- <b>Sistemas e estruturas</b> (facilitador: reorganização dos processos existentes, educação da pessoa, formação dos enfermeiros no âmbito do planeamento da alta, recursos a peritos e utilização de suporte informático, numa perspetiva multidisciplinar; dificultador: falta de efetividade nos sistemas e estruturas, de protocolos de atuação e de ferramentas de avaliação fiáveis);</li> <li>- <b>Tempo</b> (constrangimentos relacionados com a falta de tempo para planear a alta e com internamentos</li> </ul>   |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | <p>de curta duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Confusão de papéis</b> (indefinição de papéis na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar como uma barreira);</li> <li>- <b>Continuidade de cuidados</b> (horário rotativos, trabalho a tempo parcial e metodologia de trabalho são dificultadores no planeamento da alta);</li> <li>- <b>Conhecimento</b> (importância de conhecer os recursos e serviços existentes na comunidade);</li> <li>- <b>Invisibilidade do papel do enfermeiro no planeamento da alta</b></li> </ul> <p>Globalmente, realça o impacto positivo de novos modelos de prestação de cuidados interdisciplinares sobre a coordenação dos cuidados após alta e os resultados nas pessoas; a reorganização dos processos existentes e uma abordagem baseada em evidências para a educação da pessoa pode resultar em ganhos significativos na sua evolução. A posição única dos enfermeiros para identificar as barreiras e oportunidades nos processos de planeamento de alta, contribui significativamente para iniciativas de reforma baseadas em evidências. Processos de planeamento de alta, centrados na pessoa podem facilitar a transição do hospital para casa e intervir nos eventos adversos experimentados por algumas pessoas no período pós-alta.</p> |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Burns (2009)   |
| <b>Objetivos</b>     | Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, mobilizando a teoria do comportamento planeado.  |
| <b>Metodologia</b>   | Revisão da literatura  |
| <b>Participantes</b> | --   |
| <b>Intervenções</b>  | <b>Informação sobre o diagnóstico, riscos e benefícios da terapêutica; Capacitação da pessoa</b> com conhecimento; <b>Mudança de atitudes</b> (atitude mais positiva em relação à terapêutica); Encorajamento de pensamentos e atitudes positivas na adesão à medicação.   |
| <b>Resultados</b>    | <p>Aplicação com sucesso da teoria do comportamento em relação à medicação, no âmbito das crenças face a esta. Medição das crenças e intenções de uma pessoa para tomar a medicação hipoglicemiante e imunossupressora.</p> <p>O conhecimento adquirido por parte da pessoa pode influenciar os seus pensamentos para o comportamento. A perceção negativa face aos efeitos colaterais, interações alimentares, ajustes de medicação e análises frequentes, podem desenvolver comportamentos de não-adesão ao regime farmacológico e não farmacológico.</p> <p>A integração da teoria do comportamento pelos enfermeiros como um quadro orientador, pode facilitar a melhoria dos resultados relacionados com a terapêutica de anticoagulação.</p> <p>A avaliação por parte dos enfermeiros das barreiras percebidas para mudar antes do início da terapêutica permite eliminá-las as em cada visita subsequente.</p> <p>Para melhorar os resultados, deve investir-se na compreensão das atitudes, crenças normativas e motivação na adesão ao regime farmacológico.</p>  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | McEwen, Polatajko, Huijbregts, Ryan (2009)   |
| <b>Objetivos</b>     | Explorar o potencial da utilização da Orientação Cognitiva no protocolo da <i>Daily Occupational Performance</i> (CO-OP) para aumentar o desempenho de adultos com doença vascular cerebral crónica  |
| <b>Metodologia</b>   | Estudo experimental  |
| <b>Participantes</b> | <b>Pessoas adultas com doença vascular cerebral crónica em contexto de comunidade</b>  |
| <b>Intervenções</b>  | Aplicação da CO-OP   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Resultados</b>    | A abordagem com a CO-OP está associada com uma melhoria significativa do desempenho relativamente aos objetivos definidos pelo próprio, com satisfação na auto percepção da pessoa relativamente a estas dimensões. Melhoria clinicamente importante aos níveis físicos, da motricidade fina e na participação global nos vários domínios da saúde.   |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Anthony (2008)  |
| <b>Objetivos</b>     | Rever a literatura existente sobre hipoglicémia em adultos hospitalizados e implicações para a prática de enfermagem  |
| <b>Metodologia</b>   | Revisão da literatura (domínio da hipoglicémia em adultos hospitalizados)   |
| <b>Participantes</b> | ---   |
| <b>Intervenções</b>  | ---   |
| <b>Resultados</b>    | Os enfermeiros têm um papel crítico na eficácia do tratamento e prevenção da hipoglicémia. É essencial que detenham conhecimentos sobre as causas, prevenção, deteção e seu tratamento.<br>A hipoglicémia é previsível e prevenível em pessoas hospitalizadas, devendo ser instituídas políticas para estimular a resposta a situações mais comuns que precipitam a hipoglicémia.   |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom (2008)  |
| <b>Objetivos</b>     | Descrever as diferentes formas de entendimento do trabalho num grupo de enfermeiras suecas  |
| <b>Metodologia</b>   | Estudo qualitativo, numa abordagem fenomenográfica  |
| <b>Participantes</b> | 12 enfermeiras (tele- enfermeiras)  |
| <b>Intervenções</b>  | <b>Avaliação, encaminhamento e aconselhamento</b> à pessoa; <b>apoio</b> à pessoa (devolvendo a chamada); <b>reforço das atividades de autocuidado já desenvolvidas</b> (elogiar, validar e promover a autoconfiança); <b>ensinar e facilitar a aprendizagem</b> (utilizar o conhecimento já existente como ponto de partida).  |
| <b>Resultados</b>    | Variações na forma de entender a atividade telefónica dos enfermeiros podem levar a variações, tanto nos resultados da intervenção como na satisfação das pessoas.  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Sipila, Ketola, Tala, Kumpusal (2008)   |
| <b>Objetivos</b>     | Estudar a efetividade da facilitação da implementação do HPP<br>Melhorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde  |
| <b>Metodologia</b>   | Sessões multiprofissionais: autoauditoria, brainstorming, estratégia de diagrama causa/efeito, análise de casos   |
| <b>Participantes</b> | 62 facilitadores voluntários (em pares de médico/enfermeiro)  |
| <b>Intervenções</b>  | <b>Implementar localmente as <i>guidelines</i> nacionais</b> (programa de educação, interação e habilidades de motivação, capacidade de compreender e liderar a mudança, conhecimentos de informática, palestras e trabalho em equipa em grupos multiprofissionais).  |
| <b>Resultados</b>    | Participação crescente dos profissionais.<br>Diminuição da quantidade de medições de pressão arterial e observação de mais pacientes de alto risco para DCV. O mesmo efeito foi observado em pacientes diabéticos.<br>Aproximação às diretrizes nacionais: maior frequência no controlo de pessoas descompensadas e empoderamento da autogestão naqueles em melhor equilíbrio. As pessoas devem ser encorajadas e capacitadas para assumir mais responsabilidade pelos problemas de autocuidado, relacionados com o estilo de vida e o tratamento.<br>Em colaboração com vários profissionais, os enfermeiros podem participar ativamente das ações de prevenção de doenças crónicas no âmbito dos estilos de vida. |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Autor(es)/ano</b> | Ridge (2007)  |
| <b>Objetivos</b>     | Discutir o contributo das <i>guidelines</i> na garantia da segurança na administração de insulina na pessoa hospitalizada.  |
| <b>Metodologia</b>   | Artigo não científico, no domínio das <i>guidelines</i>   |
| <b>Participantes</b> | --  |
| <b>Intervenções</b>  | Apreciar a situação da pessoa (historial glicémico, manifestações e hábitos, sensibilidade face às flutuações de glicémia, adesão ao regime terapêutico);<br>Integrar o conhecimento sobre a terapêutica e as diretrizes na administração;<br>Usar protocolos de administração de insulina;<br>Monitorizar a evolução da situação global.   |
| <b>Resultados</b>    | A segurança da pessoa é promovida por um controlo glicémico rigoroso, que diminui a morbilidade e a mortalidade, quando comparado com a abordagem tradicional.  |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Scott-Smith; Greenhouse (2007)  |
| <b>Objetivos</b>     | Avaliar o programa <i>Patient-controlled Liberalized Diet</i> (PCLD), num contexto hospitalar   |
| <b>Metodologia</b>   | Utilização de ferramentas específicas para colher e analisar dados produzidos na unidade de cuidados, durante a aplicação do programa.  |
| <b>Participantes</b> | Pacientes hospitalizados cuja dieta era prescrita de acordo com o PCLD  |
| <b>Intervenções</b>  | Implementar um modelo de prescrição de dietas centrado na pessoa, envolvendo-a no processo de tomada de decisão.  |
| <b>Resultados</b>    | Durante o internamento: Aumento da colaboração interdisciplinar; da continuidade do plano alimentar; dos momentos de intervenção educativa e redução de custos ao longo do processo.<br><i>Patient Compliance</i> (aumento do número de pessoas que selecionam adequadamente a dieta), com maior satisfação após 6 meses de seguimento do Programa.   |
| <b>Autor(es)/ano</b> | Chan, Yee, Leung, Day (2006)  |
| <b>Objetivos</b>     | Determinar a efetividade da intervenção de enfermagem no controle da glicémia em pessoas idosas com diabetes tipo 2   |
| <b>Metodologia</b>   | Estudo quase-experimental com um desenho antes/após (com 2 grupos - um submetido à intervenção e outro que funcionou como grupo de controlo).<br>Implementado um protocolo, com base no Modelo de Hibbard (2003)  |
| <b>Participantes</b> | 150 pessoas idosas com diabetes, com controlo inadequado da glicémia  |
| <b>Intervenções</b>  | Desenho da intervenção: Avaliação inicial (dados antropométricos e aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de cuidados à pessoa com Diabetes), 3 momentos de interação destinados à re-educação e reforço da <i>Compliance</i> (medicação, dieta e atividade física), em simultâneo com <i>follow-up</i> por telefone; ênfase nos comportamentos autogestão, de mudanças no estilo de vida, e fornecimento de feedback sobre os valores monitorizados   |
| <b>Resultados</b>    | A intervenção em estudo é efetiva, pois verifica-se uma descida gradual na HbA1c ao longo das 12 semanas, uma melhoria da pressão arterial sistólica e redução na utilização dos cuidados de saúde, embora com valores semelhantes aos do grupo de controlo.<br>Pela PEQD, pode afirmar-se que os idosos continuam a crer na informação fornecida mais do que na decisão partilhada, constatando uma adesão mais elevada ao autocuidado, embora ainda muito relacionado com as aprendizagens da pessoa sobre a doença e o programa de tratamento. |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Autor(es)/ano</b> | Forster, Murff, Peterson, Gandhi, Bates (2003)   |
| <b>Objetivos</b>     | Descrever a incidência, severidade, evitabilidade e “ <i>ameliorability</i> ” de eventos adversos que afetam as pessoas após a alta do hospital;<br>Desenvolver estratégias para melhorar a segurança das pessoas durante este intervalo de tempo. |
| <b>Metodologia</b>   | Estudo prospetivo de coorte, realizado através do recurso a entrevistas telefónicas.   |
| <b>Participantes</b> | 400 pessoas que tiveram alta de um serviço de medicina, de forma consecutiva.  |
| <b>Intervenções</b>  | Identificação da incidência, severidade e evitabilidade de eventos adversos  |
| <b>Resultados</b>    | Os três eventos adversos, definidos como lesões, evitáveis, <i>ameliorable</i> .<br>Os eventos adversos ocorreram com frequência no período seguinte da alta, muitos poderiam ter sido evitados ou amenizados com estratégias simples.             |

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos, emergem as seguintes dimensões: **importância da avaliação, relação interpessoal, comunicação/sistemas de informação e registos, capacitação para a tomada de decisão, competências culturais e promoção da saúde**, relacionadas com intervenções de enfermagem fulcrais na promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, as quais serão o fio condutor na discussão dos resultados.

No processo de cuidados, a **avaliação das necessidades da pessoa**, a primeira etapa do processo de enfermagem, constitui-se de uma importância crucial no seu desenvolvimento. Constatamos que as intervenções de enfermagem que as capacitam para a tomada de decisão partilhada e responsável estão relacionadas com a forma como os enfermeiros procuram conhecer as suas necessidades.

Na evidência científica demonstrada nos artigos/estudos analisados, constatamos a importância da avaliação, numa relação estreita com aquilo que os profissionais de saúde devem integrar na sua prática clínica, mobilizando a dimensão humanista, científica, técnica e ético deontológica. A avaliação centrada na pessoa traduz-se em resultados no âmbito da sua capacitação na tomada de decisão, gestão dos regimes terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos, autogestão e autoconfiança nos processos de saúde doença (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Manias, 2010; Nosbusch, Weiss, Bobay; 2010; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith; Greenhouse, 2007; Ridge, 2007; Chan et al., 2006).

Outra dimensão emerge, a **relação interpessoal**, um instrumento básico no cuidado em enfermagem, uma vez que os processos de cuidados desenvolvidos com as pessoas estão envoltos de momentos de interação e de relações, com objetivo terapêutico. No entanto, face

aos contextos de cuidados de saúde, esta desenvolve-se essencialmente ao nível enfermeiro/pessoa/família numa perspetiva de envolvimento/parceria/negociação.

Salientamos nesta dimensão o conceito de *concordance*, como um nível a alcançar na capacitação da pessoa, destacando-se decisões partilhadas e a relevância do desenvolvimento de uma relação interpessoal, ao nível do enfermeiro/pessoa/família, mas também entre as equipas multidisciplinares, cujos resultados se traduzem em ganhos em saúde para as pessoas e melhoria nos cuidados (Frieberg, Granum, Bergh, 2012; Foss, 2011; Nosbusch, Weiss, Bobay, 2010; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Ridge, 2007; Scott-Smith, Greenhouse, 2007).

Relevamos as intervenções de Enfermagem que integram as **estratégias de comunicação**, cujos resultados evidenciam uma influência positiva na capacitação das pessoas para gerir os seus regimes terapêuticos. Numa dimensão mais reflexiva e analítica consideramos todo o processo que envolve uma intencionalidade de partilhar/transmitir informação de forma sistematizada, uniforme e congruente com objetivos que devem ser comuns, transcendendo os procedimentos comunicacionais ou a linguagem verbal e não-verbal.

A evidência científica demonstra que a forma como comunicamos e a intencionalidade com que desenvolvemos as competências comunicacionais com as pessoas que cuidamos, tem grande influência nos resultados que pretendemos alcançar. Constatamos que intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde, da promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, são potenciadas pelas estratégias de comunicação mobilizadas pelos enfermeiros e consideradas pelas pessoas como habilidades que os mesmos desenvolvem. Numa perspetiva de proximidade e de adequação da linguagem, os resultados evidenciados pelas mesmas, traduzem a assunção de tomadas de decisão partilhadas e responsáveis que culminam numa autogestão face aos seus projetos de saúde.

A diversidade de ferramentas que os enfermeiros e outros profissionais de saúde mobilizam no seu dia-a-dia, para cuidar das pessoas integram informação oral e escrita, onde a **tecnologia dos sistemas de comunicação, de informação e registos eletrónicos**, emergem como dimensões fundamentais no desenvolvimento do processo de cuidados. Em complementaridade, repercute-se na melhoria contínua da qualidade dos mesmos, onde a centralidade do cidadão surge como essencial face ao desenvolvimento do processo de cuidados, através da referenciação/partilha/informação e envolvimento nas decisões e promoção da sua segurança (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Frieberg, Granum,

Bergh, 2012; Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdtz, 2011; Manias, 2010; Nosbusch, Weiss, Bobay, 2010; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

A capacitação para a tomada de decisão permite-nos refletir em dois pólos, cujas extremidades devem tendencialmente convergir para o mesmo sentido, num encontro que se traduza no empoderamento de ambos, relação que se estabelece entre os saberes dos enfermeiros e das pessoas, numa perspetiva construtivista. Consideramos que este encontro, quando sustentado em conhecimento científico e planeado de forma individualizada, com objetivos bem definidos de ambas as partes, promove a satisfação quer dos enfermeiros quer das pessoas, com repercussões no desenvolvimento de competências dos profissionais, integrando capacidades e habilidades na capacitação para o autocuidado. Assim, as pessoas desenvolvem sentimentos de autoconfiança e de autogestão, cujo resultado se traduz em tomadas de decisão conscientes, partilhadas e responsáveis face aos seus projetos de saúde (Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdtz, 2011; Burns, 2009; McEwen et al, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

Atualmente a reflexão em torno da **competência cultural** tem despoletado nos enfermeiros uma procura constante de saberes no desenvolvimento da prática clínica, sustentados em referenciais teóricos. Não comungando daquilo que na corrente mais comum do pensamento, aponta para uma dicotomia entre teoria e prática, constatamos que uma prática baseada na evidência é a chave para o desenvolvimento destas competências, que despontam das necessidades reais dos contextos de cuidados e cuja investigação contribui para a implementação da evidência científica. Silva (2010) constatou a cultura como uma dimensão que influencia a pessoa na adesão aos diferentes regimes terapêuticos, pelo que o conhecimento por parte dos enfermeiros das razões que levam a pessoa a decidir é crucial para uma intervenção eficiente e eficaz face às suas necessidades.

Este movimento proactivo teoria/prática constitui-se numa plataforma de construção de conhecimento, cujos resultados demonstram a necessidade de implementarmos intervenções culturalmente competentes para podermos capacitar as pessoas para o Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Manias, 2010; Burns, 2009). Este conhecimento, em pessoas com doença cardiovascular e/ou diabetes, implica um investimento por parte dos enfermeiros no desenvolvimento de competências numa área

nobre do processo de cuidados: a promoção da saúde, uma vez que só poderemos capacitar as pessoas para o seu autocuidado, se mobilizarmos e integrarmos nas nossas intervenções a essência do conceito, pois, tal como Scala et al (2008) afirmam, *health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health. Participation is essential to sustain health promotion action.*

Constatamos que toda a análise desenvolvida neste artigo tem por base o conceito referenciado anteriormente. Relevamos assim a importância de uma prática baseada na evidência, no sentido da construção do conhecimento científico que deve fazer parte da formação ao longo da vida dos enfermeiros, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A **promoção da saúde** como intervenção de enfermagem sobressai em alguns dos artigos/estudos analisados, com resultados que podem ser extrapolados para a prática clínica. Todas as intervenções neste âmbito, em que o envolvimento e capacitação da pessoa são mobilizados, traduzem-se em ganhos em saúde.

O processo de cuidados desenvolve-se numa parceria dinâmica entre quem necessita de cuidados e o profissional que mobiliza todos os saberes para o executar e controlar (Amendoeira, 2000). Quando falamos de parceria, os resultados obtidos apontam questões relacionadas com a participação ativa das pessoas no processo, responsabilização na construção dos seus projetos de saúde, promoção da literacia em saúde individual e coletiva, numa perspetiva de construção da cidadania ativa das pessoas e da sociedade em geral (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Frieberg, Granum, Bergh, 2012; Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdtz, 2011; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

## **CONCLUSÃO**

Os resultados encontrados são cruciais para a promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença crónica, onde se incluem as doenças cardiovasculares e a diabetes. A discussão aqui explanada permite refletir de forma integradora sobre as intervenções desenvolvidas neste âmbito, demonstrando a janela de oportunidades que os enfermeiros detêm no desenvolvimento de competências para a capacitação de pessoas para o Autocuidado.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) OE (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (2) OMS (2010). **World health statistics 2010**, World Health Organization
- (3) DGS (2010). **Elementos estatísticos - Informação Geral Saúde 2008**, Lisboa: MS
- (4) Petronilho, F. (2012). **Autocuidado. Conceito Central da Enfermagem.** Coimbra: Formasau.
- (5) Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, In: Tomey; Alligood. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ª Ed. Loures: Lusociência.
- (6) Ai, A.; Carrigan, L. (2007). **Social-Strata-Related Cardiovascular Health Disparity and Comorbidity in an Aging Society: Implications for Professional Care.** In Health & Social Work, May, V 32 (2): 97-105.
- (7) Takahiro, H.; Shekelle, P.; Adams, J. (2005). **Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients.** American College of Physicians. V 143 (4): 274-281.
- (8) Silva, M. (2012). **A Enfermagem na capacitação para o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.** In Livro de atas. Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica. UCP – ICS e Fundação D. Pedro IV: 85-101.
- (9) Blanski, C.; Lenardt, M. (2005). **A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso.** Ver. Gaúcha Enfermagem, Agosto, 26(2): 180-188.
- (10) Brunton, S. (2011). **Improving Medication Adherence in Chronic Disease Management.** Supplement to The Journal of Family Practice. V. 60 (4).
- (11) Silva, M. (2010). **O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno.** Coimbra: Formasau.
- (12) Pascucci, M.; Lazer, A.; Belknap, D.; Kodumthara, E. (2010). **Situational Challenges That Impact Health Adherence In Vulnerable Populations.** Journal of Cultural Diversity, V. 17(1): 4-12
- (13) DeSimone, M.; Crowe, A. (2009). **Nonpharmacological approaches in management of hypertension.** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 189-196.
- (14) Lee, A.; Chui, A.; Tang, S.; Tsoi, T.; Fong, D. (2009). **Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults.** Journal of Advanced Nursing, 554-564pp.

- <sup>(15)</sup> Ben-Arye, E; Lear, A.; Doron, H.; Margalit, R. 2007. **Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience.** The Journal of Alternative and Complementary Medicine, V 13 (4): 461-469.
- <sup>(16)</sup> Machado, M. (2009). **Adesão ao regime terapêutico : representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.** (<http://hdl.handle.net/1822/9372>).
- <sup>(17)</sup> Henriques, M. (2006). **Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006).** UL: ESEL.
- <sup>(18)</sup> Doran, D. (2003). **Nursing Outcomes, State of the Science.** Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 1ª Ed.
- <sup>(19)</sup> Strunk, J.; Townsend-Rocchiccioli, J.; Sanford, J. (2013). **The Aging Hispanic in America: Challenges for Nurses in a Stressed Health Care Environment.** MEDSURG Nursing. Jan-Feb. V 22 (1): 45-50.
- <sup>(20)</sup> Friberg, F.; Granum, V.; Bergh, A. (2012). **Nurses' patient education work: conditional factors – an integrative review.** Journal of Nursing Management, 20: 170–186.
- <sup>(21)</sup> Foss, C. (2011). **Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation.** Journal of Clinical Nursing. 20: 2014–2022.
- <sup>(22)</sup> Liu, W.; Manias, E.; Gerdtz, M. (2011). **Understanding medication safety in healthcare settings: a critical review of conceptual models.** Nursing Inquiry. 18(4): 290–302.
- <sup>(23)</sup> Manias, E. (2010). **Medication communication: a concept analysis.** Journal of Advanced Nursing, 66(4): 933–943.
- <sup>(24)</sup> Nosbusch, J.; Weiss, M.; Bobay, K. (2010). **An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning.** Journal of Clinical Nursing, 20: 754–774.
- <sup>(25)</sup> Burns, S. (2009). **Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy.** Nursing and Health Sciences, 11: 98–101.
- <sup>(26)</sup> Mcewen, S.; Polatajko, H.; Huijbregts, M.; Ryan, J. (2009). **Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments.** Brain Injury. 23(13–14): 1041–1053.
- <sup>(27)</sup> Anthony, M. (2008). **Hypoglycemia in Hospitalized Adults.** Medsurg Nursing, 17(1): 31-40.

- (28) Kaminsky, E.; Rosenqvist, U.; Holmström, I. (2008). **Telenurses' understanding of work: detective or educator?**.Journal of Advanced Nursing. 65(2): 382–390.
- (29) Sipilä, R.; Ketola, E.; Tala, T.; Kumpusalo, E. (2008). **Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)**.Journal of Interprofessional Care. 22(1): 31 – 44p.
- (30) Ridge, R. (2007). **Boosting insulin safety**.Nursing.37(2).
- (31) Scott-Smith, J.; Greenhouse, P. (2007).**Transforming care at the bedside: Patient-controlled liberalized diet**.Journal of Interprofessional Care. 21(2): 179 – 188.
- (32) Chan, M.; Yee, A.; Leung, E.; Day, M. (2006).**The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control**.Journal of Clinical Nursing. 15: 770–781.
- (33) Forster, A.; Murff, H.; Peterson, J.; Gandhi, T.; Bates, D. (2003).**The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital**.Annals of Internal Medicine. 138 (3): 161-167.
- (34) Scala, D. (2008). **17th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services**.
- (35) Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem – que sentido(s)?, In: Costa, et al. **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de formação. Balanço de um Projeto**. Lisboa: MS