



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

**Centros de Saúde Amigos das Pessoas Idosas:
Implementação da Teleconsulta à Pessoa Idosa e
Família com Fragilidade para a Promoção do Cuidado-
de- Si**

Liliana Santos Sobreira



**Lisboa
2022**



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

**Centros de Saúde Amigos das Pessoas Idosas:
Implementação da Teleconsulta à Pessoa Idosa e
Família com Fragilidade para a Promoção do Cuidado-
de- Si**

Liliana Santos Sobreira



Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Every human being, regardless of their age,
will have the opportunity to fulfil their potential
in dignity and equality.”

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director-General
World Health Organization

(2017, p.iv)

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento dirige-se à Professora Orientadora Doutora Idalina Delfina Gomes, sem a qual a realização do projecto e do presente relatório nunca teria tido lugar. A sua disponibilidade, motivação, aconselhamento e transmissão de saberes foi fundamental para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira.

Às enfermeiras orientadoras Isabel Almeida e Marisa Marques agradeço pela orientação em contexto de estágio, que sempre estiveram disponíveis para me guiar durante o meu estágio e no processo de aquisição de competências de enfermeira especialista, apesar de todas as contrariedades enfrentadas.

A todas as pessoas idosas e respetivos familiares com quem contactei durante este processo, um agradecimento especial pela generosidade em participarem na implementação do projeto.

Também a todos os colaboradores e elementos da direção clínica da USF onde desenvolvi o estágio, um agradecimento pela hospitalidade e facilitação de todas as questões que surgiram durante o período de estágio.

E por último, sendo que os últimos são os primeiros, à minha família e amigos, que sempre me apoiaram neste meu percurso, fomentando o desenvolvimento de novas competências profissionais e pessoais.

A todos o meu sincero muito obrigada.

Resumo

O envelhecimento da população é uma realidade com projeções que apontam para o seu agravamento. O incremento da população idosa relaciona-se com o aumento do índice de fragilidade, o que acarreta problemas físicos, mentais, cognitivos e sociais. Assim os cuidados de saúde devem desenvolver uma resposta específica a esta população, através da satisfação das necessidades e preferências das pessoas idosas e prestação de cuidados de proximidade. Com o surgimento da pandemia global por SARS-CoV-2, a necessidade da prestação de cuidados personalizados e com minimização do risco de contágio tornou-se ainda mais importante. Foi neste contexto que nasceu o projeto aqui apresentado “Centros de Saúde Amigos das Pessoas Idosas: Implementação da Teleconsulta à Pessoa Idosa e Família com Fragilidade para a Promoção do Cuidado- de- Si”, no âmbito de um projeto de parceria entre a ESEL e a USF X para o desenvolvimento de um centro de saúde amigo das pessoas idosas na USF X. Assim o projeto que desenvolvemos teve como objetivo o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção à pessoa idosa, nomeadamente na implementação da teleconsulta à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado- de- Si, no contexto dos Centros de Saúde amigos das pessoas idosas. A metodologia utilizada foi a de projeto de intervenção.

Durante o período de estágio foram realizadas diversas atividades, nomeadamente a realização de um guião de intervenção para a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com fragilidade que foi adaptado, tendo em consideração as orientações da OMS, da OE e do trabalho previamente desenvolvido entre as duas instituições e a sua implementação foi executada à luz do modelo de parceria para a promoção do Cuidado- de- Si. Realizamos também uma revisão *scoping* que permitiu encontrar as características que definem um centro de saúde amigo das pessoas idosas, tendo posteriormente sido publicado em artigo científico.

Este projeto de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem na área de intervenção à pessoa idosa com fragilidade visando a promoção do Cuidado-de-Si. Contribuiu também, para capacitar a equipa de enfermagem na área do controlo e prevenção da fragilidade.

Palavras-Chave: Centros de Saúde Amigos das Pessoas Idosas, Fragilidade, Pessoa Idosa, Teleconsulta de Enfermagem; Cuidado- de- Si

Abstract

The population ageing is a current and future reality, with a prospect of worsening even more. The elderly population increase brings new challenges, given that, with ageing, comes the frailty index which brings physical, mental, cognitive and social problems. So healthcare providers must develop a specific solution to address this population issues, through needs satisfaction, according to their personal choices, while providing care in proximity with the elderly population. As SARS-CoV-2 arrived, the need of healthcare provision, with minimum contagious risk became even more important. It was on this context that the project "Age-friendly Community Healthcare Centres: Teleconsultation Implementation to the frail elder person and family, for the Care-of-Self Promotion" was developed, in partnership between ESEL and USF X, in order to construct an Age-Friendly Community Healthcare Centre. Therefore the project we designed aims to allow the development of master and specialist nurse in medical and surgical nursing, specifically in the area of elderly care, through the implementation of the nursing teleconsultation to the elder person and family with frailty, for the Care-of-Self promotion, in the context of age-friendly community healthcare centres. The intervention project was methodology used.

During the internship period, several activities were done, specially the intervention guide for the nursing teleconsultation to the frail elder person and family was adapted from the script to the nursing teleconsultation to the elder person with chronic pain (Gomes, 2020), considering the orientations from WHO and OE, as well as, continuing the work already ongoing between the two institutions of this partnership and its' implementation was executed according to the partnership model for the Care- of- Self promotion. We made a scoping review that made possible identifying the characteristics of an age-friendly community healthcare center, which was published afterwards.

This internship project contributed for the competencies development as a master and specialist nurse, in the intervention field of elder frail person for the Care- of- Self promotion. It also allowed the empowerment of the nursing team in the area of prevention and control of frailty.

Key words: Age-friendly Community Healthcare Centers; Frailty; Elder; Nursing Teleconsultation; Care- of- Self

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AGG – Avaliação Geriátrica Global

ARS – Administração Regional de Saúde

BGS – *British Geriatric Society*

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CHULN – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCA – *Federal Council on Aging*

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

FI – *Frailty Index*

IFT – Indicador de Fragilidade de Tilburg

JBI - Joanna Briggs Institute

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MMSE- Mini Mental Statement Examination

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OT – Orientação Tutorial

PENTS - Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde

SARS-CoV-2 – Coronavírus responsável pela doença Covid-19

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Envelhecimento Populacional e a Fragilidade nas Pessoas Idosas	15
1.1.1. Modelos de Fragilidade	20
1.2. Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa e Família com Fragilidade para a Promoção do Cuidado- de- Si	22
2. METODOLOGIA DO PROJETO	30
3. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	32
3.1. Centros de Saúde Amigos das Pessoas Idosas: Revisão <i>Scoping</i>	33
3.2. Guião de Implementação da Teleconsulta de Enfermagem à Pessoa Idosa e Família com Fragilidade para a Promoção do Cuidado- de- Si	43
3.3. Intervenção em Parceria com a Pessoa Idosa e Família para a Promoção do Cuidado- de- Si	51
3.4. Reflexão Crítica	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	
I. MODELOS DE AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE DA PESSOA IDOSA	
II. SUPORTE DE APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA TELECONSULTA	
III. AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA TELECONSULTA - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A EQUIPA	
IV. AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA TELECONSULTA - FEEDBACK DA EQUIPA	
V. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO	
VI. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO	

- VII. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR
- VIII. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE ESTÁGIO
- IX. DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DA USF X
- X. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A INCLUSÃO DE ENFERMEIRA ORIENTADORA NO PROJETO DE ESTÁGIO
- XI. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO GUIÃO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA ATRAVÉS DA CONSULTA TELEFÓNICA DE GOMES ET AL, 2019
- XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOS UTILIZADOS NA REVISÃO DA LITERATURA DOS CENTROS DE SAÚDE AMIGOS DAS PESSOAS IDOSAS

ANEXOS

- I. TRIAGEM DA GRANDE SÍNDROME GERIÁTRICA - SÍNDROME DA FRAGILIDADE
- II. ESCALA DE AVALIAÇÃO COGNITIVA- MINI MENTAL STATEMENT EXAMINATION
- III. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
- IV. ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA
- V. ESCALA DE LAWTON-BRODY
- VI. DIÁRIO MICCIONAL
- VII. ESCALA DE DOWNTON
- VIII. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)
- IX. ESCALA DE TILBURG
- X. CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR DO DIA MUNDIAL DA PESSOA IDOSA “GUARDA UM MOÇO E ACHARÁS UM VELHO”
- XI. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO TERCEIRO WORKSHOP INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA
- XII. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 14º CONGRESSO NACIONAL DO IDOSO

Índice de Quadros

Tabela 1 - Escalas de avaliação após a triagem da grande síndrome geriátrica

Índice de figuras

Figura 1 – Genograma do Sr. M.A.

Figura 2 – Ecomapa do Sr. M.A.

Introdução

No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção à Pessoa Idosa, foi-nos proporcionada a oportunidade de realização de um estágio que teve como finalidade desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra hospitalar (ESEL, 2020). Do percurso realizado elaborámos o presente relatório que tem como título “Centros de Saúde Amigos das Pessoas Idosas: Implementação da Teleconsulta à Pessoa Idosa e Família com Fragilidade para a Promoção do Cuidado- de- Si”. Com o mesmo pretendemos descrever, de forma reflexiva, o percurso realizado e as aprendizagens obtidas durante a construção e implementação deste projeto de estágio.

Uma das razões que levou à seleção do tema do projeto relaciona-se com o facto da população abrangida pelos serviços da USF X, ser maioritariamente idosa e frágil (BI-CSP, 2021). Por outro lado, a USF encontra-se a desenvolver um projeto de parceria com a ESEL, coordenado pela professora Idalina Gomes, orientadora deste projeto, visando tornar esta unidade de saúde numa Instituição Amiga das pessoas idosas. Simultaneamente, o facto do estágio se ter desenvolvido durante a pandemia global por SARS-CoV-2, o que trouxe grandes implicações bio-psico-sociais nas pessoas idosas frágeis (WHO, 2020). Por fim, o meu interesse particular pelas questões do envelhecimento, das necessidades das pessoas idosas em situação de maior fragilidade e o desejo de contribuir para a melhoria da sua condição global, segundo os objetivos e valores que cada pessoa estabelece para a sua vida.

O crescente envelhecimento da população mundial representa uma evolução notável ao nível das ciências da saúde, bem como acresce ganhos à vivência humana quer do ponto vista individual como coletivo. Contudo este é um fenómeno que traz novos desafios e exige adaptações de várias áreas do saber. Assim, a maior longevidade a que assistimos atualmente, reflete-se no maior número de pessoas idosas, no aumento dos níveis de dependência, com agravamento da mobilidade e maior vulnerabilidade, aumentando o número de pessoas idosas que vivem com doenças crónicas e que apresentam incapacidades a vários níveis e em vários graus (FFMS, 2019).

No que concerne aos cuidados de saúde primários as pessoas idosas são os clientes mais frequentes dos centros de saúde, pelo que se torna fundamental proporcionar um centro de saúde amigo destes mesmos clientes (WHO, 2004, 2008; Chiou & Chen, 2009). É neste contexto que a World Health Organisation (2004) desenvolveu “Towards Age-friendly Primary Health Care” tendo como objetivo: educar os profissionais para as necessidades específicas da pessoa idosa; adaptar as estruturas físicas para as pessoas idosas com problemas de

mobilidade, audição e visão; adaptar os sistemas de gestão às necessidades da pessoa idosa; dar relevância às necessidades específicas de saúde das pessoas idosas, nomeadamente as pessoas idosas frágeis.

A fragilidade pode constituir-se como um problema potencial de saúde pública, devido às consequências clínicas e sociais e à sua natureza dinâmica. A sua avaliação deve ser um dos pilares da prestação de cuidados a pessoas idosas, no sentido de as identificar ou em risco de fragilidade, uma vez que esta é uma questão muito complexa para a pessoa idosa e família. (Faller, 2019).

O conceito de fragilidade pode ser definido como uma síndrome que surge na sequência de um trajeto descrente ao longo da vida, de declínio acumulado nos diversos sistemas vitais, que esgota os recursos do organismo e que pode dar origem a disfunções de diversos sistemas orgânicos. (Veríssimo, 2015)

Por conseguinte, os centros de saúde têm necessariamente de se preocupar em melhorar o bem-estar das pessoas idosas e famílias, provendo sistemas e ambientes de cuidados de segurança que otimizem a participação das pessoas idosas e famílias nos seus cuidados de saúde, particularmente no que diz respeito à promoção da autonomia, promovendo o Cuidado- de- Si (Gomes, 2016, 2021)

Este novo contexto requer cuidados de enfermagem diferenciados, nomeadamente ao nível dos enfermeiros especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa idosa, que precisam de intervir ao nível do envelhecimento ativo e da prevenção das situações que podem levar à síndrome de fragilidade para responder a um crescente número de pessoas, com necessidades específicas, promovendo a sua autonomia e prevenindo o agravamento dos problemas existentes. Deste modo, o desenvolvimento e implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa e família com fragilidade para a promoção do Cuidado- de- Si, surge como uma das respostas a oferecer a esta população num contexto de especial vulnerabilidade das pessoas idosas, perante o vírus SARS-CoV-2, que desencadeia doença mais grave nestes indivíduos. Com o desenvolvimento deste recurso de enfermagem, podemos intervir remotamente, sem expor as pessoas a um maior risco de contaminação para a obtenção de cuidados de enfermagem.

Assim desenvolvemos um projeto em que definimos como objetivos gerais:

- 1). Desenvolver competências de mestre e especialista na implementação da consulta telefónica à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado- de- Si, no contexto dos Centros de Saúde amigos das pessoas idosas;

2). Contribuir para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista na implementação da consulta telefónica à pessoa idosa/família com fragilidade para promoção do Cuidado- de- Si, no contexto dos Centros de Saúde amigos das pessoas idosas;

Este relatório está organizado em capítulos que se iniciam com o enquadramento teórico da problemática em estudo. Neste primeiro capítulo será contextualizada a questão do envelhecimento da população portuguesa e a nível global, bem como a fragilidade nas pessoas idosas. A questão da teleconsulta de enfermagem alicerçada no modelo de intervenção em enfermagem para a promoção do Cuidado- de- Si está também descrita neste capítulo.

O segundo capítulo descreve o projeto desenvolvido, iniciando-se pela contextualização do mesmo na USF X, seguindo a descrição da metodologia utilizada. Ainda dentro do segundo capítulo serão contextualizados os centros de saúde amigos das pessoas idosas, e de que forma é que a teleconsulta desenvolvida se enquadra neste âmbito. O processo de adaptação do guião de intervenção de enfermagem com recurso à teleconsulta para a pessoa idosa com dor crónica para o guião da teleconsulta de enfermagem para as pessoas idosas e família com fragilidade para a promoção do Cuidado- de- Si. Terminaremos com as considerações relativas aos princípios éticos seguidos durante o desenvolvimento do projeto. No terceiro capítulo é apresentada as atividades desenvolvidas para a realização do guião e sua implementação e os resultados preliminares da implementação da teleconsulta. Ainda neste capítulo apresentaremos o modelo de parceria para a intervenção de enfermagem na pessoa idosa frágil, ilustrando-o com uma situação de cuidados que acompanhamos. No quarto capítulo apresentamos uma reflexão das competências e aprendizagens de mestre e especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa idosa. Terminamos com as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, iremos fazer o enquadramento teórico que deu suporte ao projeto. Portanto, começaremos por fazer a contextualização do envelhecimento da população e a síndrome de fragilidade nas pessoas idosas. Num segundo momento explicitaremos os conceitos da teleconsulta de enfermagem e o modelo de intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado- de- Si que deu suporte a mesma numa intervenção para prevenção e controlo da fragilidade a fragilidade na pessoa idosa e família.

1.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E FRAGILIDADE NAS PESSOAS IDOSAS

No ano de 2020, em todo o mundo, a população com idade superior ou igual a 60 anos representava 13,5% da população, o que correspondia a mais de um bilião de pessoas (WHO, 2020). Em 2050 prevê-se que as pessoas nesta faixa etária atinjam os 2,1 biliões em todo o mundo (WHO, 2020). O número crescente de pessoas idosas no mundo leva a um aumento da procura dos serviços de saúde, pelo que é imperioso garantir que o sistema social e de saúde estejam preparados para lidar com esta mudança demográfica.

De acordo com os números mais recentes (2020), o índice de envelhecimento em Portugal é de 167, o que significa que para cada 100 jovens até aos 14 anos, residentes em território nacional, existem 167 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que este rácio tem vindo a aumentar consistentemente a cada ano (INE, 2021).

A idade de 65 anos marca a entrada na faixa etária dos idosos (nos países industrializados), no entanto a ONU sugere que em consequência das questões demográficas e condições de saúde, as pessoas verdadeiramente idosas, são aquelas cuja a idade é igual ou superior a 75 anos e deste modo, as políticas de saúde devem ser ajustadas para as necessidades geriátricas neste grupo etário (ONU, 2021).

Para além da questão do aumento do número de pessoas idosas, há também que ter em conta o “envelhecimento do envelhecimento”, ou seja, as pessoas idosas

estão mais idosas, uma vez que o número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos aumentou 500% nos últimos 60 anos, o que trás uma sobrecarga ainda mais acentuada na procura de cuidados de saúde (FFMS, 2019).

A OMS, bem como os governos nacionais e organizações locais devem concentrar esforços no sentido de produzir políticas de saúde que antecipem esta tendência e preparar os sistemas de saúde para serem os mais adequados, eficazes e acessíveis (Acosta-Benito et al., 2018; Joling et al., 2018). Estes devem apostar na melhoria e satisfação das necessidades e preferências das pessoas idosas, adequar os cuidados de saúde a esta população e disponibilizar cuidados de proximidade de que precisam de ser exemplo os cuidados de saúde primários. Como serviços de saúde de proximidade à população estes devem adotar políticas e estratégias que possam satisfazer adequadamente as necessidades da população, tendo como foco a promoção de saúde, o acompanhamento e a prevenção de condições incapacitantes e crónicas resultantes do envelhecimento (Lee, 2019). Estes serviços devem ser a primeira linha de cuidados de saúde para as pessoas idosas, garantindo a sua acessibilidade (Abdellatif et al, 2017).

O envelhecimento pode ser definido como a alteração de um processo adaptativo do organismo face às agressões a que está exposto, provenientes do meio em que se insere. A adaptação da pessoa ao avançar da idade, resulta de uma complexa interação entre os processos de envelhecimento celular, dos órgãos e sistemas, de infeções, da dieta, de fatores ambientais, psíquicos e sociais. É também entendido como um processo dinâmico e progressivo, no qual existem alterações biológicas, que deixam o corpo mais vulnerável tanto a agressões externas, como a fenómenos internos, que eventualmente conduzirão à morte (Veríssimo, 2017).

O decorrer do envelhecimento ocorre em intensidades diferentes em cada pessoa, apresentando manifestações diversas ao nível da capacidade física, mental e da funcionalidade, com maior ou menor impacto na sua autonomia e independência, o que impacta a sua qualidade de vida e participação social. Do ponto de vista da avaliação estatística, a dependência da população idosa tem vindo a aumentar nas sociedades ditas mais desenvolvidas, o que se traduz na minimização das capacidades funcionais, condicionando a vivência diária das pessoas idosas na medida em que lhes impõem limitações ao nível da sua participação, decisão e o exercício da sua cidadania, tornando-as mais frágeis (Veríssimo, 2014).

Apesar de não existir uma definição consensual do termo “fragilidade”, grande parte dos autores e organizações concorda que este é um fenómeno dinâmico, multifatorial, relacionado com a perda de capacidade de resposta a estímulos, com impacto nos âmbitos físicos, psicológicos e sociais, que está relacionado com o avançar da idade, exigindo assim uma abordagem holística da pessoa frágil para a gestão das suas dificuldades (Duarte, 2015). Também no âmbito da avaliação da síndrome de fragilidade na pessoa idosa existem várias possibilidades, neste contexto irei expor resumidamente quatro autores mais comumente referenciados, sendo que os respetivos modelos podem ser encontrados em apêndice.

O conceito de “idoso frágil” surgiu em 1970 pelos membros do FCA (*Federal Council on Aging*) e foi utilizado para descrever pessoas idosas que apresentavam condições socioeconómicas desfavoráveis, com fraqueza física e défice cognitivo. Uma década mais tarde o conceito de fragilidade passou a ser sinónimo de vulnerabilidade, sendo as pessoas com mais de 80 anos, dependentes nas atividades de vida diária (AVD) e dependentes da assistência de outra pessoa para sobreviver são consideradas em estado de vulnerabilidade (Sequeira, 2010).

As pessoas idosas com patologias físicas, cognitivas ou em estado de vulnerabilidade social têm menos capacidade de responder a ameaças à sua saúde e bem-estar. Além disso, quando estas pessoas, em estado de fragilidade, ficam isoladas dos seus contactos habituais, podem sofrer um rápido declínio na sua condição global (Joy, 2020; Steinman, 2020).

A síndrome da fragilidade na pessoa idosa pode ser definida como um aumento do risco da ocorrência de efeitos adversos no projeto de vida da pessoa, nomeadamente uma recuperação mais difícil em situação de doença, uma maior vulnerabilidade em sofrer quedas, maior possibilidade de ser institucionalizado, de perda de independência, hospitalização mais prolongada e frequente e maior risco de morte (Veríssimo, 2014). A Fragilidade é um estado de vulnerabilidade determinado por múltiplos fatores, relacionados com o envelhecimento (Sequeira, 2010).

A Comissão Europeia refere que “A fragilidade é uma síndrome relacionada com o processo de envelhecimento que descreve o estado de “reserva funcional limitada” ou “incapacidade de integrar respostas face ao stress”” A fragilidade está relacionada com o aumento do risco do declínio físico, cognitivo e funcional (Duarte, 2015).

A BGS (2015) (British Geriatric Society), por sua vez considera a fragilidade na pessoa idosa como um estado de saúde distinto, relacionado com o processo de envelhecimento, no qual vários sistemas, gradualmente perdem as suas reservas, degradando a sua função. As pessoas idosas com esta condição estão em risco de sofrerem uma deterioração imprevisível na sua condição de saúde, como resultado de um evento *stressor* menor.

A contextualização de fragilidade definida pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) estabelece que uma pessoa idosa frágil é aquela que se encontra num “estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.” (Herdman, 2018, p. 262)

A fragilidade pode ser ainda definida como um declínio na função de vários sistemas fisiológicos ao qual é adicionado o aumento da vulnerabilidade aos agentes *stressores* externos e internos. Assim, uma pessoa frágil tem maior risco de ter complicações de saúde, nomeadamente maior vulnerabilidade a quedas, hospitalização e em última instância maior risco de morte precoce. A relação do aumento dos custos em saúde com a incidência de fragilidade, já se encontra demonstrada por vários estudos. Todas as pessoas idosas se encontram em risco de desenvolver fragilidade, no entanto ainda não foi encontrado uma forma universal de avaliação e identificação desta síndrome. Os números globais das pessoas com fragilidade não são conhecidos, uma vez que os países em vias de desenvolvimento (na sua maioria) ainda não se dedicam ao estudo desta problemática (Hoogendik, 2019).

Rockwood (1994) também defende que a síndrome da fragilidade não pode ser encarada como um problema “de tudo ou nada”, mas antes como uma questão de equilíbrio entre todas as componentes biopsicossociais da pessoa idosa. Assim a fragilidade pode ser considerada como a vulnerabilidade crescente, associada ao envelhecimento, que diminui a capacidade de manter a hemóstase individual. Esta vulnerabilidade depende de fatores como a capacidade funcional, a atitude relativamente à doença, incapacidades ou dificuldades, dependência e doenças pré-existentes (Duarte, 2015).

De acordo com Maia (2020), a fragilidade é um estado clínico dinâmico e multifatorial que está ligado ao desequilíbrio homeostático, o que se traduz numa capacidade de resposta reduzida às mudanças internas e externas, desencadeando declínios cumulativos, com impacto negativo na saúde bio-psico-social das pessoas idosas. Assim, é uma síndrome geriátrica complexa que exige uma intervenção multidimensional, com um cuidadoso e integrado planeamento de cuidados, centrados na individualidade de cada pessoa. Um aspeto fundamental da intervenção passa pela prevenção de complicações derivadas da síndrome de fragilidade, bem como o controlo de doenças crónicas, evitando o seu agravamento, a prevenção de perda funcional, de quedas, além da hospitalização, institucionalização e retardando o surgimento do momento da morte (Maia, 2020).

Atualmente não existem orientações específicas para a prevenção e tratamento da síndrome da fragilidade na pessoa idosa, no entanto uma intervenção holística e multissistémica apresenta melhores resultados do que as intervenções que focam apenas um problema ou um plano isoladamente (Duarte, 2015 e WHO, 2018).

Uma perspetiva holística de intervenção é necessária nas pessoas ao longo de todo o ciclo vital, de forma a prevenir o envelhecimento com maior vulnerabilidade, uma vez que, quanto maior for a reserva cognitiva de cada pessoa, mais tarde serão notadas as consequências da fragilidade, e mais tarde o efeito cumulativo dos défices trará dificuldades à pessoa idosa (Ihle, 2021).

A adoção de estilos de vida saudáveis, o mais cedo possível no projeto de vida é a principal medida preventiva a tomar para evitar ou atrasar a manifestação da síndrome da fragilidade (Duarte, 2015).

É importante ressaltar que nem todas as pessoas idosas são frágeis, e que a fragilidade não é exclusiva desta faixa etária, ou seja, a idade de uma pessoa não determina o estado de fragilidade (Veríssimo, 2014).

No sentido que percebermos qual o modelo de fragilidade que deveríamos adotar no âmbito do projeto que realizamos foi importante analisarmos os vários modelos que a literatura refere.

1.1.1 Modelos de fragilidade

Modelo de Fried

O modelo de fenótipo, que foi desenvolvido num contexto hospitalar para avaliação de pessoas com patologia cardiovascular, com o objetivo primário de avaliar a fragilidade nessa população específica. Neste modelo são apresentados cinco parâmetros de avaliação de fragilidade: a exaustão auto reportada, a baixa atividade física, a baixa velocidade de caminhada, a força de preensão baixa e perda de peso não intencional superior a 4,5kg no último ano. A presença de 3 ou mais destes parâmetros são indicadores de fragilidade na pessoa idosa, a presença de um ou dois parâmetros indica um estado intermediário entre frágil e não frágil. (Fried, 2001).

O modelo de Fried assenta na compreensão da interação entre o envelhecimento e os fatores fisiológicos e os fatores externos para a caracterização da fragilidade, sendo que esta não é uma doença *per si*, mas antes um estado intermédio entre a funcionalidade completa e a dependência (Veríssimo, 214).

No anexo I encontra-se representado o modelo proposto por Fried et al, 2011.

Modelo de Rolfson

Rolfson et al (2006) defende que a fragilidade é uma condição multidimensional, heterogénea e instável, assim, é distinta da deficiência ou do processo de envelhecimento *per si*. Dito de outro modo, a fragilidade é um estado de vulnerabilidade. Este modelo de avaliação da fragilidade é medido pela a escala de Edmonton (anexo I) apresentada por Rolfson et al (2006) e é composto por 11 questões, cujas respostas podem variar entre 0 e 2 pontos, quanto maior for a pontuação resultante do questionário, maior será a fragilidade da pessoa idosa. Esta escala avalia os parâmetros da cognição, estado geral, independência funcional, suporte social, uso da medicação, nutrição, humor, continência e performance funcional.

Modelo de Rockwood

Rockwood et al (2007) define este termo como um estado indeterminado de risco aumentado, que se reflete numa mudança fisiológica multissistémica, e está intimamente ligada com o avançar da idade. Esta mudança pode não desencadear um processo de doença, apesar da fragilidade estar presente, isto é, pessoas muito

idosas geralmente são frágeis, mas não têm necessariamente doenças graves. O modelo dos défices acumulados que defende que à medida que as pessoas vão envelhecendo, vão acumulando défices que eventualmente levaram à sua morte. Rockwood et al desenvolveu dois instrumentos para avaliar este processo de acumulação de défices. O modelo de défices acumulados pode ser avaliado através do índice de fragilidade (FI – Frailty Index – Anexo I), que permite uma gradação da fragilidade muito mais sensível, do que outros modelos apresentados (por exemplo o modelo de fenótipo, onde existem apenas três resultados possíveis). Além disso, este índice constitui-se um forte preditor para a mortalidade de populações de todas as idades, permitindo implementar medidas preventivas. O FI é constituído por uma lista de 70 indicadores, os quais podem estar presentes ou ausentes na vida da pessoa idosa. O enfermeiro deve avaliar quais são os elementos presentes na situação específica, contabiliza-los e dividir o número obtido por 70. Obterá um número entre 0 e 1, em que zero traduz a ausência de défices e um representa a máxima fragilidade. Os autores deste instrumento estabeleceram um paralelismo com o modelo de Fried (2001), em que aos estados de “não frágil”, “estado intermédio” e “frágil” correspondem os pontos de corte 0,2 e 0,3 respetivamente; ou seja, o estado não frágil corresponde às pontuações 0 a 0,19; o estado intermédio corresponde às pontuações 0,20 a 0,30 e o estado frágil corresponde às pontuações entre 0,31 e 1 (Rockwood et al, 2007a).

A *Clinical Frailty Scale* (CFS) (Anexo I) é o segundo instrumento desenvolvido por Rockwood que contempla uma torre de nove níveis de fragilidade. A escala de fragilidade varia de robusto a fragilidade terminal, de acordo com o número de ABVD's e AIVD's que a pessoa idosa não consegue desenvolver autonomamente, bem como o número de doenças crónicas, a sua própria perceção relativamente ao seu estado de saúde, a frequência em que necessita de se esforçar para realizar determinada atividade e o envolvimento em atividades desportivas ou recreativas de intensidade moderada a elevada.

A CFS está validada para o contexto português por Pinto e Coutinho (2014).

Modelo de Gobbens

Por fim apresentamos o modelo de Gobbens et al (2010), que foi o selecionado para a avaliação da fragilidade no âmbito deste projeto. Este modelo considera fragilidade como um estado dinâmico que afeta a pessoa que sofre perdas em um ou

mais sistemas do seu funcionamento humano (físico, psicológico e social), perdas essas que são causadas pela influência de um conjunto de variáveis que aumentam o risco de resultados negativos. O modelo integral da fragilidade, considera o *continuum* de vida, o avançar da idade, as circunstâncias de vida, as patologias associadas e avalia a fragilidade em 3 vertentes distintas, a física, a psicológica e a social, que interagem entre si, levando a resultados adversos, caso não exista intervenção dos cuidados de saúde ao longo do ciclo de vida da pessoa.

Este modelo foi operacionalizado através da escala de Tilburg, por Globbens et al, 2010, e foi validado para o contexto português por Coelho et al (2014) (Anexo I).

Após a apresentação dos modelos de fragilidade dos autores mais referenciados, selecionamos para a avaliação da fragilidade das pessoas idosas integrantes no projeto o modelo de Gobbens et al (2010), operacionalizado através da Escala de Tilburg, traduzido para Português por Coelho et al (2014). A escolha deste modelo de avaliação prende-se com o facto de ser o modelo que contempla mais factores, permitindo a avaliação da pessoa idosa do ponto de vista físico (funcional), social e emocional (saúde mental).

Importa por isso desenvolvermos abordagens que permitam desenvolver uma avaliação das pessoas idosas no sentido de prevenir a e controlar a síndrome de fragilidade e que promova o cuidado de si. No contexto da pandemia a teleconsulta de enfermagem apresentou se como uma intervenção que poderia facilitar a acessibilidade das pessoas idosas frágeis aos cuidados de saúde.

1.2. TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA E FAMÍLIA COM FRAGILIDADE PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO- DE- SI

As pessoas idosas em Portugal têm uma elevada prevalência de doenças crónicas e constrangimentos na sua realização das AVD's, o que representa uma sobrecarga adicional para os serviços de saúde. A irregular distribuição geográfica da população portuguesa deixa as comunidades rurais mais desprotegidas, originando também uma mais limitada literacia em saúde. Estas circunstâncias constituem mais um desafio na provisão de cuidados de saúde adequados, eficientes e acessíveis a uma população crescentemente idosa (Jácome, 2019).

Portugal é um país assimétrico no que diz respeito à acessibilidade a cuidados de saúde, devido ao isolamento geográfico, a problemas operacionais e dificuldade de mobilizar recursos humanos diferenciados. (OE, 2020)

O contexto pandémico veio agravar o problema do acesso a cuidados de saúde devido à imposição de distanciamento físico, assim foi necessário desenvolver novas medidas que fossem de encontro das necessidades das pessoas de forma a garantir a continuidade de cuidados.

Dentro deste contexto muitas pessoas experienciam sentimentos de ansiedade, de preocupação com a sua saúde, solidão e isolamento. Os enfermeiros devem ter estes sentimentos em conta como uma necessidade de algumas pessoas, que por vezes pode não ser expressa, no momento em que implementam o seu plano de cuidados, utilizando os mecanismos de comunicação não presencial para a aproximar as pessoas dos cuidados de que necessitam (Da Silva, 2020; Rosaasen, 2020).

Uma das respostas implementadas foi a teleconsulta de enfermagem sempre que possível, estando, no entanto, salvaguardada a consulta presencial com as necessidades das pessoas assim o exigiam (OE, 2021).

Durante o primeiro confinamento imposto pelas medidas de contenção da pandemia por SARS-CoV-2, alguns serviços de cuidados de saúde primários implementaram uma consulta não presencial de triagem (por telefone ou vídeo-chamada) que identificasse as pessoas com necessidade de realizar uma consulta presencial. Deste modo, as necessidades possíveis de ser resolvidas por meios não presenciais, seriam alvo de intervenção remota, deixando a possibilidade da realização de consultas presenciais apenas às pessoas cujo a necessidade da mesma tinha sido previamente identificada, eliminando assim o número de pessoas em circulação (Das, 2020; Imlach, 2020; Hasani, 2020, OE, 2020).

Com o surgimento da pandemia, os riscos de efetuar consultas presenciais com pessoas idosas, passaram a ser largamente superiores aos benefícios que estas poderiam obter através da consulta. A realização de consultas não presenciais estabeleceu-se como o “novo normal”, possibilitando a prestação de cuidados a um largo número de pessoas sem exposição ao risco de contágio. Além disso, esta é uma ferramenta muito útil para o combate ao isolamento social e solidão que foram

drasticamente agravados com a situação pandémica (Agnew, 2021; DiGiovanni, 2020; Hasani, 2020; Bar-Tur, 2021).

A telessaúde engloba o variado leque de instrumentos, no qual se enquadra a teleconsulta, que permitem a prestação de cuidados de saúde remotamente, utilizando meios tecnológicos como videoconferências, chamadas telefónicas, mensagens de texto e voz, emails e páginas online de instituições de saúde (Imlach, 2020, DiGiovanni, 2020).

A teleconsulta de enfermagem permite a avaliação e intervenção clínica sem necessidade de deslocação quer da pessoa, quer do enfermeiro. Deste modo, mesmo que a pessoa esteja a cumprir isolamento, pode receber os cuidados de que necessita, além disso esta estratégia é também eficaz em providenciar cuidados às pessoas que se encontram geograficamente distantes das organizações de saúde, ou que não tem condições de acessibilidade para as atingir (OE, 2021).

“Consulta de Enfermagem não presencial, é a consulta que ocorre sem a presença física do utente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios, entre eles, telefone, videochamada, carta, correio eletrónico, representante legal e/ou cuidador. Pode ser síncrona ou assíncrona” (Portaria n.º 207/2017, p.3553)

“Teleconsulta é a “(...) consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias da informação e comunicação avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. (...) permite aproximar os profissionais de diferentes níveis de cuidados, otimizar a gestão de recursos no SNS, melhorar o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde, reduzir o número de deslocações dos utentes e cuidadores e promover a capacitação do cidadão na gestão da sua saúde.” (SPMS, 2019, p. 38).”

A teleconsulta constitui-se como um meio de ligação, efetuado à distância, que permite atividades de relação, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, que requer do enfermeiro o recurso aos seus conhecimentos, habilidades e capacidades, invocando, particularmente, as suas capacidades comunicacionais (OE, 2021).

Ainda que a pandemia por Covid-19 tenha exacerbado a necessidade de recorrer à teleconsulta, já existia orientações governamentais de 2013 e 2014 no sentido de encorajar os profissionais de saúde a utilizar esta ferramenta, quando tal se verificasse adequado à situação específica da pessoa a ser consultada (Despacho n.º 3571/2013 e despacho n.º 8445/2014).

Uma consulta de enfermagem, independentemente dos moldes em que decorre (presencial ou remota, síncrona ou assíncrona), pode ser definido como um ato em saúde, no qual o enfermeiro avalia as circunstâncias de vida de uma pessoa, efetua o planeamento de cuidados a executar e implementa as intervenções necessárias à pessoa avaliada. Qualquer consulta de enfermagem só fica concluída com registo das intervenções realizadas, bem como a resposta da pessoa às mesmas (Portaria 207/2017).

A teleconsulta é uma consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A Teleconsulta pode acontecer em tempo real ou diferido (Portaria 207/2017).

Esta ferramenta permite encurtar a distância entre os profissionais de saúde, de diferentes níveis de cuidados, otimizar a utilização de recursos no SNS, melhorar o acesso das pessoas a cuidados de saúde de que necessitam, reduzir o número de deslocações dos utentes, de cuidadores e de profissionais (nomeadamente em visitas domiciliárias) e ainda promover a capacitação das pessoas na gestão da sua própria saúde (SPMS, 2019).

Várias organizações de saúde, nomeadamente a OMS (2002) e a DGS (2006) desenvolveram programas de resposta às necessidades das pessoas idosas tendo em vista os objetivos descritos acima.

De entre os meios possíveis para realização de consultas não presenciais, a teleconsulta é a mais utilizada, uma vez que é a via de comunicação não presencial que requer menos meios tecnológicos (Bar-Tur, 2021; DiGiovanni, 2020; Da Silva, 2020).

Na realização desta consulta o enfermeiro necessita de mobilizar todos os seus conhecimentos e competências, com especial enfoque para as capacidades comunicacionais, que devem ter em conta a ausência da informação transmitida pela comunicação não verbal (OE, 2021).

A pessoa com quem a consulta é realizada deve estar ciente do processo em que está a participar e manifestar o seu acordo através de um consentimento informado por escrito, sendo este anexado ao seu processo clínico (DGS,2015).

Deve ser preocupação dos profissionais de saúde contactar com as pessoas idosas que estão mais isoladas e com menores contactos sociais, uma vez que as pessoas que mais necessitam de acompanhamento, são as que têm menor probabilidade de proactivamente procurar esse mesmo acompanhamento. Este contacto entre profissionais de saúde e pessoas idosas mais isoladas pode ser determinante não só para o seu bem-estar emocional, como também pode contribuir para que estas consigam manter a sua independência em contexto domiciliário, evitando a institucionalização precoce (Bar-Tur, 2021).

A inclusão digital requer um leque de escolhas de modalidades de contactos não presenciais, bem como o suporte de pessoas com menores habilidades tecnológicas, incluindo a disponibilização de consultas presenciais para as pessoas que não conseguem interagir através de meios digitais, sendo que as restrições de distanciamento físico devem ser observadas quando tal é necessário (Wolthers, 2020).

É importante também referenciar alguns constrangimentos associados à teleconsulta relacionados com o facto de o profissional de saúde não ter acesso à linguagem não verbal da pessoa, perdendo assim informação de como é que esta apreendeu a informação transmitida, além de não ser possível realizar avaliações físicas (DiGiovanni, 2020; Hasani, 2020)

Outro aspeto menos positivo da teleconsulta pode passar pela desvalorização de uma avaliação holística e integrativa, focando-se apenas no problema presente; com o estabelecimento de uma relação terapêutica mais fraca entre profissional de saúde e a pessoa; e a qualidade da informação recolhida é geralmente mais reduzida (Hasani, 2020).

Apesar de existirem algumas desvantagens demonstradas relativamente à utilização de teleconsultas, é sugerido que este recurso se mantenha mesmo no período pós-pandémico, uma vez que os pontos negativos identificados são significativamente superados por todas as vantagens identificadas (Hasani, 2020, Joy, 2020).

O modelo de parceria para a promoção do Cuidado- de- Si (Gomes, 2016, 2019) foi o modelo de intervenção de enfermagem que guiou o desenvolvimento desta ferramenta para a prática de enfermagem

A relação de parceria baseia-se no desenvolvimento pessoal, no aumento da capacidade da pessoa controlar a sua vida em todas as suas vertentes e é simultaneamente um processo individual (da pessoa idosa que assume o controlo do seu trajeto de vida) e coletivo (em conjunto com o enfermeiro e cuidador quando necessário), que implica a responsabilização de ambos os intervenientes neste processo. Em contraponto, a relação de parceria não pode ser vista como a exploração de outras pessoas, nomeadamente o cuidador (formal ou informal), não representa a sessação das responsabilidades do enfermeiro e cuidadores, nem uma substituição da adequada prestação de cuidados de saúde. Em suma, as pessoas idosas devem estar envolvidas no seu próprio processo de promoção de saúde, que em parceria com o enfermeiro, explora as possibilidades estratégicas de melhoria das suas condições de vida, de acordo com os seus sentimentos, perceções e valores, de modo a atingir o seu máximo potencial (Squire, 2005).

As intervenções propostas devem ser centradas na pessoa idosa e o papel do enfermeiro é, em primeiro lugar, auxiliá-la a identificar as suas próprias preocupações e prioridades, seguindo-se o delineamento conjunto do plano de cuidados que leve à transformação das capacidades potenciais em reais. Esta abordagem entre o enfermeiro e a pessoa idosa visa que ambos se posicionem no mesmo nível, percecionando-se como iguais na relação clínica, trabalhando em parceria para a melhoria da saúde da pessoa idosa (Squire, 2005).

O modelo de intervenção de enfermagem com recurso à teleconsulta, que foi adaptado para a intervenção à pessoa idosa frágil e família, foi o guião para a teleconsulta de enfermagem à pessoa com dor crónica que está descrito na tabela 1.

ETAPAS	PERGUNTAS e PASSOS	OBJECTIVOS
PREPARAÇÃO DA C- Fase -Revelar-se Criar contexto para a CT		
PREPARAÇÃO DA CT (Antes de iniciar a ligação telefónica)	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar - se da sua autodisponibilidade • Leitura dos dados do doente escritos (consultar o processo) na 1ª consulta e CT subsequentes (o que se sabe sobre a pessoa, sobre o contexto e sobre a situação de saúde doença (da iniciativa do doente ou da enfª) • Prepara o ambiente dentro da maior privacidade possível 	<p>Criar as melhores condições para uma CT eficaz</p> <p>Assegurar-se de</p> <p>Conhecer a pessoa, o contexto de saúde /doença e contexto que a rodeia.</p>
INÍCIO da CT – Fase - Envolver-se		

Construir confiança num curto espaço de tempo		
INÍCIO da CT	<ul style="list-style-type: none"> A enfª apresenta-se: nome, local de trabalho, referência ao acordo estabelecido. - Enfª faz síntese dos dados essenciais relativos ao último encontro <ul style="list-style-type: none"> <i>Tem disponibilidade para conversarmos Srª X/ Srª Y?</i> <i>Tem perto de si o guia terapêutico?</i> 	<p>Construir confiança num curto espaço de tempo.</p> <p>Criar as melhores condições para decorrer a CT</p>
DESENVOLVIMENTO CT		
Fase A - Percecionar, avaliar, orientar		
Percecionar o problema principal, dar espaço de resposta para pessoa se situar no seu problema. Dar as orientações envolvendo a pessoa na solução.		
DESENVOLVIMENTO CT (Tem 3 fase, A; B; C) -Problema actual -Dor -Adesão -Percepção Funcionalidade/quotidiano - orientar, capacitar	<ul style="list-style-type: none"> <i>Diga-me como tem passado?</i> <i>Como tem estado a sua dor na última semana?</i> <i>- Localização: Onde é a dor?</i> <i>- Intensidade: de 0 a 10 quanto é que tem agora de dor (momento)? E em média ao longo do dia qual o valor da sua dor? E quando a dor é mais forte chega a que numero (Pico)? Acontece quantas vezes por dia? (Dor irruptiva)</i> <i>- Descritores: Como é que é a sua dor? Parece com... (ajudar com exemplos: formigueiro, choque eléctrico, pressão, etc.)</i> <i>- Factores de agravamento: a sua dor agrava com o quê? O que evita fazer porque agrava a dor?</i> <i>- Factores de alívio: Quando tem dor mais intensa que é que faz para aliviar?</i> <i>Tem feito toda a medicação para a dor?</i> <i>Diga-me então quais os medicamentos, a dose e como é que faz? (regime terapêutico de base)</i> <i>Parou algum dos medicamentos para dor? Há quanto tempo? Porquê?</i> <i>Qual o medicamento que tem para fazer quando a dor está pior/ SOS? Qual é? Quantas vezes faz/dia? Quantas vezes tem escrito no guia que pode fazer? Quando faz alivia a dor? Durante quanto tempo? Se não faz, porquê? (terapêutica de resgate)</i> <i>Desde que está a fazer a medicação da dor sentiu alguma alteração/ efeitos secundários? (despiste efeitos secundários)</i> <i>Desde a última vez que falamos o que é que já consegue fazer melhor?</i> 	<p>-Percecionar o problema actual</p> <p>-Dar espaço de resposta à pessoa para ser ela a situar no seu problema principal.</p> <p>- Avaliar dor, adesão, funcionalidade</p> <p>Dar as orientações direccionadas ao problema referido, capacitar</p>
DESENVOLVIMENTO CT		
Fase B- Capacitar, possibilitar e estabelecer compromissos		
Possibilitar que o cliente/família encontre as estratégias para resolução do problema Orientando e capacitando		

<p>DESENVOLVIMENTO CT</p> <p>Estabelecer compromissos orientar assegurar o cuidado- de- si</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De todos os problemas de que me falou qual o que o(a) preocupa mais?</i> • <i>Como é que o posso ajudar?</i> • <i>Se eu entendi o que me quis dizer foi ...</i> 	<p>Validação do problema</p> <p>Possibilitar que o cliente/família encontre as estratégias para resolução do problema</p> <p>Orientar /capacitar</p>
<p>DESENVOLVIMENTO CT</p> <p>Fase C- Validação de estratégias e compromissos</p> <p>Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para as pessoas idosa/ família e enfermeiro</p>		
<p>DESENVOLVIMENTO CT</p> <p>VALIDAÇÃO DE ESTRATÉGIAS e COMPROMISSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Importa-se de repetir a informação que lhe dei?</i> • <i>Se necessário encaminhar para equipa médica: Vou transmitir ao médico o que me disse e quando tivermos decisão médica voltamos a telefonar para si. Diga-me o contacto telefónico para o qual podemos ligar.</i> 	<p>Assegurar que as orientações e os compromissos ficaram claros para ambos</p> <p>Clarificar e explicitar</p> <p>Se necessário</p>
<p>FINALIZAÇÃO DA CT</p> <p>Avaliar a importância da consulta agendar e planear a próxima consulta</p>		
<p>FIM DA CT</p>	<p><i>Em consultas telefónicas programadas do projecto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Para si foi importante esta conversa? Porquê?</i> 	<p>Avaliar a importância da CT</p> <p>Agendar próxima CT</p> <p>Relembrar que na semana combinada deve ter o Inventário preenchido e o guia terapêutico, perto de si</p> <p>Despede-se</p> <p>Registar o que deve ser aferido e/ou ensinado numa próxima consulta</p>

Tabela 1 - Guião para a teleconsulta à pessoa idosa com dor crónica não oncológica (Gomes et al 2020)

No segundo capítulo iremos apresentar a metodologia seguida para a implementação do projeto.

2. METODOLOGIA DO PROJETO

A metodologia adotada para o desenvolvimento e implementação da teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa e família com fragilidade, para a promoção do Cuidado- de- Si foi a de projeto. Esta metodologia distingue-se por estar focada num problema real, identificada no contexto da prática e nas estratégias necessárias para a supressão desse mesmo problema. Para que seja possível executar um projeto é indispensável fazer-se uma avaliação do contexto para chegar ao diagnóstico de situação, de seguida planearem-se os objetivos a atingir, planejar as atividades a desenvolver, executar o que foi definido pelo planeamento, avaliar os resultados obtidos e por fim divulgar os resultados obtidos (Ruivo, 2010).

Deste modo o **diagnóstico de situação** foi realizado durante o período de observação do contexto da USF X englobado na UC de Opção II em novembro de 2020. Esta unidade de saúde encontra-se em processo de desenvolvimento de um projeto com o objetivo de se tornar uma instituição de saúde amiga das pessoas idosas, motivo pelo qual iniciou um conjunto de intervenções para a prevenção e controlo da síndrome da fragilidade nas pessoas idosas. A população abrangida por esta USF é constituída por cerca de 17,8% pessoas idosas, destes 40,7% são homens e 59,3% são mulheres (BI-CSP, 2020).

As necessidades das pessoas idosas com fragilidade representam um desafio para os enfermeiros especialistas ao nível do desenvolvimento da prática clínica, na construção de uma enfermagem avançada que permita um modelo de intervenção baseado na relação de parceria, que inclua toda o contexto de vida da pessoa idosa e sua família, promovendo o Cuidado- de- Si.

Definimos como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermeira mestre e especialista na prevenção e controlo da fragilidade em parceria com a pessoa idosa e família; adaptar e implementar a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil e família para a promoção do Cuidado- de- Si.

Considerando que este projeto se enquadra num estágio de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, importa lembrar as competências comuns dos enfermeiros especialistas e as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

A OE definiu como competências comuns dos enfermeiros especialistas a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; o processo de gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Já as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica estão definidas pela OE no regulamento nº429/2018.

Assim na etapa do planeamento que foi desenvolvida no projeto de estágio na opção II, foram definidos os objetivos específicos e as atividades para os atingir, bem como os critérios de avaliação do mesmo (apêndice IV).

A fase de **execução** decorreu entre 3 de janeiro e 27 de maio de 2021 na USF X.

Durante a realização do estágio e o desenvolvimento do projeto, todos os aspetos éticos foram devidamente respeitados e acautelados. Todas as pessoas idosas que participaram no projeto de desenvolvimento e implementação da consulta telefónica à pessoa idosa e família com fragilidade para a promoção do Cuidado- de- Si, foram informadas sobre os objetivos do mesmo, tendo decidido de forma informada a participar no projeto, pelo que assinaram um consentimento informado (Apêndice VI).

Todos os pedidos de autorização para a integração do projeto dos centros de saúde amigos das pessoas idosas, bem como autorização dos autores para a adaptação do guião de intervenção da TC de enfermagem à pessoa com dor crónica se encontram nos apêndices de VI a XI.

No próximo ponto será apresentada uma breve reflexão sobre o percurso desenvolvido ao longo do curso de mestrado e do estágio mais concretamente.

3. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Assim tendo em conta o projeto delineado, neste capítulo, focaremos com especial detalhe a revisão *scoping* para identificação das características dos centros de saúde amigos das pessoas idosas, o desenvolvimento do protocolo de intervenção de enfermagem na consulta telefónica à pessoa idosa e família com fragilidade para a promoção do Cuidado- de- Si, nomeadamente no guião de intervenção para a CT e um estudo de caso que evidencia a prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o modelo de parceria de Gomes para a promoção do Cuidado- de- Si (2016, 2021).

Foi realizada a adaptação do guião de intervenção de enfermagem às pessoas idosas com dor crónica através da consulta telefónica (Gomes, 2020), à teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa e família com fragilidade para a promoção do Cuidado- de- Si. O desenvolvimento deste novo deste guião serviu de base à produção de um artigo científico.

Além do artigo desenvolvido, foi também produzido um vídeo de demonstração da aplicação do guião de intervenção para a implementação da teleconsulta às pessoas idosas e famílias com fragilidade para a promoção do Cuidado- de- Si, que foi utilizado na divulgação do guião à equipa da USF X, e que foi disponibilizado online através de uma plataforma de partilha de ficheiros.

Foi ainda realizada uma pesquisa bibliográfica alargada relativamente à teleconsulta, à síndrome de fragilidade nas pessoas idosas, tal como os efeitos da pandemia por Covid-19 nas pessoas idosas e na utilização de meios tecnológicos. Toda a legislação nacional aplicável, e as orientações da OMS (2018) foram consideradas no desenvolvimento deste projeto.

No âmbito da prática clínica foi desenvolvido um estudo de caso detalhado relativo a uma das pessoas que participou no teste de implementação do guião desta teleconsulta. Foi ainda possível estabelecer uma parceria entre a USF X e a ESEL com a consulta de vários cuidadores informais para que fosse possível o desenvolvimento de um estudo relativo à sua experiência com a pessoa que tinham a cargo.

3.1 CENTROS DE SAÚDE AMIGOS DAS PESSOAS IDOSAS: REVISÃO SCOPING

No âmbito da integração do projeto dos centros de saúde amigos das pessoas idosas cujo o desenvolvimento se manteve após o final do estágio, realizamos uma revisão da literatura (revisão *scoping*), para produção de um artigo científico (Gomes, 2021) que esclarecesse os pontos fundamentais que devem ser observados num centro de saúde e na sua área de abrangência, para que este possa prestar um serviço às pessoas idosas que vá ao encontro das suas necessidades.

A revisão *scoping* principiou com uma pesquisa preliminar realizada na JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Cochrane Library*, MEDLINE e CINAHL, que revelou a inexistência de um *Scoping Review* (publicada ou em desenvolvimento) sobre os cuidados de saúde amigos das pessoas idosas.

Nesta revisão seguiu a metodologia do Instituto Joanna Briggs (2015) e o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Esta análise baseia-se na definição de um tema e dos objetivos que se pretende alcançar, seguidamente desenha-se a população alvo do estudo com critérios de inclusão e / ou exclusão. Deste modo, esta revisão *scoping* teve como tema os centros de saúde amigos das pessoas idosas, a questão formulada foi “Quais as características apresentadas pelas unidades de saúde amigas das pessoas idosas no contexto dos cuidados de saúde primários”. O objetivo desta pesquisa foi analisar e mapear o conhecimento produzido sobre as características dos cuidados de saúde primários (centros de saúde) amigos das pessoas idosas. Os critérios de inclusão para a análise dos artigos passaram pelo ano de publicação (desde 2004), pelo contexto de cuidados abordado (cuidados de saúde primários) e pelo idioma em que os artigos foram publicados (português, inglês e espanhol).

Definimos ainda a questão de investigação tendo em conta o conceito (serviços de saúde amigos das pessoas idosas), o contexto (cuidados de saúde primários) e a população (pessoas idosas, com 60 ou mais anos, familiares e cuidadores).

Resultados obtidos:

Através da análise de vinte e dois artigos, referenciados no apêndice XII, foi possível identificar sete categorias através das quais um centro de saúde, bem como a envolvente em que se insere pode ser classificado como um centro de saúde amigo

das pessoas idosas. São essas categorias: a informação, educação e comunicação que o centro de saúde tem capacidade de providenciar; os sistemas de gestão de cuidados de saúde, no que diz respeito à organização e logística de cada instituição; o processo de gestão de cuidados atendendo às principais patologias e características das pessoas idosas; o ambiente físico do centro de saúde; a rede de transportes que serve a comunidade; as condições que a envolvente oferece que facilitem a manutenção das pessoas no seu domicílio; e as políticas de saúde que se focam na saúde e bem-estar das pessoas idosas.

No que diz respeito à **informação, educação e comunicação** os centros de saúde amigos das pessoas idosas, exigem que todos os profissionais assumam a responsabilidade de reunir as competências técnicas específicas para dar resposta às necessidades das pessoas idosas e suas famílias (Pelaez et al, 2004, Hoontrakul et al, 2008; Kuo et al, 2010, Fulmer et al, 2018 Ssensamba et al, 2019 e Motsohi et al, 2020). Além disso, detêm capacidades comunicacionais desenvolvidas e demonstram voluntarismo e disponibilidade às pessoas que procuram os seus serviços (Kuo et al, 2010, Ssensamba et al, 2019 e Motsohi et al, 2020). Para manter estas capacidades, todos os funcionários dos cuidados de saúde primários fazem formações regulares e frequentes. Estes profissionais estão também imbuídos dos valores das instituições amigas das pessoas idosas, não praticando o idadismo (Kuo et al, 2010 e Motsohi et al, 2020).

Os meios tecnológicos, são utilizados para agilizar a transmissão de informação às pessoas idosas, a marcação de consultas e a identificação de necessidades eficazmente (Motsohi et al, 2020). De forma a garantir a fácil identificação de todos os profissionais, a utilização dos seus uniformes e crachás é indispensável, de forma que todos os utilizadores destes serviços saibam a quem se dirigir para as diferentes questões (Woo et al, 2013).

É ainda incumbência do centro de saúde amigo das pessoas idosas, comunicar com as restantes organizações da comunidade, de forma a dar resposta às necessidades das pessoas idosas, em parceria com outras instituições, para a melhoria dos cuidados de saúde, do suporte social, cognitivo e psicológico das pessoas idosas e suas famílias (Teixeira-Poit, 2019). Outro aspeto importante da informação dirigida às pessoas idosas diz respeito ao regime medicamentoso. As caixas da medicação devem ser claras e indicar todas as informações relevantes para a correta toma dos medicamentos por parte das pessoas idosas, sem que ocorram

duplicações, erros de dosagem ou interações indesejáveis entre os diferentes fármacos consumidos (Cheung et al, 2015).

A melhoria da saúde das pessoas idosas pode ser obtida através da educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, adequados à sua individualidade de vida, adotando o modelo de cuidados em parceria.

Apesar do enunciado, existe evidência de que se continuam a verificar falhas de comunicação e situações nas quais as pessoas idosas sentem que não são ouvidas. Constatou-se também que os serviços de saúde não oferecem a qualidade dos cuidados esperada pelos cidadãos e que esta está diretamente relacionada com o profissional específico que a presta, ao invés de ser desenvolvida consistentemente, de acordo com os mesmos princípios e modelos por todos os profissionais de uma mesma instituição (Motsohi et al, 2020).

Ao nível dos **sistemas de gestão de cuidados de saúde**, os centros de saúde amigos das pessoas idosas oferecem uma avaliação completa e multifatorial das necessidades dos seus utentes, providencia todas as consultas, tratamentos e exames complementares de diagnóstico passíveis de realizar no centro de saúde, de forma que todas as necessidades sejam colmatadas numa só visita à instituição (Woo et al, 2013 e Alhamdan et al, 2015). Deste modo, estes centros são responsáveis por ter os recursos disponíveis para ceder a quem deles necessitar, para apoiar o desenvolvimento das suas atividades de vida diária, nomeadamente, cadeiras de rodas, andarilhos, bengalas, aparelhos auditivos, etc., facultando-os no momento da identificação da necessidade, (Ssensamba et al, 2019) resolvendo os problemas das pessoas idosas atempadamente (Kuo et al, 2010).

É necessário investimento em medidas de prevenção das doenças crónicas, evitando sobrecargas dos sistemas de saúde a longo prazo e obtendo ganhos em saúde (Ricciardi et al, 2014). Os cuidados / ensinamentos relativamente à saúde oral, não podem ser menosprezados, recaindo sobre estes uma particular atenção dos profissionais de saúde (Petersen et al, 2010).

A articulação entre os cuidados de saúde públicos e privados, bem como entre os cuidados de saúde primários e diferenciados é eficaz, sendo garantida a atempada comunicação entre todos para a melhoria do serviço prestado às pessoas idosas e famílias, bem como é prestada uma resposta atempada às suas necessidades específicas (Lin et al, 2010, Teixeira-Poit, 2019 e Liggett et al, 2020). O processo de

consulta amiga da pessoa idosa enfatizou a importância de parcerias colaborativas e a necessidade de os terapeutas ocupacionais adotarem um papel facilitador (Lauckner et al, 2014).

Atualmente alguns dos serviços de saúde estão pouco preparados para responder às necessidades específicas das pessoas idosas, devido à falta de coordenação de todos os atores intervenientes na tomada de decisão, desde o financiamento público, à gestão de recursos humanos, liderança, decisão política e condições estruturais (Ssensamba et al, 2019).

O **processo de gestão de cuidados** deve ter em conta que sempre que possível e necessário, os cuidados de enfermagem e de assistência às atividades básicas de vida são prestados no domicílio da pessoa idosa, evitando a sua institucionalização (a menos que seja esse o desejo da pessoa idosa). Os familiares são considerados não só como um recurso, mas principalmente como alvo de cuidados de saúde, como uma dimensão integrante do bem-estar da pessoa idosa (Dalmer, 2019). Os cuidados de saúde são prestados de acordo com as necessidades individuais, passando pela avaliação regular da tensão arterial, IMC, colesterol, dislipidémia, função cardiovascular, diabetes, rastreio da acuidade visual e auditiva, da continência urinária, da depressão, geriátrica anual e administração da vacina da gripe (Alhamdan et al, 2015).

Os profissionais de saúde devem efetuar educação para a saúde, seguindo um plano individualizado de cuidados, abordando a temática do envelhecimento, das possíveis necessidades futuras, da promoção da saúde, prevenção da doença e manutenção da autonomia (Alhamdan et al, 2015). Pessoas idosas com depressão, ou socialmente mais vulneráveis, devem ter um apoio suplementar de voluntários da comunidade, proporcionando interações sociais significativas.

A qualidade de vida pode ser representada pelo simples passear pelas ruas vizinhas ou usar os transportes públicos (Lee et al, 2019). É importante compreender a interação entre as características da pessoa e o contexto em que vive, e de que forma estes se envolvem no seu processo de envelhecimento (John et al, 2015). Os profissionais de saúde que prestam cuidados às pessoas idosas recebem formação específica que lhes permite responder às necessidades específicas do seu público alvo (Fulmer, 2018).

Os sistemas de emergência e de avaliação compreensiva das pessoas idosas, ainda não respondem às suas reais necessidades, devendo ser melhoradas e implementadas efetivamente, para toda a população idosa, incluindo pessoas idosas com dificuldades cognitivas e com deficiências funcionais (Lee et al, 2019).

O **ambiente físico** dos centros de saúde amigos das pessoas idosas é de extrema importância devendo estar adaptado às necessidades dos seus utilizadores, assim a acessibilidade física ao edifício no qual os cuidados são prestados, é facilitada, (Sander et al, 2014 e Doolan-Noble et al, 2018) para isso contribuindo o facto da instituição de saúde preferencialmente se encontrar implantada próxima da comunidade que serve, reduzindo assim a necessidade de deslocações dos seus utentes (Ssensamba et al, 2019). Os acessos às áreas exteriores e jardins são também facilitadas a pessoas com dificuldades de locomoção (Hancock et al, 2018).

À chegada à instituição de saúde, as pessoas podem encontrar lugares de estacionamento dedicados a pessoas com mobilidade reduzida. No caso de o piso térreo estar a um nível diferente do chão exterior, deve haver um degrau compensado com uma rampa (Hoontrakul et al, 2008 e Alhamdan et al, 2015), e ter uma estrutura ampla, que permita a circulação de pessoas com mobilidade reduzida (utilizando cadeira de rodas ou outros dispositivos de auxílio à marcha, por exemplo), bem como a presença de um acompanhante lado a lado em todos os ambientes. (Woo, et al, 2013). A porta de entrada tem uma largura nunca inferior a 90cm (Alhamdan et al, 2015) e as saídas de emergência, gabinetes de atendimento, casas de banho e saídas devem estar claramente identificadas e com sinalética visível, bem iluminadas e escritas com alto contraste face ao fundo em que se encontram, sempre que necessário estas indicações encontram-se disponíveis também em braille (Alhamdan et al, 2015 e Ssensamba et al, 2019).

As zonas de circulação são constituídas por materiais antiderrapantes, têm corrimãos de apoio e encontram-se bem iluminadas. A mobília existente em toda a instituição constitui um baixo risco de queda (Alhamdan et al, 2015). Quando existem elevadores, escadas rolantes ou passadeiras rolantes, a velocidade destes deve ser baixa, para que a pessoa idosa possa transitar entre os vários níveis em segurança (Woo, et al, 2013).

As zonas de espera têm cadeiras confortáveis, para que as pessoas idosas possam descansar enquanto aguardam, e deve ser possível que o seu acompanhante

se sente ao seu lado. (Woo, et al, 2013). Estes edifícios oferecem instalações sanitárias acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida, permitindo a sua autonomia e independência (Woo, et al, 2013), e apresentam-se em quantidade suficiente para o número de utentes esperados na instituição (Alhamdan et al, 2015). Em suma, o espaço físico das instituições amigas das pessoas idosas está adaptado às necessidades específicas do seu público-alvo (Kuo et al, 2010).

Continua a verificar-se uma iniquidade entre os recursos disponíveis para a população rural e para a população urbana. Os transportes são insuficientes ou inadequados para responder às necessidades das pessoas idosas para terem acesso às suas consultas, tratamentos e exames. Os passeios são demasiados estreitos e congestionados, constituindo um perigo acrescido para as pessoas com a capacidade de mobilidade alterada (Hancock et al, 2018).

No que diz respeito aos **transportes**, as comunidades amigas das pessoas idosas oferecem opções de transportes públicos para a sua população se deslocar (Alhamdan et al, 2015), utilizando meios auxiliares de marcha e adaptados às suas restrições de mobilidade (Woo, et al, 2013 e Hancock et al, 2018), bem como a utilização de outros equipamentos de saúde (botijas de oxigénio, por exemplo) (Woo, et al, 2013). Estes transportes são economicamente acessíveis e possibilitam a presença de um acompanhante (Woo, et al, 2013). Os motoristas destes serviços devem ter em conta a população que transportam e assim adaptar a sua condução (não fazer travagens bruscas, esperar que as pessoas se sentem antes de iniciarem o movimento) (Woo, et al, 2013). Deste modo, as comunidades amigas das pessoas idosas oferecem transportes que consigam responder às necessidades de todos os grupos etários (Doolan-Noble et al, 2018).

A rede de transportes não está ainda preparada para atender às necessidades de mobilidade das pessoas idosas, no que diz respeito, especialmente, aos transportes públicos. Foi observado que, em alguns casos, os motoristas travavam e aceleravam de forma muito brusca, originando um possível risco de lesão. A sinalética é difícil de ler para uma pessoa com redução da acuidade visual, não é possível transportar botijas de oxigénio e existem poucas opções para acessos de pessoas que se deslocam em cadeiras de rodas ou que utilizam andarilho (Woo, et al, 2013).

A **manutenção das pessoas idosas**, durante o seu processo de envelhecimento, **no seu próprio domicílio**, ou pelo menos nas suas comunidades é

outro fator que visa a qualidade de vida desta população (Lehning et al, 2014; Brooks-Cleator et al, 2019 e Dalmer, 2019). Para que este objetivo se verifique, existe na comunidade, recurso a apoio domiciliário de equipas multidisciplinares, acessibilidade a programas de voluntariado que assegurem as necessidades psicológicas, cognitivas, sociais e ainda estruturas de apoio, que permitam que as pessoas idosas mantenham a sua autonomia, tais como, supermercados, cabeleireiros, lavandarias, etc. (John et al, 2015; Jiang et al, 2017 e Lee et al, 2019).

Os cuidados de enfermagem são prestados ao domicílio, possibilitados pela coordenação dos cuidados de saúde primários da área de residência, prestando as intervenções necessárias para o suprimento das necessidades identificadas e promovendo a manutenção da independência das pessoas idosas nas suas casas (Lee et al, 2019). As instituições residenciais para idosos são implantadas nas comunidades onde as pessoas idosas vivem, permitindo-lhes continuar a viver num ambiente familiar (Doolan-Noble et al, 2018 e Ssensamba et al, 2019). Contudo deve ser dada a possibilidade à pessoa idosa de não continuar a viver no seu domicílio, caso seja esse o seu desejo, devendo a comunidade oferecer respostas a estas situações, como são exemplo as estruturas residenciais para idosos (Rahman et al, 2020). Comunidades amigas das pessoas idosas oferecem acesso a negócios e lazer, interação social, boa vizinhança, envolvimento da comunidade, rede de transportes e serviços públicos (Smith et al, 2013).

Ainda se verificam grandes irregularidades de distribuição de recursos, em vários países, que possibilitem às pessoas idosas permanecerem no seu domicílio durante o seu processo de envelhecimento. Além disso, o nível de interação com a comunidade envolvente varia de acordo com fatores como o género, a etnia, o estatuto económico e social e o grau de escolaridade (Smith et al, 2013).

No que respeita à **políticas de saúde**, os órgãos legisladores definem políticas que permitam o envelhecimento ativo, produtivo, bem-sucedido e positivo da sua população, promovendo a autossuficiência e independência de cada pessoa idosa, reduzindo o estigma relacionado com a idade mais avançada, integrando na comunidade pessoas ativas, racionais e responsáveis (Pelaez et al, 2004 e Dalmer, 2019). Assim, o papel do legislador passa por produzir políticas de promoção da saúde, prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis adaptados às necessidades específicas das pessoas idosas (Petersen et al, 2010). Além disso, os governos internacionais, nacionais e locais disseminam as diretivas da Organização

Mundial de Saúde, implementando-as na prática de cuidados efetiva (Dalmer et al, 2019 e Ssensamba et al, 2019).

Os profissionais de saúde, através dos seus representantes institucionais, contribuem para a discussão das políticas de saúde, para a melhoria da prestação de cuidados e da qualidade de vida das pessoas idosas (Cheung et al, 2015). Os governos de cada país são responsáveis pela distribuição equitativa dos recursos por todo o território nacional, assegurando uma uniforme acessibilidade a cuidados de saúde em toda a extensão do país. (Pelaez et al, 2004 e Hancock et al, 2018). São também responsáveis pela criação e implementação de planos de emergência, específicos para pessoas idosas (Lee et al, 2019).

Cabe ainda aos responsáveis políticos, a implementação de políticas sociais e económicas de proteção das pessoas idosas, o seu acesso a habitação financeiramente viável e de longo prazo, e ao desenvolvimento de planos de reforma flexíveis (Pelaez et al, 2004 e Hancock et al, 2018). O investimento na investigação na área do envelhecimento e das comunidades amigas das pessoas idosas, é estimulado, bem como o resultado destes estudos, é implementado na prática tão brevemente quanto possível. (Petersen et al, 2010 e Doolan-Noble et al, 2018).

A responsabilidade dos governos nacionais e municipais deve ser mobilizada no sentido de agilizarem as melhores práticas, oferecerem as condições técnicas e a gerirem o processo de tornar as instituições e cidades amigas das pessoas idosas (Cheung et al, 2015).

A literatura revela que o tema dos centros de saúde amigas das pessoas idosas suscita interesse nos cinco continentes e que, apesar de ter ganho mais popularidade nos últimos seis anos, tem vindo a ser discutido desde 2002, aquando da publicação de *“Active ageing: a policy framework”*, pela OMS. Não se tratando de um tema recente, existe ainda muito por fazer no que respeita à aproximação dos cuidados de saúde primários às reais necessidades das pessoas idosas e suas famílias, sendo recomendação de um grande número dos artigos analisados, a disseminação de práticas amigas das pessoas idosas nestas instituições de saúde: *“Clinical services and the internal environment of primary health care centres can be improved”* (Alhamdan, 2015); *“Desirable improvements were identified in all domains”* (Woo, 2013); *“[...] age-specific holistic needs [...] are not fully met by the current age-friendly*

arrangments” (Motsohi, 2020); “*There is a low readiness for public health facilities to provide generic friendly care services*” (Ssensamba, 2019).

Esta já era uma questão importante em 2002, que levou à criação do manual de procedimentos da Organização Mundial de Saúde, duas décadas mais tarde, os cuidados de saúde de qualidade à pessoa idosa e família são ainda mais centrais, devido ao vincado envelhecimento global da população. Passa também pelos enfermeiros, não adiar mais esta questão, adequando a sua intervenção às necessidades específicas das pessoas idosas e através da promoção do cuidado às pessoas idosas contribuir para uma saúde sustentável das populações. No entanto, esta questão não é passível de ser resolvida apenas na prestação de cuidados diretos, motivo pelo qual, estes profissionais devem ter uma voz ativa na tomada de decisão política, na investigação e na formação (WHO, 2002, Pelaez et al, 2004; Petersen et al, 2010; Kuo et al, 2010; Woo et al, 2013; Cheung et al, 2015; Ssensamba et al, 2019).

A adequação dos cuidados de saúde primários às necessidades das pessoas idosas não é uma questão de fácil resolução, cuja efetivação passa apenas por uma classe profissional. É necessária a coordenação de todos os profissionais de saúde e pessoal administrativo, bem como o envolvimento político, não só do Ministério da Saúde, mas de todo o governo que deve priorizar a questão das instituições e localidades amigas das pessoas idosas.

Os resultados desta revisão foram publicados na revista *Gerontechnology IV* (Gomes et al , 2022a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004 apresentou um estudo sobre a opinião das pessoas idosas, cuidadores familiares e profissionais acerca dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento destes serviços, resultando no desenvolvimento das características dos cuidados de saúde primários amigos das pessoas idosas (WHO, 2004). Estas diretrizes abrangem três dimensões: a informação, educação e comunicação; os sistemas de gestão de serviços de saúde; e o ambiente físico (World Health Organization, 2004).

Acosta-Benito concluiu que os cuidados amigos das pessoas idosas permitem o *empowerment*, aumentando o conhecimento e a autonomia das pessoas idosas de forma a que estas se envolvam e sejam parceiras no processo de cuidados e tenham poder na tomada de decisão, garantido a qualidade e dignidade dos cuidados (Acosta – Benito, 2018).

Este tipo de cuidados conseguem satisfazer as necessidades da população, evitando o inadequado uso de serviços de urgência, facilitando o acesso da população que reside nas regiões distantes dos principais centros, e permite a acessibilidade aos cuidados para os cidadãos com baixo rendimento (Lubenow et al., 2016). Dessa forma, reconhece-se que quanto menor forem as barreiras de acesso aos cuidados de saúde primários, menores serão os riscos e danos à saúde da população, obtêm-se ganhos em saúde e diminuem-se substancialmente os gastos em saúde pública (Joling et al., 2018).

Ainda no âmbito dos centros de saúde amigos das pessoas idosas, foi possível participar num outro projeto intitulado “Perfil dos Cuidadores Informais do Município de Lisboa” que teve como objetivo conhecer as características dos cuidadores informais de pessoas com diversos graus de dependência nas AVDs em todo o município de Lisboa. A minha participação consistiu em informar estes cuidadores da existência do projeto, bem como obter o seu consentimento para a participação no mesmo. Através desta atividade foi-me possível compreender que as necessidades das pessoas que têm o auxílio de um cuidador informal são muito variadas na população abrangida pela USF X, bem como as capacidades dos cuidadores são também muito diversas. Assim reforcei o meu entendimento enquanto enfermeira especialista, de ver a pessoa idosa, que necessita de cuidados de enfermagem, não como único foco da minha atenção, mas que devo encarar o binómio pessoa / família como sendo ambos parte integrantes do processo de cuidados.

De seguida será apresentada a descrição de um processo de cuidados à luz do modelo de parceria para a promoção do Cuidado- de- Si (Gomes 2016, 2019) que contempla também a integração da estrutura familiar no processo de cuidados.

3.2. GUIÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA E FAMÍLIA COM FRAGILIDADE PARA A PROMOÇÃO DE CUIDADO- DE- SI

A gestão dos cuidados de enfermagem em tempos pandemia pela SARS-COV 2, nomeadamente no contexto das pessoas idosas frágeis implica o desenvolvimento de ações inovadoras que procurem dar respostas a estes problemas, visando a continuação de cuidados às pessoas idosas para que a sua situação de saúde não se agrave e se promova a sua qualidade de vida. Deste modo a criação de uma teleconsulta de enfermagem perspetivou-se como uma resposta no visando responder ao problema crescente da síndrome de fragilidade, em contexto de pandemia.

Decorrente do fortalecimento da relação de confiança e das recomendações da WHO (ano), estabelecemos que seria necessário realizar uma pré-consulta presencial para realizar um conjunto de avaliações e também para introduzir a teleconsulta que se seguirá. Deste modo, para cada pessoa idosa / família, antes de se realizar uma teleconsulta, existe a necessidade de efetuar uma consulta presencial para qual também foi elaborado um guião.

Consulta Presencial

Num momento anterior à teleconsulta é importante efetuar uma consulta presencial com a pessoa idosa e família. Esta consulta pode ocorrer tanto em contexto domiciliário, como em centro de saúde, não só para o fortalecimento da relação de confiança entre a pessoa idosa e o enfermeiro, como para a avaliação de alguns aspetos, que necessitam da presença física para uma correta apreciação. As atividades a realizar nesta fase são:

- Apresenta-se, dizendo de onde vem e o objetivo da visita; (Explicita que é uma primeira consulta presencial para, no futuro, fazer consultas telefonicamente, para evitar deslocações desnecessárias e para ser mais comodo para as pessoas com mais dificuldade de mobilidade. Em situações que assim o exija far-se-á uma consulta presencial com todas as medidas de segurança asseguradas);

- O enfermeiro explica os instrumentos de avaliação a utilizar e o funcionamento da teleconsulta; Caso esteja de acordo, o enfermeiro solicita a assinatura do consentimento informado para a realização da teleconsulta e aplicação de instrumentos de avaliação;

- Questiona a pessoa idosa como tem passado e se há alguma coisa que a tenha preocupado ultimamente; Questiona se a pessoa consegue manter o Cuidado- de- Si de forma autónoma, ou se sente alguma dificuldade em realizar as suas atividades de vida diárias;

O enfermeiro realiza uma avaliação Geriátrica Global (AGG). Esta é uma ferramenta que permite avaliar a pessoa idosa, obtendo-se uma avaliação multidimensional da sua situação de vida, dos seus problemas, do seu processo de envelhecimento e avaliar os cuidados de que necessita. Assim são avaliadas a saúde física, a saúde mental, a capacidade funcional e o suporte social da pessoa idosa. A intervenção de enfermagem deve ser iniciada pela AGG para que o diagnóstico seja realizado com precisão, possibilitando a implementação das intervenções mais específicas e necessárias, promovendo a autonomia e independência da pessoa idosa (Veríssimo, 2014).

A AGG deve ser aplicada a todas as pessoas com mais de 75 anos e às pessoas com mais de 65 anos com maior vulnerabilidade, ou seja, que apresentem múltiplas patologias, polimedicação, doenças crónicas, alterações cognitivas ou funcionais, que se encontrem institucionalizadas ou que careçam de apoio social (Veríssimo, 2014).

Esta avaliação segundo Duarte (2015) mede dez domínios: cognição, humor, comunicação, mobilidade, equilíbrio, função intestinal e urinária, nutrição, atividades de vida diária e aspetos sociais.

A avaliação deve ser feita no primeiro contato com a pessoa idosa, (ou no caso de já ser conhecida da equipa de saúde, quando atinge a idade já referida), seguindo-se reavaliações anuais (após os 75 anos) ou bianuais (entre os 65 e 75 anos), ou sempre que se verificar uma alteração significativa para a normal vivência da pessoa idosa. Esta avaliação pode ser realizada tanto no domicílio da pessoa idosa, como no contexto do centro de saúde (Veríssimo, 2014).

Para a avaliação multidimensional da pessoa idosa é também fundamental fazer recurso ao uso de escalas (tabela 2).

Saúde Mental	Capacidade Funcional	Suporte Social
Mini Mental State Examination (MMSE) (Cognição)	Escala de Barthel (ABVD)	Escala de Tilburg (Aspectos Sociais)
Escala de Depressão de Yesavage (Humor)	Escala de Layton e Brody (AIVD)	
Escala de Tilburg (Cognição e Humor)	Mini Nutritional Assessment (MNA) (Nutrição)	
	Diário de micção (Função urinária)	
	Escala de Downton (Mobilidade e Equilíbrio)	
	Escala de Tilburg (ABV)	

Tabela 2 - Escalas de avaliação após a triagem da grande síndrome geriátrica

- O enfermeiro aplica as escalas necessárias (a avaliação de depressão geriátrica, a escala de Barthel, de Lawton-Brody, o diário miccional, a escala de Downton e o MNA) tendo em conta a avaliação que faz na pessoa na entrevista clínica;
- Se até ao momento a pessoa ainda não referiu, questionar se existe algum problema que a preocupe e qual o impacto desse problema na vida da pessoa;
- Explica que seguidamente será realizada uma consulta por telefone, onde o enfermeiro irá realizar uma avaliação mais aprofundada e agenda a teleconsulta num dia e hora viável para os dois intervenientes;
- Despedida cordial e amigável
- Efetua registos da consulta presencial.

O guião de intervenção para a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa com fragilidade foi adaptado do guião de intervenção de enfermagem às pessoas idosas com dor crónica através da consulta telefónica (Gomes, 2020), bem como às orientações Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008).

A adaptação do guião foi realizada numa unidade de saúde familiar, criando-se num primeiro momento um guião teste que foi aplicado a três pessoas idosas frágeis acompanhadas em consulta domiciliária. Após as intervenções de enfermagem ao grupo teste, o guião foi refinado para melhor responder às necessidades das pessoas

idosas e famílias, como por outro lado facilitar a comunicação e o estabelecimento da relação de confiança entre enfermeiro e pessoa idosa / família.

A teleconsulta de enfermagem está estruturada da forma apresentada em seguida.

Fase 1 – Preparação

Ocorre antes do início da chamada e devem ser desenvolvidas as seguintes atividades:

- Consulta o processo de enfermagem da pessoa;
- Revê o histórico de consultas e problemas de saúde;
- Confirma a existência do consentimento informado para a realização da teleconsulta e aplicação de instrumentos de avaliação;
- Garante um ambiente protegido para a realização da teleconsulta (disponibilidade da linha telefónica, ausência de interrupções);
- Protege a confidencialidade e privacidade da pessoa / família.

Os objetivos desta fase são:

- Conhecer o contexto da pessoa idosa e família.
- Confirmar que existe um consentimento informado para a teleconsulta;
- Garantir que a teleconsulta decorre sem interrupções e que todas as escalas de avaliação estão acessíveis;

Fase 2- Introdução de teleconsulta

Nesta segunda fase o enfermeiro inicia o contacto telefónico com a pessoa idosa / família e desenvolve as intervenções seguintes:

- Introduzir-se, dizendo o nome e a instituição de saúde de onde liga;
- Cumprimenta a pessoa cordialmente;
- Lembra o motivo da teleconsulta;
- Clarifica se a pessoa tem alguma questão decorrente da consulta anterior, que gostasse de discutir;
- Questiona como tem passado nos últimos tempos.

Os objetivos desta fase são:

- Estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa;
- Conhecer a identidade da pessoa, quais os seus valores e a sua cultura.

A fase 1 e 2 correspondem à primeira etapa do modelo de parceria para a promoção do Cuidado- de- Si, que se denomina “Revelar-se”, no qual se desenvolve o conhecimento mútuo entre pessoa idosa / família e o enfermeiro, sendo

caracterizada pela escuta ativa do enfermeiro, que se esforça por conhecer a verdadeira identidade da pessoa, dos seus problemas e do que estes significam para si, ao mesmo tempo que o enfermeiro também se dá a conhecer de uma forma simpática que estimule a participação das pessoas, partilhando as suas necessidades.

Fase 3 – Desenvolvimento da teleconsulta

Durante o desenvolvimento da teleconsulta, irão decorrer as restantes etapas do modelo de parceria para a promoção do Cuidado- de –Si. Apesar de várias etapas poderem ocorrer em simultâneo na interação entre a pessoa idosa / família e o enfermeiro, são aqui apresentadas separadamente.

A etapa seguinte do modelo de parceria é caracterizada pela criação de um espaço de reciprocidade, onde o enfermeiro procura identificar os elementos que tornam a pessoa idosa única e as suas necessidades. A etapa “Envolver-se” da teleconsulta comporta as seguintes intervenções:

- Procura perceber como a pessoa ocupa o seu dia normalmente e quais são as suas rotinas;
- Questiona se a pessoa idosa vê e fala com pessoas todos os dias e quem são essas pessoas;
- Averigua se consegue realizar todas as suas atividades diárias sozinho/a. (Se não, de que auxílio necessita? Quem é que o presta?);
- Aplica a triagem da grande síndrome geriátrica – síndrome da fragilidade (e outras escalas se necessário, de acordo com o score obtido em cada secção – inclui Escala de Depressão Geriátrica; Escala de Barthel; Escala de Lawton-Brody; Diário Miccional; Escala de Downton;);
- Aplica a escala de Tilburg.

Os objetivos da etapa “Envolver-se” são:

- Ir ao encontro às necessidades da pessoa e ao seu projeto de vida e de saúde, adaptando as intervenções de enfermagem à realidade da pessoa parceira de cuidados;
- Obter conhecimentos sobre a capacidade de a pessoa exercer a sua autonomia e promover o cuidado de si;
- Encontrar a melhor estratégia de permitir a realização do projeto de vida da pessoa idosa;
- Avaliar a fragilidade da pessoa idosa.

A próxima etapa é designada por “Capacitar / Possibilitar”. O enfermeiro capacita a pessoa para a tomada de decisão conjunta, quando esta tem capacidade para o fazer; ou possibilita a continuação do projeto de vida da pessoa idosa, partilhando o sentido que esta atribui às suas experiências, tomando a decisão da situação de cuidados. Nesta etapa as atividades a realizar são:

- Questiona se existe um problema que considera ser o mais relevante. (Qual?);
- Indaga que forma é que pode ajudar a ultrapassar esse problema;
- Negoceia uma estratégia de intervenção de enfermagem em parceria;
- Encontra um acordo entre a visão da pessoa / família e a intervenção clínica, seguindo o modelo de parceria para a promoção do cuidado de si;
- Respeita a decisão da pessoa, promovendo a sua autonomia e independência;
- Auxilia a pessoa / família a manter o compromisso assumido;
- Reforça que a decisão foi tomada em parceria, sendo o enfermeiro um parceiro que está disponível para suportar o trajeto de vida da pessoa.

Os objetivos da etapa “Capacitar-se / Possibilitar” são:

- Assumir ou assegurar a progressão do trajeto de vida da pessoa idosa;
- Transformar uma capacidade potencial em real;
- Compreender o problema atual mais relevante percebido pela pessoa idosa;
- Permitir à pessoa idosa / família expressar os seus desejos, sentimentos e o significado que o problema tem nas suas vidas;
- Capacitar / Possibilitar a pessoa / família a gerir o seu problema, mantendo o seu trajeto de vida.

A etapa seguinte é a fase do “Comprometer-se”, na qual existe um esforço conjunto do enfermeiro e pessoa idosa / família para atingir os objetivos definidos anteriormente. Neste momento da interação as intervenções a realizar são:

- Auxilia da pessoa / família a manter o compromisso assumido;
- Reforça que a decisão foi tomada em parceria, sendo o enfermeiro um parceiro que está disponível para suportar o trajeto de vida da pessoa.

Os objetivos desta etapa são:

- Assumir ou assegurar a progressão do trajeto de vida da pessoa idosa;
- Transformar uma capacidade potencial em real.

A última etapa pode assumir duas formas “Assumir o Cuidado- de –Si Próprio” ou “Assegurar o Cuidado- do- Outro”. No primeiro caso a pessoa idosa tem autonomia para decidir sobre o seu próprio processo de cuidados, mantendo o controlo sobre o seu projeto de vida. No caso do enfermeiro ter de assegurar o cuidado do outro, a pessoa idosa não tem capacidade de decisão sobre os seus cuidados, sendo responsabilidade do enfermeiro o cuidado que a pessoa deveria ter consigo própria, bem como a continuação da sua trajetória de vida, para tal capacita a família para o cuidado à pessoa idosa e constitui-se como recurso à família. As atividades a desenvolver nesta etapa são:

- Antecipa potenciais complicações;
- Promove o cuidado de si na pessoa idosa, mantendo a sua autonomia e independência;
- Estabelece a relação de parceria com o cuidador, possibilitando a cuidado da pessoa idosa;

Os objetivos desta etapa são:

- Capacitar a pessoa para o cuidado de si mesma;
- Possibilitar o cuidado através de um cuidador.

Fase 4 – Conclusão da teleconsulta

Depois de terminadas as intervenções de enfermagem segundo o modelo de parceria (Gomes, 2021), o enfermeiro deve fazer uma despedida cordial e mostrar disponibilidade para responder a questões:

- Verifica a existência de alguma questão - *“Tem alguma questão que eu possa esclarecer?”*
- Valida a relevância da teleconsulta – *“Esta conversa foi importante para si? Porquê?”*
- Marca da próxima teleconsulta;
- Demonstra disponibilidade para assistir a pessoa / família caso surja alguma necessidade;
- Despede-se cordial e amigavelmente;
- Efetua os registos necessários.

Os objetivos desta última fase são:

- Avaliar a importância da teleconsulta;

- Manter a relação de confiança com a pessoa / família;
- Garantir continuidade de cuidados.

A implementação da teleconsulta é uma intervenção de enfermagem eficaz para a avaliação e controlo da fragilidade da pessoa idosa, além de ser uma forma de combate ao isolamento a que muitas pessoas estão subjugadas. Os recursos materiais necessários estão disponíveis nos cuidados de saúde primários, o que facilita a implementação da teleconsulta.

O modelo de parceria para a Promoção do Cuidado- de- Si é o mais adequado para esta intervenção, uma vez que as pessoas idosas tomam responsabilidade pelo seu próprio processo de cuidados, o que potencializa a sua autonomia e independência.

A teleconsulta de enfermagem para a pessoa idosa frágil, para a Promoção- do- Si, através do guião descrito neste artigo mostrou-se um recurso de grande valor na resposta às necessidades das pessoas idosas frágeis e recomenda-se a sua utilização no futuro.

No ponto seguinte apresentamos um estudo de caso, tendo por base o modelo de cuidados em parceria, mas que foi desenvolvido em consulta domiciliária.

3.3. INTERVENÇÃO EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA E FAMILIA PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO- DE- SI

O estudo de caso descrito em seguida foi desenvolvido segundo o modelo de parceria para a promoção do Cuidado- de- Si (Gomes, 2016, 2019), na pessoa idosa em contexto domiciliário, tendo como objetivo a avaliação e controlo da fragilidade.

O modelo de parceria é constituído por cinco fases que se inter-relacionam:

- ✓ Revelar-se;
- ✓ Envolver-se;
- ✓ Capacitar / Possibilitar;
- ✓ Comprometer-se;
- ✓ Assumir o controlo do cuidado de si próprio / Assegurar o cuidado do outro;

Como referido anteriormente as fases do modelo não são estanques, consequentemente as informações a seguir apresentadas não foram obtidas em ordem cronológica, porém para facilitar a apresentação do processo e como exercício académico, irei agrupar os dados, de acordo com cada uma das fases do modelo de parceria.

Revelar-se – Primeira Fase

Na primeira fase do modelo de parceria é caracterizada pelo conhecimento mútuo entre enfermeiro e pessoa idosa / família. O enfermeiro procura conhecer o projeto de vida da pessoa, os seus valores, a sua história e o significado que esta atribui aos acontecimentos relevantes que já vivenciou. Para obter esta informação o enfermeiro demonstra uma atitude carinhosa, simpática, utilizando técnicas de escuta ativa, estando disponível para responder às necessidades da pessoa, avaliando o seu potencial de desenvolvimento e as potenciais estratégias que a permitam atingir o máximo de autonomia quando decide sobre o seu futuro.

Identificação pessoal

O Sr. M.A., de 78 anos, divorciado e viúvo, tem a 4^o classe de escolaridade, é reformado da construção civil e vive em Lisboa.

Contexto Socioeconómico e familiar

O Sr. M.A. tem 3 filhas, é divorciado da primeira esposa e viúvo da segunda desde 2008. Sente muito a falta da segunda esposa, com a qual refere ter tido um casamento muito feliz. O Sr. M.A. é o mais novo de quatro irmãos, teve dois irmãos e uma irmã, todos já falecidos (não tendo sido possível obter informação relativamente às causas da morte de cada um). O genograma da figura 1 evidência as relações familiares do Sr.M.A.

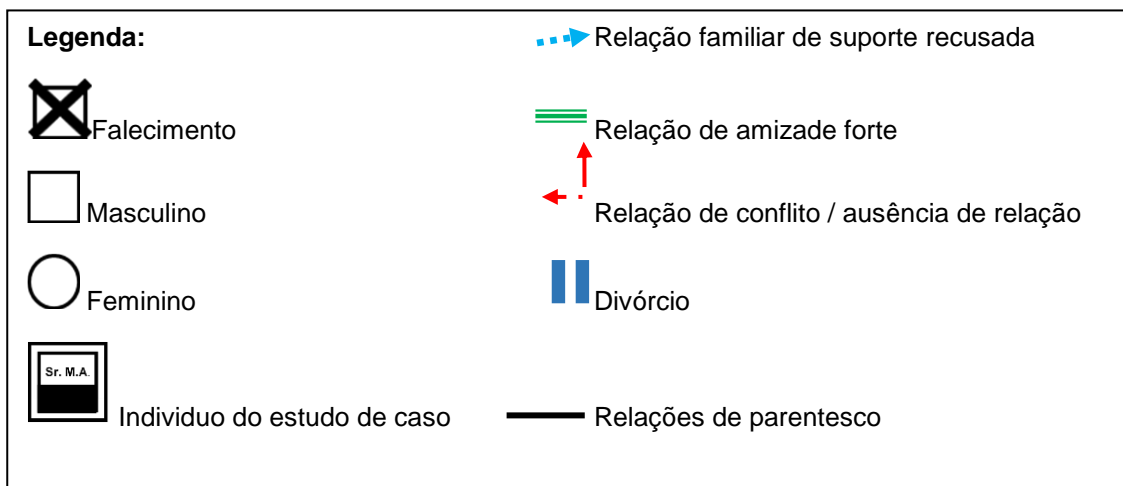
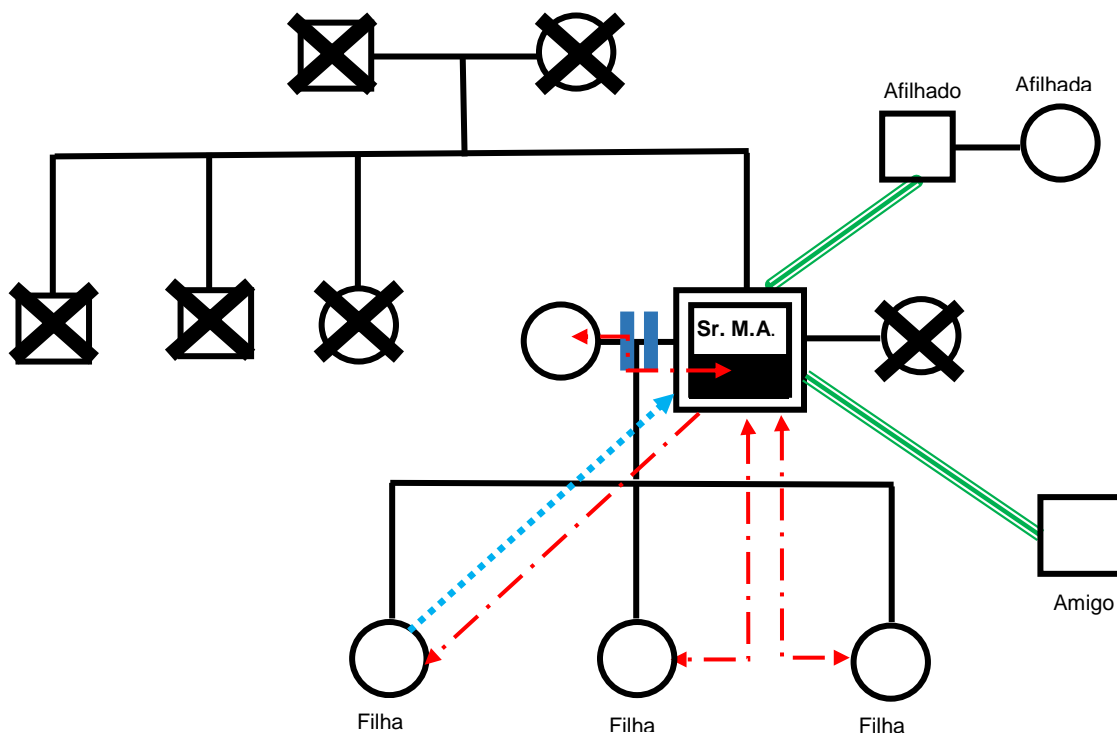


Figura 1 - Genograma do Sr. M.A.

Apesar de viver sozinho, durante o dia o Sr. M.A. recebe a visita de um amigo, durante os dias de semana, que lhe faz companhia, prepara as refeições, faz as compras necessárias para a casa e ajuda em algumas tarefas domésticas básicas. Refere que anteriormente recebia apoio de uma instituição de apoio domiciliário, mas que deixou de a aceitar, porque o serviço era muito caro para a sua reforma. Ao fim de semana recebe a visita do seu afilhado e a respetiva esposa, que passam o fim de semana com ele, ajudam nas tarefas domésticas e preparam as suas refeições. O Sr. M.A. refere não se sentir sozinho e considera ter todo o apoio de que necessita prestado pelo amigo, ocupando os seus dias a ver televisão (canais de distribuição pública gratuita).

A sala do Sr. M.A. demonstra as suas paixões. Tem dispersado por todos os recantos objetos que simbolizam a sua devoção a Nossa Senhora de Fátima, o seu apoio ao clube de futebol, e tem também várias imagens da fadista Amália Rodrigues, da qual diz gostar muito gostar de ouvir os fados, nomeadamente “Barco Negro” e “Povo que Lavas no Rio”.

A televisão é a companhia do Sr. M.A., onde gosta de ver vários programas, sendo que o seu momento predileto é o acompanhamento da eucaristia dominical. Quando acompanha um jogo de futebol prefere fazê-lo pela rádio (equipamento que também tem em casa), acompanhando o relato em direto. A televisão do Sr. M.A. é um aparelho antigo, que apresenta baixa qualidade da imagem, no entanto esta não é uma preocupação para ele. O Sr. M.A. refere não se aperceber dessa falta de qualidade porque a sua acuidade visual se encontra diminuída e ele não condições financeiras para poder suportar o custo dos novos óculos adaptados à sua condição atual. Do ponto de vista auditivo, o Sr. M.A. mantém todas as suas capacidades, conversando de forma fluida, em tom de voz normal, sem necessidade de repetições e não utiliza qualquer aparelho auditivo. O Sr. M.A. possui telemóvel que mantém perto de si em permanência, com o qual consegue fazer e atender chamadas, mesmo para números que não estejam previamente gravados no dispositivo.

Condições habitacionais

O Sr. M.A. vive num apartamento, arrendado, localizado na cave de um prédio, num bairro social de Lisboa. O apartamento é composto por cozinha, sala (de estar e refeições conjunta), dois quartos e uma casa de banho. As divisões da casa são pequenas, sobrando pouco espaço entre o mobiliário para a deslocação do Sr. M.A. na cadeira de rodas. A casa denota uma clara falta de higienização, que se agravou desde que o Sr. M.A. deixou de receber o apoio domiciliário. A sala é o ambiente onde o Sr. M.A. passa mais tempo, geralmente junto à janela, que mantém aberta para sair o fumo do tabaco. Tem cortinas de tecido na frente da janela, ligeiramente afastadas do canto inferior direito com uma mola, para a utilização do parapeito como suporte para o cinzeiro. Foram realizados ensinamentos para a saúde no âmbito da prevenção do risco de incêndio que esta situação pode trazer, bem como orientado para a consulta de cessação tabágica que o Sr. M.A. rejeitou.

O prédio onde vive tem elevador, mas refere que está várias vezes fora de serviço. Houve uma ocasião em que teve que sair de casa e referiu que a utilização das escadas (porque o elevador estava indisponível) além de difícil foi um processo doloroso por todas as restrições de mobilidade com que já vivia á data. Este é um dos fatores que contribui para que o Sr. M.A. limite as suas saídas de casa ao mínimo possível, referindo que sai apenas uma vez por mês para levantar a sua reforma no posto dos correios.

As dificuldades de mobilidade e a sensação de insegurança contribuem para que o Sr. M.A. passe muito tempo sozinho em casa. Quando sai para levantar a sua reforma, vai sempre acompanhado do seu amigo e utiliza um táxi.

Caracterização do quotidiano

A alimentação do Sr. M.A. é condicionada pela sua capacidade de mastigação. O Sr. M.A. tem apenas um dente e nunca realizou qualquer tratamento dentário nem ponderou a colocação de uma prótese dentária. No entanto isto não o preocupa, as suas refeições são cozinhadas durante mais tempo, para que os alimentos fiquem mais tenros, optando na grande maioria das vezes por receitas cozidas ou estufadas. O Sr. M.A. não gosta de comer alimentos triturados, razão pela qual opta por ter os alimentos cozinhados por mais tempo. Em relação à ingestão de líquidos, o Sr. M.A. refere beber cerca de 500ml de água por dia, não gosta de beber chá, infusões ou outras alternativas que permitam aumentar a ingestão hídrica. Refere também ter deixado de ingerir bebidas alcoólicas completamente.

O Sr. M.A. mobiliza-se numa cadeira de rodas dentro de sua casa e tem capacidade para efetuar todas as transferências necessárias autonomamente. Tem sempre perto de si um urinol (de dia e de noite), para reduzir o número de deslocações à casa de banho. Necessita de medicação laxante para conseguir proceder à sua eliminação intestinal e consegue utilizar os recursos físicos da sua casa para realizar esta atividade de forma autónoma. Relativamente à sua higiene, é capaz de lavar a cara e a parte de cima do corpo, mas necessita de auxílio do amigo, fazer a higiene completa, secar o corpo, vestir-se, calçar-se, pentear-se e desfazer a barba.

Em 2019 sofreu uma queda em casa que resultou numa fratura pertrocanterica à direita, conseguiu contactar o seu amigo, que veio em seu auxílio de imediato e foi

admitido no hospital da área de residência, sentindo sequelas deste acontecimento ainda no momento presente ao nível da mobilidade.

No seu passado foi consumidor de bebidas alcoólicas em quantidades elevadas e é fumador desde os 12 anos, tendo reduzido o número de cigarros que fuma por dia nos últimos anos, fumando atualmente cerca de 4 a 5 por dia (fumava entre 15 a 20 cigarros por dia), mas não quer continuar a reduzir.

Recebe atualmente a visita do enfermeiro no domicílio duas vezes por semana para realizar o penso à úlcera arterial do maléolo esquerdo. O Sr. M.A. refere ter muitas dores no local aquando da realização do penso e da mobilização do pé para posicionamento. Para melhoria da sintomatologia álgica, o Sr. M.A. foi aconselhado a iniciar exercícios de mobilização do membro, de forma gradual, promovendo o retorno venoso, bem como a diminuição dos edemas e da dor.

O Sr. M.A. tem um historial clínico de taquicardia, hipertensão, dor neuropática e infeções urinárias frequentes. Relativamente à dor neuropática não deseja ser seguido na especialidade de neurologia, apesar de ter sido o conselho do seu médico de família. É também frequente o Sr. M.A. não cumprir com a terapêutica prescrita pelo seu médico. Encontra-se medicado para controlo da taquicardia, sobre o qual foram realizadas várias sessões de educação para a saúde relativamente à necessidade de realizar a terapêutica prescrita, bem como os riscos associados ao não controlo desta condição clínica.

Relativamente às infeções urinárias, foram realizadas sessões de educação para a saúde, relativas à necessidade de reforço hídrico, bem como manutenção da higiene corporal.

O ecomapa seguinte mostra as interações mais significativas do seu cotidiano.

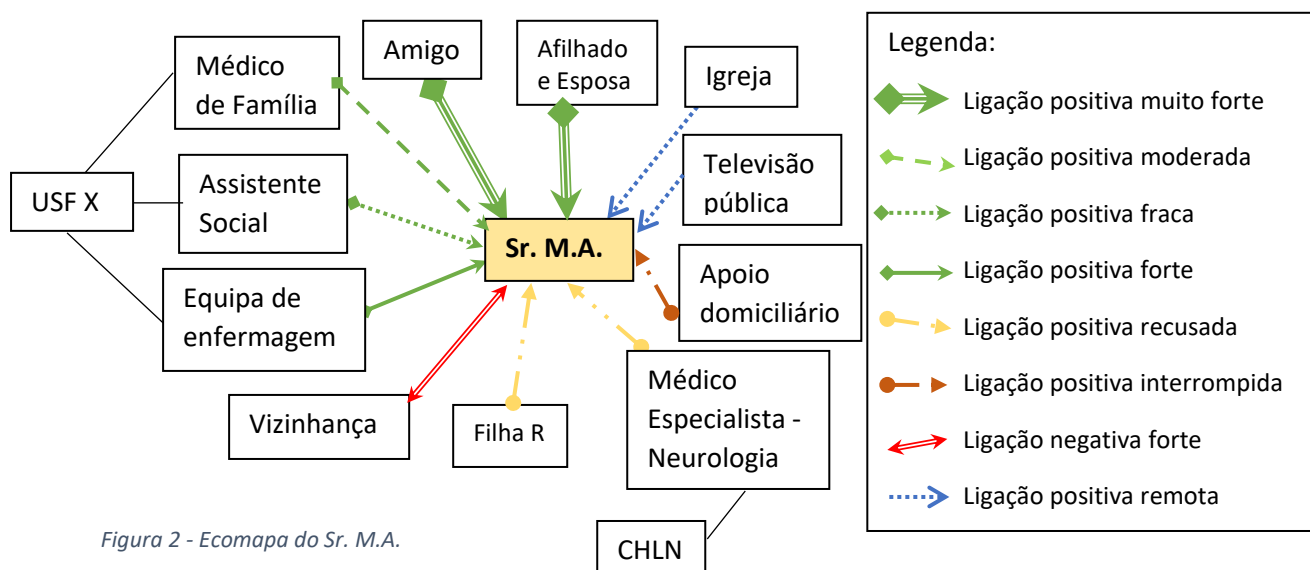


Figura 2 - Ecomapa do Sr. M.A.

Envolver-se – Segunda Fase

A segunda fase do modelo de parceria é definida pelo estabelecimento de um tempo e espaço que possibilite o desenvolvimento de uma relação de qualidade entre o enfermeiro e a pessoa idosa / família, que irá conduzir progressivamente à confiança da pessoa no enfermeiro, à medida que este descobre aquilo que nele é mais único e significativo na sua história de vida, mobilizando essas informações mais adiante neste processo de parceria. Para atingir este nível de confiança, o enfermeiro respeita a individualidade da pessoa idosa, não invade a sua intimidade, age com uma atitude de familiaridade, não demonstrando nenhum indício de superioridade ou de poder (desconstruindo a ideia que o profissional de saúde tem todo o conhecimento sobre a patologia e poder relativamente às intervenções a realizar, decorrentes do modelo biomédico) remetendo também desta forma para a ideia de parceria nos cuidados de enfermagem.

Nesta fase é importante avaliar a fragilidade do Sr. M.A., tendo para isso recorrido à aplicação de diversas escalas. A primeira escala utilizada, foi a escala de avaliação da caracterização funcional disponível no programa *SClinico*®, pertencente à plataforma informática em utilização na USF X. Após a avaliação de todos os parâmetros desta escala, obteve-se o resultado de 62%, o que corresponde a funcionalidade muito reduzida. Na visita seguinte que realizei ao Sr. M.A., apliquei a escala de Tilburg, tendo obtido um score total de 10, o que estabelece que a pessoa

se encontra em situação de fragilidade, sendo esta verificável nos três domínios da escala: no domínio físico, psicológico e social. Procedi à aplicação de duas escalas de avaliação do nível de independência do Sr. M.A. A primeira escala aplicada foi a escala de Barthel modificada que revelou dependência severa, com um score de 34/100; a segunda escala confirmou este resultado, tendo sido obtido uma pontuação de 23/30, o que significa que o Sr. M.A. é severamente dependente, necessitando de muita ajuda, segundo a escala de Lawton-Brody (versão de Sequeira, 2007).

Para a avaliação global do Sr. M.A. foram aplicadas outras escalas, para a avaliação mais aprofundada das suas atividades diárias. Assim, relativamente à avaliação do risco de quedas, a escala de Downton produziu um resultado de 5/12, o que demonstra risco de queda na situação do Sr. M.A. No que diz respeito à avaliação da depressão, a Escala de Depressão Geriátrica revelou uma depressão grave, com uma pontuação 26/30. A escala de avaliação MNA (Mini Nutricional Assessment) evidenciou uma clara desnutrição, com um score total de 7/30. A avaliação do estado mental através do MMSE (Mini Mental Statement Examination) não revelou qualquer défice cognitivo, tendo em conta a escolaridade do Sr. M.A. (4^o classe), obtendo a pontuação de 26/30.

Dos problemas identificados, foquei a minha intervenção no tratamento à úlcera de perna do Sr. M.A., pelo facto deste senhor referir que esse era o problema prioritário para ele. Assim, foram realizadas sessões de educação para a saúde que permitissem uma melhoria do estado geral, reduzindo o risco de contrair novas lesões ou outras situações de doença. Ou seja, em parceria com o sr. M.A. definimos como prioridade aumentar o consumo hídrico, assumindo um compromisso também com o seu amigo para o atingimento do objetivo definido, bem como iniciar um plano de exercícios que estimulasse a melhor circulação sanguínea, que passava pela realização de movimentos enquanto sentado, caminhar curtas distâncias com apoio do amigo (e da equipa de enfermagem quando presente) e de elevar os membros inferiores, quando em repouso. Estas intervenções foram continuadas pela equipa de enfermagem da USF X após a conclusão do meu estágio, sendo que durante a extensão do mesmo, não me foi possível avaliar de forma clara o resultado da minha intervenção.

Capacitar (ou Possibilitar) – Terceira Fase

A terceira fase tem como objetivo construir uma ação conjunta de partilha de responsabilidade entre enfermeiro e pessoa idosa, que permita a análise de todas os elementos presentes na fase anterior e a posterior tomada de decisão esclarecida e negociada, tendo em conta os significados que a pessoa atribui à sua experiência individual. Nesta fase o enfermeiro estimula a pessoa a tomar as decisões necessárias no seu processo de cuidados através da informação, do diálogo, da escuta ativa, da negociação, da promoção da reflexão e do respeito pelo tempo e decisão tomada. O enfermeiro utiliza as suas competências para identificar e mobilizar as características individuais da pessoa que lhe permitam transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais, de modo que a esta seja capaz de assumir o controlo do Cuidado- de- Si.

Na relação terapêutica com o Sr. M.A. foi apenas necessário mobilizar a vertente da capacitação nesta etapa do processo de cuidados. Quando questionado sobre o que mais era relevante na sua situação atual, o Sr. M.A. relatou que as suas maiores queixas estavam relacionadas com as dores generalizadas nos membros inferiores, bem como especificamente na zona da úlcera arterial do maléolo esquerdo. Nas várias visitas que fiz ao Sr. M.A., reparei que se encontrava sempre sentado na sua cadeira de rodas, com as pernas pendentes. Em algumas das visitas, o Sr. M.A. encontrava-se também a fumar. Após esta observação, tentei perceber se o Sr. M.A. já havia tentado alguma medida resolutiva para este problema, ao que ele explicou que já tinha tido uma consulta com o médico de família, que lhe prescreveu analgesia, no entanto esta não tinha sido eficaz na supressão das dores, foi então que voltou a ser observado pelo médico e foi-lhe sugerido que consultasse um especialista (neurologista) no hospital de referência, mas o SR. M.A. declinou, justificando que lhe é muito difícil sair de casa com a cadeira de rodas e que não tem recursos financeiros que assegurem o transporte até ao hospital e de volta a casa.

Negocieei com o Sr. M.A. a possibilidade de durante o tempo que estava sentado na cadeira, pudesse fazer elevação dos membros inferiores, explicando que tal procedimento melhoraria a circulação, promovendo a cicatrização da úlcera, bem como aliviaria as dores que sentia. Apesar de esta intervenção já ter sido efetuada pela equipa de enfermagem anteriormente, o Sr. M.A. continuava a manter as pernas pendentes. Demonstrei-lhe como realizar o procedimento de forma correta e

negociamos que o amigo dele, o relembraria de fazer a elevação dos membros inferiores quando visitasse, uma vez que o argumento para a não adesão à sugestão da equipa de enfermagem, era de que se esquecia. Relativamente à redução do consumo de tabaco, o Sr. M.A. referiu que já tinha iniciado o processo de cessação tabágica, tendo já reduzido de 20 para 10 cigarros fumados por dia e que pretendia continuar a reduzir progressivamente.

Comprometer-se – Quarta Fase

Esta fase é caracterizada pelo desenvolvimento conjunto de estratégias para atingir os objetivos definidos de modo a assumir o controlo do seu projeto de vida, transformando capacidades potenciais em capacidades reais, em linha com os seus valores, desejos e crenças. O Sr. M.A. comprometeu-se a realizar a elevação dos membros inferiores por períodos de 15 minutos, três vezes por dia e ir progressivamente aumentando a duração e a frequência das elevações de acordo com aquilo que fosse tolerando. Comprometeu-se ainda a continuar a redução de consumo de tabaco, reduzindo a quantidade de cigarros que fuma, ao ritmo de um por semana.

Assumir o controlo do Cuidado- de- Si (ou Assegurar o Cuidado- do- Outro) – Quinta Fase

O assumir o controlo do Cuidado- de- Si passa pela capacidade de a pessoa idosa assumir o controlo do seu processo de vida, escolhendo qual a melhor alternativa para atingir os objetivos a que se propôs, de acordo com a informação que recebeu e das decisões que tomou. O Sr. M.A. assumiu o compromisso de assumir o controlo do Cuidado- de- Si, tendo como objetivo a redução das dores nos membros inferiores, a cicatrização da úlcera no maléolo esquerdo, e melhorar a circulação sanguínea nos membros inferiores. Durante as visitas seguintes e através de teleconsultas, fui monitorizando a progressão do Sr. M.A. na progressão do seu trajeto de vida, esclarecendo as dúvidas que iam surgindo, bem como reforçando o compromisso assumido, motivando-o a continuar o controlo do cuidado de si mesmo.

De seguida passaremos a fazer uma reflexão crítica acerca das aprendizagens e competências que desenvolvemos com a realização das atividades acima referidas

3.4. REFLEXÃO CRÍTICA

O ingresso no curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa, teve como objetivo primordial refletir sobre a problemática da população mais velha e refinar a minha intervenção, enquanto enfermeira que desenvolve a sua intervenção junto de pessoas idosas. Como foi evidenciado ao longo deste relatório, as necessidades das pessoas idosas são específicas e a sua satisfação não passa por uma (ou um conjunto) de intervenções isoladas, mas sim, por uma abordagem holística, que tenha em conta toda a envolvente da pessoa, a sua família, o seu contexto social e a sua acessibilidade aos serviços de que necessita, de saúde e de outros âmbitos.

Enquanto enfermeira especialista nesta área tenho a responsabilidade de corretamente identificar as necessidades das pessoas idosas, nomeadamente aquelas que apresentam maiores níveis de fragilidade, direcionando a minha intervenção para a gestão das mesmas, através da potencialização das capacidades reminiscentes e adequando estratégias que permitam a minimização das dificuldades sentidas na realização de todas as atividades de vida. Além disso, estes profissionais devem intervir na adoção de medidas que tornem os serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, em serviços amigos das pessoas idosas, dando respostas às suas necessidades específicas. Uma destas intervenções deve passar pela utilização da consulta telefónica, que permite a prestação de um cuidado de proximidade à pessoa idosa e sua família (ou outro cuidador informal) em qualquer contexto, sendo que no momento pandémico que enfrentamos se torna particularmente importante.

Durante a realização deste projeto e todo o curso de MEMC considero que fiquei mais sensível à problemática específica das pessoas idosas e que ganhei competências de enfermeira especialista no cuidado prestado a estas pessoas, integrando-o na minha prática profissional diária que é realizada com pessoas deste grupo etário. Para este desenvolvimento profissional contribuíram também as participações em conferências e congressos, cujos os certificados de participação se encontram em anexo.

O desenvolvimento do segundo ciclo de estudos, permitiu-me ter uma visão mais aprofundada sobre as necessidades das pessoas idosas, bem como das

respostas existentes para as colmatar. A intervenção de enfermagem desenvolvida a par com a enfermeira orientadora, também especialista e mestre nesta área permitiu-me aprimorar a minha prática, contribuindo para melhores cuidados prestados à população idosa.

Durante este trajeto, foi-me possível participar na produção de dois artigos científicos, bem como realizar uma revisão *scoping*, o que me trouxe capacidades acrescidas no âmbito da investigação e divulgação de conhecimento imprescindível a um enfermeiro mestre e especialista.

Através das atividades realizadas no decorrer do estágio e da colaboração na produção científica dos dois artigos (Gomes, 2022a e 2022b), considero que atualizei o meu referencial de enfermagem, baseando a minha prática nas mais recentes evidências científicas disponíveis, enquanto fortaleci práticas profissionais na área de intervenção à pessoa idosa e família com fragilidade. A minha intervenção de enfermagem foi (e é) baseada no modelo de parceria para a promoção do Cuidado-de- Si, tendo assim como objetivo principal estabelecer um plano de cuidados em linha com os valores da pessoa idosa, focado nos objetivos a que a díade pessoa / família e enfermeiro definiram previamente.

No que diz respeito à melhoria contínua da qualidade, julgo ter contribuído para a sua concretização através da prestação de cuidados diretos, desenvolvimento de um guia de intervenção com recurso à teleconsulta, participação no desenvolvimento de artigos científicos e de formações fora do âmbito exclusivo do estágio curricular.

Com estas aprendizagens e desenvolvimento profissional e académico considero ter adquirido as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica definidos pela OE (2018 e 2019) e que enunciamos no capítulo da metodologia.

Em suma, considero que atingi os objetivos a que me propus, nomeadamente de desenvolver competências de enfermeira mestre e especialista na prevenção e controlo da fragilidade em parceria com a pessoa idosa e família, bem como adaptar e implementar a teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa frágil e família para a promoção do Cuidado- de- Si.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada pessoa idosa é única e deve ter uma abordagem individualizada, pois o grupo das pessoas idosas representam uma grande heterogeneidade. Além disso, a resposta às necessidades da pessoa idosa deve ser multidisciplinar, uma vez que a saúde vai muito além da ausência de doença, todos os profissionais devem unir esforços para potenciar o bem-estar da pessoa em todas as suas dimensões (Veríssimo, 2014).

O conceito de fragilidade nas pessoas idosas carece ainda de um consenso global, mas é amplamente aceite que esta síndrome assume um caráter dinâmico que vai muito além dos critérios do fenótipo. Atualmente está demonstrada a relação entre a probabilidade de desenvolver esta síndrome e as características biopsicossociais de cada pessoa idosa, tal como a relação inversa que confirma que pessoas idosas frágeis apresentam maior vulnerabilidade biopsicossocial. É ainda necessário encetar um esforço conjunto para que seja possível avaliar a fragilidade nas pessoas idosas, contemplando todos os domínios e aspetos relevantes, de modo a que possam ser estabelecidas as melhores medidas preventivas e intervenções clínicas e de enfermagem necessárias (Duarte, 2015).

A complexidade dos cuidados de saúde à população idosa é um desafio para os profissionais, sendo cada vez mais pertinente a constante atualização de conhecimento para a melhoria das práticas, indo ao encontro das reais necessidades e expectativas das pessoas. Assim espera-se que a revisão *scoping* contribua para o conhecimento relativamente às características dos centros de saúde amigos das pessoas idosas para análise crítica neste âmbito, relativamente ao que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2004) que ajude ainda a compreender o potencial impacto dos centros de saúde amigos das pessoas na promoção do Cuidado- de- Si da pessoa idosa.

Em linha com a estratégia acolhida pela Organização Mundial de Saúde (2002), afigura-se necessária e pertinente uma nova abordagem à prestação de cuidados às pessoas idosas, na qual se privilegie a promoção da saúde e a gestão da doença em oposição a uma abordagem centrada na cura. Na abordagem centrada na pessoa idosa e familiares inseridos numa comunidade e orientados por aquilo que é o seu projeto de vida, trabalhando-se em parceria com ela, ajudando-a na gestão do seu processo de saúde, contribuindo para a sua segurança, continuidade de cuidados e

envelhecimento ativo e saudável, promovendo o Cuidado- de- Si. Este é entendido como o possibilitar das condições para a pessoa conseguir gerir o Cuidado- de- Si própria, tendo em conta o seu projeto de saúde e de vida, mas também é um ato que se presta para Assegurar o Cuidado do Outro que tem necessidade de ajuda parcial, ou total, para assumir as suas necessidades fundamentais e a realização do seu projeto de saúde e de vida (Gomes, 2016, 2019).

Gostaria de terminar com uma última ideia sobre o envelhecimento que é simultaneamente um ganho e um desafio que nos deve fazer pensar sobre a representação social e cultural das pessoas idosas.

É comum dizer-se que as crianças são o futuro, no entanto, por vezes esquecemo-nos que um dia a grande maioria de nós será uma pessoa idosa, no final da sua vida. Por outras palavras, a velhice é o nosso futuro, portanto devemos trabalhar agora para mudar as mentalidades e eliminar o estigma associado às pessoas idosas, que identificamos como pessoas doentes, tristes e que constituem um peso para a sociedade onde se encontram. Começar a perspetivar as idades mais avançadas com características mais positivas, cheias de oportunidades contribuirá para a mudança da atual imagem da velhice. As pessoas idosas são o nosso passado e também o nosso futuro, detentores das nossas memórias e a projeção do que nos espera (Cerasoli, 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdellatif, T. M. F., Jaziri, A. M. S. A. Al, Taryam, M. M. O., Monsef, N. A., Buharoun, A. I., Elbadawi, S. A. M., & Ashtar, M. S. (2017). Dubai Primary Health Care Centers Conformation to WHO Age-Friendly Primary Healthcare Recommendations. *Advances in Aging Research*, 6, 83–92. Obtido de https://www.scirp.org/pdf/AAR_2017101015355625.pdf

Acosta-Benito, M.A., Rodríguez-Fernández, V., Barrio-Cortes, J., Garcíza-Pliego, R. A., (2018). Age-friendly primary care health centers why are they necessary? *International Journal of Family and Community Medicine*, 2(4):180–183. DOI: 10.15406/ijfcm.2018.02.00076

Agnew, J., Alicehajic-Becic, D., Barnett, N., Crawford, P., Darcy, C., Jones, E., ... Smith, H. (2021). Optimising remote consultations for older people during COVID -19. *Prescriber*, 32(3), 9–14. <https://doi.org/10.1002/psb.1899>

Alhamdan, A. A., Alshammari, S. A., Al-Amoud, M. et al. (2015). Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment: A step towards age-friendly health centers. *Saudi Medical Journal*, 36(9), 1091–1096. DOI: [10.15537/smj.2015.9.11789](https://doi.org/10.15537/smj.2015.9.11789)

Almeida, C. I. S. (2012). *Risca de Quedas nas UCCI do distrito de Viseu – estudo comparativo Escala de Morse e Escala de Downton* – Tese de Mestrado – Escola Superior de Saúde de Viseu.

Apóstolo, João Luís Alves. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*.(s/ edição)

Assembleia da República. (2018) Regulamento nº429/2018. Estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, homologado por despacho de 08 de maio. *Diário da República*, II Série (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359-19370.

Assembleia da República. (2019a). Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto. Assegura a execução da Lei da proteção de dados de pessoas singulares. *Diário Da República 1.ª Série*, 1(N.º151), 3–40.

Assembleia da República. (2019b) Regulamento nº140/2019. Estabelece as competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06 de fevereiro de 2019), 4744-4750.

Bar-Tur, L., Inbal-Jacobson, M., Brik-Deshen, S., Zilbershlag, Y., Pearl Naim, S., & Brick, Y. (2021). Telephone-Based Emotional Support for Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Aging and Social Policy*, (May), 1–18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1924414>

Bastonária da Ordem dos Enfermeiros Portugueses Ana Rita Pedroso Cavaco. (2018). Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à p. *Diário Da República*, 2.ª Série, 16 de julho(135), 19359–19370.

Bastonária da Ordem dos Enfermeiros Portugueses Ana Rita Pedroso Cavaco. (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, 26(6 de fevereiro), 4744–4750.

British Geriatrics Society and the Royal College of General Practitioners. (2015). Fit for Frailty - Part 2 Developing, commissining and managing services for people living with frailty in community settings. In *British Geriatrics Soceity* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6883.977>

Brooks-Cleator, L. A., Giles, A. R., & Flaherty, M. (2019). Community-level factors that contribute to First Nations and Inuit older adults feeling supported to age well in a Canadian city. *Journal of Aging Studies*, 48(January), 50–59. DOI: [10.1016/j.jaging.2019.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.01.001)

Centro Nacional de TeleSaúde. (2019). *Consultas de Telemedicina no SNS - 2017 - 2019*. Retrieved from <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/consultas-em-telemedicina/analyze/>

Cerasoli, B. (2020). The frail future of geriatrics. *The Lancet Healthy Longevity*, 1(1), e11. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30005-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30005-2)

Cheung, B., Felfeli, T., Sorouri, K., Zewude, R. (2015). The National Seniors Strategy: An Opportunity for Sustaining a Healthy Future for the Aging Population. *University of Toronto Medical Journal*, 93(1), 18–21.

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2014). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatr Gerontol Int*, n/a-n/a. doi: 10.1111/ggi.12373

Da Silva Schulz, R., Santana, R. F., Dos Santos, C. T. B., Faleiro, T. B., Do Amaral Passarellas, D. M., Hercules, A. B. S., & Do Carmo, T. G. (2020). Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: A randomized controlled study. *BMC Nursing*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00432-y>

Dalmer, N. K. (2019). A logic of choice: problematizing the documentary reality of canadian aging in place policies. *Journal of Aging Studies*, 48 (1), 40-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.01.002>

Das, A. V., Rani, P. K., & Vaddavalli, P. (2020). Tele-consultations and electronic medical records driven remote patient care: Responding to the COVID-19 lockdown in India. *Indian Journal of Ophthalmology*, 68(1), 1–6. <https://doi.org/10.4103/ijjo.IJO>

Delgado, S. de E. da S. M. M. dos S. (2017). Portaria n.º 207/2017 de 11 de julho. *Diário Da República 1.ª Série*, 132(1), 3550–3708.

DiGiovanni, G., Mousaw, K., Lloyd, T., Dukelow, N., Fitzgerald, B., D'Aurizio, H., ... Magnuson, A. (2020). Development of a telehealth geriatric assessment model in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(5), 761–763. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.04.007>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Modelo de Funcionamento das Teleconsultas. *Norma Da Direção Geral Da Saúde*, 1(010/2015), 1–11.

Doolan-Noble, F., Mehta, P., Waters, D., & Baxter, G. D. (2018). Supporting ageing well research: Findings from a research priority setting exercise. *Australasian Journal on Ageing*, 38(2), 136–143. DOI: [10.1111/ajag.12615](https://doi.org/10.1111/ajag.12615)

Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos – Modelos, Medidas e Implicações Práticas*. Lisboa: Coisas de Ler

Freitas, M. da G. G. de. (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares - Norma 008/2019. *Norma Da Direção Geral Da Saúde*, 1(Dezembro), 1–20.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), 146–157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

- Fulmer, T., & Li, N. (2018). Age-Friendly Health Systems for Older Adults With Dementia. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 160–165. DOI: [10.1016/j.nurpra.2017.09.001](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.09.001)
- Fundação Francisco Manuel dos Santos, & Pordata. (2019). *Como envelhecem os portugueses - a situação atual e os desafios do envelhecimento no país* (p. 1).
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 3571/2013. *Diário Da República*, 1(N.º46-6 de março de 2013), 8325–8326.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 8445/2014. *Diário Da República*, 2.ª Série, 123(30 de junho), 16802.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. (2020). Despacho 5314/2020. *Diário da República* n.º 89/2020, Série II de 2020-05-07, páginas 79 - 81
- Gobbens, R. J. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 14(3), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6>
- Gomes, I. (2013). Promover o Cuidado-de-Si: a Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In Lopes, M. A. Lusociência, (Org.) *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa – da investigação à prática* (pp77- 113)
- Gomes, I. (2016). To Promote self-care: a partnership between the nurse and the elderly person. The construction of the partnership process in a context of vulnerability and dependency. *New scholarly editions*, Saarbrücken/Deutsche
- Gomes, I. (2019). Promover o Cuidado-de-Si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Revista Pensar Enfermagem* 23(2), 7-15.
- Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes, M., Gomes, B. (2020). A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation. *Gerontechnology*, 213–218. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_1087-1
- Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Silva, L.V., de Souza, M.C.M.R., Karina, G., Souto, R.Q. (2022a). Age-Friendly Primary Health Care: A Scoping Review. In: García-Alonso, J., Fonseca, C. (eds) *Gerontechnology IV*. IWoG 2021. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_10
- Gomes, I.D., Sobreira, L.S., da Cruz, H.D.T., Almeida, I., de Souza, M.C.M.R., Souto, R.Q. (2022b). Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontotechnology Tool in a Pandemic Context. In: García-Alonso, J., Fonseca, C. (eds) *Gerontechnology IV*. IWoG 2021. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_13
- Hancock, S., Winterton, R., Wilding, C., & Blackberry, I.(2018). Understanding ageing well in Australian rural and regional settings: Applying an age-friendly lens. *Australian Journal of Rural Health*, 27(4), 298–303.
- Hasani, S. Al, Ghafri, T. Al, Al Lawati, H., Mohammed, J., Al Mukhainai, A., Al Ajmi, F., & Anwar, H. (2020). The Use of Telephone Consultation in Primary Health Care During COVID-19 Pandemic, Oman: Perceptions from Physicians. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1177/2150132720976480>

Herdman, H., Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações 2018-2020* (11^o Edição). Porto Alegre: Artmed.

Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365–1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)

Hoontrakul, D., Sritanyarat, W., Nuntaboot, K., & Premgamone, A. (2008). Development of Age-Friendly Primary Health Care : Case Study of One Primary Care Unit. *Thai J Nurs Res*, 12(2), 131–141.

Ihle, A., & Kliegel, M. (2021). What do individual reserves tell us about vulnerable ageing? *The Lancet Healthy Longevity*, 2(4), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00055-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00055-6)

Imlach, F., McKinlay, E., Middleton, L., Kennedy, J., Pledger, M., Russell, L., ... McBride-Henry, K. (2020). Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01336-1>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). – Índice de envelhecimento por local de residência. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0. Acedido em 20/06/2021 às 21:15

Jácome, M., Rego, N., & Veiga, P. (2019). Potential of a nurse telephone triage line to direct elderly to appropriate health care settings. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 1275–1284. <https://doi.org/10.1111/jonm.12809>

Jiang, Q., Cohen, N. L., Marra, M. V., Woolf, K., Gilbride, J., & Francis, S. L. (2017). Community Priorities for Healthy Eating in Older Adults. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 36(2–3), 75–91. DOI: [10.1080/21551197.2017.1365039](https://doi.org/10.1080/21551197.2017.1365039)

John, D. H., & Gunter, K. (2015). EngAGE in community: Using mixed methods to mobilize older people to elucidate the age-friendly attributes of urban and rural places. *Journal of Applied Gerontology*, 35(10), 1–26. DOI: 10.1177/0733464814566679

Joling, K. J., Eenoo, L. V., Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., ... Roest, H. G. V. D. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLOS ONE*, 9, 1–19.

Joy, M., Mcgagh, D., Jones, N., Liyanage, H., Sherlock, J., Parimalanathan, V., ... Lusignan, S. De. (2020). Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: *British Journal of General Practice*, (August), e540–e547.

Kuo, R. J., Wu, Y. H., Hsu, T. S., & Chen, L. K. (2011). Improving outpatient services for elderly patients in Taiwan: A qualitative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e209–e217. DOI: [10.1016/j.archger.2010.09.013](https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.09.013)

Lauckner, H. M., & Stadnyk, R. L. (2014). Examining an occupational perspective in a rural Canadian age-friendly consultation process. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(6), 376–383. DOI: [10.1111/1440-1630.12147](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12147)

Lee, C. Y., Cho, B., Cho, Y., & Park, Y. H. (2019). Older adults' perceptions of age-friendliness with an emphasis on community supports and health services in a city in South Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 30(2), 234–242. DOI: [10.12799/jkachn.2019.30.2.234](https://doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.2.234)

- Lehning, A. J., Smith, R. J., & Dunkle, R. E. (2014). Age-Friendly Environments and Self-Rated Health : An Exploration of Detroit Elders. *Research on Aging*, 36(1), 1–9. DOI: 10.1177/0164027512469214
- Liggett A., McKoy, M., Bradley, S., O'Brien, k., Dobschuetz D. C., Lindquist, L. (2020). Creating an Age-Friendly Health System: Lessons learned for the Post-Acute Care Setting. *Jamda*, 21, B17-B18. DOI: [10.1016/j.jamda.2020.01.053](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.01.053)
- Lubenow, J. A. M., Barrêto, A. J. R., Nogueira, J. de A., & Silva, A. O. (2016). Access for the Elderly to Primary Health Care Services: an Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 9(46), 1–13.
- Maia, L. C., de Moraes, E. N., Costa, S. de M., & Caldeira, A. P. (2020). Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciência e Saude Coletiva*, 25(12), 5041–5050. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>
- Ministério da Saúde. (2020). Despacho n.º5314/2020. Estabelece o reagendamento de todas as atividades presenciais adiadas devido à pandemia por Covid-19. *Diário Da República*, 89(1), 79–81.
- Motsohi, T., Namane, M., Anele, A. C., Abbas, M., & Kalula, S. Z. (2020). Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: A qualitative assessment. *BJGP Open*, 4(3), 1–9. DOI: [10.3399/bjgpopen20X101048](https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101048)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1(1), 1–11. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload->
- Organização das Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. (2021). Envelhecimento.- <https://unric.org/pt/envelhecimento/>. Acedido em (24/03/2021 – 18:00)
- Pelaez, M., & Rice, M. (2004). Primary Health Care and Aging: Edited Proceedings of the Consultative Group Meeting on Geriatric Training in Primary Health Care. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 99–108. DOI: [10.32398/cjhp.v2i3.884](https://doi.org/10.32398/cjhp.v2i3.884)
- Petersen, P., Kandelman, D., Arpin, S., Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people - Call for Public Health Action. *Community Dental Health*, 27(2), 257–268. DOI: [10.1922/CDH](https://doi.org/10.1922/CDH)
- Pinto, M. J. do C. P., & Coutinho, S. C. de S. N. (2014). Síndrome de Fragilidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 171–176.
- Rahman, M., & Byles, J. E. (2020). Older women's patterns of home and community care use and transition to residential aged care : An Australian cohort study. *Maturitas*, 131(1), 28–33. DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.10.004
- Ricciardi, W.; Specchia, M.; Marino, M. (2014). Health of the Elderlies and Healthy Ageing : A Challenge for Europe. *Active Ageing and Healthy Living*, 1(1), 1–9. DOI: 10.3233/978-1-61499-425-1-1
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007a). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *Journal of Gerontology*, 62A(7), 722–727.
- Rockwood, K., Abeysondera, M. J., & Mitnitski, A. (2007b). How should we grade frailty in nursing home patients? *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 595–603. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.07.012>
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 523–526. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl023>

- Rosaasen, N., & Mansell, H. (2020). Unexpected Benefits to Virtual Care During COVID-19. *Progress in Transplantation*, 30(3), 294. <https://doi.org/10.1177/1526924820935415>
- Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Westendorp, R. G. J., & Rasmussen, L. J. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and Ageing*, 44(2), 185–187. DOI: [10.1093/ageing/afu189](https://doi.org/10.1093/ageing/afu189)
- Santiago, A. M. A. (2019). Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31113>
- Santiago, L. M., Luz, L. L., Mattos, I. E., & Gobbens, R. J. J. (2012). Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Nota Research Note*, 28(9), 1795–1801.
- Sequeira, C. (Coord.). (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2ª edição). Lisboa: Lidel
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). PENTS - *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020). *Tool Kit TeleConsulta*. (Junho).
- Smith, R. J., Lehning, A. J., Dunkle, R. E. (2013). Conceptualizing Age-Friendly Community Characteristics in a Sample of Urban Elders: An Exploratory Factor Analysis. *Journal for Gerontol Soc Work*, 56(2), 90–111. DOI: 10.1117/12.2549369.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas – Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.
- Ssensamba, J. T., Mukuru, M., Nakafeero, M., Ssenyonga, R., & Kiwanuka, S. N. (2019). Health systems readiness to provide geriatric friendly care services in Uganda: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(256), 1–13. DOI: [10.1186/s12877-019-1272-2](https://doi.org/10.1186/s12877-019-1272-2)
- Steinman, M. A. ., Perry, L., & Perissinotto, C. M. (2020). Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. *Journal of American Medical Association*, 180(6), 819–820. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Teixeira-Poit, S. M. (2019). Examining collaboration across organizations in an age-friendly community. *Journal of Women and Aging*, 32(1), 1–23. DOI: 10.1080/08952841.2019.1685857
- Temido, Paulo; Borges, R. (2012). Bexiga Hiperativa. *Associação Portuguesa de Urologia*, 1(1), 1–25.
- Veríssimo, M. T. (Coord.). (2014) *Geriatría Fundamental – Saber e Praticar*. Lisboa: Lidel
- Veríssimo, M. T. (2017). Envelhecimento e actividade física. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*, (30-31), 29-40.
- Wolthers, T. O., & Wolthers, O. D. (2020). Telephone consultation as a substitute for face-to-face consultation during the COVID-19 pandemic. *Danish Medical Journal*, 67(7), 1–4.
- Woo, J., Mak, B., & Yeung, F. (2013). Age-Friendly Primary Health Care: An Assessment of Current service Provision for Older Adults in Hong Kong. *Health Services Insights*, 6, 69–77.

World Health Organization. (2002). Active ageing - A Policy Framework. In World Health Organization (Ed.), *World Health Organization* (Vol. 1). <https://doi.org/10.19043/ipdj.7sp.003>

World Health Organization. (2004). *Towards Age-friendly Primary Health Care*. (World Health Organization, ed.). Geneva.

World Health Organization. (2008). *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit* WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (World Health Organization, ed.). Geneva.

World Health Organization and International Telecommunication Union. (2018). *BE HE@LTHY BE MOBILE A handbook on how to implement mAgeing* (World Health Organization, Ed.). Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.

World Health Organization. (2020) - Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic - <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic> [acedido em](#) (25/03/2021 – 15:00)

APÊNDICES

I. Modelos de avaliação da fragilidade da pessoa idosa

Modelos de avaliação da fragilidade da pessoa idosa

Modelo de Fried

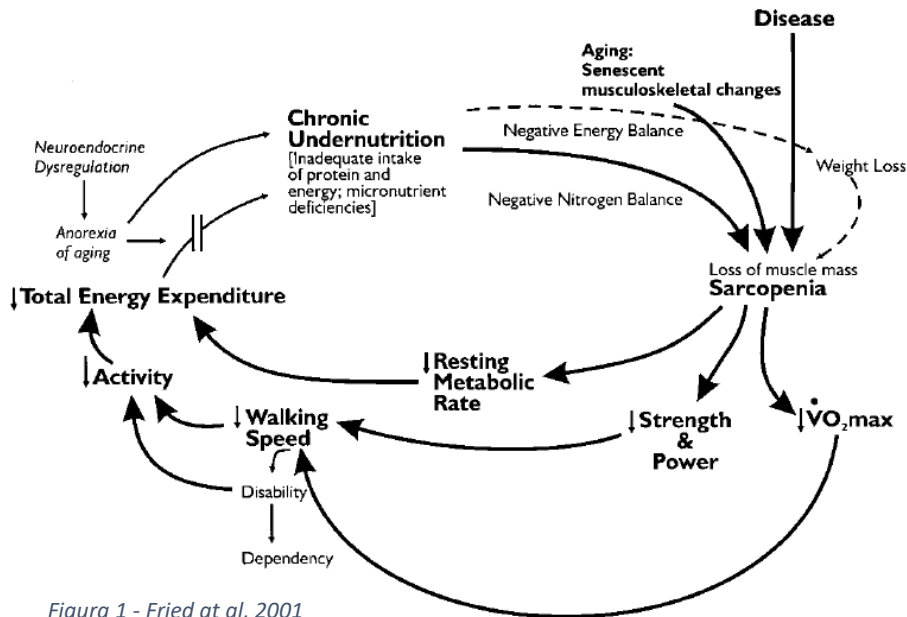


Figura 1 - Fried et al, 2001

Modelo de Rolfson

The Edmonton Frail Scale:				Score: ___/17
Frailty domain	Item	0 point	1 point	2 points
Cognition	Please imagine that this pre-drawn circle is a clock. I would like you to place the numbers in the correct positions then place the hands to indicate a time of 'ten after eleven'	No errors	Minor spacing errors	Other errors
General health status	In the past year, how many times have you been admitted to a hospital?	0	1-2	≥2
	In general, how would you describe your health?	'Excellent', 'Very good', 'Good'	'Fair'	'Poor'
Functional independence	With how many of the following activities do you require help? (meal preparation, shopping, transportation, telephone, housekeeping, laundry, managing money, taking medications)	0-1	2-4	5-8
Social support	When you need help, can you count on someone who is willing and able to meet your needs?	Always	Sometimes	Never
Medication use	Do you use five or more different prescription medications on a regular basis?	No	Yes	
	At times, do you forget to take your prescription medications?	No	Yes	
Nutrition	Have you recently lost weight such that your clothing has become looser?	No	Yes	
Mood	Do you often feel sad or depressed?	No	Yes	
Continence	Do you have a problem with losing control of urine when you don't want to?	No	Yes	
Functional performance	I would like you to sit in this chair with your back and arms resting. Then, when I say 'GO', please stand up and walk at a safe and comfortable pace to the mark on the floor (approximately 3 m away), return to the chair and sit down'	0-10 s	11-20 s	One of >20 s patient unwilling, or requires assistance
Totals	Final score is the sum of column totals			

Figura 2 - Rolfson et al, 2006

Modelo de Gobbens

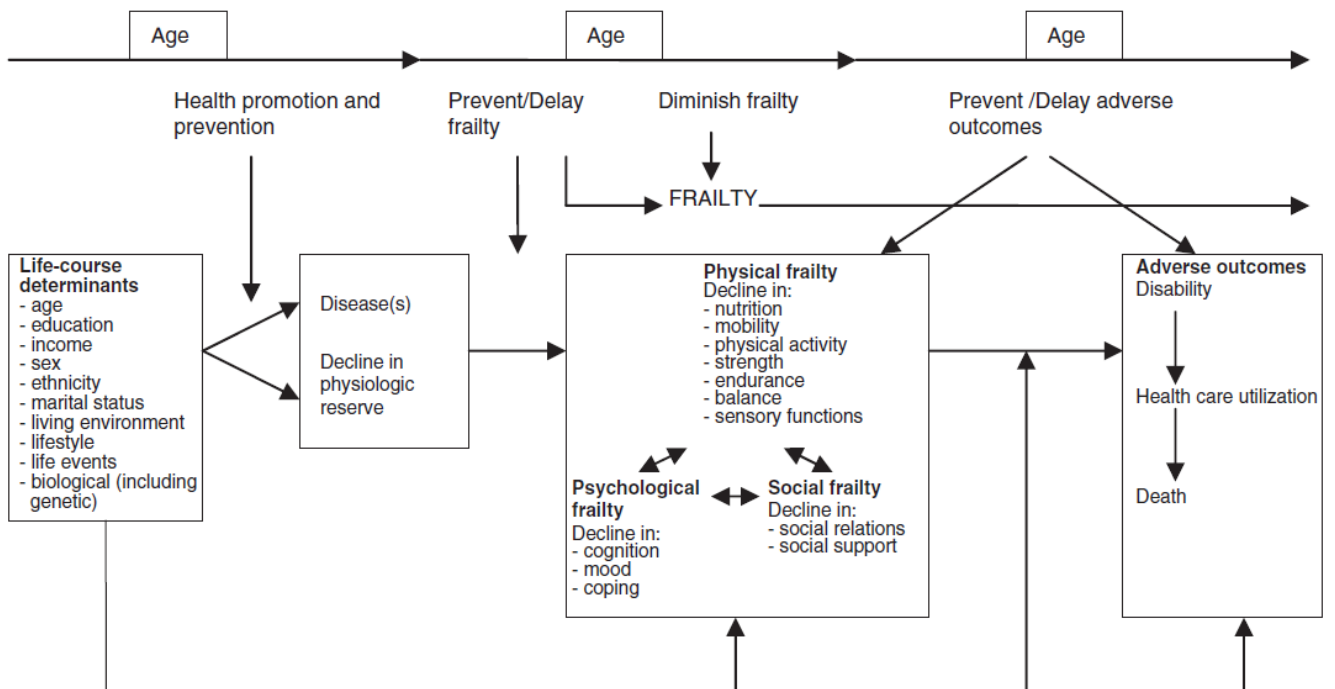


Figura 3 - Gobbens et al, 2010

Operacionalização através da escala de Tilburg

Parte A: Determinantes de fragilidade

1. Qual é o seu sexo?

masculino feminino

2. Qual é a sua idade?

_____ anos

3. Qual é o seu estado civil?

casado(a)/vive com um parceiro(a)

separado(a)/divorciado(a)

solteiro(a)

viúvo(a)

4. Em que país nasceu?

5. Quantos anos de escolaridade completou?

_____ anos

6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?

250€ ou menos

501€ a 750€

1001€ a 1500€

2001€

251€ a 500€

751€ a 1000€

1501€ a 2000€

ou mais

7. Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

Saudável

nem muito nem pouco saudável

não saudável

8. Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

sim não

9. Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

- a morte de uma pessoa querida sim não
- uma doença grave em si próprio sim não
- uma doença grave numa pessoa querida sim não
- um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante sim não
- um acidente de viação sim não
- um crime sim não

10. Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

sim não

Parte B: Componentes de fragilidade

B1: Componentes físicos

11. Sente-se fisicamente saudável?

sim não

12. Perdeu muito peso recentemente sem desejar fazê-lo? ('muito' é: 6 kg ou mais, durante os últimos seis meses, ou 3 kg ou mais, durante o último mês)

sim não

Tem problemas na sua vida diária devido a:

13.dificuldade em andar?

sim não

14.dificuldade em manter o seu equilíbrio?

sim não

15.dificuldade de audição?

sim não

16.dificuldade de visão?

sim não

17.falta de força nas suas mãos?

sim não

18.cansaço físico?

sim não

B2: Componentes psicológicos

19. Tem problemas com a sua memória?

sim por vezes não

20. Tem-se sentido em baixo durante o último mês?

sim por vezes não

21. Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o último mês?

sim por vezes não

22. É capaz de lidar bem com os problemas?

sim não

B3: Componentes Sociais

23. Vive sozinho?

sim não

24. Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta?

sim por vezes não

25. Recebe suficiente apoio de outras pessoas?

sim não

Pontuação da Parte B: Componentes de fragilidade (varia: 0 – 15)

Questão 11: sim = 0, não = 1

Questão 12 – 18: não = 0, sim = 1

Questão 19: não e por vezes = 0, sim = 1

Questão 20 e 21: não = 0, sim e por vezes = 1

Questão 22: sim = 0, não = 1

Questão 23: não = 0, sim = 1

Questão 24: não = 0, sim e por vezes = 1

Questão 25: sim = 0, não = 1

Pontuação final:

Pontuação B1 (domínio físico):

Pontuação B2 (domínio psicológico):

Pontuação B3 (domínio social):

Ponto de corte: 6

Figura 4 - Tilburg Frailty Indicator

Modelo de Rockwood

Changes in everyday activities	Mood problems	Seizures, partial complex
Head and neck problems Poor muscle tone in neck Bradykinesia, facial Problems getting dressed	Feeling sad, blue, depressed History of depressed mood Bradykinesia, limbs Depression (clinical impression)	Seizures, generalized Syncope or blackouts Headache Cerebrovascular problems
Problems with bathing Problems carrying out personal grooming Urinary incontinence Toileting problems	Sleeping changes Restlessness Memory changes Short-term memory impairment	History of stroke History of diabetes mellitus Arterial hypertension Peripheral pulses
Poor muscle bulk	Long-term memory impairment	Myocardial infraction
Rectal Problems	Changes in general mental functioning	Arrhythmia
Gastrointestinal problems	Onset of cognitive symptoms	Congestive heart failure
Problems cooking History of Parkinson's disease Problems going out alone	Clouding or delirium Paranoid features History relevant to cognitive impairment or loss	Lung problems Respiratory problems History of thyroid disease
Impaired mobility	Family history relevant to cognitive impairment or loss	Thyroid problems
Musculoskeletal problems Tired all the time Abnormal muscle tone in limbs Impaired limb coordination Impaired coordination, trunk Poor standing posture	Impaired vibration Tremor at rest Postural tremor Intention tremor Suck reflex Family history of neurodegenerative disease	Malignant disease Breast problems Abdominal problems Presence of snout reflex Palmomentary reflex Other medical history
Irregular gait pattern Skin problems	Falls	Cardiac problems

Figura 5 - Rockwood et al, 2007

Operacionalizado pela Clinical Frailty Scale

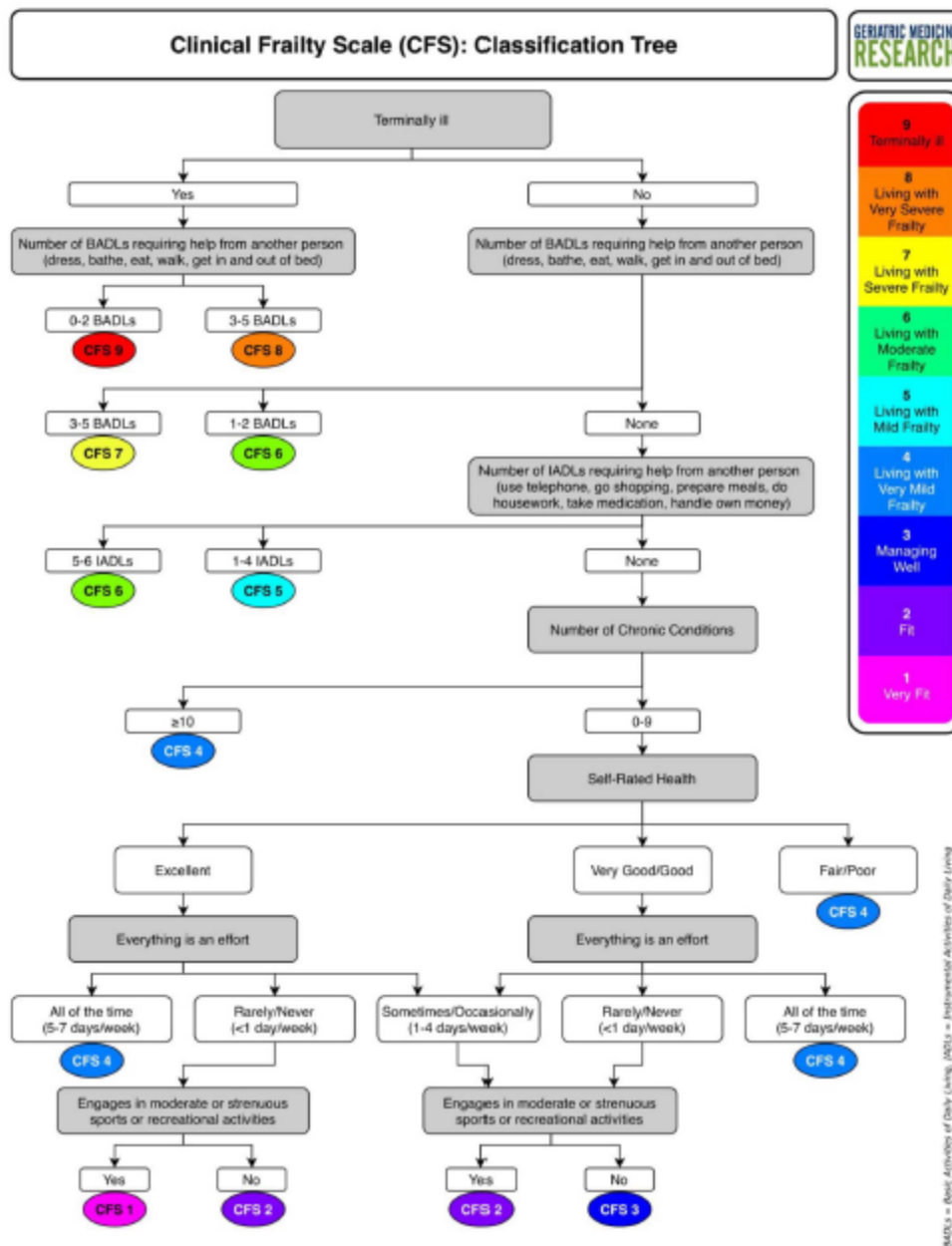


Figura 6– Rockwood et al, 2007

A Clinical Frailty Scale (CFS) está validada para o contexto português por Pinto e Coutinho (2014).

CATEGORIA B	CARACTERÍSTICA B
ROBUSTO	Ativo, vigoroso, muito motivado, forte; Atividade física regular; Apto para a idade;
BEM / SAUDAVEL	Sem sintomas de doenças ativas; Menos apto que na categoria anterior; Atividade física ocasional ou sazonal;
CONTROLADO	Com morbilidades controladas; Sintomas das doenças controlados; Sem atividade física para além da marcha habitual;
VULNERAVEL	Sintomas de doença não controlados; Independente nas atividades de vida diária; Alteração na marcha (marcha lenta – "slowed down"); Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença; Cansaço durante o dia;
FRAGILIDADE LEVE	Dependente em grau reduzido nas atividades instrumentais de vida diária (transporte, finanças, lida da casa que requer mais esforço, ir às compras e preparação de refeições); Supervisão na toma de medicação; Supervisão da marcha no exterior;
FRAGILIDADE MODERADA	Dependente em grau moderado nas AVD's e AIVD's; Apoio e supervisão na marcha/subir e descer escadas dentro de casa ou necessidade de auxiliar de marcha; Necessidade de ajuda e supervisão durante a noite;
FRAGILIDADE SEVERA	Dependente em grau elevado em todas as AVD's; Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva; Estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses;
FRAGILIDADE MUITO SEVERA	Dependente em grau elevado em todas as AVD's; Próximo do fim de vida; Pode não recuperar de doença menor;
FRAGILIDADE TERMINAL	Próximo do fim de vida; Expectativa de vida inferior a 6 meses; Sem outra evidência de fragilidade;

Figura 7 - Adaptação para português europeu da escala de Rockwood (2014)

II. Suporte de apresentação da ação de divulgação da Teleconsulta

Implementação da teleconsulta de enfermagem

Centros de saúde amigos das pessoas idosas: implementação da teleconsulta à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado- de- Si

Enquadramento do projeto

- USF [redacted] – Centro de Saúde amigo das pessoas idosas;
- Manual de boas práticas já desenvolvido;
- Contexto pandémico atual;
- Isolamento das pessoas idosas;
- Recomendações da OMS para avaliação da fragilidade;

Modelo de Parceria para a Promoção do Cuidado- de- Si



Gomes, 2016, 2019

Centros de saúde amigos das pessoas idosas: implementação da teleconsulta à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado- de- Si

Pré Teleconsulta Consulta Presencial

Referências Bibliográficas

- Gomes, Idalina. (2016) To Promote self-care: a partnership between the nurse and the elderly person. The construction of the partnership process in a context of vulnerability and dependency. New scholarly editions, Saarbrücken/Deutsche (2016).
- Gomes, Idalina. (2019) Promover o Cuidado-de-Si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. Revista Pensar Enfermagem 23(2), 7-15.
- Gomes, Idalina. (2021) Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In: Garcia-Alonso J., Fonseca C. (eds) Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering, Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32
- World Health Organization. (2008). Age-friendly primary health care centres toolkit. *World Health Organization*, 1–117.

Obrigada pela atenção

III. Avaliação da ação de divulgação da Teleconsulta
- Instrumento de avaliação para a equipa

Questionário de Avaliação da Ação de Divulgação da Teleconsulta no Modelo de Parceria para a Promoção do Cuidado- de- Si

Por favor, marque com um X à frente de cada um dos parâmetros, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído o valor 1 correspondente a mau e o valor 5 a muito bom, conforme a sua opinião.

1. Conteúdos programáticos e métodos

	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Duração da ação de formação					

2. Formador

	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição do assunto tratado					
Documentação e bibliografia adequada					
Cumprimento do horário					

3. Avaliação Global

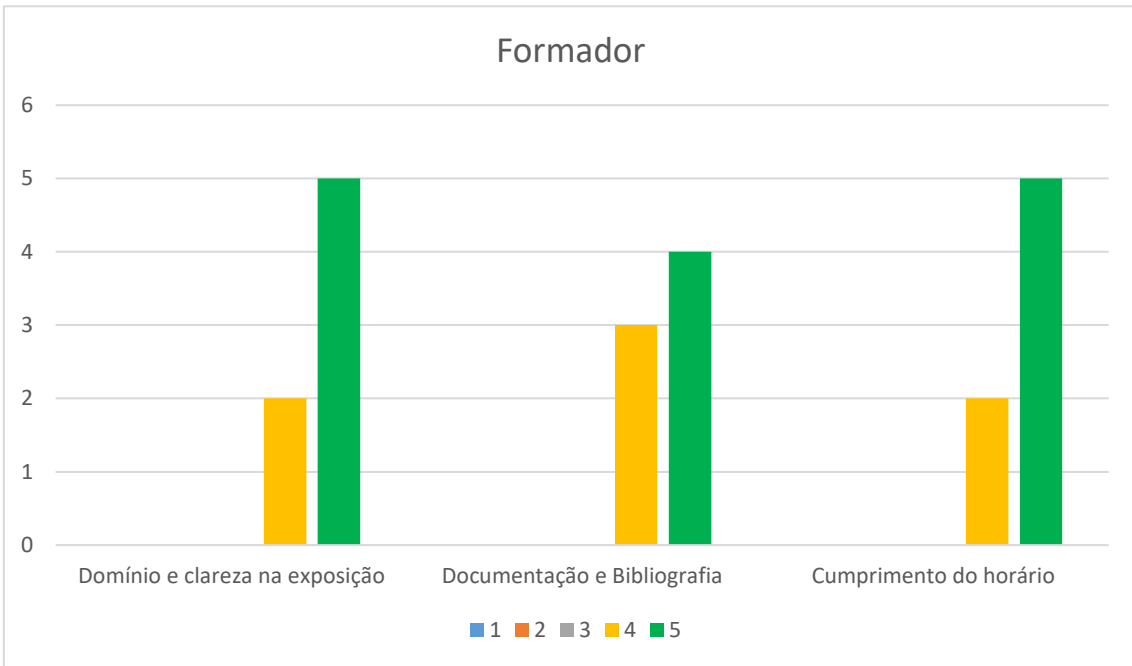
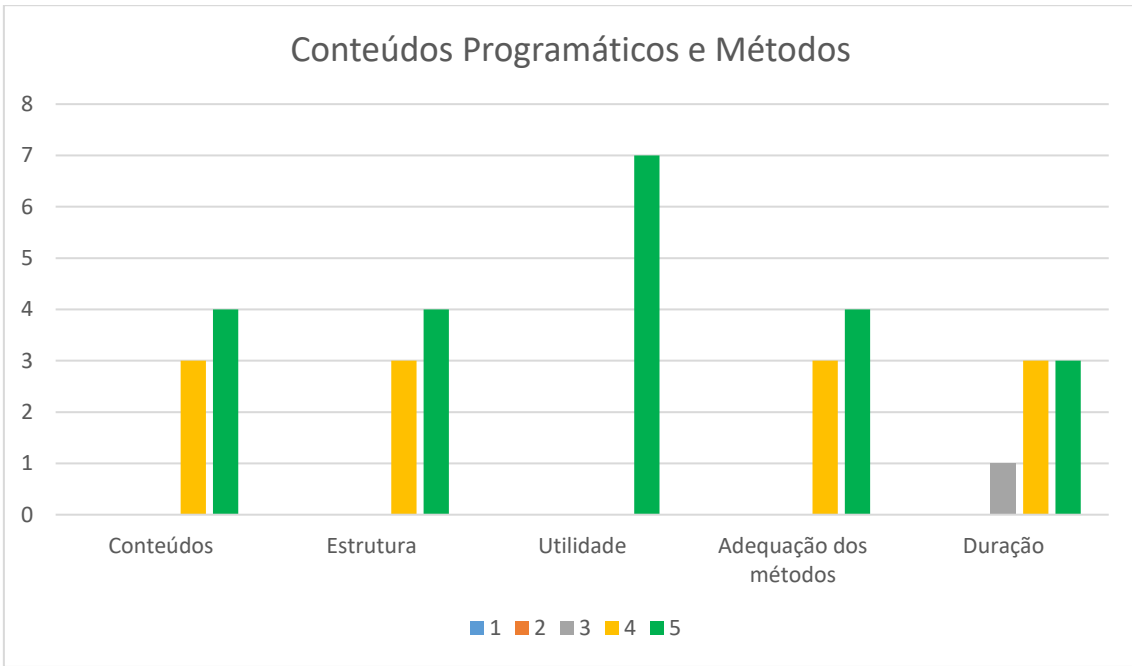
	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Aquisição de novos conhecimentos					
Adequado à realidade concreta da USF					

4. Sugestões / Aspetos a melhorar / Comentários

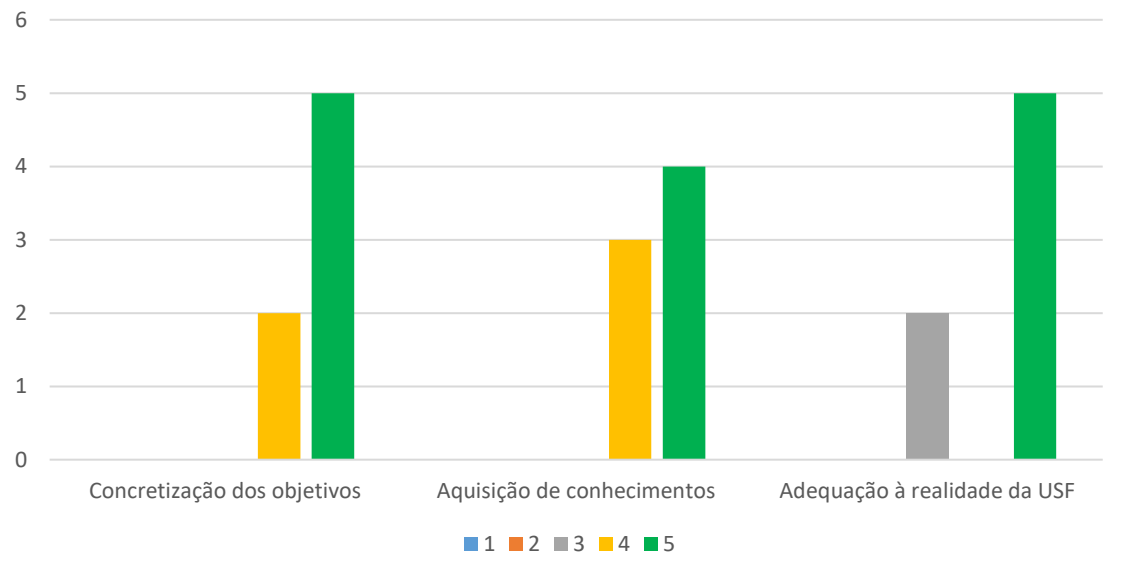
--

Obrigada

**IV. Avaliação da ação de divulgação da Teleconsulta
- Feedback da equipa**



Avaliação Global



V. Planeamento das Atividades a Desenvolver no Estágio

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores Avaliação
Desenvolver competências de mestre e especialista implementação da consulta telefónica à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado- de- Si, no contexto dos Centros de Saúde amigos das pessoas idosas	Adquirir conhecimentos na área da consulta telefónica de enfermagem; da promoção do cuidado-de-si; dos centros de saúde amigos da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão scoping da literatura na área consultas telefónicas de enfermagem as pessoas idosas frágeis; centros de saúde amigo das pessoas idosa, e revisão da literatura do modelo de promoção do cuidado de si em bases de dados; - Frequência de seminários; - Sessões de orientação tutorial; 	Aquisição de conhecimentos na área da consulta a pessoa idosa frágil centros de saúde amigos das pessoas idosas, avaliado através, artigo de revisão, de discussão do tema com a professora e na produção de reflexões sobre o tema
	Identificar os participantes para a consulta telefónica	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira e professora orientadora; - Relatório de atividades; - Esclarecimento e obtenção do consentimento informado das pessoas idosas selecionadas; - Constituição o grupo de participantes na consulta telefónica; - Realização de uma avaliação inicial de enfermagem presencial (na USF ou no domicílio); 	<p>O projeto ser aceite pela equipa</p> <p>Ter participantes que aceitem integrar o projeto</p> <p>Identificação dos participantes</p> <p>Execução da avaliação inicial</p> <p>Resultados do MMSE e do IFT</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do Mini Mental Statement Examination; 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da escala de Tilburg para determinação do nível de fragilidade da pessoa idosa; 	
	Adaptar o guião de consulta de enfermagem telefónica de Gomes (2020) adequado ao contexto da USF ██████████	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura em plataformas digitais e físicas; 	<p>Reunião com a enfermeira e professora orientadora</p> <p>Relatório de atividades</p> <p>Adaptação do guião às necessidades das pessoas utentes da USF</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização das alterações necessárias ao guião da consulta telefónica selecionado, para que se adapte à realidade da USF; 	
Efetuar a consulta de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Validação dos compromissos discutidos na consulta anterior; - Aplicação do IFT; 	Reunião com a enfermeira e professora orientadora	

	<p>telefónica aos participantes selecionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comparação do resultado desta avaliação com o efetuado na avaliação inicial; - Prestação de cuidados de enfermagem necessárias, de acordo com a avaliação realizada na consulta; - Agendamento da consulta presencial de avaliação final; - Definição dos critérios de seleção para a consulta telefónica a aplicar à população da USF [REDACTED]; 	<p>Relatório de atividades Resultados do IFT Estudo de caso Aplicação dos critérios da consulta telefónica</p>
	<p>Realizar a consulta de enfermagem telefónica para prevenção e controlo da fragilidade à população da USF [REDACTED]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da consulta telefónica de enfermagem às pessoas idosas com critérios de seleção para a mesma; - Promoção de duas sessões de esclarecimento para a capacitação da equipa de enfermagem relativamente à consulta telefónica de enfermagem; - Divulgação do guião da consulta telefónica de enfermagem; - Esclarecimento sobre os critérios para a pessoa idosa e família participarem na consulta telefónica; - Implementação da consulta de enfermagem a todas as pessoas idosas da USF [REDACTED], que reúnam os critérios de inclusão, por parte de todos os enfermeiros de família; 	<p>Reunião com a enfermeira e professora orientadora Relatório de atividades Estudo de caso Notas de evolução da consulta de enfermagem Realização das sessões de esclarecimento Atas de serviço</p>
	<p>Promover o modelo de parceria para a promoção do cuidado de si na pessoa idosa;</p>	<p>- Prestação de cuidados de enfermagem junto das pessoas idosas, utentes da USF e no internamento no serviço de medicina, segundo o modelo de parceria (Gomes, 2009);</p>	<p>Reunião com a enfermeira e professora orientadora Relatório de atividades Estudo de Caso</p>

		Utilização do modelo de parceria, revelando-se, envolvendo-se, capacitando / possibilitando, comprometendo-se de forma a: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pessoa idosa tomar a responsabilidade pelo cuidado consigo mesma; ❖ Cuidador / família assumir o cuidado que a pessoa idosa deveria ter consigo mesma; 	Notas de evolução de Enfermagem Atualização do plano de cuidados das pessoas idosas
Melhorar a independência das pessoas idosas, durante o seu internamento, no serviço de medicina 1D, do hospital de Santa Maria;	Promover o modelo do cuidado de si na pessoa idosa;	- Prestação de cuidados de enfermagem junto das pessoas idosas, utentes no internamento no serviço de medicina 1D, segundo o modelo de parceria (Gomes, 2009), promovendo a sua independência;	Reunião com a enfermeira e professora orientadora
		Utilização do modelo de parceria, revelando-se, envolvendo-se, capacitando / possibilitando, comprometendo-se de forma a: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pessoa idosa tomar a responsabilidade pelo cuidado consigo mesma; ❖ Cuidador / família assumir o cuidado que a pessoa idosa deveria ter consigo mesma; 	Relatório de atividades Estudo de Caso Notas de evolução de Enfermagem Atualização do plano de cuidados das pessoas idosas
	Otimizar a aplicação da escala de Barthel modificada no serviço de medicina 1D;	Aplicação da escala de Barthel modificada às pessoas idosas, no momento do internamento no serviço de medicina 1D;	Reunião com a enfermeira e professora orientadora
		Revisão da dependência da pessoa, através da atualização da escala quando necessário;	Relatório de atividades Preenchimento da Barthel modificada
	Compreender as modificações realizadas à escala de Barthel original, para adaptação ao Centro	Pesquisa bibliográfica em plataformas digitais e físicas;	Reunião com a enfermeira e professora orientadora
		Comparação dos resultados da pesquisa, com a escala de Barthel modificada, justificando as alterações realizadas;	Relatório de atividades Aquisição de novos conhecimentos relativos

	Hospitalar Universitário Lisboa Norte;	Preparação da sessão de esclarecimento para a equipa de enfermagem;	à escala de Barthel modificada Plano da sessão de esclarecimentos
	Capacitar a equipa de enfermagem para a utilização da escala de Barthel modificada;	Promoção de uma sessão de esclarecimento para a capacitação dos elementos da equipa de enfermagem menos familiarizados com este instrumento, relativamente à escala de Barthel modificada.	Reunião com a enfermeira e professora orientadora Relatório de atividades Realização das sessões de esclarecimento Atas de serviço
Contribuir para a o desenvolvimento do projeto da USF [REDACTED] como Centro de Saúde Amigo das Pessoas Idosas	Integrar o projeto da USF [REDACTED] para a adoção de medidas de Centro de Saúde Amigo das Pessoas Idosas;	Consulta do trabalho já desenvolvido na USF [REDACTED], pelos enfermeiros IA, BV e DC;	Reunião com a enfermeira e professora orientadora Relatório de atividades Notas das entrevistas e observações realizadas
		Entrevista com a equipa médica sobre os conhecimentos relativos a esta problemática;	
		Observação de consultas (de enfermagem e médicas) para verificação das práticas amigas das pessoas idosas;	
		Entrevista com a Enfermeira DC que participou neste projeto anteriormente;	
	Incorporar as recomendações da OMS e da literatura sobre os centros de saúde amigos das pessoas idosas na USF [REDACTED];	Revisão da literatura nacional e internacional sobre os centros de saúde amigos das pessoas idosas;	Aquisição de conhecimentos na área dos centros de Saúde amigos das pessoas idosas Reunião com a enfermeira e professora orientadora Relatório de atividades Adoção das recomendações da literatura
		Verificação de quais as condições previstas na literatura que já estão em prática na USF [REDACTED];	
		Estudo da viabilidade de implementação de novas estratégias para centro de saúde amigos das pessoas idosas;	
Implementação das medidas adicionais na USF [REDACTED];			

**VI. Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação em
Investigação**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Unidade de Saúde Familiar Amiga das pessoas Idosas (USF)”.

Esmo. Sr. ou Sr.^a, está a ser convidado(a) a colaborar num estudo de investigação que está a ser realizado pela Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]. Este estudo integra-se num projeto com um âmbito mais abrangente, coordenado pela Professora doutora Idalina Gomes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) em parceria com diferentes Instituições de ensino Superior e contextos de saúde (Hospitalar, Unidades de Cuidados de Saúde Primários USF [REDACTED] e USF [REDACTED]), Lar/Residência), denominado Instituições de Ensino e Saúde Amigas das Pessoas Idosas, que tem como finalidade promover a funcionalidade, segurança, independência, autonomia e dignidade da pessoa idosa promovendo o cuidado de SI.

A sua participação neste trabalho far-se-á através da participação num grupo de discussão com outros utentes e pessoas idosas que nos permitirá perceber o a sua opinião acerca dos cuidados prestados pela a UFS às pessoas idosas e o modo como os podemos melhorar.

A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, de 27 de abril de 2016 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2018). Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. Importa ainda referir que este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (ARSLVT).

O seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, pelo que **agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.**

[REDACTED]



Lisboa, ___/___/___

Assinatura de quem pede o consentimento: _____

0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito 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.

Lisboa, ___/___/___

Assinatura do participante: _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM
DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA
QUE CONSENTE**

VII. Declaração de Compromisso do Investigador

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Título: USF *AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS*

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO – Com este estudo pretende-se de contribuir para a avaliação e controlo da fragilidade das pessoas idosas e famílias, através do modelo de parceria e promoção do cuidado-de-si.

Liliana Santos Sobreira, enfermeira e estudante do mestrado de enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da saúde da pessoa idosa. Na qualidade de investigadora deste estudo, comprometo-me a assegurar a sua realização de acordo com o programa de trabalhos e métodos apresentados no documento em anexo a este pedido pelo investigador principal, respeitando os princípios éticos e deontológicos, confidencialidade e anonimato dos dados e a satisfazer as normas internas da Instituição.

O pedido de aceitação de participação aos participantes será feito por escrito e a liberdade de participação assegurada. Publicações científicas que decorram deste estudo incluirão informação e dados adequadamente codificados, salvaguardando os princípios de beneficência e não maleficência.

Lisboa, 24 de novembro de 2020

Liliana Santos Sobreira

Liliana Sobreira

**VIII. Pedido de Autorização Institucional para
Realização de Projeto de Estágio**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE
PROJETO DE ESTÁGIO**

Exmo. Coordenador da Equipa de Enfermagem USF _____

Assunto: Pedido de autorização para realização do projeto de estágio e integração no trabalho de investigação denominado: "USF _____ Amiga das Pessoas Idosas".

Eu, Liliana Santos Sobreira, a frequentar o 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a autorização para realização do projeto de estágio e integração no trabalho de investigação, denominado "USF _____ Amiga das Pessoas Idosas", a decorrer na USF _____, autorizado pela Comissão de Ética, que tem como investigadora principal e coordenadora do projecto a docente da ESEL e investigadora da (UI&DE) Professora Doutora Idalina Gomes e que tem a participação dos investigadores internos da USF _____ a Enfermeira _____ – Enfermeira Especialista da USF _____ o Dr. _____ – Coordenador Médico da USF _____ e da Dr.ª _____ – Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar. O projecto que iremos desenvolver tem como finalidade adquirir competências como Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Idoso, na implementação da teleconsulta à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado-de- Si, no contexto dos Centros de Saúde amigos das pessoas idosas, USF _____, através do seu fluxograma de intervenção em parceria com a pessoa idosa para a prevenção e controlo da fragilidade, e será desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Idalina Gomes (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), da Sr.ª Enfermeira _____ e da Sra. Enfermeira _____

Lisboa, 3 de fevereiro de 2021

IX. Declaração do Coordenador da USF X

DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DA USF

Eu, _____ coordenador da USF das _____ autorizo a
realização do trabalho de investigação integrado no projeto de estágio intitulado
“USF _____ **amiga das Pessoas Idosas**” a desenvolver na USF das _____
uma vez que a respetiva unidade reúne todas as condições estruturais
e logísticas para o desenvolvimento do mesmo.

O coordenador da USF das _____

Lisboa, _____ de _____ 2021

X. Pedido de Autorização para a Inclusão de Enfermeira Orientadora no Projeto de Estágio

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO DE ENFERMEIRA
ORIENTADORA NO PROJETO DE ESTÁGIO**

Exmo. Coordenador da Equipe de Enfermagem USF _____

Caro enfermeiro coordenador _____ eu, Liliana Santos Sobreira venho por este meio solicitar que a enfermeira _____ seja incluída no meu projeto de estágio, como minha orientadora clínica, de forma a que eu possa continuar a realização do mesmo durante a ausência da enfermeira _____

Este projeto continua a ser desenvolvido sob a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes (ESEL), com o título: "Implementação da teleconsulta à pessoa idosa e família com fragilidade para promoção do Cuidado-de- Si, no contexto dos Centros de Saúde amigos das pessoas idosas".

Deferido a 03 de fevereiro de 2021

(Enf. Coordenador)

XI. Pedido de autorização para a Utilização do Guião de Intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa com dor Crónica através da Consulta Telefónica de Gomes et al, 2019

Pedido de autorização

1 mensagem

Idalina Delfina Gomes <idgomes@esel.pt>
Para: Liliana Sobreira <lilianasobreira10@gmail.com>

17 de março de 2021 às 10:50

Exma Sra Prof. Dra. Idalina Delfina Gomes

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do guião de intervenção de enfermagem na pessoa idosa com dor crónica através da consulta telefónica, publicada no livro Gerontechnology, 2019. Pretendo utilizar este guião como modelo à consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa com fragilidade, após a sua adaptação. O desenvolvimento da consulta telefónica de enfermagem à pessoa idosa com fragilidade é um objetivo do meu estágio, no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção da saúde da pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Aguardo o seu parecer,

Com os melhores cumprimentos,

Liliana Santos Sobreira

28 de Janeiro de 2021

Cara Liliana em nome da equipa de investigadores e autores do artigo temos muito gosto em autorizar a sua utilização para os fins que refere

Melhores cumprimentos

Idalina Gomes

XII. Referências Bibliográficas dos artigos utilizados na revisão da literatura dos centros de saúde amigos das pessoas idosas

1. Woo, J., Mak, B., & Yeung, F., 2013. Age-Friendly Primary Health Care: An Assessment of Current service Provision for Older Adults in Hong Kong. *Health Services Insights*, 6, 69–77.
2. Pelaez, M., & Rice, M., 2004. Primary Health Care and Aging: Edited Proceedings of the Consultative Group Meeting on Geriatric Training in Primary Health Care. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 99–108. DOI: [10.32398/cjhp.v2i3.884](https://doi.org/10.32398/cjhp.v2i3.884)
3. Hoontrakul, D., Sritanyarat, W., Nuntaboot, K., & Premgamone, A., 2008. Development of Age-Friendly Primary Health Care : Case Study of One Primary Care Unit. *Thai J Nurs Res*, 12(2), 131–141.
4. Kuo, R. J., Wu, Y. H., Hsu, T. S., & Chen, L. K., 2011. Improving outpatient services for elderly patients in Taiwan: A qualitative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e209–e217. DOI: [10.1016/j.archger.2010.09.013](https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.09.013)
5. Fulmer, T., & Li, N., 2018. Age-Friendly Health Systems for Older Adults With Dementia. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 160–165. DOI: [10.1016/j.nurpra.2017.09.001](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.09.001)
6. Ssensamba, J. T., Mukuru, M., Nakafeero, M., Ssenyonga, R., & Kiwanuka, S. N., 2019. Health systems readiness to provide geriatric friendly care services in Uganda: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(256), 1–13. DOI: [10.1186/s12877-019-1272-2](https://doi.org/10.1186/s12877-019-1272-2)
7. Motsohi, T., Namane, M., Anele, A. C., Abbas, M., & Kalula, S. Z., 2020. Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: A qualitative assessment. *BJGP Open*, 4(3), 1–9. DOI: [10.3399/bjgpopen20X101048](https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101048)
8. Cheung, B., Felfeli, T., Sorouri, K., Zewude, R., 2015. The National Seniors Strategy: An Opportunity for Sustaining a Healthy Future for the Aging Population. *University of Toronto Medical Journal*, 93(1), 18–21.
9. Alhamdan, A. A., Alshammari, S. A., Al-Amoud, M. et al., 2015. Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment: A step towards age-friendly health centers. *Saudi Medical Journal*, 36(9), 1091–1096. DOI: [10.15537/smj.2015.9.11789](https://doi.org/10.15537/smj.2015.9.11789)

10. Ricciardi, W.; Specchia, M.; Marino, M., 2014. Health of the Elderlies and Healthy Ageing : A Challenge for Europe. *Active Ageing and Healthy Living*, 1(1), 1–9. DOI: 10.3233/978-1-61499-425-1-1
11. Petersen, P., Kandelman, D., Arpin, S., Ogawa, H., 2010. Global oral health of older people - Call for Public Health Action. *Community Dental Health*, 27(2), 257–268. DOI: [10.1922/CDH](https://doi.org/10.1922/CDH)
12. Lin, M. H., Chou, M. Y., Liang, C. K., Peng, L. N., & Chen, L. K. (2010). Population aging and its impacts: Strategies of the health-care system in Taipei. *Ageing Research Reviews*, 9(SUPPL.), S23–S27. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2010.07.004>
13. Liggett A., McKoy, M., Bradley, S., O'Brien, k., Dobschuetz D. C., Lindquist, L., 2020. Creating an Age-Friendly Health System: Lessons learned for the Post-Acute Care Setting. *Jamda*, 21, B17-B18. DOI: [10.1016/j.jamda.2020.01.053](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.01.053)
14. Dalmer, N. K., 2019. A logic of choice: problematizing the documentary reality of canadian aging in place policies. *Journal of Aging Studies*, 48 (1), 40-49. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.01.002>
15. Lee, C. Y., Cho, B., Cho, Y., & Park, Y. H., 2019. Older adults' perceptions of age-friendliness with an emphasis on community supports and health services in a city in South Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 30(2), 234–242. DOI: 10.12799/jkachn.2019.30.2.234
16. John, D. H., & Gunter, K., 2015. EngAGE in community: Using mixed methods to mobilize older people to elucidate the age-friendly attributes of urban and rural places. *Journal of Applied Gerontology*, 35(10), 1–26. DOI: 10.1177/0733464814566679
17. Doolan-Noble, F., Mehta, P., Waters, D., & Baxter, G. D., 2018. Supporting ageing well research: Findings from a research priority setting exercise. *Australasian Journal on Ageing*, 38(2), 136–143. DOI: [10.1111/ajag.12615](https://doi.org/10.1111/ajag.12615)
18. Hancock, S., Winterton, R., Wilding, C., & Blackberry, I., 2018. Understanding ageing well in Australian rural and regional settings: Applying an age-friendly lens. *Australian Journal of Rural Health*, 27(4), 298–303.
19. Lehning, A. J., Smith, R. J., & Dunkle, R. E., 2014. Age-Friendly Environments and Self-Rated Health : An Exploration of Detroit Elders. *Research on Aging*, 36(1), 1–9. DOI: 10.1177/0164027512469214

20. Jiang, Q., Cohen, N. L., Marra, M. V., Woolf, K., Gilbride, J., & Francis, S. L., 2017. Community Priorities for Healthy Eating in Older Adults. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 36(2–3), 75–91. DOI: [10.1080/21551197.2017.1365039](https://doi.org/10.1080/21551197.2017.1365039)
21. Rahman, M., & Byles, J. E., 2020. Older women's patterns of home and community care use and transition to residential aged care : An Australian cohort study. *Maturitas*, 131(1), 28–33. DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.10.004
22. Smith, R. J., Lehning, A. J., Dunkle, R. E., 2013. Conceptualizing Age-Friendly Community Characteristics in a Sample of Urban Elders: An Exploratory Factor Analysis. *Journal for Gerontol Soc Work*, 56(2), 90–111. DOI: 10.1117/12.2549369.

ANEXOS

**I. Triagem da grande Síndrome Geriátrica
- Síndrome da Fragilidade
(Cruz, 2021)**

Instrumento 1: Avaliação abrangente (Passo 1).

Triagem da grande síndrome geriátrica- Síndrome da fragilidade.

Executado pelo enfermeiro.

Em 10 minutos

Nome _____ Idade _____ Sexo _____

Com quem vive _____ Profissão _____

Com que se ocupa no dia-a-dia _____

A- MEMÓRIA

Dizer 3 palavras: **Pera, gato e bola** e pedir para a pessoa idosa as repetir. Aguardar 1 minuto e pedir que a pessoa repita novamente as 3 palavras.

Repetiu as 3 palavras? Sim ___ Não ___.

Passo 2: Se pessoa idosa não foi capaz de as repetir. Problema identificado- Avaliar a capacidade cognitiva- Mini- Mental (**Instrumento 2**).

B- PSICOSSOCIAL

Fazer as seguintes perguntas:

1- Costuma-se sentir sozinho? Sim ___ Não ___.

2- Costuma-se sentir triste? Sim ___ Não ___.

3- Não recebe suficiente apoio de outras pessoas? Sim ___ Não ___.

Passo 2: Se pessoa idosa responder "Sim" – Problema Identificado - Avaliar a depressão- Escala de depressão geriátrica (**Instrumento 3**).

C- CAPACIDADE FUNCIONAL

Responda às seguintes questões com Sim ou Não.

- Anda rápido ou corre para atrás de alguém? Sim ___ Não ___.
- Consegue fazer trabalho pesado em casa, como lavar janelas e chão? Sim ___ Não ___.
- Consegue ir às compras? Sim ___ Não ___.
- É capaz de tomar banho? Sim ___ Não ___.
- Consegue andar grandes distâncias sem cansaço? Sim ___ Não ___.
- É capaz de se vestir, abotoar uma camisa, fechar o fecho das calças e atar os atacadores? Sim ___ Não ___.
- Pedir à pessoa idosa para realizar 3 exemplos citados. 1 ___ 2 ___ 3 ___.

capacidade funcional- Escala modificada de Barthel e Índice de Lawton & Brody.

(Instrumento 3 e 4).

D- INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Fazer as seguintes perguntas.

- 1- Perdeu urina na semana passada? Sim ___ Não ___.
- 2- Consegue controlar a micção antes de terminar uma tarefa? Sim ___ Não ___.

Passo 2: Se continência urinária comprometida – Problema identificado- Avaliar- Diário de micção (Instrumento 5).

E- QUEDAS

Fazer as seguintes perguntas.

- 1- Caiu 2 ou mais vezes no último ano?" Sim ___ Não ___.

Se não, peça a pessoa idosa para se levantar da cadeira, andar em volta dela sem a segurar.

Incapaz de fazer: Sim ___ Não ___. Instável: Sim ___ Não ___

Passo 2: Se 1 pergunta positiva- Problema identificado- Avaliar o risco de queda- Escala de Downton (Instrumento 6).

F- NUTRIÇÃO

Fazer as seguintes perguntas.

- 1- Tem sentido alterações (ganho ou perda) de peso nos últimos 6 meses?" Sim ___ Não ___.

Aumento ___ Kg/Diminuição ___ Kg

- 2- Peso de hoje ___ Kg.

Passo 2: Se resposta positiva - Problema identificado – Avaliar a nutrição- Escala Mini Nutritional Assessment MNA® (Instrumento 7).

Problemas comuns adicionais.

AUDIÇÃO

1. Ficar atrás da pessoa e pedir que ela repita 6, 1, 9, (calmamente, primeiro em voz baixa e depois em voz normal).

Voz baixo: Ouvido direito ___ Ouvido esquerdo ___

Voz normal: Ouvido direito ___ Ouvido esquerdo ___

Passo 2: Se pessoa idosa é incapaz de ouvir dos dois ouvidos ou em um ouvido, seja em voz baixa ou normal- Problema identificado- Informar o médico.

VISÃO

Fazer a seguinte pergunta

1- Tem dificuldade em ler ou realizar alguma de suas atividades de vida diária devido à visão? (uso ou não de óculos). Sim___ Não___.

Passo 2: Se resposta positiva- Problema identificado- Realizar optótipo de Snellen, com e sem óculos- **(Instrumento 8)**.

Se alguns dos pontos A, B, C, D, E e F - POSITIVOS – Aplicar *Indicator Frailty* Tilburg (Instrumento 9).

Fonte: Adaptado de Age-Friendly PHC Centres Toolkit, World Health Organization, 2008

II. Escala de avaliação cognitiva
Mini Mental Statement Examination
(DGS, 2019)

Anexo IV – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- Em que anos estamos? ____
Em que mês estamos? ____
Em que dia do mês estamos? ____
Em que dia da semana estamos? ____
Em que estação do ano estamos? ____
Em que país estamos? ____
Em que distrito vive? ____
Em que terra vive? ____
Em que casa estamos? ____
Em que andar estamos? ____

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

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

- Pera ____
Gato ____
Bola ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

“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

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

- Pera ____
Gato ____
Bola ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

- 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 o cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”, sendo analfabeto lê-se a frase.

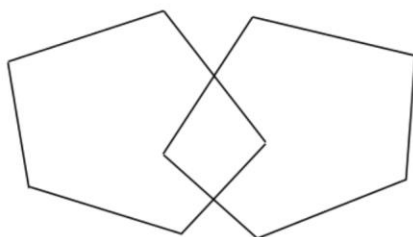
Fechou os olhos ____

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

FRASE:

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

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



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): ____

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos \geq 15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade \geq 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade \geq 27 pontos

Fonte: Morgado, J. Rocha, C.S. Maruta, C. Guerreiro, M. Martins, I.P. Novos Valores Normativos do *Mini-Mental State Examination*. Revista Sinapse. 2009, Vol 9 (2), pp. 10-16.

**III. Escala de Depressão Geriátrica
(Apóstolo, 2012)**

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. *Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. *Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. *Sente a sua vida vazia?	S	N
4. *Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. *Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. *Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. *Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. *Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?	S	N
12. *Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. *Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. *Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. *Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida interessante?	S	N
20. É difícil para si começar novas actividades?	S	N

	Sim	Não
21. *Sente-se cheio(a)de energia?	S	N
22. *Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8,10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0 -10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30= depressão grave

Pontuação da GDS de 15 itens:

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0 -5 = sem depressão

> 5 = depressão

Nota: estes pontos de corte são os do trabalho original.

O autor considera que a escala está no domínio público

**IV. Escala de Barthel Modificada
(Apostolo, 2012)**

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ___/___/___ HD: ____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	1
Toalete	0	2	5	8	1
Subir escadas	0	2	5	8	1
Vestuário	0	2	5	8	1
Controle de Bexiga	0	2	5	8	1
Controle intestinal	0	2	5	8	1
Deambulação	0	3	8	1	1
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência
100 pontos – totalmente dependente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

**V. Escala de Lawton-Brody
(Apóstolo, 2012)**

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

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 transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	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
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

8 pontos – independente

9 a 20 pontos – moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda

> 20 pontos – severamente dependente, necessita de muita ajuda

**VI. Diário Miccional
(Temido e Borges, 2012)**

**VII. Escala de Downton
(Almeida, 2012)**

• Quedas Anteriores	Não	0
	Sim	1
• Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizantes/Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros medicamentos	1
• Défices Sensoriais	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
	Alterações Auditivas	1
	Extremidades (ictus,...)	1
• Estado Mental	Orientado	0
	Desorientado	1
• Deambulação	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ajuda/sem ajuda	1
	Impossível	1
	TOTAL	

Ponto de corte =3

VIII. Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

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

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

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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade	
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	
0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos	
0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mas detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	
1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	
0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras?	
0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>

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. Geront.* 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 SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?	
0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome:	
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• carne, peixe ou aves todos os dias?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0,5 = duas respostas «sim» 1,0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	
0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional?	
0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm	
0,0 = PB < 21 0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1,0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm	
0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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 type="checkbox"/>	desnutrido

**IX. Escala de Tilburg
(Coelho, 2014)**

Parte A: Determinantes de fragilidade

1. Qual é o seu sexo?

masculino feminino

2. Qual é a sua idade?

_____ anos

3. Qual é o seu estado civil?

casado(a)/vive com um parceiro(a)

separado(a)/divorciado(a)

solteiro(a)

viúvo(a)

4. Em que país nasceu?

5. Quantos anos de escolaridade completou?

_____ anos

6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?

250€ ou menos

501€ a 750€

1001€ a 1500€

2001€

251€ a 500€

751€ a 1000€

1501€ a 2000€

ou mais

7. Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

Saudável

nem muito nem pouco saudável

não saudável

8. Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

sim não

9. Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

- a morte de uma pessoa querida sim não

- uma doença grave em si próprio sim não

- uma doença grave numa pessoa querida sim não

- um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante sim não

- um acidente de viação sim não

- um crime sim não

10. Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

sim não

Parte B: Componentes de fragilidade

B1: Componentes físicos

11. Sente-se fisicamente saudável?

sim não

12. Perdeu muito peso recentemente sem desejar fazê-lo? ('muito' é: 6 kg ou mais, durante os últimos seis meses, ou 3 kg ou mais, durante o último mês)

sim não

Tem problemas na sua vida diária devido a:

13.dificuldade em andar?

sim não

14.dificuldade em manter o seu equilíbrio?

sim não

15.dificuldade de audição?

sim não

16.dificuldade de visão?

sim não

17.falta de força nas suas mãos?

sim não

18.cansaço físico?

sim não

B2: Componentes psicológicos

19. Tem problemas com a sua memória?

sim por vezes não

20. Tem-se sentido em baixo durante o último mês?

sim por vezes não

21. Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o último mês?

sim por vezes não

22. É capaz de lidar bem com os problemas?

sim não

B3: Componentes Sociais

23. Vive sozinho?

sim não

24. Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta?

sim por vezes não

25. Recebe suficiente apoio de outras pessoas?

sim não

Pontuação da Parte B: Componentes de fragilidade (varia: 0 – 15)	
Questão 11: sim = 0, não = 1	Questão 22: sim = 0, não = 1
Questão 12 – 18: não = 0, sim = 1	Questão 23: não = 0, sim = 1
Questão 19: não e por vezes = 0, sim = 1	Questão 24: não = 0, sim e por vezes = 1
Questão 20 e 21: não = 0, sim e por vezes = 1	Questão 25: sim = 0, não = 1
Pontuação final: _____	Pontuação B2 (domínio psicológico): _____
Pontuação B1 (domínio físico): _____	Pontuação B3 (domínio social): _____

Ponto de corte: 6

**X. Certificado de Presença no Webinar do Dia Mundial da Pessoa Idosa
“Guarda um Moço e Acharás um Velho”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LILIANA SANTOS SOBREIRA,

membro nº 72946 desta Ordem, participou no Ciclo de Webinars da Mesa do Colégio de Enfermagem Médico-Cirúrgica: **Webinar¹ Dia Mundial da Pessoa Idosa – “Guarda um moço e acharás um velho”**, no dia 2 de Outubro de 2020, com duração total de 01h30, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

Lisboa, 9 de Outubro de 2020.

P^a A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é avaliada pela Ordem dos Enfermeiros e inscrita no Catálogo de Desempenho Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Avaliação e Criação de Actividades Formativas.

² Conforme Decreto de Delegação de Competências de 21 de Junho de 2020 e no âmbito do nº769 V.O do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, de redacção de Lei nº 180/2019, de 18 de Setembro.

Ciclos Webinar



DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



PROGRAMA

29 SETEMBRO

Dia Mundial do Coração - OLHOS QUE NÃO VÊEM, CORAÇÃO QUE NÃO SENTE

21h00

Moderador

Enf.º Nuno Ferreira

21h20

Autocuidado no doente com insuficiência cardíaca

Enf.º Joana Sousa (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

21:35

Síndrome de Brugada

Enf.º Luis Correia (Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro)

21:50

Núcleo de Enfermagem da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Enf.º Catarina Bastos

02 OUTUBRO

Dia Internacional do Idoso - GUARDA UM MOÇO E ACHARÁS UM VELHO

21h00

Moderador

Enf.º Helena Maria Guerreiro José

21h05

Impacto do COVID-19 nas ERPI; - Análise dos recursos, processo e resultados do cuidado de enfermagem nas ERPIs; - modelo de cuidado geriátrico - perspetivas futuras

Enf.º João Almeida Tavares (Universidade de Aveiro)

21:20

Pensar o futuro e o envelhecimento para promover uma saúde sustentável; O cuidado de Si na Pessoa Idosa

Enf.º Idelina Delfina Gomes (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

10 OUTUBRO

Dia Mundial dos Cuidados Paliativos - ... NEM MAL QUE NUNCA SE ACABE

21h00

Moderador

Enf.º Ricardo Manuel da Silva

21h05

O papel do EEMC da área da pessoa em situação paliativa em termos de formação

Enf.º Ângela Sofia Lopes Simões (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE)

21:20

O exercício profissional especializado no internamento de cuidados paliativos: mind the gap

Enf.º Cátia Ferreira (Centro Hospitalar São João)

16 OUTUBRO

Dia Nacional da Luta Contra a Dor - DOR COMPARTILHADA É DOR ALIVIADA

21h00

Moderador

Enf.º Mário Oliveira Jesus

21h05

Dor aguda no pré-hospitalar

Enf.º Mauro Mota (Unidade Local de Saúde da Guarda)

21:20

Consulta de enfermagem de dor aguda no pós-operatório.

Enf.º Maria José Fernandes (Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE)



SIGENF
BALCÃO ÚNICO



**XI. Certificado de Participação no Terceiro
Workshop Internacional de Gerontologia**



Para os devidos efeitos certifico que a/o Exmo(a) **Enfermeiro(a) Liliana Santos Sobreira**, esteve presente no **Third International Workshop on Gerontechnology | Virtual workshop - November 19, 2020**, desenvolvido no âmbito do Projeto Financiado **POCTEP 0499_4IE_4_Plus_4_P**: Instituto Internacional de Investigação Inovação e Envelhecimento/Instituto Internacional de Investigación e Innovación del Envejecimiento, com a duração de 3 horas.

11/19/2020

COORDENADORES INTERNACIONAIS

Professor Doutor José García-Alonso (ESPAÑA)

Professor Doutor Manuel José Lopes (PORTUGAL)





APRESENTAÇÃO DE PAPERS

Moderadores:
Professor Doutor César Fonseca
Professor Doutor José Garcia Alonso

11:30 horas	Sessão de Abertura	<i>Professor Doutor José García Alonso</i>
11:40 horas	<i>Definiciones y experiencias de soledad: la tecnología en la investigación cualitativa</i>	<i>Professor Doutor Borja Rivera</i>
11:50 horas	<i>Funcionalidade no idoso institucionalizado e não institucionalizado</i>	<i>Professora Doutora Lara Guedes de Pinho</i>
12:00 horas	<i>Han usado dispositivos tecnológicos los mayores durante la COVID-19?</i>	<i>Professora Doutora Sara Chimento</i>
12:10 horas	<i>Biomarcadores farmacogenéticos – PT: níveis de evidência e graus de recomendação</i>	<i>Professora Doutora Ana Margarida Advinha</i>
12:20 horas	<i>La tecnología ante los retos del sistema de dependencia para los mayores en España</i>	<i>Professor Doutor Luis Lopez-Lago</i>
12:30 horas	<i>Series temporales para predecir la evolución del perfil funcional de los ancianos</i>	<i>Professor Doutor Javier Rojo</i>
12:40 horas	<i>Intervenção no idoso com depressão: uso de antidepressivos versus exercício físico</i>	<i>Professora Doutora Maria do Céu Marques</i>
12:50 horas	Sessão de Encerramento	<i>Professor Doutor César Fonseca</i>

XII. Certificado de Participação no 14º Congresso Nacional do Idoso



14º CONGRESSO
NACIONAL idoso

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certificamos que,

LILIANA SANTOS SOBREIRA

participou no **14º Congresso Nacional do Idoso – Geriatria 2021**, que decorreu no dia 31 de maio e 01 de junho de 2021.

01 de junho de 2021

Dr. José Canas da Silva
Presidente da Comissão Organizadora

Geriatria 2021

A idade & o conhecimento
aliados no futuro

XIII. Certificado de Participação na *International Association of Gerontology and Geriatrics 2021 E-Conference*



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Enf. Liliana Sobreira

Dr. Félix Nallim

President IAGG 2021 E-Conference

Prof. Dr. Jose Ricardo Jauregui

IAGG President Elect