

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

Relatório de Estágio

**Intervenções de enfermagem na prevenção da
fragilidade da pessoa idosa: cuidados em parceria
para o cuidado de SI**

Hermínia Daniela Teixeira da Cruz

**Lisboa
2021**

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

Relatório de Estágio

**Intervenções de enfermagem na prevenção da
fragilidade da pessoa idosa: cuidados em parceria
para o cuidado de SI**

Hermínia Daniela Teixeira da Cruz

Orientadora: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
2021**

“Podemos comparar a mente do ser humano a um jardim, que tanto pode ser
meticulosamente cultivado como deixado ao abandono.
Mas, quer seja estimado ou descorado, irá forçosamente gerar resultados.”

James Allen, 2019 (p. 18)

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à Professora Doutora Idalina Gomes pela sua disponibilidade, exigência no saber, palavras amigas e reconfortantes nos momentos certos. Com a sua orientação, a conclusão deste processo foi entusiasmante, enriquecedora e terminou com a certeza de que os obstáculos são para ser contornados e os objetivos concluídos.

Ao meu núcleo familiar: pais, irmãos e sobrinhas pelas palavras de conforto, motivação, apoio incondicional e compreensão, por estarem sempre presentes, mesmo com a minha ausência física, motivada pela própria profissão.

Aos enfermeiros especialistas orientadores, Isabel Almeida, Elisabete Pereira e Ana Sanches, pelo apoio, confiança e partilha de experiências no decorrer dos estágios e toda a sua equipa pela forma calorosa com que me receberam.

Às pessoas idosas que participaram neste projeto, pela confiança que depositaram em mim.

Ao Francisco, meu companheiro de vida, pela paciência e estímulo sem fim, por acreditar sempre nas minhas capacidades, até quando eu as questionava.

Muito obrigada a todos.

RESUMO

A mudança demográfica que se reflete no envelhecimento que ocorre em todo o mundo e em Portugal leva-nos a enfrentar um desafio no atendimento às pessoas idosas, nomeadamente no que respeita à síndrome de fragilidade. Este relatório contempla o percurso de estágio que decorreu num serviço de medicina e numa USF Y de Lisboa, para o desenvolvimento de um projeto que visou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, nomeadamente no desenho de um plano de intervenções para prevenir a fragilidade da pessoa idosa no contexto na comunidade. O quadro conceptual em que se ancorou o projeto foi o modelo de Parceria para promoção do Cuidado de SI (Gomes, 2016). A metodologia utilizada no desenvolvimento do mesmo foi a de projeto.

Como resultados das diversas atividades realizadas salientam-se a realização de estudos de caso que permitiram a operacionalização do modelo de Parceria, a avaliação multidimensional da pessoa idosa e aquisição de conhecimentos sobre a fragilidade. Realça-se, também, a realização de uma revisão *scoping*, para identificar as intervenções de enfermagem para intervir na fragilidade, a colaboração na realização de um estudo qualitativo/quantitativo para diagnosticar as características ambientais e as atividades já realizadas pelos enfermeiros para a USF ser considerada amiga das pessoas idosas. Os resultados dos mesmos deram contributos para o desenvolvimento de um manual de boas práticas, tendo por base a melhor evidência científica para promover o bem-estar e segurança da pessoa idosa frágil. Este projeto de estágio contribui assim, para o enriquecimento das minhas aprendizagens e para o desenvolvimento das equipas de enfermagem, na área da prestação de cuidados em Parceria com a pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar, nomeadamente na adoção de medidas de prevenção da fragilidade. A elevada prevalência da fragilidade nas pessoas idosas evidenciada nos estudos, torna premente a necessidade de mais estudos nesta área e a elaboração de plano de intervenção direcionados para os diversos contextos de vida das pessoas idosas, visando prevenir a fragilidade.

Palavras-chave: Pessoa idosa; fragilidade; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The demographic change that is reflected in the aging process that occurs worldwide and in Portugal, leads us to face a challenge in the care of the elderly, namely with regard to the frailty syndrome. This report describes the internship that took place in a medical service and in a primary health care Y in Lisbon, to develop a project that aimed to achieve skills as a specialist nurse and master in Medical-Surgical nursing in the elderly, namely in the design of a intervention plan to prevent the frailty of the elderly in the community context. The conceptual framework on which the project was based, was the Partnership Model for the Promotion of Self-Care (Gomes, 2016). The methodology used in the development was the project.

As a result of the several activities carried out, I would like to emphasize case studies that allowed the operationalization of the partnership model, the multidimensional assessment of the elderly, the acquisition of knowledge about the frailty in the elderly. It is also important to highlight a scoping review, to identify nursing interventions to intervene in frailty, the collaboration in carrying out a qualitative / quantitative study to diagnose the environmental characteristics and the activities already performed by nurses for the Primary Health Care be considered friend of the elderly. Their results contributed to the development of a manual of best practices, based on the best scientific evidence to promote the well-being and safety of the frail elderly.

This internship project thus contributes to the enrichment of my learning and the development of nursing teams, in the area of providing care in partnership with the frail elderly and / or their family caregiver; namely in the adoption of measures to prevent fragility. The high prevalence of frailty in the elderly, as evidenced in the studies, makes the need for further studies in this area and the development of intervention programs directed to the different life contexts of the elderly, in order to prevent frailty.

Key words: Elderly; frailty; nursing care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

%- Percentagem

<- Menor que

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

AIVD' s- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD' s - Atividades de Vida Diária

BGS- *British Geriatrics Society*

CF- Cuidador Familiar

DGS- Direção Geral de Saúde

Dra.- Doutora

EEMCVPI- Enfermeira Especialista de Médico Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

EMC- Enfermagem Médica Cirúrgica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

et al. - *And others* (e outros)

FG - *Focus Group*

IFT- Indicador de Fragilidade de Tilburg

Kg- Quilogramas

MCQ- Melhoria Contínua da Qualidade

MCVPI- Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

NHS- National Health Service

Nº- Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PI- Pessoa Idosa

PIF – Pessoas Idosas Frágeis

SG- Síndromes geriátricos

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UF- Unidades de frequência

UI - Unidade Internacional

UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL

USF Y- Unidade Saúde Familiar Y

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2.1- O envelhecimento e a síndrome da fragilidade e o papel dos cuidados de saúde primários na prevenção da síndrome da fragilidade.	14
2.2- Instrumentos de avaliação da fragilidade de suporte ao diagnóstico de enfermagem.	17
2.3- Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa.	19
2.3.1 Intervenções de enfermagem para a prevenção da fragilidade.	20
2.3.2 Intervir em Parceria com a pessoa idosa frágil para promoção do cuidado de SI.	26
CAPÍTULO III- DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	29
3.1- Metodologia.	29
3.2- Considerações éticas	30
3.3- Objetivos, atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas.	31
CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	
Anexo I- Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)	
Anexo II- Parecer da CE para a Saúde da ARSLVT	
Anexo III- Autorização do estudo de investigação pelo coordenador da USF	
Anexo IV- Autorização do estudo de investigação pela diretora executiva do ACESLN	
Anexo V- Declaração de presença do 40 congresso português de Geriatria e Gerontologia	
APÊNDICES	
Apêndice I- Intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade na PI nos cuidados de saúde primários: Revisão <i>Scoping</i>	

Apêndice II- Reflexão do estudo de caso desenvolvido no serviço de medicina

Apêndice III- Ação de formação desenvolvida no serviço de medicina

Apêndice IV- 1ª Ação de formação desenvolvida na USF Y

Apêndice V- Estudo de caso desenvolvido na USF Y

Apêndice VI- 2ª Ação de formação desenvolvida na USF Y

Apêndice VII- Guião de modelo de Parceria à pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar

Apêndice VIII - Guião de entrevista semiestruturada aos profissionais de enfermagem

Apêndice IX- Questões *focus-group* para os profissionais de enfermagem

Apêndice X - Análise de conteúdo ao *focus-group* dos enfermeiros

Apêndice XI- Análise de conteúdo às entrevistas dos enfermeiros

Apêndice XII - *Checklist* para auditoria da USF Y

Apêndice XIII- Instrumento de avaliação compreensiva

Apêndice XIV- Consentimento informado esclarecido e livre para os profissionais

Apêndice XV- Poster- Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa numa USF

Apêndice XVII- Diagnósticos e intervenções de enfermagem em Parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar

Apêndice XVIII- Análise SWOT e objetivos, atividades, indicadores de avaliação e recursos para o projeto de estágio

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivo geral 1, objetivo específico e atividades.....	31
Quadro 2. Objetivo geral 2, objetivos específicos e atividades.....	37
Quadro 3. Objetivo geral 3, objetivo específico e atividades.....	41
Quadro 4. Critérios em falta na USF Y para ser considerada USF amiga das pessoas idosas.....	43
Quadro 5. Categorias e subcategorias definidas- Percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas e/ou cuidador familiar no <i>focus-group</i>	47
Quadro 6. Categorias e subcategorias definidas através da percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas e/ou cuidador familiar na entrevista semiestruturada.....	53

INTRODUÇÃO

O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimento e relações sociais. Este conceito está relacionado com as alterações biológicas, psicológicas e sociais que decorrem ao longo da vida, não sendo um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida (DGS, 2006; Sequeira, 2018). Segundo os dados da PORDATA (2019) dos 10. 276. 617 indivíduos residentes em Portugal, 2. 244. 225 são indivíduos com 65 ou mais anos, o que torna o envelhecimento demográfico um desafio para Portugal e para o mundo.

Segundo a Nazareth (2019) estamos perante dois tipos de envelhecimento, o “envelhecimento na base” da pirâmide etária, quando a percentagem de jovens começa a diminuir e o “envelhecimento no topo” da pirâmide quando o peso das pessoas com idade aumenta. Face a este envelhecimento demográfico os profissionais de enfermagem têm como mandato social promover a funcionalidade das pessoas por mais tempo possível (OE, 2015). É na pessoa idosa que se verifica uma maior perda na capacidade funcional tendo implicações ao nível do bem-estar psicológico, social, de segurança, económica, autoperceção de saúde e meio ambiente envolvente, que pode levar à síndrome de fragilidade com consequências na qualidade de vida desta.

A síndrome da fragilidade na pessoa idosa é um conceito que tem vindo a ser trabalhado pelos clínicos e investigadores, com o propósito de identificar as pessoas idosas em risco, requerendo uma resposta precoce que minimize os riscos e maximize a potencialidade do indivíduo (Llano, Lange & Sequeira, 2018). Segundo Lana & Schneider (2014) “a literatura em Geriatria e Gerontologia tem mostrado a importância da síndrome da fragilidade entre os idosos, pois impulsiona o risco de quedas, incapacidade, hospitalização e morte” (p.674).

O desenvolvimento deste trabalho dá continuidade a um projeto já existente no contexto onde vai ser realizado USF Y “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, do qual a USF Y assumiu fazer parte. Neste âmbito iniciou a intervenção na prevenção da síndrome da fragilidade na pessoa idosa. Esta decisão teve como base um estudo

realizado em 2018, que caracterizou a fragilidade na pessoa idosa da USF, concluindo-se que 49,8% desta era frágil (Gomes & Verde, 2019). A complexidade destas situações coloca aos enfermeiros especialistas de Médico-Cirúrgica, na vertente pessoa idosa, desafios ao nível do desenvolvimento de uma enfermagem avançada, que permita uma visão holística da pessoa idosa frágil e cuidador familiar, sendo estas pessoas mais suscetíveis a eventos adversos. O desafio passa pelo desenvolvimento de intervenções de enfermagem na pessoa idosa e/ou cuidador familiar para que esta promova o cuidado de SI.

O profissional de enfermagem tem que atuar de forma a evitar danos maiores e permitir que a pessoa idosa mantenha capacidades tanto físicas, sociais e psicológicas para desenvolver o seu projeto de vida e saúde. Segundo Llano, Lange & Sequeira (2018) a fragilidade na pessoa idosa é um conceito que tem vindo a ser trabalhado pelos clínicos e investigadores, com o propósito de identificar as pessoas idosas em risco, requerendo uma resposta precoce que minimize os riscos e maximize a potencialidade do indivíduo. Mas a investigação nesta área ainda é muito escassa, havendo necessidade de se explorar esta problemática, no âmbito do cuidado de enfermagem, visto ser de extrema relevância para o profissional de enfermagem prevenir, diagnosticar e tratar a pessoa idosa frágil. A prevenção da fragilidade só é possível com um diagnóstico correto, pois só se intervém quando se diagnostica.

A literatura existente centra-se na funcionalidade física quando avalia a fragilidade na pessoa idosa. No decorrer deste trabalho a fragilidade vai ser abordada nas três dimensões: física, psicológica e social de modo a ser possível olhar para a pessoa idosa de forma holística, tendo em conta a sua singularidade. O que passa necessariamente pelo estabelecimento de uma relação em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar em direção do seu projeto de vida e saúde, pelo que iremos acorar este projeto no Modelo de Parceria para a Promoção do Cuidado de SI (Gomes, 2016).

Assim, este projeto teve como finalidade desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar em contexto hospitalar e na comunidade (ESEL, 2019). Para isso, definimos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa (EEMCVPI) e Mestre nomeadamente na prevenção da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.

- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, através de um plano de intervenções.

- Contribuir para a implementação do projeto de investigação ação USF Y amiga das pessoas idosas.

Face aos objetivos definidos o desenvolvimento deste trabalho baseou-se na metodologia de projeto, uma vez que é promotora de resolução de problemas reais, e suporta-se numa prática fundamentada e baseada na evidência científica (Ruivo et al., 2010). No desenvolvimento do projeto optou-se por dois locais de estágio a USF Y pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACESLN) e um serviço de medicina de um hospital Central. A escolha destes locais de estágio teve como ponto de referência o facto de servirem uma população idosa, com significativa fragilidade e também para dar continuidade a um projeto já existente possibilitando o desenvolvimento de competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa.

Este documento está estruturado em quatro capítulos: a “Introdução” onde contextualiza o tema e os objetivos do estágio; o segundo capítulo “Enquadramento teórico” que subdivide-se em três subcapítulos que correspondem à revisão da literatura do projeto e o referencial conceptual de enfermagem que o sustenta; o terceiro capítulo “Desenvolvimento do projeto” que apresenta as atividades de organização e preparação do estágio e que integram o diagnóstico de situação e o quarto capítulo, “Considerações finais” apresenta uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas com o decorrer do estágio.

O documento foi redigido segundo a norma da *American Psychological Association* (APA, 6th ed).

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, faremos uma revisão da literatura em que abordaremos o tema do envelhecimento, a síndrome da fragilidade e o papel dos cuidadores de saúde na prevenção desta síndrome, e ainda a importância de desenvolver uma prática clínica fundamentada para diagnosticar e intervir na síndrome da fragilidade na pessoa idosa, ancorada num modelo teórico, que se desenvolva em Parceria com os clientes de modo a desenvolver o cuidado de SI.

2.1- O envelhecimento e a síndrome da fragilidade e o papel dos cuidados de saúde primários na prevenção da síndrome da fragilidade.

O desequilíbrio existente entre gerações é notório no mundo desenvolvido, a Europa e Portugal confrontam-se com a irreversibilidade do envelhecimento demográfico e das consequências que isso acarreta. Esta irreversibilidade é justificada pela manutenção dos baixos níveis de fecundidade e da não renovação das gerações, do contínuo aumento de duração média de vida e das migrações enquanto fator de rejuvenescimento das gerações, das melhores condições de vida e dos avanços da medicina e da tecnologia (SPGG, 2019; Gobbens, 2017). Para aliviar as supostas implicações económicas associadas ao envelhecimento da população e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, os governantes desenvolveram políticas de saúde que incentivam o envelhecimento ativo e saudável. Uma abordagem é a da WHO (2004) - Cuidados de saúde amigos das pessoas idosas (Hancock, Winterton, Wilding & Blackberry, 2019).

A abordagem da pessoa idosa requer cuidados específicos tendo em conta a heterogeneidade desta população, desde as comorbilidades, doenças crónicas, dependência e múltiplas carências físicas, psicológicas e sociais, bem como estereótipos e discriminação. A atitude do profissional passa pela prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação com a intenção de promover um envelhecimento ativo e desta forma a autonomia e independência da pessoa idosa (Moreira et al., 2019).

A síndrome da fragilidade é uma das consequências mais desafiadoras do envelhecimento, pois embora fragilidade e envelhecimento não sejam sinónimos, esta síndrome é prevalente na pessoa idosa, resultando em eventos adversos para a

saúde, incluindo a má qualidade de vida, hospitalização, incapacidades e morte (Uchmanowicz et al., 2018). De notar, que a pessoa idosa frágil apresenta pouca qualidade de vida e alta prevalência de doenças crônicas. A fragilidade está presente em milhões de pessoas idosas em todo o mundo, no entanto, a prevalência global de fragilidade ainda não é conhecida (Hoogendijk et al., 2019). Esta síndrome geriátrica é uma problemática emergente a nível nacional e internacional e representa uma prioridade de saúde pública, pelas implicações na funcionalidade da pessoa idosa, obrigando a uma atenção particular na prática clínica, visando promover a máxima funcionalidade das pessoas idosas (Cesari et al., 2015). No estudo realizado por Preto et al. (2018) concluiu-se que as pessoas idosas frágeis não tinham percepção do seu estado de saúde, pois referiam uma maior intensidade da dor, usavam auxiliares de marcha, tinham diminuição sensitiva, eram polimedicadas, mais magras, mais velhas, apresentavam comorbilidades e apresentavam um maior nível de dependência, tanto nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), como nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's).

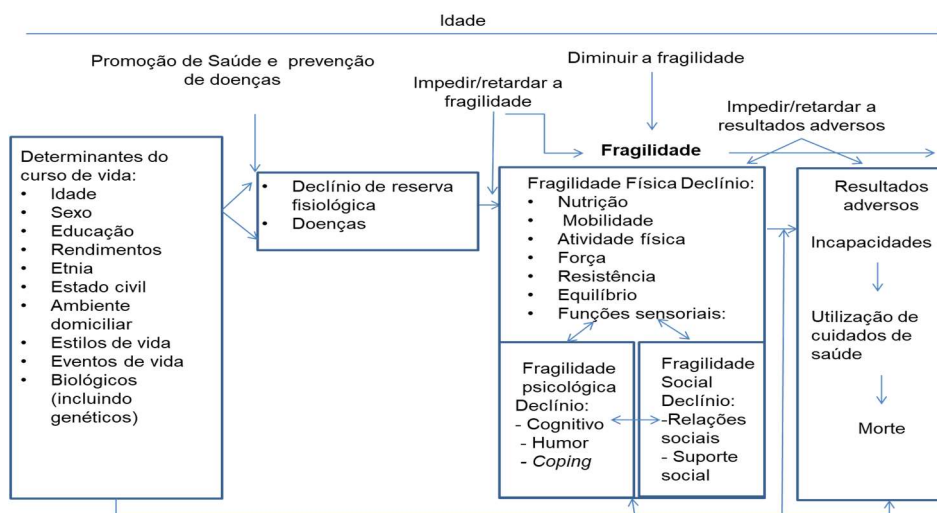
A definição deste conceito é complexa e controversa na literatura, mas importa compreendê-lo em todos os pontos de vista e dimensões para nos ajudar a direcionar os cuidados de enfermagem, visto que o enfermeiro precisa deter uma visão holística do ser humano (Wallington, 2016; Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2018).

Os modelos existentes que se dedicam a explicar este conceito são vários, destacamos o modelo biológico e o modelo de acumulação de défices e o modelo integral. O modelo biológico foi explorado por Fried et al. (2001), conhecido como fenótipo da fragilidade que incluía cinco componentes mensuráveis: a perda de peso não intencional, maior de 4,5 kg ou superior a 5% do peso corporal num ano; cansaço e baixa resistência a pequenos esforços; nível reduzido de atividade física; diminuição da atividade da marcha em segundos: distância de 4,5 m ajustada para sexo e altura e debilidade muscular e força muscular inferior a 20% do limite de normalidade. Quanto ao modelo de acumulação de défices foi investigado por Rockwood e Mitnitski em 2001 e estes autores referiram-se ao conceito de fragilidade como uma combinação de envelhecimento, doenças e outros fatores que tornam a pessoa mais vulnerável, ou seja quanto maior o problema maior os défices (Hoogendijk et al., 2019). Importa notar que existem modelos que fazem olhar para a fragilidade de uma forma unidimensional dando enfoque à componente física.

Segundo (Gobbens, 2010a), a fragilidade tem que ser avaliada em três grandes dimensões, a física, psicológica e social e o enfermeiro tem que atuar nestas três dimensões para que não ocorra uma fragmentação do cuidado, colocando em risco o modelo holístico. O conceito de fragilidade é dinâmico uma vez que o processo de fragilidade pode ser alterado e revertido. Uma pessoa idosa frágil pode reverter para não frágil e vice-versa pelo que é necessária uma abordagem integral (visão holística) e multidimensional onde não seja exclusivamente valorizada a dimensão física, mas que ocorra interação entre esta, e as dimensões psicológicas e sociais (Gobbens, 2010a).

O modelo integral (figura 1) integra a fragilidade física, psicológica e social e seus componentes associados e as setas estão colocadas entre os domínios físico, psicológico e social para realçar que estes domínios podem ser distinguidos como domínios diferentes, mas não existem isoladamente, lembrando que o foco está na pessoa com uma visão holística. Além disso, o modelo lista os momentos em que os profissionais de saúde podem intervir, indicados pelas setas verticais no modelo para avaliar a fragilidade da pessoa idosa residente na comunidade (Gobbens et al., 2017).

Figura 1. Modelo conceitual integral da fragilidade



Fonte: Adaptação do Modelo conceitual e integral de Fragilidade de Gobbens et al., (2010a).

Segundo um estudo de Gobbens (2010d), onde este reuniu múltiplas definições de diferentes especialistas que estudaram a fragilidade, ficou expresso uma clara preferência pela seguinte definição conceitual de fragilidade:

frailty is a dynamic state affecting an individual who experiences losses in one or more domains of human functioning (physical, psychological, social), which is caused by the influence of a range of variables and which increases the risk of adverse outcomes.
(p.55).

A fragilidade está relacionada com os piores resultados na saúde. O impacto que tem sobre a pessoa idosa é significativo (Wallington, 2016). Há quem defenda que a educação, a prevenção e a promoção de um estilo de vida saudável no início do processo de envelhecimento pode reduzir a incidência desta síndrome (Gobbens, 2010a).

Os cuidados de saúde primários desempenham um papel essencial para alcançar os objetivos do envelhecimento saudável e ativo e prevenir a síndrome de fragilidade. Estes serviços são o primeiro ponto de contacto, que a pessoa idosa tem com os serviços de saúde. Os cuidados de saúde primários devem ser acessíveis e amigos das pessoas idosas, capacitando-as para os tipos de cuidados que precisam, dando assistência às principais síndromes geriátricas, nomeadamente na prevenção da síndrome da fragilidade (WHO, 2004).

O que também passa por uma correta avaliação da fragilidade é a utilização de escalas de avaliação, permitindo adequar as intervenções de enfermagem, tendo em conta as reais necessidades da pessoa idosa.

2.2- Instrumentos de avaliação da fragilidade de suporte ao diagnóstico de enfermagem.

Na literatura existe referência a alguns instrumentos de avaliação da síndrome da fragilidade. Alguns são ferramentas unidimensionais, muitas vezes destinadas a rastrear fragilidade física, mas as ferramentas multidimensionais estão a tornar-se mais utilizadas na prática clínica (Wleklik, 2020). Assim importa que estes instrumentos avaliem todos os domínios da pessoa idosa físico, psicológico e social, baseado no funcionamento integral do indivíduo. Os domínios sociais e psicológicos no que concerne à avaliação da fragilidade, em muitos desses instrumentos, são frequentemente negligenciados, uma vez que assentam em modelos com uma forte vertente física. O modelo integral da fragilidade permite ter uma visão mais abrangente

da pessoa e fazer uma avaliação multidimensional da fragilidade, permitindo que a visão holística da pessoa idosa seja mantida.

O instrumento de avaliação *Indicator Frailty Tilburg* (IFT) (Anexo I) foi desenvolvido para identificar pessoas idosas frágeis residentes na comunidade tendo em conta as dimensões físicas, psicológicas e sociais e a utilização do modelo conceptual integral de fragilidade. Este instrumento fornece fortes evidências para uma definição integrante da fragilidade no que diz respeito ao domínio físico, psicológico e social. Este é constituído por duas partes A e B. A parte A tem dez perguntas relacionadas com os determinantes da fragilidade e doenças (estilo de vida pouco saudável, tabagismo, uso de álcool, problemas económicos, fatores sociodemográficos, idade, sexo, estado civil, etnia, segurança, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário, comprometimento cognitivo, quedas, deficiência funcional, problemas auditivos, problemas de humor, comprometimento nutricional, inatividade física e polimedicação). A parte B contém quinze perguntas divididas em três componentes de fragilidade: física, psicológica e social. A deteção do nível de fragilidade é proporcional à pontuação obtida, pois um maior nível corresponde a uma pontuação elevada (Gobbens, 2010b).

Uma revisão sistemática concluiu que o IFT tem uma evidência mais robusta de confiança e tem sido amplamente examinado em termos de propriedades psicométricas entre os restantes instrumentos de avaliação (Gobbens et al., 2017). É importante divulgar e identificar precocemente a síndrome da fragilidade da pessoa idosa e determinar os fatores associados, diagnosticando, prevenindo e adequando a terapêutica individualizada (Pinto & Coutinho, 2014). Segundo (Gobbens, 2010a), a fragilidade é única para cada indivíduo. Uma abordagem holística multidimensional permite um melhor diagnóstico e intervenções para a síndrome da fragilidade comparando com a abordagem do fenótipo físico puro (Wleklik, 2020).

Para que os enfermeiros possam intervir na prevenção e controlo da fragilidade é fundamental uma definição operacional e multidimensional desta síndrome, identificando precocemente a pessoa idosa em risco para que possam proporcionar os melhores cuidados e atuar em Parceria com a pessoa idosa na gestão desta situação (Craig, 2019). Para o que é essencial um modelo de cuidados que suporte os cuidados de qualidade prestados. O Modelo de Parceria possibilita uma avaliação multidimensional à pessoa idosa, permite ao enfermeiro estabelecer uma relação de

qualidade e desta forma diagnosticar e implementar intervenções de enfermagem havendo uma relação mútua de compromissos, permitindo uma melhoria de cuidados (Gomes, 2016). Os profissionais de saúde têm um papel essencial na promoção do envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida e para que isso seja possível é necessário consciencializar e responsabilizar o indivíduo, mobilizar recursos na comunidade, desenvolver políticas públicas de saúde e apelar à participação das pessoas idosas nestas mesmas políticas, valorizando o seu papel na sociedade (OMS, 2015). No que respeita à intervenção do enfermeiro, o primeiro passo passa por realizar uma avaliação que permita identificar os diagnósticos de enfermagem que elucidem os problemas da pessoa idosa para que possa intervir capacitando-a para o cuidado de SI (Gomes, 2016). Uma vez que a fragilidade é um estado reversível, vários diagnósticos e intervenções direcionadas podem prevenir a transição da condição não frágil para frágil (Wleklik, 2020).

2.3- Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa.

Qualquer intervenção entre o profissional e a pessoa idosa deve incluir uma avaliação com o intuito de saber se a pessoa idosa é ou não frágil (BGS, 2015; Craig, 2019). Identificar a pessoa idosa que beneficie de intervenções destinadas a reduzir a fragilidade permite prevenir e/ou retardar resultados adversos reduzindo também os custos de saúde (Uchmanowicz et al., 2018). As pessoas idosas com fragilidade têm sido vítimas de muitas das falhas de qualidade nos cuidados de saúde e estes problemas poder-se-iam evitar se a fragilidade fosse identificada pelo profissional, e desta forma fossem implementados planos adequados para intervir nestas situações (BGS, 2015).

Há um risco de dano significativo para as pessoas idosas frágeis se as intervenções de enfermagem forem planeadas sem uma avaliação prévia com vista à identificação da fragilidade. As intervenções que podem desencadear resultados adversos nessas circunstâncias incluem iniciar um novo medicamento ou mesmo encaminhar a pessoa idosa para um serviço de urgência, daí a importância de realizar uma boa avaliação (BGS, 2015). Os diagnósticos e intervenções de enfermagem não são uma receita, mas sim auxílios para os profissionais de enfermagem intervirem, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem, tendo em conta a singularidade do indivíduo, visando alterações de comportamento tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis

com a promoção de saúde (Lucena et al., 2019). Na revisão da literatura identificámos os seguintes **diagnósticos de enfermagem para intervir na prevenção da fragilidade** na pessoa idosa: risco de quedas; mobilidade física comprometida; nutrição desequilibrada; memória prejudicada; risco de solidão; depressão; isolamento social; risco baixo de autoestima; disposição para o autoconceito melhorado; risco de gestão de saúde ineficaz; gestão de regime terapêutico ineficaz e proteção ineficaz (Ng et al., 2017; NANDA-I, 2018; Uchmanowicz et al., 2018; Craig, 2019 & Lucena et al., 2019). Estes diagnósticos de enfermagem apresentam causas, fatores contribuintes, sinais e sintomas relacionados com as necessidades da pessoa idosa. É importante que estes tenham intervenções adequadas para obter resultados positivos, promovendo um envelhecimento com qualidade de vida, tendo sempre em conta a dignidade humana, permitindo desta forma manter ou restabelecer habilidades físicas, cognitivas e sociais à pessoa idosa frágil (Gil et al., 2018). Se a fragilidade não for reconhecida, as consequências adversas para a saúde e o bem-estar da pessoa idosa podem ser graves (BGS, 2015).

As intervenções de enfermagem, que de seguida se apresentam definidas para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa, tendo por base a melhor evidência científica foram baseadas nos seguintes aspetos: avaliação da funcionalidade na pessoa idosa; avaliação do risco de queda; nutrição; gestão e adesão à medicação; exercício físico; socialização; solidão; depressão e promoção da função cognitiva (Apêndice XVI).

2.3.1 Intervenções de enfermagem para a prevenção da fragilidade.

As ABVD's e AIVD's desempenham um papel importante na determinação do estado de saúde e de fragilidade da pessoa idosa e são significativas na revelação da funcionalidade. As quedas são a principal causa da perda de independência e de internamento em cuidados de longa duração. Depois de uma queda, o medo de cair pode levar a mais inatividade, perda de força e de confiança e um risco maior de novas quedas e de morte (NHS, 2020). A avaliação da mobilidade é usada como uma ferramenta significativa na avaliação do risco de queda. A etiologia da queda é multifatorial, os fatores intrínsecos (diminuição da acuidade visão, dificuldade na marcha e equilíbrio, alterações cognitivas, ansiedade, polimedicação, desnutrição, falta de vitamina D e alcoolismo) e extrínsecos (riscos ambientais, mudanças de ambiente) (Uchmanowicz et al., 2018; DGS, 2019a). Os instrumentos de avaliação

utilizados para avaliação do risco de queda da pessoa idosa frágil são a escala de Morse, em contexto hospitalar (Costa-Dias & Araújo, 2014). E a escala de Downton, em contexto domiciliário (Bueno-García et al., 2017).

A avaliação da capacidade funcional é outro aspeto importante para identificar e intervir na fragilidade. O envelhecimento implica mudanças nas estruturas do sistema de saúde e social, mudanças implícitas devido ao aumento de doenças crónicas às síndromes geriátricas e às alterações da funcionalidade que decorrem com o processo do envelhecimento e é nesse momento que as queixas relacionadas com a saúde começam a surgir e a manutenção da qualidade de vida torna-se desafiadora. Segundo Siqueira, Cordeiro, Perracini & Ramos (2004) para a pessoa idosa frágil, o que a norteia e é mais relevante para a sua saúde é a capacidade de realizar a sua vida de forma autónoma e independente, expressa pela capacidade de autodeterminação e execução das AVD's. Envelhecer e não manter o funcionamento orgânico e psicossocial íntegro é um problema quer para a pessoa idosa, quer para o cuidador familiar e comunidade, pois o meio é uma variável que influencia a funcionalidade. Assim, a funcionalidade tem um grande destaque na atenção à saúde da pessoa idosa (Ribeiro et al., 2018). O aumento de pessoas idosas frágeis com incapacidade funcional dificulta a adaptação destas ao ambiente social e propicia à ocorrência da vulnerabilidade física e mental (Nunes et al., 2017). Segundo Confortin et al. (2017), a incapacidade funcional está associada ao maior risco de mortalidade.

Um estudo realizado por Loredó-Figueroa et al. (2016) mostrou que o grau de dependência na realização das AVD's das pessoas idosas e as capacidades no autocuidado têm impacto na perceção de qualidade de vida e saúde. Deste modo, quanto menor a dependência e maior o autocuidado, maior será a qualidade de vida da pessoa idosa. Tendo em conta o que foi mencionado, os profissionais de enfermagem têm um papel fundamental na avaliação sistemática da funcionalidade da pessoa idosa na comunidade e no internamento. Vários são os instrumentos que ajudam a avaliar a independência funcional da pessoa idosa de forma a prevenir o declínio decorrente de um evento stressante como uma doença e internamento. A avaliação tem como objetivo direccionar as intervenções de enfermagem, e os resultados obtidos das escalas podem ser indicadores de uma intervenção de qualidade, visto que a declínio funcional pode ser reversível. A avaliação da funcionalidade torna-se imprescindível na pessoa idosa, pois permite conhecer o seu

grau de independência. Uns dos instrumentos possíveis para avaliar a funcionalidade da pessoa idosa são o Índice de Barthel (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e a escala de Lawton & Brody (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008).

A alimentação é outra necessidade que tem um destaque fundamental como determinante na qualidade de vida da pessoa idosa frágil (Uchmanowicz et al., 2018; SPGG, 2019). Assim, quer o déficit (desnutrição), quer o excesso (excesso de peso e obesidade) de alimentos tem interferência na síndrome da fragilidade. Estes desequilíbrios nutricionais estão muitas das vezes presentes na pessoa idosa (SPGG, 2019). A etiologia inclui uma variedade de fatores intrínsecos e extrínsecos (Uchmanowicz et al., 2018). No envelhecimento é notório o comprometimento dos mecanismos de ingestão, digestão, absorção, transporte e excreção de substâncias do organismo, permitindo que a pessoa idosa careça de necessidades nutricionais específicas. Os fatores que contribuem para uma inadequada ingestão de alimentos são as diminuídas e alteradas capacidades: sensoriais, da mastigação, da deglutição, apetite e polimedicação. A dificuldade na mastigação é um problema clínico nas pessoas idosas muitas vezes associado à ausência de peças dentárias ou a próteses não adaptadas. Não esquecendo os fatores socioeconómicos, baixa nível educacional, solidão e défices de suporte social (centros de dia e apoio domiciliário). Muitas patologias na pessoa idosa condicionam a nutrição da mesma, como exemplo: as patologias psiquiátricas (depressão e demência) e cardiovasculares. Muitas das pessoas idosas institucionalizadas e que vivem nas suas casas apresentam alto risco de desnutrição devido às necessidades complexas de saúde, incapacidade, comorbilidade e polimedicação (Guyonnet, Secher, & Vellas, 2015).

Deste modo, avaliar o estado nutricional da pessoa idosa e planear intervenções individuais é imprescindível para que o profissional de saúde possa identificar as necessidades e potencialidades da pessoa a esse nível. A não identificação de uma má nutrição adia intervenções de enfermagem e desta forma adia a recuperação da pessoa idosa podendo mesmo surgir consequências irreversíveis desta má prática. O instrumento de avaliação da nutrição preconizado na literatura é *Mini Nutritional Assessment MNA®* (escala disponível do site da *Nestlé Nutrition Institute*). O projeto “*Nutrition UP 65*” teve como objetivo melhorar o conhecimento sobre o estado de desnutrição, obesidade, sarcopenia, falta de vitamina D e desidratação da pessoa idosa, referindo que o estado nutricional e a ocorrência de desnutrição são muito elevados na Europa, mencionando ser um problema de saúde pública (projeto

disponível no site *Nutrition UP 65*). Vários estudos descrevem a associação entre a deficiência de vitamina D e a osteoporose, fraturas, doenças cardiovasculares e a síndrome da fragilidade. O suplemento da vitamina D deve ser considerado na pessoa idosa. Existe três formas de adquirir a vitamina D: através da alimentação, pela síntese na pele da ação da luz solar, e por fim, através da ingestão de medicamentos. A carência desta vitamina na pessoa idosa é provocada pela má nutrição, fraca exposição solar por incapacidades funcionais, por isolamento social e pelo uso de vestuário que cobre grande parte da pele exposta (Oliveira & Veríssimo, 2015). A DGS (2019b) recomenda que a realização da educação para a saúde tenha como foco as medidas não farmacológicas, como por exemplo a ingestão de ovos e peixes gordos e exposição moderada ao sol. A avaliação do nível sérico de 25-hidroxivitamina D nas pessoas idosas deve ser avaliada, mas devidamente fundamentada. A prescrição do suplemento da vitamina D deve ser de 800 UI (Unidade Internacional) por dia para pessoas idosas com 70 anos ou mais e 600 UI dia para pessoas idosas até os 70 anos. Em suma, a educação para a saúde, bem como um plano nutricional individualizado deve ser implementado à pessoa idosa, tendo em conta os recursos do indivíduo (Uchmanowicz et al., 2018).

Outro fator de risco para as pessoas idosas é a polimedicação. Segundo Uchmanowicz et al. (2018) uma em cada duas pessoas idosas são polimedicadas, isto acontece devido à existência de comorbilidades e da necessidade de recorrer a diferentes especialistas, não ignorando o facto que em Portugal é possível comprar medicação sem receita médica (automedicação). As reações adversas da toma da medicação são mais frequentes nas pessoas idosas, sendo estas mais difíceis de diagnosticar. O risco das reações adversas da toma da medicação aumenta consoante o número de medicamentos que a pessoa toma.

As intervenções possíveis para reduzir a polimedicação e melhorar gestão e a adesão à terapêutica passa por realizar avaliação geriátrica multidimensional, educação para a saúde à pessoa idosa e/ou cuidador familiar, melhorar a comunicação entre o profissional e a pessoa idosa, validar a informação, facilitar as consultas com o enfermeiro, reduzir o número de medicamentos a administrar diariamente e substituir medicamentos de libertação rápida pela libertação prolongada. Tudo isto contribuirá para a diminuição de custos do tratamento e aumento da eficácia e segurança dos mesmos (Uchmanowicz et al., 2018).

O sedentarismo é outro fator que contribui para o desenvolvimento da fragilidade, surgimento de doenças crônicas, sarcopenia, contribuindo também para o declínio cognitivo e a depressão (Izquierdo, 2019). O envelhecimento está associado a uma diminuição da atividade física voluntária e neste sentido o enfermeiro tem que contrariar este sedentarismo, com a “prescrição” de intervenções de exercício físico. O exercício físico pode ser um tratamento não farmacológico para prevenir e controlar a fragilidade, melhorar o estado cognitivo promover o bem-estar emocional e a socialização (Ferreira et al., 2018). Vários autores defendem o benefício de intervenções como o exercício físico que inclua treino de resistência, equilíbrio, marcha, resistência aeróbica, força e flexibilidade e este contexto deve ser incluído no tratamento da fragilidade (Ushmanowicz et al., 2018; Izquierdo, 2019). Há evidências que o exercício físico contribui para a melhoria da capacidade funcional da pessoa idosa e desta forma ajuda a manter a independência nas ABVD's e AIVD's, e contribui para impedir ou reduzir o risco de quedas, promove o bem-estar emocional e melhorias no estado cognitivo (Izquierdo, 2019; Castell, 2019). Os exercícios de força são utilizados para melhorar a função neuromuscular (clientes com sarcopenia), a resistência aeróbica para melhorar as capacidades cardiovascular e os exercícios de equilíbrio para melhorar a coordenação (tai chi, em clientes com quedas frequentes). Se estes estímulos fossem aplicados num programa de exercício físico era o ideal. Os benefícios do exercício físico na pessoa idosa estão associados a uma diminuição do risco de mortalidade, mobilidade, aparecimento de doenças crônicas, défice cognitivo e humor, défice funcional e institucionalização (Izquierdo, 2019). Estudos têm demonstrado que a atividade física atrasa a até reverte a fragilidade e a incapacidade, melhora a componente cognitiva e promove o bem-estar emocional e social nas pessoas idosas na comunidade (Karssemeijer et al., 2019).

A fragilidade nas três dimensões pode constituir a fase inicial dum processo de exclusão social, sendo este processo caracterizado por ruturas sucessivas, com o mercado de trabalho e relações familiares e afetivos. Segundo Ma, Sun & Tang (2018) a fragilidade social comporta a ausência de recursos sociais, atividades sociais e habilidade de autogestão, importantes para atender às necessidades básicas sociais. Os autores Teixeira & Correia (2002) referem que a fragilidade social está relacionada com situações que envolvem o risco de rotura do equilíbrio existente entre o indivíduo e o meio social que o caracteriza. Na escala de IFT para avaliar a fragilidade, as questões “Você vive sozinho?” e “Você recebe apoio suficiente de outras pessoas?”

pretendem avaliar esta relação. Como consequência da exclusão social temos a depressão e a solidão. Os sintomas de depressão na pessoa idosa exibem sintomas somáticos, alterações cognitivas e perda de interesse, muitas vezes caracterizado por humor deprimido, diminuição de energia, sentimento de inutilidade e incapacidade de desfrutar as atividades prazerosas (Taube, 2018). A solidão está associada a vários problemas relacionados com a saúde física, psicológica e social, incluindo menor satisfação com a vida, humor deprimido e depressão (Taube, 2018). Convém esclarecer os conceitos de solidão e isolamento, porque não são sinónimos, embora estejam relacionados porque ambos têm a ver com um vazio da afetividade. A pessoa pode estar isolada e não estar sozinha, porque pode gostar de viver sozinha, mas mantém contactos que a pessoa sente como de qualidade e a satisfaz nessa sua necessidade de relação emocional. Enquanto que, na solidão, a pessoa pode estar acompanhada, mas sentir-se sozinha, a qualidade da relação não a satisfaz, fase à sua expectativa e seus desejos de uma relação afetiva. Na escala de IFT a questão “Você às vezes sente falta de ter pessoas ao seu redor?” reforça este conceito. O isolamento e solidão são uma epidemia oculta numa sociedade que promove o individualismo (Gomes, 2019).

Os enfermeiros para promoverem este bem-estar e prevenirem problemas psicossociais precisam encorajar as pessoas idosas a realizarem as suas atividades de lazer (realização de trabalhos voluntários, terem um animal de estimação, entre outros de acordo com os projetos de cada pessoa idosa) a relacionarem-se com outras pessoas de diferentes faixas etárias, para aumentar interação social e ajudar a prevenir o declínio cognitivo. As profundas alterações demográficas caracterizadas pelo envelhecimento associam-se a um aumento de transtornos neurodegenerativos, especialmente na função cognitiva (Gil et al., 2018). A função cognitiva permite o funcionamento biopsicossocial diário normal. A prevenção do declínio cognitivo é essencial e os profissionais de enfermagem têm que intervir de forma a retardar, recuperar a deterioração cognitiva nas pessoas idosas frágeis (Uchmanowicz et al., 2018). Se a pessoa idosa tiver défices cognitivos, implica problemas em reconhecer sintomas de doença, não adesão à terapêutica e não tem comportamentos saudáveis (van der Wardt et al., 2017). Uma forma de prevenir o declínio da função cognitiva, a fragilidade cognitiva, a dependência, o isolamento, a solidão e os sintomas depressivos é promover a proatividade e interação social, através de estimulação cognitiva e aptidão cerebral em pessoas idosas frágeis (ESEC, s.d). Recentemente, a

investigação evidenciou que as pessoas idosas com menor função física (síndrome da fragilidade física) tinham uma maior tendência para o declínio cognitivo. Segundo Furtado et al. (2018) quanto maior for a fragilidade física, maior será o declínio cognitivo. A perda progressiva de capacidades cognitivas, leva a que ocorra uma sobrecarga familiar e de cuidados culminando muitas vezes na institucionalização. Como consequência dessa institucionalização temos a perda de papéis sociais, podendo a pessoa idosa ser afetada por um conjunto de limitações que afetam a sua capacidade de aprendizagem, autoestima e capacidade de relacionamento (Gil et al., 2018). Assim, é crucial intervir precocemente para prevenir o declínio cognitivo. A investigação tem demonstrado, também, um impacto positivo da combinação da terapia farmacológica e não farmacológica no tratamento das pessoas idosas com declínio cognitivo e neste relatório destacamos as intervenções não farmacológicas. As terapias não farmacológicas têm um papel privilegiado porque desempenham um modelo multidimensional, tendo em conta a dimensão cognitiva, funcional, comportamental e afetiva. Este modelo multidimensional das intervenções não farmacológicas têm um impacto significativo na eficácia e ganhos na saúde, na diminuição da desorientação, aumento de níveis de bem-estar, diminuição da depressão e melhoria na função cognitiva (Gil et al., 2017).

Como intervenções de enfermagem realçamos: a avaliação do estado cognitivo através da escala de Mini Exame do Estado Mental (Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão e Garcia, 1994); exercícios de estimulação cognitiva com atividades usadas para recuperar informações verbais e visuais; tarefas como nomeação categórica (jogo de diferenças e codificações para melhorar a atenção e velocidade de processamento da informação, raciocínio e resolução de problemas) e utilização de auxiliares de memória (caderno de anotações, calendários ou outros recursos). Segundo Gil et al. (2018) uma intervenção recente que tem sido implementada é a terapia de reminiscência.

2.3.2 Intervir em Parceria com a pessoa idosa frágil para promoção do cuidado de SI.

O enfermeiro pode desempenhar um papel importante na gestão da fragilidade através da implementação de estratégias específicas para cuidarem das pessoas idosas frágeis. Essas intervenções precisam atender às necessidades do indivíduo, capacidade funcional do indivíduo e o seu projeto de vida e saúde. Como refere

Gomes (2016) o projeto de vida e saúde da pessoa estão em interpelação constante com o seu projeto de vida, daí se quisermos promover o cuidado de SI temos que ter bem presente estes pressupostos e trabalhar em Parceria com a pessoa idosa.

O modelo de Parceria para promoção de cuidado de SI, engloba 5 fases (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, assumir o controlo de SI próprio ou assegurar o cuidado do outro). As 5 fases detalhadas são:

Revelar-se: caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa, do enfermeiro e cuidador familiar como ser de projeto e de cuidados. O enfermeiro dá-se também a conhecer, estabelecendo os termos da relação. **Envolver-se:** caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, promove o cuidado em ambiente seguro. **Capacitar:** é construir uma ação conjunta negociada no desenvolvimento de competências para agir e decidir e transforma as capacidades potenciais em reais. **Possibilitar:** Partilha o significado da experiência com o outro. O enfermeiro possibilita o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer ou capacita o familiar cuidador para o fazer. **Comprometer-se:** Desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos. **Assumir ou assegurar o cuidado de SI:** A pessoa idosa consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (Gomes, 2016).

É essencial para o enfermeiro aplicá-lo na sua prática como recurso para intervir na pessoa idosa frágil, permitindo que esta se sinta apoiada em todo esse processo de cuidados e que a pessoa idosa e cuidador familiar se sintam capacitados para gerir o seu processo de doença melhorando a sua saúde, conhecimentos, habilidade e confiança. Importa também que o enfermeiro seja portador de conhecimentos diferenciados baseados na melhor evidência científica para que as intervenções na prática clínica sejam bem-sucedidas (Uchmanowicz et al., 2018). No (Apêndice XVII) desenvolvemos os diagnósticos e intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa que incluímos no manual que foi desenvolvido para a USF Y.

Para que o plano de intervenções de enfermagem para a pessoa idosa frágil seja eficaz é necessário que a pessoa idosa e/ou cuidador familiar tenham conhecimento da sua situação de saúde para que, assim, possam aderir ao tratamento.

As intervenções de enfermagem são imprescindíveis, mas a síndrome de fragilidade também é um desafio para as equipes multidisciplinares que cuidam das pessoas idosas (Uchmanowicz et al., 2018).

CAPÍTULO III- DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

3.1 Metodologia

Este capítulo pretende dar a conhecer a metodologia utilizado e o desenho do projeto de estágio e as considerações éticas tidas em conta.

A metodologia de projeto foca-se num problema real identificado e nas implementações de estratégias e intervenções possíveis e eficazes para a resolução desse mesmo problema, prevendo a mudança (Ruivo et al., 2010). O trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva que envolve sempre trabalho em grupo, porque o projeto é um plano de trabalho organizado que resolve problemas que inquietam os intervenientes. A metodologia “constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática.” (Ruivo et al., 2010, p.3). Para este autor são 5 as etapas que constituem o projeto: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

O **diagnóstico de situação** descreve a realidade onde queremos atuar, de forma a ser possível implementar medidas pertinentes e resolutivas. Este foi realizado no estágio opção II na USF Y. No âmbito do projeto “Instituições de Ensino e Saúde Amigas das Pessoas idosas” a USF Y assumiu querer ser amiga das pessoas idosas e neste âmbito iniciou a intervenção na prevenção e controlo da síndrome de fragilidade na pessoa idosa. Esta decisão teve como base um estudo realizado em 2018 para caracterizar a fragilidade da pessoa idosa da USF Y, concluindo-se que 49,8% desta era frágil (Gomes & Verde, 2019). A complexidade destas situações coloca aos enfermeiros especialistas, na área da pessoa idosa, desafios ao nível do desenvolvimento de uma enfermagem avançada, que permita uma visão holística da pessoa idosa com fragilidade e respetivo cuidador familiar e o desenvolvimento de intervenções que a ajudem a promover o cuidado de SI. Deste modo, para intervir nesta situação desenvolveu-se um projeto suportado numa lógica de investigação-ação-formação, visando a resolução de um problema na prática e que pressupõe o envolvimento de todos os participantes, visando implementar um plano de intervenção para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa, baseado no modelo de intervenção em Parceria (Gomes, 2019). Os participantes foram todos os enfermeiros (5) a prestar cuidados na USF Y que aceitaram participar no estudo.

Objetivos gerais: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa (EEMCVPI) e mestre nomeadamente na

prevenção da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar. Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, através de um plano de intervenções. Contribuir para a implementação do projeto de investigação ação USF Y amiga das pessoas idosas.

O **planeamento** foi desenvolvido no documento do projeto de estágio realizado na opção II, foi também elaborada uma análise SWOT (Apêndice XVIII) e delineados, para além dos objetivos gerais, os objetivos específicos e as atividades que deveríamos realizar para a concretização destes, e os seus indicadores de avaliação (Apêndice XVIII). A fase de **execução** do estágio decorreu do dia 28 de outubro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020 na USF Y. O campo de atuação desta abrange as freguesias X e Z. Freguesia X com população residente de 11.863 habitantes, população com idade superior 65 anos é de 15% e com um índice de envelhecimento de 85,3.

De 23 de setembro de 2019 a 25 de outubro de 2019 o estágio foi desenvolvido num serviço de medicina interna de um Hospital Central de Lisboa. O serviço é constituído por 21 camas, 2 camas de isolamento e as restantes em 5 enfermarias. Os utentes que recorrem ao hospital são maioritariamente pessoas idosas com múltiplas comorbilidades e em situação de fragilidade.

3.2- Considerações éticas

Foram realizados os procedimentos para garantir uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, cumprindo e zelando pelo cumprimento da legislação ao exercício da profissão (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Tivemos o parecer da comissão de ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (Anexo II) para procedermos ao início do projeto. O estágio foi autorizado pelo coordenador da USF Y bem como pela Dra. Executiva do Agrupamentos de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACESLN) (Anexo IV). Foi pedido consentimento informado e esclarecido aos participantes (Apêndice XIV) e foram informados de que a recusa em participar não interferirá com os cuidados de saúde a receber ou com funções que desempenham (no caso dos profissionais de saúde).

3.3- Objetivos, atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas.

Neste capítulo pretende-se descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, as competências desenvolvidas e as aprendizagens realizadas. Na perspetiva de facilitar a compreensão do leitor, optou-se por utilizar os objetivos traçados como linha orientadora da descrição dessas atividades.

Os quadros que se seguem descrevem os objetivos gerais e específicos a que me propus no decorrer do estágio, bem como a descrição das atividades realizadas e resultados obtidos.

Quadro 1. Objetivo geral 1, objetivo específico e atividades.

Objetivo geral 1	Objetivos específicos
Desenvolver competências como EEMCVPI e mestre nomeadamente na prevenção da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.	Desenvolver e adquirir conhecimentos como EEMCVPI, em particular sobre a fragilidade e as intervenções de enfermagem recomendáveis para a prevenção da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.

O objetivo geral delineado permitiu desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica vertente pessoa idosa. O enfermeiro especialista tem que ser portador de competências e habilidades científicas, humanas e técnicas para melhorar o desempenho dos seus cuidados, atuando em todos os contextos de vida das pessoas idosas nos diferentes níveis de prevenção. Cabe ao EEMCVPI cuidar da pessoa e família com doenças complexas, decorrentes de doenças agudas e crónicas e saber como atuar nas síndromes geriátricas mais predominantes na pessoa idosa, nomeadamente a síndrome da fragilidade (Regulamento nº140/2019). O enfermeiro age, tendo por base uma compreensão profunda da situação global (Benner, 2001). A avaliação sistemática e a intervenção nos cuidados à pessoa idosa e cuidador familiar envolve educação, aconselhamento, liderança, responsabilidade em decodificar e disseminar investigação permitindo melhorar a prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

As competências que adquirimos ajudam-nos a sustentar os conhecimentos a partir da investigação, a compreendê-los, bem como resolver os problemas complexos da pessoa idosa e transmiti-los de uma forma clara e fundamentada. Esta aprendizagem significativa foi realizada de uma forma contínua no decorrer das aulas letivas e nos estágios (Decreto-Lei nº 74/2006).

Atividade 1: Realização de revisão *scoping*

O interesse da enfermagem tem passado pela metodologia de revisões da literatura, constituindo-se métodos que permitem uma prática baseada na melhor evidência científica (Sousa et al., 2019). Entende-se por uma prática baseada na evidência científica o uso consciencioso, explícito e judicioso da evidência que resulta da investigação, da experiência clínica, dos valores do cliente e seus cuidadores familiares e do contexto pela tomada de decisão clínica na situação particular de cuidados¹. Realizou-se uma revisão *scoping* (Apêndice I) usando a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (2015) com motores de busca eletrónicos a EBSCO *Host*, permitindo aceder a diferentes bases de conhecimento científico. A questão realizada foi: Quais são as intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade (conceito) na pessoa idosa (população), nos cuidados de saúde primários (contexto)? A pesquisa incluiu artigos de pesquisa original publicados entre 2015-2020 em língua inglesa e portuguesa.

A revisão *scoping* permite mapear a evidência, ou seja, fornece uma visão ampla de um tópico, com o objetivo de fornecer uma série de evidência disponível e pode ser realizada como um exercício preliminar, antes da realização de uma revisão sistemática. Pode ser usada para mapear evidências tendo em conta o tempo, localização, fonte e origem, não esquecendo que permite explorar como, por quem e com que propósito um determinado termo é usado em um determinado campo. A revisão *scoping* permite informar os investigadores se uma revisão sistemática completa é necessária ou não (JBI, 2015).

A elaboração da revisão *scoping* permitiu desenvolver competências na elaboração de investigação secundária segundo a metodologia revisão *scoping*. Desenvolver conhecimentos e habilidades sobre a fragilidade na pessoa idosa nas três dimensões: física, psicológica e social, e ainda identificar as intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa, promovendo a máxima

¹ Unidade curricular de investigação (PowerPoint. Prof. Botelho. ESEL, 2019.)

funcionalidade e independência. Estes contributos foram fundamentais para posteriormente desenvolver um manual das intervenções de enfermagem para prevenir e a fragilidade da pessoa idosa na USF Y e da mesma forma justificar as intervenções realizadas aos clientes dos estudos de caso desenvolvidos no estágio, tanto no contexto hospitalar, como nos cuidados de saúde primários.

Atividade 2- Elaboração de projeto de cuidados, tendo por base um modelo de cuidados em Parceria com a pessoa idosa na prevenção de complicações decorrentes da hospitalização.

Segundo o regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista tem que adquirir competências na Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) num ambiente terapêutico seguro, e atuando proactivamente, promovendo o bem-estar e gerindo o risco, permitindo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro e protetor. Neste contexto, foram prestados cuidados especializados à pessoa idosa frágil hospitalizada tendo como suporte o modelo teórico de Parceria permitindo ir ao encontro da singularidade da pessoa idosa, realizando uma avaliação multidimensional (Gomes, 2016).

Segundo (Freire et al., 2017) se os profissionais de saúde identificarem os fatores associados à fragilidade torna-se mais fácil atuar, direcionar as condutas, tomar decisões e aprimorarem as suas práticas. Estes autores defendem que os fatores associados à fragilidade no contexto hospitalar são: aumento de tempo de permanência da pessoa idosa no ambiente hospitalar; maior mortalidade intra-hospitalar; idade avançada; reinternamentos; transferências intra-hospitalares; institucionalização; número de quedas; sexo feminino; viuvez; fatores psicossociais e funcionais.

O enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica tem que necessariamente ter como preocupação a pessoa idosa frágil, para intervir preventivamente, de forma a prevenir a ocorrência destas complicações, que podem levar a incapacidade, uma vez que esta incapacidade implica perda de funcionalidade e a fragilidade denuncia risco de perda da funcionalidade (Preto et al., 2018).

O declínio funcional é prevalente na pessoa idosa hospitalizada, (Martinez-Velilla et al., 2019). O nosso foco de atuação, no estágio, no serviço de medicina interna, na área de intervenção na pessoa idosa frágil foi prevenir as alterações funcionais na pessoa idosa. A capacidade funcional refere-se à capacidade física e

mental do indivíduo para realizar as AVD's necessárias para uma vida autónoma, retratando bem-estar e qualidade de vida, sendo um importante indicador na saúde da pessoa idosa (OMS, 2015; Figueiredo, Mendes, Malta & Velasquez-Melendez, 2017). A presença do declínio funcional que restringe a autonomia e a independência da pessoa idosa frágil, não pode ser atribuído ao envelhecimento natural, mas sim à incapacidade funcional resultante das síndromes geriátricas, nomeadamente a síndrome da fragilidade (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2018). A incapacidade funcional está associada ao maior risco de mortalidade (Confortin et al., 2017). A avaliação da incapacidade funcional na pessoa idosa hospitalizada é de extrema importância para se adotar intervenções apropriadas, promovendo a qualidade de vida (Nunes et al., 2017). Um estudo realizado por Sousa et al. (2019) no hospital de Braga no serviço de medicina interna em 2018 concluiu que os utentes eram maioritariamente pessoas idosas, dependentes nas AVD's, frágeis, polimedicados e com múltiplas patologias e cerca de 30 a 60% dos internamentos destas pessoas idosas tinham uma redução da capacidade funcional e no desenvolvimento das AVD's. Os fatores de risco estavam relacionados com o número de medicamentos prescritos no internamento e o repouso no leito prolongado. Como já referia Cabete (2005), o repouso prolongado no leito, de uma pessoa idosa, é o início do fim.

De modo a desenvolver competências na prevenção do declínio funcional na pessoa idosa frágil hospitalizada, desenvolvemos um estudo de caso.

A Sra. F.P foi selecionada para o estudo de caso por ser uma pessoa idosa, que esteve internada três vezes num período de três meses, ou seja com internamentos recorrentes. A Sra. F.P apresentava-se com labilidade emocional quando abordada, com cansaço desencadeado pela comunicação e deambulação e com perda da sua funcionalidade. Estabelecemos contacto pessoal com a Sra. F.P durante o internamento no serviço de medicina, após esclarecimento e solicitação de consentimento pela cliente. Perante as necessidades da pessoa idosa e cuidador familiar foi necessário estabelecer uma relação de qualidade e desenvolver intervenções em Parceria entre enfermeiro, pessoa idosa e cuidador familiar para reverter e controlar a fragilidade da Sra. F.P. Com a realização do estudo de caso da Sra. F.P. permitiu-nos prestar cuidados especializados à pessoa idosa com uma situação de fragilidade e com declínio funcional, tendo como suporte o modelo teórico de Parceria (Gomes, 2016). Este modelo possibilitou-nos conhecer a pessoa, o seu projeto de vida, o contexto da sua situação de doença o seu contexto social avaliação

global e intervir de uma forma individualizada, indo ao encontro das necessidades da Sra. F.P e do seu projeto de vida e saúde. O modelo de Parceria permitiu-nos estabelecer uma relação de confiança com a pessoa que foi facilitadora do envolvimento no seu próprio plano de cuidados. A Sra. F.P sentiu-se envolvida no processo de cuidados, apoiada e compreendida pela enfermeira. Como refere Gomes (2016) os cuidados têm que permitir condições nas situações de vulnerabilidade de dependência permitindo que a pessoa desenvolva estratégias de forma a potenciar o que tem em si. Foi o que aconteceu à Sra. F.P com o diagnóstico de síndrome do idoso frágil, foi desenvolvido um plano de cuidados de forma a capacitar a sua funcionalidade promovendo a sua autonomia e independência nas ABVD's e AIVD's. Contudo, para que tudo se desenvolvesse continuamente a Sra. F.P. comprometeu-se a realizar várias atividades e a enfermeira comprometeu-se a estar disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida, sendo assim o seu suporte. Posteriormente, o estudo caso foi apresentado à equipa de enfermagem numa ação de formação (Apêndice III) o que foi facilitador da análise da prática de cuidados.

Atividade 3 – Participação em eventos científicos com temáticas relacionadas com o envelhecimento e a síndrome da fragilidade.

A necessidade do enfermeiro resolver problemas complexos de doença na pessoa idosa frágil exige que este seja competente nas suas ações, mas para isso, necessita de conhecimento e de uma prática reflexiva que são atributos necessários para o desenvolvimento da competência.

A busca do conhecimento para o enfermeiro especialista e mestre deve ser constante ao longo da vida, visto ser essencial basear na *praxis* clínica especializada em evidência científica e desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento nº140/2019). A competência de um mestre passa por isto mesmo, refletir o porque e para quê e desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de uma forma autónoma e auto-orientada (Decreto-Lei nº 74/2006). O profissional tem que saber agir; saber mobilizar recursos; saber comunicar; saber aprender; saber comprometer-se; saber assumir responsabilidades e ter visão de estratégia (Fleury & Fleury, 2001). Esse foi um lema que procurámos seguir durante o estágio.

Deste modo no dia 4,5 e 6 de dezembro de 2019 houve a possibilidade de estarmos presentes no “40.º congresso Português de geriatria e gerontologia” (Anexo V), organizado pela sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

A participação neste evento permitiu-nos entender quais as problemáticas que a sociedade aborda e as lacunas que ainda existem relacionadas com o envelhecimento. Também foi mencionado a necessidade de mais profissionais habilitados na área da geriatria para cuidar das pessoas idosas, pois a formação ainda é muito escassa. No dia 18 de dezembro, participámos nas “Primeiras Jornadas Pensar Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde” com a apresentação oral de um poster com o título “Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa numa USF” (Apêndice XV). Um mestre tem que saber comunicar as conclusões das suas pesquisas e os conhecimentos de uma forma clara e sem ambiguidade (Decreto-Lei nº 74/2006).

Na apresentação do poster foi possível apresentar o projeto numa fase inicial disseminando e mobilizando desta forma conhecimento e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019). O saber comunicar e de extrema importância, implica que o profissional tenha que compreender, trabalhar, transmitir informação e tenha conhecimentos do que está a transmitir (Fleury & Fleury, 2001). De destacar que “os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.” (Serrani, Costa & Costa, 2011 p.15).

Atividade 4 - Realização de reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora do projeto de estágio, bem com as orientadoras clínicas.

Para a elaboração do projeto foram necessárias várias reuniões com a professora orientadora da ESEL, bem como com as orientadoras clínicas.

A professora e as orientadoras clínicas mostraram sempre disponibilidade, apoio e atitude animadora durante o meu percurso de aprendizagem. Os medos e angústias existiram no decorrer do estágio e eram exteriorizados, pois ia obtendo sempre uma palavra de conforto e de ânimo, ganhando força para a conclusão do mesmo.

Nas reuniões, a formação adotada era centrada na reflexão/ ação, ajudando assim aperfeiçoar a construção do pensamento. A reflexão crítica é uma prática indispensável no contexto clínico, pois permite que sejamos autoconscientes na

prestação dos melhores cuidados e que tenhamos uma atitude reflexiva pré, pós e na ação, permitindo uma aproximação entre a prática e a teoria (Peixoto & Peixoto, 2016). Eram delineados os objetivos, bem como as atividades destinadas para cada objetivo de forma a adquirir as competências como enfermeira mestre e especialista na prevenção da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar. Era questionada a pertinência no projeto, a planificação das atividades e ser desenvolvidas de forma detalhada, das competências a desenvolver e por fim os resultados tendo em conta as metas e a razoabilidade das experiências colocadas na fase de planeamento no desenho do projeto de estágio (ESEL, 2019).

Quadro 2. Objetivo geral 2, objetivos específicos e atividades.

Objetivo geral 2	Objetivos específicos
Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, através de um plano de intervenções.	▪ Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na implementação de intervenções de enfermagem, tendo por base um modelo de intervenção em Parceria para prevenção da fragilidade da pessoa idosa na comunidade. ▪ Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na implementação de intervenções de enfermagem para prevenção da fragilidade da pessoa idosa na comunidade. ▪ Conhecimento do modelo de intervenção em Parceria para a promoção do cuidado de SI. ▪ Intervir em processo de Parceria com pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar na promoção para o cuidado de SI.

Atividade 5: Elaboração conjunta de um guião de modelo de Parceria à pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar.

Os enfermeiros da USF Y relatavam a necessidade de ter um plano de intervenção estruturado, completo e prático para realizar a recolha de dados da pessoa idosa frágil e/ou cuidador e nesse contexto houve a necessidade de realizar um guião (Apêndice VII). O guião foi elaborado com a intenção de conhecer a pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar na sua plenitude,

O modelo de Parceria foi escolhido porque permite centralizar a atenção na partilha de significados e experiências da pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar no seu projeto de vida e saúde, nunca esquecendo o poder, as necessidades, desejos, preocupações e carência de informação dos cuidados (Gomes, 2016). A medicina evolui e com ela os cuidados evoluem e este modelo acompanha uma evolução de valorização da pessoa idosa juntamente com a teoria e a prática. Conforme postulado por Gomes (2016) “o grande desafio que se coloca à enfermagem é o de transformar o conhecimento que está produzido em instrumentos técnicos, visando dar sentido ao que os enfermeiros fazem nas suas práticas, na sua tomada de decisão.” (p. 259).

Este modelo permite da mesma forma abarcar a pessoa idosa na sua singularidade podendo o enfermeiro realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa. Uma avaliação multidimensional permite precisar o estado de saúde da pessoa idosa, com o objetivo de realizar um plano terapêutico adaptado à pessoa em questão com a intenção de promover a autonomia e independência. Esta avaliação é preciosa e precisa porque avalia as componentes: física, cognitiva, afetiva, social, financeira, ambiental e espiritual, que estão em constante interação (Sousa et al., 2019). É fundamental que os cuidados de saúde sejam capazes de atender e prestar cuidados de saúde à pessoa idosa tendo em conta a sua complexidade (Vieira, 2018).

Com a elaboração deste guião, que serviu de suporte a colheita de dados do estudo de caso e intervenções desenvolvidas, foi possível articular um modelo teórico com a prática, tendo em conta o propósito de vida da pessoa idosa, não esquecendo das potencialidades e limitações da mesma.

Atividade 6: Realização de ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem na USF Y e ao serviço de medicina, sobre a fragilidade da pessoa idosa.

Como futura enfermeira mestre e especialista em EMCVPI é importante agir integrada na equipa de enfermagem, de forma a mobilizar conhecimento científico técnico e ético dos cuidados de enfermagem para a pessoa idosa frágil². Nesta perspetiva foi utilizada a andragogia como a metodologia utilizada para a partilha de conhecimento entre enfermeiros. O conceito andragogia destina-se à arte e à ciência de ajudar as pessoas adultas a aprender (Knowles, 1990). Os enfermeiros buscam o saber porque precisam de aprender determinados assuntos para enfrentar os desafios reais do dia-a-dia, estão motivados para crescer e desenvolver-se de forma contínua

² Unidade Curricular de Estágio Com Relatório. Professora Idalina Gomes. ESEL, 2019.

(Mancia, Cabral & Koerich, 2004). Os adultos recorrem à formação em função das exigências explícitas da sua ação social e profissional (Malglaive, 1995).

Os enfermeiros têm opinião própria, responsabilizam-se pelos seus próprios atos decisões, têm diferentes experiências de vida e utilizam a informação para uma tomada de decisão, direcionando o foco ao problema (Mancia, Cabral & Koerich, 2004). A evolução da medicina e dos cuidados de enfermagem requerem que o enfermeiro especialista, desenvolva uma prática baseada no conhecimento mais atualizado, sendo também um líder ideal para projetos de formação (Regulamento n.º 429/2018)

O desenvolvimento dos estágios permitiu-nos diagnosticar necessidades formativas na equipa quanto ao tema da fragilidade da pessoa idosa, sendo um tema desconhecido pelos enfermeiros e neste contexto atuamos na equipa como formadores. Com o desenvolvimento do estágio no serviço de medicina, foi apresentado o projeto de estágio e foi notório o desconhecimento do diagnóstico, intervenções e consequências da fragilidade da pessoa idosa internada. No estágio da USF Y já se tinha diagnosticado que grande parte da população era frágil, fruto de um projeto desenvolvido em 2018, como referimos. Perante esta problemática houve a necessidade de intervir na formação dos profissionais, por terem sido identificadas necessidades formativas na prevenção e controlo da fragilidade daquela população, com intervenções de enfermagem baseadas na melhor evidência científica, bem como no processo de envelhecimento.

A estrutura de formação utilizada foram as ações de formação, em que estas ações corresponderam a uma necessidade com uma finalidade resolutiva, quer de ordem funcional ou individual, o público tende a ser homogéneo pelas implicações na situação e problema. Embora se possa falar de diferentes conteúdos estes têm que estar articulados e o trabalho pedagógico deve ter em conta os fatores a montante que justifiquem os conteúdos e domínios propostos de saber ou de saber fazer, bem como os fatores a jusante que dão aos conhecimentos a sua finalidade prática (Amado, 2014).

As ações de formação abordadas nos campos de estágio foram:

- “Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em Parceria para o cuidado de SI” a 13 de novembro de 2019 (Apêndice IV). Esta ação de formação teve como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem da USF para a importância da participação no Projeto “Intervenções de enfermagem

na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em Parceria para o cuidado de SI”, identificar a fragilidade como uma síndrome geriátrica e identificar uma pessoa idosa frágil.

- “Avaliação multidimensional no processo de envelhecimento” a 6 de janeiro de 2020, (Apêndice VI) tendo como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem da USF Y, no processo de envelhecimento através da avaliação multidimensional para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa na comunidade, compreender o processo de envelhecimento e a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa, conhecer o modelo de intervenção em Parceria para a promoção do cuidado de SI, intervir em processo de Parceria com pessoa idosa frágil e família na promoção do cuidado de SI, conhecer a sua singularidade e conhecer o desenho de um plano de intervenções que terá como finalidade prevenir a fragilidade nas pessoas idosas.

- “A fragilidade na pessoa idosa – Avaliação multidimensional: cuidados em parceria para o cuidado de SI” a 22 de outubro de 2019, (Apêndice III) tendo como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de medicina para a importância da participação no Projeto “Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em parceria para o cuidado de SI”, consolidar conceitos de fragilidade na pessoa idosa e intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa hospitalizada para a promoção de mudança, e fazer recurso frequente do manual implementado no serviço “Manual de intervenções de enfermagem em parceria promotoras da funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada” para intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de SI.

Para que os objetivos propostos fossem alcançados, foi essencial a motivação e interação dos enfermeiros na sessão, a disponibilidade dos equipamentos didáticos, a disponibilidade de tempo destes profissionais e a elaboração de documentos orientadores para a preparação da formação e avaliação da sessão de formação (Apêndice III; IV e VI). Com o registo de avaliação das sessões de formação foi possível conhecer a análise dos enfermeiros sobre os conteúdos lecionados, sobre a minha prestação como formadora, sobre a organização das sessões e dada abertura para expressarem os aspetos positivos, negativos e sugestões.

Com a realização das sessões foi possível alargar o meu conhecimento da educação para adultos segundo os princípios já referidos há muito por Knowles

(1990), a necessidade de saber, o conceito de SI, o papel da experiência, a vontade de aprender, a orientação da aprendizagem e a motivação. O adulto para aprender necessita de saber. O adulto precisa de saber o que vai aprender para perceber quais os benefícios que tem para o seu desempenho profissional (Knowles, 2005). Nas sessões de formação, o objetivo passou por cativar a atenção dos enfermeiros com uma experiência real expondo a percentagem de pessoas idosas frágeis que frequentam a USF Y e da importância desta problemática. O outro princípio focou-se no conceito de si, ou seja, o adulto sente-se responsável pelas suas decisões e pela sua vida e implica que sejam encaradas como pessoas capazes de se autogerir (Knowles, 1990).

A realização das sessões de formação permitiu a partilha de experiências em grupo com a realização de estudos de caso. Os enfermeiros demonstraram vontade para aprender, porque nas sessões foram transmitidas possibilidades de solucionar/minimizar a problemática real da população que frequenta a USF Y. Com a apresentação do projeto, os enfermeiros manifestaram motivação e interesse na participação e resolução da problemática diagnosticada. Foram delineados objetivos, em parceria, que foram desenvolvidos e avaliados.

Quadro 3. Objetivo geral 3, objetivo específico e atividades.

Objetivo geral 3	Objetivos específicos
Contribuir para a implementação do projeto de investigação ação USF Y amiga das pessoas idosas.	▪ Fazer o diagnóstico da situação relativamente aos pontos necessários para a USF Y ser considerada amiga das pessoas idosas. ▪ Desenhar um plano de intervenções para prevenir a fragilidade da pessoa idosa no contexto comunitário.

Atividade 7- Desenvolvimento de um guião de observação de boas práticas (*checklist*) na USF Y, tendo em conta três domínios: informação, sistema de gestão de cuidados e ambiente físico.

Relativamente ao grande projeto que estamos inseridas coordenado pela Professora Dra. 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, Lar/Residência, denominado **Instituições de Ensino e Saúde Amigas das Pessoas Idosas** este tem como finalidade promover a funcionalidade, segurança, independência, autonomia e dignidade da pessoa idosa promovendo o cuidado de SI, atuando nas grandes síndromes geriátricas. Neste contexto, numa atitude pioneira, a USF Y assumiu querer ser reconhecida como uma Unidade de Saúde amiga das pessoas idosas, mas para isso procuramos fazer o diagnóstico da situação tendo em conta os critérios estabelecidos pela WHO (2004) que são: 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 e dar relevância às necessidades específicas de saúde das pessoas idosas. O instrumento desenvolvido em colaboração com a equipa de investigação foi **um guia observacional de boas práticas, através de uma checklist na USF Y**. Para determinar as ações realizadas e as que faltam ser realizadas na USF Y com foco nas pessoas idosas, colaboramos com a equipa de investigação liderada pela professora Idalina Gomes na realização de um instrumento em formato de *checklist*, bem como a sua análise, tendo por base “*Towards age-friendly primary health care*” (WHO, 2004), tendo em conta três domínios: informação, sistema de gestão de cuidados e ambiente físico e sete subdomínios de atuação: sinalização, identificação pessoal, sistema de gestão de cuidados, plano do chão, casa de banho, alimentação e piso do primeiro andar. No domínio da informação foram realizadas seis questões para a sinalização e oito questões para a identificação pessoal. No domínio de sistemas de gestão de cuidados foram desenvolvidas nove questões e no domínio de ambiente físico foram efetuadas dezanove questões para o plano do chão cinco questões para a casa de banho, uma questão para a alimentação e duas questões para o piso do primeiro andar. No total o instrumento continha cinquenta questões, cada uma com a opção de resposta “sim” e “não”.

A atividade demorou três dias a ser realizada, tendo sido iniciada no dia 28 de novembro. Foi realizado uma observação direta às instalações da USF Y, esta observação permitiu-nos proceder à recolha da informação sem estarmos em contacto com ninguém, não ocorrendo qualquer alteração na produção da informação (Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019).

A utilização da lista e a observação permitiu-nos identificar as ações dirigidas à pessoa idosa, nomeadamente pessoas idosas frágeis e/ou cuidadores familiares já realizadas na USF Y e as que ainda carecem de atenção, para que a USF Y seja considerada amiga das pessoas idosas. Assim, foram identificadas áreas de possíveis alterações, tendo como objetivo melhorar a acessibilidade da USF Y às pessoas idosas que a frequentam.

Quadro 4. Critérios em falta na USF Y para ser considerada USF amiga das pessoas idosas.

Nº Sim	Nº Não	Total	Critérios em falta em cada domínio	
30	20	50		
7	7	14		
Subdomínio			Informação	
Sinalização			Não existe sinalização em Braille.	
			Todas as sinaléticas não estão colocadas ao nível dos olhos da pessoa idosa.	
Identificação pessoal			Aos utentes que recorrem à USF com diminuição da acuidade auditiva e visual a equipa nem sempre se identifica com o seu nome e função que desempenha.	
			Os crachás não têm letras grandes, mas o fundo é contraste.	
			Os crachás não estão identificados por cores.	
			O ecrã que está na sala de espera não transmite informação para a promoção da saúde.	
			Não são fornecidos panfletos à pessoa idosa sobre o processo normal do envelhecimento.	
3	6	9		
Subdomínio			Sistemas de gestão de cuidados	
Sistemas de gestão de cuidados			Os registos não são adaptados para a pessoa idosa.	
			Nem todas as escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa estão no sistema informático.	
			Não existe uma articulação entre os cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados.	
			As pessoas idosas, não fazem parte dos mecanismos participativos de tomada de decisão sobre a organização dos serviços da USF.	
			As pessoas idosas não têm transporte público seguros para se deslocarem à porta da USF.	
			Não existe um plano de formação dirigido as pessoas idosas e cuidadores familiares.	
20	7	27		
Subdomínio			Ambiente físico	
Plano do chão			Não existe rampa.	
			A entrada não é acessível para pessoas que usam cadeira de rodas.	
			Não existe corrimão ou barras de apoio nos corredores.	
			Não existe um estacionamento para deficientes / pessoas idosas perto da entrada principal.	
			A porta do elevador é de difícil identificação.	

	Não existe um telefone público perto da entrada ou na sala de espera.
Casas de banho	Sem critérios em falta
Alimentação	A alimentação não está acessível no interior do edifício.
Piso do 1º andar	Sem critérios em falta.

Dos dados observados salientamos no domínio de sistemas de gestão de cuidados as ações dirigidas à pessoa idosa o défice na articulação entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados. As pessoas idosas não participam na tomada de decisão sobre a organização dos serviços de saúde, não existe um plano de formação dirigido para este público-alvo e as mesmas carecem de transportes que se desloquem à porta de USF Y, apenas se deslocam à porta do hospital.

Relativamente ao ambiente físico constatou-se que não existem rampas com ou sem grades de apoio no exterior e por consequência nem uma entrada acessível para as pessoas que usam cadeira de rodas. Não existe estacionamento para pessoas deficientes ou pessoa idosa perto da entrada principal do edifício, é necessário que estes possuam viatura própria e que paguem estacionamento para acederem às instalações. Não se observa a existência de barras de apoio nos corredores, embora estes sejam longos, o elevador não está sinalizado e não há um telefone público na USF Y para as pessoas contactarem se tiverem necessidade, embora as administrativas agilizem esses telefonemas a pedido do cliente. De realçar, a necessidade da alimentação estar acessível no interior do edifício, pois apenas existe uma máquina de venda automática na entrada do primeiro piso.

A observação tendo por base a *checklist* contribuiu para analisar as ações que a USF Y precisa desenvolver para que seja considerada amiga das pessoas idosas e desta forma, melhorar a qualidade dos cuidados e garantir a segurança das pessoas idosas.

Atividade 8- Realização de *focus-group* à equipa de enfermagem

A técnica de *focus-group*, consiste em envolver um grupo de pessoas na discussão de um tema previamente definido, sob o controlo de um moderador que permitirá a estimulação e interação e assegurará que a discussão não extravase o tema em foco. É através da interação/debate que se espera que emergam as informações pretendidas (Amado, 2014; Pátaro & Calsa, 2020). O autor Morgan (2019) define o *focus group* como um método de pesquisa qualitativa através da discussão em grupo em que a discussão tem dois objetivos, primeiro produzir dados e o segundo a confiança na interação. O objetivo do FG é encontrar compreensão,

dar conta da experiência, atitudes, dos sentimentos e das crenças de um grupo diante um tema pouco conhecido. A interação que decorre no interior do grupo é a principal fonte de produção de dados, sendo a principal característica do FG (Amado, 2014; Pátaro & Calsa, 2020).

O FG permite identificar a informação que existe em determinado meio sobre determinado tema, identifica pensamentos distintos e o diferente leque de ideias acerca de um determinado contexto, tendo em conta o tom de voz, a comunicação gestual e o envolvimento emocional no tema, permitindo o aparecimento de novos conceitos e o diagnóstico de problemas (Amado, 2014). Assim, em colaboração com a equipa de investigação, desenvolvemos um *focus group* para identificar a perceção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas, nomeadamente frágeis e/ou cuidador familiar. No decorrer do trabalho foi necessário desenvolver um guião com questões para desenvolver o FG (Apêndice IX). Num guião convém que as questões sejam abertas, permitindo dar conta do que pensam os participantes sem os questionar de modo direto, sem fugir dos objetivos, nem comprometer a fluidez do diálogo e permitir a participação de todos. Estimular à participação é conveniente para o debate ser conseguido e que haja uma atmosfera aberta para que o participante se sinta à vontade para partilhar as suas ideias com o tema, não se procurando consensos (Amado, 2014; Pátaro & Calsa, 2020).

A presença de um moderador é fundamental, mas é necessário que este esteja dentro do tema a debater para entender as questões colocadas, ter sensibilidade para analisar os comportamentos não verbais e tabus. O moderador tem que ter certas características, saber quando e como intervir, manter o foco no tema a ser debatido, assegurar a privacidade dos participantes, evitar a inibição na resposta, manter as pessoas ativas de forma a exprimir as suas ideias e informar da gravação da sessão (Amado, 2014).

O recrutamento dos participantes é um processo fundamental, mas na literatura ainda não existe consenso quanto ao número mínimo e máximo de participantes para realizar o FG. Sabe-se que um grupo com menos de 6 elementos pode não favorecer a interação entre os participantes e respetiva análise de dados e por outro lado, um grupo com mais de 8 pessoas tendem a ser de difícil moderação. A proveniência e o local da organização do FG são importantes, os grupos focais organizados com pessoas conhecidas como é o caso do nosso trabalho, são normalmente realizadas nas instituições de trabalho num formato formal como ferramentas para trabalho de

grupo, diagnóstico, avaliação, introdução de programas e tomada de decisão (Pátaro & Calsa, 2020).

O FG foi desenvolvido no dia 28 de fevereiro de 2020 com o tema “Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em parceria para a promoção de SI”. O processo de recrutamento dos participantes foi realizado de forma intencional pelo investigador de forma direta e presencial na USF Y, foram convidados os profissionais de enfermagem a participar no estudo. Os critérios de inclusão foram todos os enfermeiros do quadro de pessoal da USF Y que desempenham atividades profissionais na USF Y, os critérios de exclusão foram todos os que não cumpriram os critérios de inclusão. Foi explicado o âmbito do estudo e dado o consentimento informado livre e esclarecido para assinar. A participação de cada enfermeiro só foi válida após o seu consentimento dado por escrito.

As questões de discussão foram realizadas tendo em consideração as dimensões descritas da *Towards Age-friendly Primary Health Care*: informação, educação, comunicação, sistema de gestão de cuidados, ambiente físico e a intervenção em saúde que inclua o processo de cuidados e tendo em conta as principais síndromes geriátricas e o modelo de cuidados para intervir com as pessoas idosas e promover o cuidado de SI (Gomes, 2016, WHO, 2004).

A sessão foi realizada na sala de formação da USF Y, sendo um espaço amplo e confortável, com a duração de 1 hora e 30 minutos. O FG foi desenvolvido em 6 momentos: a abertura da sessão, que começou por um agradecimento a todos os presentes, com a apresentação dos 2 moderadores, a caracterização dos participantes o objetivo geral da sessão, o plano de análise dos dados, explicação dos resultados esperados do FG, os pré-requisitos e o encerramento da sessão. Tendo em conta as 3 etapas: introdução desenvolvimento e conclusão, onde foram mencionadas as atividades didáticas em cada etapa, o método e técnica pedagógica, os equipamentos didáticos e o tempo. A enfermeira orientadora do estágio na USF Y (também investigadora neste projeto) e eu fomos as moderadoras da realização da sessão do FG, pois possuíamos um amplo conhecimento do tema e desta forma conseguimos focar-nos no tema a ser debatido, registar todos os comportamentos dos enfermeiros e analisar os dados recolhidos. Antes da realização da sessão foi requerido consentimento aos participantes para a sessão ser gravada em áudio.

O FG permitiu que os enfermeiros tivessem a oportunidade de discutir a fragilidade da pessoa idosa, partilhando experiências para possíveis melhorias nos

cuidados de enfermagem. A sessão do FG foi gravada em áudio e transcrita manualmente e realizada posteriormente a análise de conteúdo.

Análise de dados

De seguida, procedeu-se à análise dos dados, quer das entrevistas semiestruturadas, quer do *focus-group*, de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2016). Esta diz que a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam as inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p.44).

Este método permite conhecer o que está por trás do significado das palavras, pelo que, tendo em conta o objetivo desta atividade que era perceber qual a perceção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas e/ou cuidador familiar, revelou-se ser o método adequado. Procedemos a uma divisão manual do conteúdo das entrevistas em unidades manejáveis de síntese, de descoberta dos aspetos importantes, bem como na procura de padrões (Bardin, 2016). As categorias foram definidas à priori, com base na informação das características identificáveis de uma USF amiga das pessoas idosas pela WHO (2004): informação; formação; educação; comunicação; ambiente físico; sistema de gestão de cuidados; intervenção nas síndromes geriátricas e modelo de Parceria nos cuidados. As subcategorias, definidas à posteriori, resultaram dos significados referidos pelos participantes de forma implícita e explícita e da análise de frequências. A enumeração foi importante na medida de que permitiu avaliar e quantificar o material analisado (Bardin, 2016).

Quadro 5. Categorias e subcategorias definidas através da perceção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas e/ou cuidador familiar no *focus-group*.

Categoria	Subcategorias
Informação	Sinalização do espaço físico
	Identificação dos profissionais
Formação	Formação contínua
Educação	Benefícios para a saúde pessoal

	Contactos de acompanhamento
	Apoio à PI
Comunicação	Compreensão da informação pela PI
Ambiente físico	Espaço exterior
	Espaço interior
Sistema de gestão de cuidados	Articulação entre profissionais
	Acessibilidade aos cuidados de saúde
	Participação das PI nos cuidados
Intervenção nas Síndromes geriátricas (SG)	Avaliação PI tendo em conta as SG
	Intervenções tendo em conta as SG
Modelo de Parceria nos cuidados	Inclusão da PI na decisão e ação
	Competências para cuidar PI num trabalho de Parceria

Resultados e discussão dos dados

Da análise dos dados emergiu a categoria **informação**. Os participantes do nosso estudo identificaram como dificultador na USF o facto do elevador, escadas, saída de emergência não estarem sinalizadas, bem como o espaço exterior da USF e a sinalética estar mal localizada, o que contraria o salientado pelo estudo da WHO (2004), onde se reforçou a importância da existência de placas simples e de fácil leitura, para facilitar a orientação e personalização dos prestadores de serviços. Os participantes do estudo referiram como facilitador os tamanhos das letras que estavam adaptadas para a pessoa idosa facilitando a leitura. O fardamento não uniforme foi uma característica dificultadora descrita pelos participantes, o que está em concordância com as conclusões do estudo de Woo, Mak & Yeung (2013) realizado em Hong Kong em que as pessoas idosas identificavam os profissionais pelo nome da porta do gabinete e não pelo seu fardamento referindo ser confusos, tal como os profissionais desse mesmo estudo. De salientar que os participantes do nosso estudo referiram como vantagem na identificação dos profissionais, o facto das pessoas idosas conhecerem o seu enfermeiro de família e desta forma a interação entre enfermeiro e pessoa idosa era facilitada.

Quanto à **categoria formação**, os participantes do presente estudo mencionaram a importância da procura de conhecimento e da falta de formação, tal como salientou Schimith et al. (2019) num estudo realizado no Brasil, onde reforça a necessidade de os profissionais estarem preparados para que seja possível qualidade e continuidade no acesso aos serviços e ao cuidado integral.

Na **categoria da educação**, os participantes do estudo salientaram a necessidade de esclarecer as dúvidas da pessoa idosa, chamando a atenção para a necessidade de um horário mais alargado nas consultas presenciais e telefónicas como uma forma de facilitar esta intervenção. No estudo de Protasio et al. (2017) realizado no Brasil também destacaram o horário de funcionamento como influenciador na satisfação dos usuários. Foi também referenciado no nosso estudo pelos participantes a necessidade investir na prevenção, tal como menciona a WHO (2004), pois a deteção precoce, as intervenções apropriadas, a gestão e acompanhamento planeado podem evitar complicações devastadoras.

Na **categoria comunicação**, os participantes do estudo mencionaram como sendo facilitador na USF os enfermeiros adaptarem a comunicação à pessoa idosa e possuírem habilidades nesta área para, desta forma, conseguirem detetar barreiras na comunicação e conseguir ter conhecimento integral da pessoa idosa. Neste contexto, o estudo de Protasio et al. (2017) revelou associação da satisfação do usuário na realização de perguntas dos profissionais de saúde sobre outras necessidades além das relacionadas com o motivo da consulta da pessoa idosa. Uma comunicação mais aberta entre o profissional e a pessoa idosa possibilita uma produção de saúde compartilhada, permitindo que o indivíduo seja inserido no seu processo de cuidados, incentivando desta forma o cuidado de SI. No estudo, os participantes referiram que, muitas vezes, o centro de saúde expõe os casos para a equipa para uma possível resolução, mas isso não acontece por inexistência de reuniões multidisciplinares.

Na **categoria do ambiente físico**, foi destacado pelos participantes como sendo dificultador na USF, o não existir estacionamento prioritários e o facto do corredor ser grande e de não ter barras de apoio. Como facilitador os participantes referiram que o espaço interior da USF era confortável e bem iluminado indo ao encontro do referido pela WHO (2004) que realça a importância e necessidade de o ambiente físico ser limpo, confortável e que se aplique sempre que possível os princípios do *Design Universal*.

Na **categoria sistema de gestão de cuidados**, os enfermeiros do estudo salientaram a dificuldade que existia na articulação dos cuidados de saúde primários com os diferenciados corroborando os resultados do estudo de Protasio et al. (2017) onde as pessoas idosas relataram a dificuldade de acesso aos serviços especializados. Este resultado é justificado pelos problemas no fluxo da rede de

serviços devido à falta de planeamento e organização ocorrendo tempo de espera elevado para marcações de serviços secundários, levando à insatisfação da pessoa. A equidade no acesso de saúde foi mencionada pelos participantes como característica facilitadora corroborando o que realça o Ministério da Saúde ao referir que se pretende um sistema nacional de saúde baseado nos cuidados de saúde primários, promotor de equidade e que garanta o acesso a cuidados de proximidade, com capacidade resolutiva, de continuidade, qualidade e eficiência (Ministério da Saúde, 2015). Foi também salientado, nesta categoria, pelos participantes, a necessidade de haver outras formas das pessoas idosas participarem na USF. Uma vez que, atualmente é exclusivamente pela existência de uma caixa de sugestões que existe na sala de estar que eles podem dar sugestões. Os estudos têm mostrado que o que contribui para a satisfação das pessoas idosas, no que concerne ao acesso aos serviços, é a possibilidade de fazerem reclamações, pois é o fator fundamental do processo de avaliação do serviço prestados o que também corrobora os estudos de Protasio et al. (2017). Foi também salientado, nesta categoria, o facto de os transportes não serem adaptados para a pessoa idosa. Os transportes estarem adaptados à pessoa idosa pode fazer a diferença de a pessoa idosa conseguir viver ou não na comunidade e ser funcional. Hancock, Winterton, Wilding & Blackberry (2019) também concluíram que o segundo domínio identificado para a saúde e bem-estar mais discutido foram os transportes. O que vai ao encontro do estudo desenvolvido pela WHO (2004) onde concluíram que o transporte seguro e acessível para o centro de saúde deve estar disponível para todos, incluindo pessoas idosas, sempre que possível usando uma variedade de recursos baseados na comunidade incluindo voluntários. Schimith et al. (2019), no seu estudo, salientou que as dimensões que os pacientes mais valorizam nos cuidados de saúde estão direcionados para o acesso e disponibilidade dos serviços e organização do processo de trabalho, relacionamento com os profissionais de saúde e entre profissionais, pessoa idosa e cuidador familiar.

Na **categoria intervenção nas síndromes geriátricas**, foi destacado pelos participantes a importância da compreensão quando à idade, género e mudanças relacionadas, prevenção e controlo da funcionalidade, corroborando a WHO (2020) que salientou que à medida que a população envelhece tem que se ter em consideração os fatores que influenciam os níveis de saúde e incapacidade, sendo que o início da incapacidade deve de ser adiado ou prevenido por mais tempo

possível, para que a história de sucesso do aumento da longevidade seja um tempo de independência e não de dependência, de atividade e não de inatividade, de participação e não da marginalização da vida familiar e comunitária. Alhamdan et al. (2015) no seu estudo deram importância à aplicação de protocolo de rastreamento e avaliação de saúde proporcionais à natureza da pessoa idosa por pensarem que reduziria, inevitavelmente o risco de desenvolver doenças crônicas ou suas complicações. O que está em linha com o encontrado no estudo que realizámos, onde os participantes referiram como característica dificultadora a não existência de programas intergeracionais implementados na USF.

Na **categoria modelo de Parceria nos cuidados**, os participantes mencionaram, no estudo a importância de uma relação de qualidade e de confiança com a pessoa idosa, tomada de decisão consciencializada, sensibilização para os problemas da pessoa idosa, a gestão de cuidados e individualização da mesma pessoa idosa. De salientar o que o autor Motsohi et al. (2020) mencionou na conclusão do seu estudo, na África do Sul, que o desafio de acesso e atendimento para a pessoa idosa nos centros de saúde estava direcionado para as necessidades holísticas. Indo ao encontro do que referiu Schimith et al. (2019) ao destacar o modelo centrado nas necessidades das pessoas idosas, por haver comprovação de ser mais eficaz e efetivo. A fragilidade é mais prevalente na pessoa idosa, tendo consequências nefastas na qualidade de vida e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Esta síndrome geriátrica representa uma prioridade de saúde pública (Cesari et al., 2015), pelo que estes resultados fazem-nos pensar na necessidade urgente de se desenvolver um modelo de cuidado com as pessoas idosas para promover o cuidado de SI, como refere Gomes (2016).

Atividade 9- Realização e análise das entrevistas semiestruturadas à equipa de enfermagem, tendo em conta a análise de conteúdo.

É um dos poderosos meios para o entendimento, interação e comunicação do ser humano, para requerer informação dos mais diversos temas (Amado, 2014; Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019). Uma entrevista pode ser realizada, cara a cara, pelo telefone ou por email. Optámos por realizar presencialmente cara a cara e de estrutura semiestruturada (Amado, 2014). A entrevista semiestruturada à equipa de enfermagem foi outro recurso utilizado nesta investigação que nos permitiu o cruzamento de dados e complementar os dados já obtidos na modalidade *focus-*

group. O investigador recorre a uma entrevista semiestruturada quando pretende saber mais informações de um tema (Fortin, Côté & Filion, 2009). Assim, com este processo pretendemos complementar os dados obtidos aquando da realização do FG que, por ser uma entrevista de grupo, pode fazer com que os participantes se foquem mais na interação e não na sua reflexão pessoal, que poderia trazer contributos fundamentais para conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados que são prestados às pessoas idosas e/ou cuidador familiar na USF Y.

O investigador formula um guião (Apêndice VIII) com perguntas orientadoras com o objetivo de favorecer a expressão do pensamento do entrevistado (enfermeiro). De realçar que as perguntas podem ser feitas de forma desordenada, ou seja não respeitar de forma fidedigna o guião, existe flexibilidade, deixando o discurso do entrevistado fluir (Fortin, Côté & Filion, 2009; Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019). Contudo, o investigador tem que ter sempre o foco, objetivo da entrevista em mente para direcionar a entrevista de uma forma natural e cautelosa caso o entrevistado se esteja a afastar do pretendido (Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019). As entrevistas semiestruturadas são semelhantes a uma conversa informal, que têm um propósito. Cabe ao investigador transmitir um clima de confiança, de forma que o entrevistado se sinta à vontade e motivado para responder às questões colocadas e desta forma participar no estudo (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Para analisar os dados da entrevista é necessário transcrevê-los para proceder-se à análise de conteúdo (Fortin, Côté & Filion, 2009). O recrutamento dos enfermeiros foi realizado de forma intencional através de uma abordagem direta e presencial nas instalações das USF Y a todos os enfermeiros do quadro da Unidade, após o consentimento informado, livre e esclarecido assinado, respeitando sempre os princípios éticos e legais.

O Guião de entrevista semiestruturada aplicada aos enfermeiros foi desenvolvida, em colaboração, tendo por base as dimensões assinaladas em *Towards Age-friendly Primary Health Care* já mencionadas anteriormente e desenvolvido pelos investigadores do projeto, no qual me incluo. Procedeu-se à marcação do dia e hora para realizar a entrevista com cada enfermeiro, bem como o local (sala de formação da USF Y), a duração (40 minutos) e explicado o objetivo da mesma. A entrevista foi gravada em áudio e transcrita manualmente após consentimento prévio dos participantes e posteriormente realizou-se a análise de conteúdo das mesmas que foi efetuado nos moldes já acima descritos.

Quadro 6. Categorias e subcategorias definidas através da percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas e/ou cuidador familiar na entrevista semiestruturada.

Categorias	Subcategorias
USF e cuidados de saúde amigos da pessoa idosa	Cuidados amigos das pessoas idosas
	USF amiga das Pessoas idosas
Informação	Meio de transmissão da informação
	Acesso à informação
	Identificação dos profissionais
Formação	Formação contínua
	Implicações da formação
	Sugestões de melhoria
Educação para a saúde	Bem-estar físico
	Pessoa agente da sua saúde
	Promover a interação social
	Centrado no contexto de vida da pessoa
Comunicação	Identificação da barreira de comunicação com a pessoa idosa
	Estratégias de comunicação
	Componente de uma comunicação eficaz
Sistema de gestão de cuidados	Indicadores de avaliação dos cuidados da USF
	Participação das pessoas idosas nos cuidados
Intervenções nas síndromes geriátricas	Quais as SG prioritárias intervir
Ambiente físico	Adaptado
	Sugestões
Intervenções de enfermagem em Parcerias nos cuidados	Pressupostos para cuidados em Parceria.
	Pressupostos por parte da pessoas idosas para um cuidado em Parceria.
	Sugestões

Apresentação e discussão dos resultados

Da análise dos dados emergiram as categorias: **USF e cuidados de saúde amigos das pessoas idosas**. Os participantes salientaram que cuidados de saúde amigos das pessoas idosas passam por apoiar a pessoa idosa e/ ou cuidador familiar e que a pessoa idosa tenha acesso aos cuidados de saúde. A USF precisa ir ao

encontro das especificidades da pessoa idosa, não esquecendo da importância do apoio social. O que está em linha com os resultados obtidos por Doolan-Noble, Mehta, Waters & Baxter (2019) que concluíram ser necessário uma abordagem baseada nos direitos para o envelhecimento saudável abordando barreiras legais, sociais e estruturais para uma boa saúde e bem-estar da pessoa idosa, apoiando o desenvolvimento e sustentabilidade de comunidades amigas das pessoas idosas possibilitando um **envelhecimento positivo**.

Os participantes deste estudo consideram que uma **USF amiga das pessoas idosas** passa por avaliar e intervir na síndrome da fragilidade, espaço físico adaptado, transportes adaptados; mobilizar equipa multidisciplinar e que ocorra articulação com outras instituições o que está em linha com o referido pela WHO (2004), que advoga que os centros de saúde precisam estar próximos da população alvo, que os profissionais devem possuir conhecimento na prevenção, diagnóstico e tratamento das grandes síndromes geriátricas, bem como, as condições mais comuns das pessoas idosas. É notório a necessidade de uma divulgação mais ampla das necessidades de saúde das pessoas no ambiente de cuidados de saúde primários (Woo, Mak & Yeung, 2013). Os cuidados de saúde primários são a linha da frente dos cuidados de saúde e desempenham um papel crítico e essencial para alcançar objetivos de envelhecimento saudável. Apesar disto tudo, as pessoas idosas que apresentam níveis crescentes de fragilidade encontram barreiras aos cuidados (WHO, 2004).

Na **categoria informação**, os participantes referiram que a informação que a pessoa idosa recebia era suficiente, embora inadequada, ao contexto da realidade da pessoa idosa por ser por meio digital, o que evidencia a preocupação dos enfermeiros com a comunicação. Um estudo realizado por Woo, Mak & Yeung (2013) também já tinha concluído que a transmissão da informação da USF devia ser fornecida de forma adequada à idade da pessoa.

A identificação dos profissionais é outro elemento valorizado pelos profissionais no que respeita a informação. Os participantes deste estudo referiram que este era um aspeto que precisava de ser melhorado, pois estes utilizavam um crachá de identificação, mas o mesmo não estava localizado de forma a permitir facilmente a identificação dos profissionais. E não estavam bem identificados quanto à sua localização. Alhamdan et al. (2015) realizaram um estudo no Reino da Arábia Saudita onde os enfermeiros estavam facilmente identificados com crachás ou placas de

nomes. Parece-nos que temos que continuar a investir neste ponto, pois é fundamental para a pessoa idosa comunicar com os profissionais de saúde.

Quanto à terceira **categoria formação**, no presente estudo foi mencionado que só um participante tinha formação na área da pessoa idosa, que a formação implicaria qualidade nos cuidados e despertar para os problemas da pessoa idosa. Contrariamente, a falta de formação implicaria que os cuidados ficassem aquém do desejado. De igual forma, a maioria dos enfermeiros no estudo de Melo et al. (2019) afirmou que não tinha formação específica para a pessoa idosa e quando tinha necessidade de responder aos problemas das pessoas idosas direcionava-os para conteúdos focados na doença, mencionando que a saúde da pessoa idosa era mais direcionada para as doenças crónicas. Uma vez que temos uma população envelhecida no Mundo e em Portugal, a formação tem que construir, de facto, uma preocupação das ordens dos enfermeiros, das instituições de ensino e organizações de saúde para que se possa melhorar a qualidade dos cuidados assistenciais e estas pessoas, com um foco nos cuidados integrais à pessoa idosa e/ou cuidador familiar. Os enfermeiros do estudo deram sugestões de melhoria nesta área da formação como: a existência de um plano de formação anual para a pessoa idosa, um espaço físico onde as mesmas possam partilhar experiências, haver articulação com outras instituições, investir na formação dos profissionais melhorando desta forma a habilidades dos mesmos e investir em políticas de envelhecimento bem-sucedido. É fundamental pensar em formação dos enfermeiros para além das questões relacionadas com o processo saúde /doença, porque a pessoa idosa deve ser vista integralmente. É de extrema relevância ponderar sobre o cuidado integral à pessoa idosa e o carácter coletivo das ações em saúde que implica articulação com outros setores (Melo et al., 2019).

Na **categoria educação para a saúde**, foi referido pelos enfermeiros a importância da promoção da interação social, pois tal como refere o autor Sander et al. (2015) a pessoa idosa deve desenvolver mecanismos e práticas sociais de forma a minimizar o distanciamento social, permitindo que esta seja agente ativo do seu próprio cuidado. Estudos recentes têm chamado a atenção para este facto reforçando que o bem-estar psicológico é afetado por vários fatores incluindo relações sociais, papéis e atividades desenvolvidos na sociedade (Doolan-Noble, Mehta, Waters, & Baxter, 2019). Foi também evidenciada a necessidade de uma educação para a saúde centrada no contexto de vida da pessoa indo ao encontro da sua singularidade. Como

menciona Doolan-Noble, Mehta, Waters, & Baxter (2019), muitas pessoas idosas vivem com múltiplas condições crônicas e para algumas, essa complexidade é aumentada por condições sociais adversas sendo o cuidado fragmentado, insuficiente e ineficaz. O bem-estar físico foi outra preocupação que emergiu, o que está na linha do que já tem vindo a ser referido. Neste contexto, registamos um estudo de Alhamdan et al. (2015), no Reino da Arábia Saudita, que analisou quinze centros de saúde em que todos ofereciam aconselhamento sobre atividade física.

A **categoria da comunicação** foi destacada pelos participantes do estudo da WHO (2004) que realçaram que a comunicação é o primeiro passo para uma comunicação eficaz, sendo as estratégias de comunicação, como adaptar a comunicação à pessoa idosa por esta às vezes ter diminuição da acuidade visual e auditiva, diminuir barulhos e comunicar de frente para a pessoa, uma possibilidade para que a pessoa responda às perguntas. No estudo referido realizado pela WHO (2004) as pessoas idosas salientaram a necessidade de uma comunicação de igual para igual. A empatia e disponibilidade, também foi mencionada pelos enfermeiros tal como pelo estudo da WHO (2004) em que as pessoas idosas salientaram a necessidade de mais carinho e empatia pelos profissionais de saúde. Um outro estudo desenvolvido por Motsohi et al. (2020), na África do Sul, realçou as lacunas na comunicação que as pessoas idosas sentiam pelos profissionais de saúde.

Na **categoria de sistema de gestão de cuidados**, os enfermeiros salientaram a vacina da gripe e o risco de queda como indicadores de qualidade na USF Y e que investiam fortemente, contrariamente ao mencionado no estudo de Alhamdan et al. (2015) em que só cinco das quinze instituições é que ofereciam a vacina da gripe às pessoas e sete dos quinze centros de saúde avaliavam o risco de queda.

Foi também referido no estudo que as pessoas idosas não participavam na tomada de decisão da organização, que era importante saber o que as pessoas idosas procuram de uma USF e o que a pessoa idosa considerava uma USF amiga das pessoas idosas. No estudo de Motsohi et al. (2020) foi salientado a frustração que as pessoas idosas sentiam em não serem ouvidas quanto ao sistema de gestão de saúde e das suas necessidades não terem voz, aspetos também referidos pelos participantes do estudo. Assim, futuramente, importa também questionar as pessoas idosas.

Quanto à **categoria intervenções de enfermagem nas síndromes geriátricas**, os participantes realçaram ter lacunas e salientaram que era prioritário

intervir na funcionalidade na insuficiência cognitiva e no risco de queda nas pessoas idosas. Alhamdan et al. (2015) identificaram no seu estudo que a maioria dos centros de saúde focavam as intervenções na avaliação da tensão arterial, altura, peso, IMC, colesterol e diabetes e que as síndromes geriátricas que oito dos quinze centros de saúde primários intervinham eram na avaliação da visão, depressão e incontinência urinária. Importa, de facto, estar alerta para a intervenção em todas as síndromes geriátricas, tendo cuidado integral na pessoa idosa e cuidador familiar.

Quanto à **categoria do ambiente físico**, foi salientado pelos enfermeiros o facto do ambiente físico não ser adaptado dando sugestões de melhoria quanto à falta de sinalização, falta de sinalética e quanto ao problema ser de raiz. O estudo realizado em Hong Kong por Woo, Mak & Yeung (2013) destaca a necessidade das questões de acessibilidade para uma USF amiga das pessoas idosas. No estudo de Alhamdan et al. (2015), dos quinze centros de saúde analisados apenas nove ocupavam o rés-do-chão e seis tinham mais de um andar o que fazia com que a pessoa idosa tivesse que subir escadas ou andasse de elevador e quatorze tinham degraus à entrada. Os mesmos autores avaliaram a sinalização dos centros de saúde e contrariamente ao mencionado pelos enfermeiros a sinalização destas quinze instituições eram geralmente boas, exceto a falta de sinalização em Braille.

Relativamente à **categoria intervenções de enfermagem em Parceria nos cuidados**, os participantes realçaram os pressupostos para cuidados em Parceria por parte da pessoa idosa para um cuidado em Parceria e sugestões de melhoria. O discurso dos participantes foi muito ao encontro do referido por Gomes (2016) quando diz que o enfermeiro deve de mostrar disponibilidade e envolver a pessoa idosa e/ou cuidador no seu processo de cuidados vendo-a como gestora da sua própria vida, incentivando-a a expressar as suas dúvidas, receios e preocupações, criando desta forma uma relação de confiança para assim, preparar a pessoa para uma decisão informada capacitando-a e/ou cuidador familiar transformando as suas potencialidades em capacidades reais permitindo, assim, concretizar o seu projeto de vida e contribuir para um sistema de saúde sustentável (Gomes, 2019).

As sugestões de melhoria referidas pelos enfermeiros passam pela formação dos profissionais, pela melhoria no atendimento e acolhimento, permitir um horário mais alargado e consultas de *follow up* nomeadamente telefónicas. É importante que os profissionais de saúde recebam formação para terem competências no atendimento da pessoa idosa, como há muito os estudos já realçam (WHO, 2004;

Woo, Mak & Yeung, 2013). Importa também tomar medidas para melhorar o acesso ao atendimento da pessoa idosa, tornando o atendimento adequado à necessidade, reduzindo o tempo de espera (Motsohi et al., 2020).

Atividade 10 – Construção do manual de Intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa.

A realização e análise do guia observacional de boas práticas tendo por base uma *checklist*, as entrevistas semiestruturadas e *focus-group* baseados nas dimensões da WHO (2004) *Towards age-friendly primary health care*, deram conjuntamente contributos para o desenvolvido do manual de intervenções para prevenir a fragilidade da pessoa idosa. O desenvolvimento deste manual tem como objetivos específicos:

- Melhorar a resposta dos cuidados de saúde primários à pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar;
- Permitir que os profissionais de cuidados de saúde primários atendam às grandes síndromes geriátricas na comunidade, nomeadamente na prevenção da fragilidade;
- Elaborar um plano de intervenções de boas práticas, tendo por base um modelo de intervenção em Parceria para prevenção da fragilidade da pessoa idosa;
- Fornecer orientações para melhorar a satisfação das necessidades da pessoa idosa e/ou seu cuidador.

O manual inclui vários instrumentos das quais: IFT (Apêndice I); guião do processo de Parceria entre pessoa idosa frágil e cuidador familiar (Anexo VII), quadro com os diagnósticos e intervenções de enfermagem (Apêndice XVI); fluxograma de intervenção em Parceria com a pessoa idosa para prevenção e controlo da fragilidade (mencionado abaixo). O fluxograma é dividido em 4 passos: triagem abrangente em 10 minutos, avaliação da síndrome da fragilidade, intervenções de enfermagem e *follow-up*.

10.1- Passos do fluxograma

O fluxograma é dividido em 4 passos: triagem abrangente em 10 minutos, avaliação da síndrome da fragilidade, intervenções de enfermagem e *follow-up*.

Passo 1: Triagem abrangente em 10 minutos.

- As pessoas idosas que comparecem às consultas de enfermagem da USF Y serão acolhidas pelo enfermeiro devidamente treinado que fará uma avaliação do mesmo tendo por base um fluxograma (Passo 1- Instrumento de avaliação 1) (Anexo XIII).
- Se o passo 1 for negativo, a intervenção passa pela promoção da saúde e prevenção da fragilidade.
- Se o Passo 1 for positivo, o enfermeiro procederá a aplicação do *Indicator Frailty Tilburg* e informará o médico ou outro profissional sempre que for necessário.
- No Passo 1, a intervenção em Parceria do enfermeiro com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa idosa e/ou cuidador familiar, como ser de projeto e de cuidados. O enfermeiro dá-se também a conhecer, estabelecendo os termos da relação.
- Se Passo 1 for positivo o Passo 2, 3 e 4 terão que ser realizados.

Passo 2: Diagnóstico (Instrumento 2 a 9).

- O enfermeiro procede ao diagnóstico, através da história de enfermagem e uso de instrumentos de avaliação apropriados para a avaliação dos problemas (Instrumento 2 a 9).
- O médico procede ao diagnóstico médico com o histórico médico.
- O enfermeiro encaminha para outro profissional se assim for necessário.
- O enfermeiro avalia a síndrome de fragilidade tendo em conta:
 - A- Memória
 - B- Componente psicossocial- Depressão
 - C- Capacidade funcional
 - D- Incontinência urinária
 - E- Queda
 - F- Nutrição
- No Passo 2, a intervenção em Parceria do enfermeiro com a pessoa idosa caracteriza-se por um envolvimento que se caracteriza pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade e promove o cuidado em ambiente seguro. O enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da

pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de SI, incluindo o cuidador familiar, no contexto da sua comunidade, existência e relação com o Mundo, conforme refere o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2019)

Passo 3: Intervenções de enfermagem.

- Estabelecer intervenções de enfermagem, farmacológicas e não farmacológicas:
 - A- Memória
 - B- Componente psicossocial- Depressão
 - C- Capacidade funcional
 - D- Incontinência urinária
 - E- Queda
 - F- Nutrição
- Aconselhar pessoa idosa e/ou cuidador familiar sobre metas apropriadas para garantir a segurança, reduzindo o risco através da educação para a saúde.
- Referenciar para outro profissional se assim for necessário.
- No Passo 3, a intervenção em Parceria do enfermeiro com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar caracteriza-se por construir uma ação conjunta negociada no desenvolvimento de competências para agir, decidir e transformar as capacidades potenciais em reais, assim como possibilitar a partilha e o significado da experiência com o outro.
- O enfermeiro possibilita o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer ou capacita o familiar cuidador para o fazer. Atuam segundo os valores e princípios da eficácia terapêutica e profissional, tendo por base o código deontológico e o quadro de referências da profissão e uma constante análise das suas práticas Parceria de Gomes (2016, 2019).
- O médico e outros profissionais estabelecem intervenções destinadas à sua avaliação.

Passo 4: Follow-up.

- Avaliar a implementação das intervenções de enfermagem adotadas para cada pessoa idosa através de uma consulta presencial ou telefónica de enfermagem.

- Os problemas de audição e visão serão avaliados e se identificar um problema de saúde eram ser encaminhados para outro profissional de saúde.
- Reavaliar as intervenções de enfermagem e altera-las se assim for necessário.
- No Passo 4, a intervenção em Parceria do enfermeiro com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar caracteriza-se por assegurar o cuidado do Outro ou assumir o controlo do cuidado de SI. A pessoa idosa consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifestando conforto e bem-estar, sabendo que o enfermeiro estará sempre como um recurso de apoio.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é uma realidade que coloca desafios aos profissionais de enfermagem pela necessidade de preservar a sua máxima funcionalidade e prevenir a fragilidade da pessoa idosa. A pessoa idosa necessita de receber cuidados diferenciados de forma a preservar a sua funcionalidade, dignidade, autonomia e bem-estar e possibilitar um envelhecimento saudável e ativo. Para que isto seja possível é necessário que o enfermeiro exerça uma prática clínica avançada sustentada em conhecimentos e capacidades para resolver os problemas clínicos complexos desta população. Por vezes, os problemas da pessoa idosa são de difícil diagnóstico e por consequência de difícil resolução, devido a existência de doenças crónicas, às múltiplas comorbilidades e pelos sintomas atípicos que pode apresentar e possibilidade do surgimento das síndromes geriátricas, das quais a síndrome de fragilidade é exemplo. O enfermeiro especialista precisa identificar estas situações e desenvolver estratégias adaptadas à singularidade da pessoa para que esta envelheça com qualidade de vida e que consiga concretizar o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

Assim, na USF Y, em 2018 realizou-se um estudo para caracterizar a população que frequentava a USF e concluiu-se que 48,9% da população era frágil. A complexidade destas situações coloca ao enfermeiro especialista, na área da pessoa idosa, desafios ao nível do desenvolvimento de uma enfermagem avançada, que permita uma visão holística da pessoa idosa frágil e o desenvolvimento de intervenções que a ajudem a promover o cuidado de SI. Neste sentido, a finalidade deste projeto passou por desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa frágil e familiar cuidador em diferentes tipos de situação em contexto hospitalar e na comunidade (ESEL, 2019).

A fragilidade é um conceito recente que requer uma maior investigação neste campo, desta forma é importante despertar o profissional para a necessidade de avaliar a fragilidade da pessoa idosa, para assim poder intervir precocemente impedindo desta forma reações adversas. Atualmente, a fragilidade não é reconhecida e só é valorizada quando a pessoa apresenta uma crise, como por exemplo a queda, que implique um internamento e desencadeie outras desfechos (BGS, 2015). Na avaliação da fragilidade é crucial uma visão multidimensional englobando as três

dimensões: física, psicológica e social como abordadas ao longo do trabalho, tendo em atenção as capacidades que as pessoas idosas frágeis apresentam.

Foi notório, com o desenvolvimento do trabalho, a importância de basearmos o nosso agir profissional num modelo teórico da disciplina de enfermagem e uma melhor evidência científica. Tendo em conta a problemática diagnosticada e a necessidade de desenvolver estratégias de melhoria para um cuidado de enfermagem para a pessoa idosa, foi possível desenvolver competências como enfermeira especialista em médico-cirúrgica na área da pessoa idosa nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências na área de gestão de cuidados abarcaram um conjunto de atividades na elaboração do próprio projeto de estágio. Foram demonstradas capacidades de planeamento, organização, liderança, negociação, adaptação à mudança, comunicação, motivação de equipas e supervisão de projetos. As atividades realizadas ao longo do estágio, para a realização do projeto, foram executadas com responsabilidade, tendo sempre em atenção o respeito por todos, de acordo com os princípios éticos, legais e deontológicos. As normas internas de cada local de estágio foram sempre respeitadas, bem como a devida autorização para a realização do mesmo, tendo desenvolvido capacidades de responsabilidade profissional, ética e legal.

No que concerne à competência de melhoria contínua da qualidade saliento o papel dinamizador, organizacional, de liderança e ativo neste estágio com o desenvolvimento do projeto em prol da melhoria contínua de cuidados de enfermagem da pessoa idosa tendo por base a melhor evidência científica promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e segurança da pessoa idosa. Desenvolvemos a revisão *scoping* e foram realizadas pesquisas científicas nas diferentes bases de dados para uma prática fundamentada. Tendo em conta a problemática diagnosticada e a necessidade de desenvolver estratégias de melhoria para cuidados de enfermagem para a pessoa idosa, foi desenvolvido um manual de boas práticas tendo por base a melhor evidência científica promovendo o bem-estar e segurança da pessoa idosa. Para a realização deste manual foi necessário desenvolver pesquisas científicas através das bases de dados e da revisão *scoping*, o que nos permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação secundária. Foram também utilizados instrumentos de investigação de recolha de dados como entrevistas

semiestruturadas, *focus-group* aos enfermeiros e auditoria interna à USF através da aplicação de uma *checklist*, permitindo identificar estratégias de melhoria nos cuidados e desenvolver também competências na área da investigação. A atividade da realização de um manual de intervenções para prevenir a fragilidade da pessoa idosa permitiu a melhoria continua dos cuidados. A elaboração deste guia orientador de intervenções de enfermagem teve por base o modelo de Parceria como filosofia para os cuidados de enfermagem e um trabalho interdisciplinar com uma visão holística da pessoa e a melhor evidência científica. A enfermagem utiliza um método sistemático onde as suas decisões clínicas têm que são baseadas na melhor evidência científica (Eliopoulos, 2019).

Foi possível desenvolver estudos de caso em contexto hospitalar e comunitário à pessoa idosa frágil, tendo em conta o modelo de Parceria para promoção do cuidado de SI (Gomes, 2016) com implementação de diagnósticos e intervenções de enfermagem promovendo a resolução de problemas da pessoa ou mesmo transformar os problemas reais em potenciais, permitindo que a pessoa idosa concretizasse o seu projeto de vida e de saúde, tendo sempre em conta o contexto da pessoa e/ou cuidador familiar.

Quanto ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como enfermeira fui dinamizadora no processo de aprendizagem ativa promovendo a formação em contexto de trabalho. Os desenvolvimentos das sessões de formação permitiram que ocorresse partilha de conhecimento entre profissionais de enfermagem e reflexão crítica perante a problemática abordada. Esta atividade permitiu desenvolver competências de formação em contexto de trabalho na elaboração de documentos necessários para a realização de sessões de formação em adultos.

A elaboração e apresentação oral do poster e um artigo no prelo permitiu formar formando, mobilizar e expandir o desenvolvimento de competências que suporte a prática clínica especializada no cuidado à pessoa idosa frágil, desenvolvendo o crescimento da enfermagem como *praxis*.

Os objetivos a que me propus neste estágio foram alcançados na medida em que foram desenvolvidas competências de enfermeira especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Estando a falar de um problema de saúde pública é crucial que os enfermeiros especialistas na pessoa idosa olhem para a fragilidade com outra preocupação e

interesse. A identificação de pessoas idosas frágeis contribuirá para a implementação de projetos de investigação e desta forma contribuir para o desenvolvimento de outros estudos de investigação.

Depois deste percurso, como projeto futuro pretendo investigar na área, aplicar todo conhecimento adquirido na minha prática diária e continuar neste trabalho de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Lisboa Norte. (2018). *Unidade de Saúde* [REDACTED]
- Alhamdan, A. A., Alshammari, S. A., Al-Amoud, M. M., Hameed, T. A., Al-Muammar, M. N., Bindawas, S. M., Al-Orf, S. M., Mohamed, A. G., Al-Ghamdi, E. A. & Calder, P. C. (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.
- Amado, J. (Coord.). (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. (2ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa, PT: ISPA
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, M.A.S. (2000). *Autonomia funcional em idosos*. Porto: Bial.
- British Geriatrics Society & Royal College of General Practitioners (2015) *Fit for frailty: developing, commissioning and managing services for people living with frailty in community settings*. Londres: British Geriatrics Society.
- British Geriatrics Society (2017). *Fit for frailty: part 1: consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings*. Londres: British Geriatrics Society.
- Bueno-García, M.J., Roldán-Chicano, M.T., Rodríguez-Tello, J., Merõno-Rivera, M.D., Dávila-Martínez, R., & Berenguer-García, N. (2017). Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes

hospitalizados. *Enfermaria clínica*. 27(4), 227-234. Doi: 10.1016/j.enfcli.2017.02.008.

Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital- O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Lusociência.

Camphenoudt, L.V., Marquet, J., & Quivy, R. (2019). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Castell, M. V., Gutiérrez-Misis, A., Sánchez-Martínez, M., Prieto, M. A., Moreno, B., Nuñez, S., Triano, R., Antonio, M. P., Mateo, C., Cano, M. D., Garrido, A., Julian, R., Polentinos, E., Rodriguez-Barrientos, R., Otero Puime, A., & MEFAP Group. (2019). Effectiveness of an intervention in multicomponent exercise in primary care to improve frailty parameters in patients over 70 years of age (MEFAP-project), a randomised clinical trial: rationale and study design. *BMC Geriatrics*. 19(1), 1-9. Doi: 10.1186/s12877-018-1024-8.

Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., Manini, T. M., Church, T., Gill, T. M., Miller, M. E., & Pahor, M. (2015). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*. 70(2), 216–222. Doi: 10.1093/gerona/glu099.

Confortin, S. C., Schneider, I. J. C., Antes, D. L., Cembranel, F., Ono, L. M., Marques, L. P., Borges, L. J., Krug, R. de R., & d'Ors. E. (2017). Life and health conditions among elderly: results of the EpiFloripa Idoso cohort study, *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 26(2), 305–317. Doi: 10.5123/s1679-49742017000200008.

Costa-Dias, M. J., M., M, T., & Araújo. F. (2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (1), 65-74. Doi: 10.12707/RIII13101.

Craig, L. (2019). The role of the registered nurse in supporting frailty in care homes. *British Journal of Nursing*. 28(13), 833–837. Doi: 10.12968/bjon.2019.28.13.833.

Doolan-Noble, F., Mehta, P., Waters, D. & Baxter, G. D. (2019). Supporting ageing well research: Findings from a research priority setting exercise. *Australasian Journal on Ageing*, 38(2), 136–143. Doi.org/10.1111/ajag.12615.

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei nº 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o

disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior. *Diário da República* I Série – A, (nº 60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.

Direção Geral da Saúde (2019a). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*- norma da Direção Geral da Saúde. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>. Acedido em: 16/03/2019.

Direção Geral da Saúde (2019b). - *Prevenção e Tratamento da Deficiência de Vitamina D*- norma da Direção Geral da Saúde. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042019-de-14082019-pdf.aspx>. Acedido em: 17/03/2019.

Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde. Lisboa

Eliopoulos, C. (2019). *Enfermagem Gerontológica*. 9.ed. Por Alegre: Artmed

Entidade Reguladora da Saúde. (2010). *Relatório da actividade regulatória de 2009*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (s.d). Disponível em: https://www.esenfc.pt/pt/page/3647?outreach_project=205&id_aps=9. Acedido em: 07/04/2020. Acedido em: 10 de janeiro de 2021.

ESEL. (2019). Documento orientador/ Estágio com relatório. *10º Curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem área de especialização enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa*. Lisboa: ESEL.

Ferreira, C. B., Teixeira, P. D. S., Alves Dos Santos, G., Dantas Maya, A. T., Americano do Brasil, P., Souza, V. C., Córdova, C., Ferreira, A. P., Lima, R. M., & Nóbrega, O. de T. (2018). Effects of a 12-Week exercise Training program on physical function in institutionalized frail elderly. *Journal Of Aging Research*. 2018, 1-8. Doi: 10.1155/2018/7218102.

Figueiredo, Mendes, Malta & Velasquez-Melendez (2017). Prevalence of functional disability in the elderly: analysis of the National Health Survey. *Revista Rene*. 18(4), 468-475. Doi: 10.15253/2175-6783.2017000400007.

Fleury, M.T.L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição especial, 183–196. Doi: 10.1590/S1415-65552001000500010.

- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freire, J. C. G., Nóbrega, I. R. A. P. da, Dutra, M. C., Silva, L. M. da, & Duarte, H. A. (2017). Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde Em Debate*. 41(115), 1199–1211. Doi: 10.1590/0103-11042017111517.
- 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. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=11253156&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acedido em: 05 de dezembro de 2019.
- Furtado, G. E., Caldo, A., Rieping, T., Filaire, E., Hogervorst, E., Teixeira, A. M. B., & Ferreira, J. P. (2018). Physical frailty and cognitive status over-60 age populations: A systematic review with meta-analysis. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. 78, 240–248. Doi: 10.1016/j.archger.2018.07.004.
- Gil, I. M. de A., Costa, P. J. dos S., Bobrowicz-Campos, E. M., Cardoso, D. F. B., Almeida, M. de L. F. de, & Apóstolo, J. L. A. (2017). Terapia de reminiscência: construção de um programa para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto. *Revista de Enfermagem Referência*. ser IV (15), 121–132. Doi: 10.12707/RIV17052.
- Gil, I. M. de A., Costa, P. J. dos S., Cardoso, D. F. B., Parola, V. S. de O., Almeida, M. de L. F. de, & Apóstolo, J. L. A. (2018). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: protocolo de revisão. *Revista de Enfermagem Referência*. Ser IV (16), 155–160. Doi: 10.12707/RIV17055.
- Gobbens, R. (Coord.) (2010). *Frail elderly: Towards an integral approach*. Ridderprint. Netherlands.
- Gobbens, R. J.J, Schols, J. M., & van Assen, M. A. (2017). Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clinical Interventions in Aging*. 12, 1739–1752. Doi.10.2147/CIA.S130686.
- Gobbens, R.J.J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M.T., & Schols, J.M.G.A. (2010a). Towards an integral conceptual model of frailty. In R. Gobbens (Coord.), *Frail elderly: Towards an integral approach* (pp. 62-76). Ridderprint: Netherlands

- Gobbens, R.J.J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M.T., & Schols, J.M.G.A. (2010b). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. In R. Gobbens (Coord.), *Frail elderly: Towards an integral approach* (pp. 62-76). Ridderprint: Netherlands
- Gomes, I. (2019). *Combate ao Isolamento e Fragilidades do Idoso* [vídeo]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/programa/tv/p36574/e35>. Acedido em 06 de Dezembro de 2020.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Gomes, I., & Verde, B. (2019). *Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).
- Guyonnet, S., Secher, M., & Vellas, B. (2015). Nutrition, Frailty, Cognitive Frailty and Prevention of Disabilities with Aging. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 82, 143–152. Doi: [org/10.1159/000382011](https://doi.org/10.1159/000382011).
- Hancock, S., Winterton, R., Wilding, C., & Blackberry, I. (2019). Understanding ageing well in Australian rural and regional settings: Applying an age-friendly lens. *The Australian journal of rural health*, 27(4), 298–303. <https://doi.org/10.1111/ajr.12497>.
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet* (London, England). 394(10206), 1365–1375. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6.
- Izquierdo, M. (2019). Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo. *Nutricion Hospitalaria*. 36, 50–56. Doi: 10.20960/nh.02680.
- Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' *Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Karssemeijer, E., Bossers, W., Aaronson, J. A., Sanders, L., Kessels, R., & Olde Rikkert, M. (2019). Exergaming as a Physical Exercise Strategy Reduces Frailty in People With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(12), 1502–1508.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.06.026>

- Kinalski, D. D. F., Paula, C. C. de, Padoin, S. M. de M., Neves, E. T., Kleinubing, R. E., & Cortes, L. F. (2017). Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(2), 424–429. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0091.
- Knowles, M. (1990). *L'Apprenant Adulte: Vers un Nouvel Art de la Formation*. Paris: LES ÉDITIONS D'ORGANISATION.
- Lana, L. D., & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira Geriátrica Gerontol*, 17 (3), 673–680. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>. Acedido em: 11 de Março de 2019.
- Llano, P., Lange, C., Sequeira, C. (2018). Síndrome de fragilidade no idoso. In C. Siqueira (coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp.28-36). Lisboa: LIDEL.
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159–165. Doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002.
- Lucena, A. de F., Argenta, C., Almeida, M. de A., Moorhead, S., & Swanson, E. (2019). Validation of Nursing Outcomes and Interventions to Older Adults Care with Risk or Frail Elderly Syndrome: Proposal of Linkages Among NOC, NIC, and NANDA-I to clinical practice. *International Journal Of Nursing Knowledge*. 30(3), 147–153. Doi:10.1111/2047-3095.12225.
- Ma, L., Sun, F., & Tang, Z. (2018). Social Frailty is Associated with Physical Functioning, Cognition, and Depression, and Predicts Mortality. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 22(8), 989–995. Doi:10.1007/s12603-018-1054-0.
- Malgaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Portugal: Porto Editora.
- Mancia, J.R., Cabral, L.C & Koerich, M. S. (2004). Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(5), 605-6010. Doi:10.1590/S0034-71672004000500018.
- Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez de Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iráizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., Rodríguez-Mañas, L., & Izquierdo, M. (2019). Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A

- Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. 179(1), 28–36. Doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4869.
- Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes. (2018). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Brasil: Secretaria de estado da saúde do Paraná.
- Moreira, L. T., Torre, R., Rollo, A. C., Silva, H., Duarte, V., & Cruz, M. A. (2019). Prevalência do Síndrome de Fragilidade na região norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 34(6), 353–359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i6.12235>
- Morgan, D.L. (2019). *Basic and advanced focus groups*. Los Angeles: SAGE.
- 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). Doi.org/10.3399/bjgpopen20X101048.
- NANDA INTERNATIONAL. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Nazareth., M. (2019). O envelhecimento demográfico: A progressive maturação da complexidade. In SPGG (Coord.), *A geriatria e gerontologia no século XXI* (pp. 68-77). Lisboa: SPGG.
- Nestlé Nutrition Institute (S.d). *Um Guia para completar a Mini Avaliação*. Suíça: Nestlé Nutrition Institute. Acedido a 10/10/2018. Disponível em https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf.
- Ng, T.-P., Chan, G., Nyunt, M., Feng, L., Niti, M., Tan, B., Khoo, S., Chan, S., Yap, P., & Yap, K. (2017). Multi-domains lifestyle interventions reduces depressive symptoms among frail and pre-frail older persons: Randomized controlled trial. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 21(8), 918–926. Doi:10.1007/s12603-016-0867-y.
- NHS. (2020). Fragility resources. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/older-people/frailty/frailty-resources/>. Acedido em: 02 de Fevereiro de 2020.
- Nunes, J. D., Saes, M. de O., Nunes, B. P., Siqueira, F. C. V., Soares, D. C., Fassa, M. E. G., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2017). Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 26(2), 295–304. Doi: 10.5123/s1679-49742017000200007.

- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (Coord.). (2005). *Código deontológico dos enfermeiros: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Nutrition UP 65. Disponível em: <https://nutritionup65.up.pt/>. Acedido em 03 de setembro de 2019.
- Oliveira, D. F. M. & Veríssimo, M. T. (2015). *A vitamina D nos idosos Artigo de revisão*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31446/1/Tese_A vitamina D nos idosos.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31446/1/Tese_A%20vitamina%20D%20nos%20idosos.pdf). Acedido em: 4 de Abril de 2020.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf. Acedido em: 12 de dezembro de 2019.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra.
- Pátaro, R.F., & Calsa, G.C. (2020). Reflexões sobre a pesquisa com grupos focais nas ciências sociais e humanas: a questão da quantidade de participantes, proveniência e local de organização. *Ciências Sociais Unisinos*. 56 (1), 1-12. Doi: 10.4013/csu.2020.56.1.01.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (11), 121- 132. Doi: 10.12707/RIV16030.
- Pinto, M. J. do C.P., & Coutinho, S. N. (2014). Síndrome de fragilidade. *Revista INFAD de psicologia*, 1 (2), 171–176. Disponível em: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/4215/02149877_2014_2_1_171.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acedido em 31 de março de 2019.
- PORDATA. (2019). *População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário*. Atualização a 2019-06-14. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/popula%3a7%3a3o+residente++e+estimativas+a+31+de+dezembro+total+e+por+grupo+et%3a1rio7>. Acedido em 24 de julho de 2019.
- Preto, L. S. R., Conceição, M.d. C. D. d, Amaral, S. I. S., Figueiredo, T. M., & Preto, P. M. B. (2018). Fragility and associated risk factors in independent elderly

- people living in rural areas. *Journal of Nursing Reference*. 16, 73–84. Doi: 10.12707/RIV17078.
- Protasio, A. P. L., Gomes, L. B., Machado, L. dos S., & Valença, A. M. G. (2017). Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1829–1844. Doi:10.1590/1413-81232017226.26472015
- Regulamento n.º 429/2018 (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 Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série*, (Nº 135 de 16-07-2018), 19359 – 19370. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.
- Regulamento nº140/2019. (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série*, (N.º 26 de 6-2-2019), 4744 – 4750.ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximize>.
- Ribeiro, D. K. de M. N., Lenardt, M. H., Lourenço, T. M., Betiolli, S. E., Seima, M. D., & Guimarães, C. A. (2018). The use of the functional independence measure in elderly. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 38(4), e66496. Doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.66496.
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association journal*. 150(4), 489–495.
- Rolfson, D.B., Majumdar, S.R., Tsuyuki, R.T., Tahir. A., Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 35(5), 526-9. Doi:10.1093/ageing/afl041.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. (15),1-37.
- 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.
- Saupe, R., Yoshioka, M.R., & Arruda, A.L.G. (1998). Andragogia na educação em enfermagem, *Cogitare Enfermagem*. 3(2), 74-80. Doi. 10.5380/ ce.v3i2.44332.

- Schimith, D. M., Budó, D. M. de L., Weiller, H. T., Prates, A. L., Wilhelm, A. L., & Alberti, F. G. (2019). Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 9(1), 1–17. Doi: 10.5902/2179769228053.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª ed.)*. Lisboa: LIDEL.
- Serrano, M.T.P., Costa, A. da S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(3), 15–23.
- Siqueira, A. B., Cordeiro, R. C., Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos / Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Revista de Saúde Pública*. 38(5), 687–694. Doi: 10.1590/S0034-89102004000500011
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. (2019). *A geriatria e gerontologia no século XXI*. Lisboa: SPGG.
- Sousa et al. (2019). Avaliação Geriátrica Global em Medicina Interna: Um Modelo Mais Adequado na Avaliação dos Doentes Idosos Internados. *Medicina Interna*. 26 (1), 40 46. Doi: 10.24950/rspmi/original/214/1/2019.
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2018). The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32(2), 889–901. Doi: 10.1111/scs.12520.
- Teixeira, J. A. C., & Correia, A. R. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde: um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, 20(3), 359–365. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000300009&lng=en&tling=en#?. Acedido em: 02 de Abril de 2020.
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Wleklik, M., Lisiak, M., & Gobbens, R. (2018). Frailty Syndrome: Nursing Interventions. *SAGE Open Nursing*. 4, 1-11 Doi: 10.1177/2377960818759449.
- van der Wardt, V., Hancox, J., Gondek, D., Logan, P., Nair, R. das, Pollock, K., & Harwood, R. (2017). Adherence support strategies for exercise interventions in people with mild cognitive impairment and dementia: A systematic

review. *Preventive Medicine Reports*. 7, 38–45. Doi: 10.1016/j.pmedr.2017.05.007.

Vieira, M.S.M. (2018). *Modelos em uso na assistência a idosos traçado para a intervenção do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25779>. Acedido em: 04 de Maio de 2020.

Wallington, S. L. (2016). Frailty: a term with many meanings and a growing priority for community nurses. *British Journal of Community Nursing*. 21(8), 385–389. Doi: 10.12968/bjcn.2016.21.8.385.

Wleklik M, Uchmanowicz I, Jankowska EA, Vitale C, Lisiak M, Drozd M, Pobrotyn P, Tkaczyszyn M and Lee C. (2020). Multidimensional Approach to Frailty. *Frontiers in Psychology*. (11) 564, 1-11. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.00564.

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. Doi: 10.4137/HSI.S12434.

World Health Organization (2004). *Towards age-friendly primary health care toolkit*. Genebra: WHO.

World Health Organization (2004). *Towards age-friendly primary health care*. Genebra: WHO.

World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing (2020-2030). Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5.

ANEXOS

Anexo I- Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT)

Descrição do indicador de Fragilidade de Tilburg

Instrumento constituído por 25 questões agrupadas em duas partes:

Parte A: Inclui 10 itens sobre as determinantes da fragilidade - dados sociodemográficos, estilos de vida, comorbilidades, acontecimentos de vida e satisfação com o ambiente habitacional do indivíduo.

Parte B: Constituída por 15 itens divididas em três dimensões (física, psicológica e social) orientadas para as componentes da fragilidade. Aqui é triada a fragilidade através do cálculo do score total e parcial de cada domínio. O domínio físico inclui oito questões sobre saúde física, perda de peso inexplicável, dificuldade na marcha, dificuldade em manter o equilíbrio, problemas de audição, problemas de visão, falta de força nas mãos e cansaço físico. O domínio psicológico é constituído por quatro itens relacionados com a cognição, sintomas depressivos / ansiosos e estratégias de *coping*. O domínio social inclui três itens: morar sozinho, relações sociais e apoio social.

INDICADOR DE FRAGILIDADE DE TILBURG

Parte A: Determinantes de fragilidade		
1. Qual é o seu sexo?	☐ Masculino ☐ Feminino	
2. Qual é a sua idade?	_____	
3. Qual é o seu estado civil? Casado (a)/ vive com um parceiro(a) solteiro(a)	Separado (a)/ divorciado (a)/ viúvo (a) _____	
4. Em que país nasceu?	_____	
5. Quantos anos de escolaridade completou?	_____	
6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?		
☐ 250€ ou menos ☐ 251€ a 500€	☐ 501€ a 750€ ☐ 751€ a 1000€	☐ 1001€ a 1500€ ☐ 1501€ a 2000€ ☐ 2001€ ou mais

Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?			
☐ Saudável	☐ Nem muito nem pouco saudável	☐ Não saudável	
Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?	☐	Sim	☐ Não

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

Está satisfeito com o ambiente em sua casa?	☐	Sim	☐ Não
---	--------------------------	-----	------------------------------

Parte B: Componentes de fragilidade			
<i>B1: Componentes físicos</i>			
Sente-se fisicamente saudável?	☐	Sim	☐ Não
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:	☐	Sim	☐ Não
.....dificuldade em andar?	☐	Sim	☐ Não
.....dificuldade em manter o seu equilíbrio?	☐	Sim	☐ Não
.....dificuldade de audição?	☐	Sim	☐ Não
.....dificuldade de visão?	☐	Sim	☐ Não
.....falta de força nas suas mãos?	☐	Sim	☐ Não
.....cansaço físico?	☐	Sim	☐ Não

B2: Componentes psicológicos				
Tem problemas com a sua memória?	☐	Sim	☐	Não
Tem-se sentido em baixo durante o último mês?	☐	Sim	☐	Não
Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o último mês?	☐	Sim	☐	Não
É capaz de lidar bem com os problemas?	☐	Sim	☐	Não
B3: Componentes Sociais				
Vive sozinho?	☐	Sim	☐	Não
Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta?	☐	Sim	☐	Não
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 B1 (domínio físico): _____	Pontuação B2 (domínio psicológico): _____ Pontuação B3 (domínio social): _____

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & gerontology international*, 15(8), 951-960. Doi: 10.1111/ggi.12373.

**Anexo II- Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da
ARSLVT**

Exma. Senhora

[REDACTED]

[REDACTED]

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

1777/CES/2020

Assunto: [REDACTED] amiga das pessoas idosas.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia [REDACTED] e emitiu um parecer favorável ao desenvolvimento da primeira fase do estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização da primeira fase do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

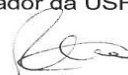

O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

**Anexo III- Autorização do estudo de investigação pelo
coordenador da USF**

DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DA [REDACTED]

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

O coordenador da USF [REDACTED]



Lisboa, [REDACTED] 2019

**Anexo IV- Autorização do estudo de investigação pela
diretora executiva do ACESLN**

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do estudo " [REDACTED] Amiga das Pessoas Idosas", na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] sob a responsabilidade da Sra. [REDACTED] na qualidade de Investigador Principal.


M. Manuela Pêra
Directora Executiva
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte
(Assinada)
Dra. [REDACTED]
Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

[REDACTED]
Data

**Anexo V- Declaração de presença do 40º Congresso
Português de Geriatria e Gerontologia**



40º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA

DIPLOMA

Certifica-se que

Herminia Daniela Teixeira da Cruz

Participou no

40º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia

realizado em Lisboa, nos dias 4, 5 e 6 de Dezembro de 2019.

O congresso tem o Patrocínio Científico da Ordem dos Médicos,

da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

e da Associação Portuguesa de Formação Médica Contínua.

Prof. Doutor Manuel Carrageta
Presidente do Congresso e da SPGG



SPGG Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

APÊNDICES

**Apêndice I- Intervenções de enfermagem para prevenir a
fragilidade na pessoa idosa nos cuidados de saúde
primários: Revisão *scoping***

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno que desperta interesse há vários séculos, tendo o conceito de envelhecimento sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época. Deve ser compreendido como um processo pessoal e de variabilidade individual, natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte (Sequeira, 2018). A abordagem à pessoa idosa exige cuidados específicos, pois de acordo com a heterogeneidade da população esta deve ser multidisciplinar e integral de forma a promover um envelhecimento saudável e ativo, promovendo a autonomia e independência da pessoa idosa (Moreira et al., 2018). E requerendo que o enfermeiro atue nas principais problemáticas de saúde da pessoa idosa e dentro delas a grande síndrome geriátrica que é a síndrome da fragilidade.

A fragilidade é definida como processo dinâmico que afeta a pessoa idosa que experiênciaperdas em um ou mais domínios do funcionamento humano dos quais físicos, psicológicos e sociais, causados por uma variedade de variáveis que aumentam o risco de resultados adversos (Gobbens, 2010a). O primeiro passo passa por identificar a fragilidade, porque é a partir daí que o enfermeiro pode prevenir, reverter ou mesmo controlar esta síndrome e trabalhar em Parceria com a pessoa idosa, cuidador familiar e equipa multidisciplinar permitindo melhores resultados de saúde para a pessoa idosa (Craig, 2019).

Estudos relataram que as pessoas idosas frágeis não recebem intervenções de saúde eficazes tendo em conta a complexidade desta síndrome (Craig, 2019). Perante esta problemática tornou-se crucial realizar uma revisão da literatura que permita mapear as intervenções de enfermagem, para prevenir a fragilidade da pessoa idosa. Perante este efeito definiu-se para esta investigação o seguinte objetivo: conhecer quais os estudos desenvolvidos sobre as intervenções de enfermagem para a pessoa idosa nos cuidados de saúde primários.

MÉTODO DE REVISÃO DE LITERATURA

Neste sentido, procedeu-se a uma revisão *scoping* da literatura, visando identificar e descrever o conhecimento científico mais atualizado acerca das intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa nos cuidados de saúde primários.

O estudo seguiu os passos preconizados pelo Joanna Briggs Institute: formulação da questão de pesquisa, especificação dos métodos de seleção da literatura, detalhe do procedimento de extração de dados, avaliação dos resultados de acordo com a sua pertinência e validade e análise, extraindo os dados e sintetizando as conclusões (JBI, 2015).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação foi formulada utilizando a mnemónica PCC, que significa População (P), Conceito (C) e Contexto (C). Assim, por forma a facilitar a pesquisa de artigos e ser clarificadora dos objetivos propostos formulou-se a seguinte pergunta de investigação: **Quais são as intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa, nos cuidados e saúde primários?**

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de Participantes:

- Foram considerados os artigos que recaiam nas pessoas com idade superior ou igual a 65 anos.

Tipos de conceito:

- Foram considerados os estudos que tratam o tema das intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade.

Tipos de contexto:

- Artigos que incidam na pessoa idosa na comunidade

Tipo de estudos:

- Foram considerados todos os estudos (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos.

Língua:

- Artigos em Inglês e Português.

Data de publicação:

- A data considerada foi o período de tempo de cinco anos entre 1 de janeiro de 2015 a 1 de janeiro de 2020.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no período de setembro e outubro de 2020, tendo-se adotado a estratégia de pesquisa das 3 etapas (The Joanna Briggs Institute, 2015), sendo que a primeira se iniciou com uma pesquisa inicial nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) que permitiu a identificação das palavras utilizadas nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação. Posteriormente, numa segunda etapa, realizou-se a pesquisa nas referidas bases Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE Complete, Regional Business News e SPORTDiscus with Full Text. Os termos de busca (**descritores MeSH**) utilizados na pesquisa bolena foram: (aged OR elderly) **AND** (nursing care OR primary care nursing) **AND** (frailty) **AND** (primary health care). A terceira e última etapa consistiu na pesquisa de listas de referências da literatura relevantes para encontrar estudos adicionais.

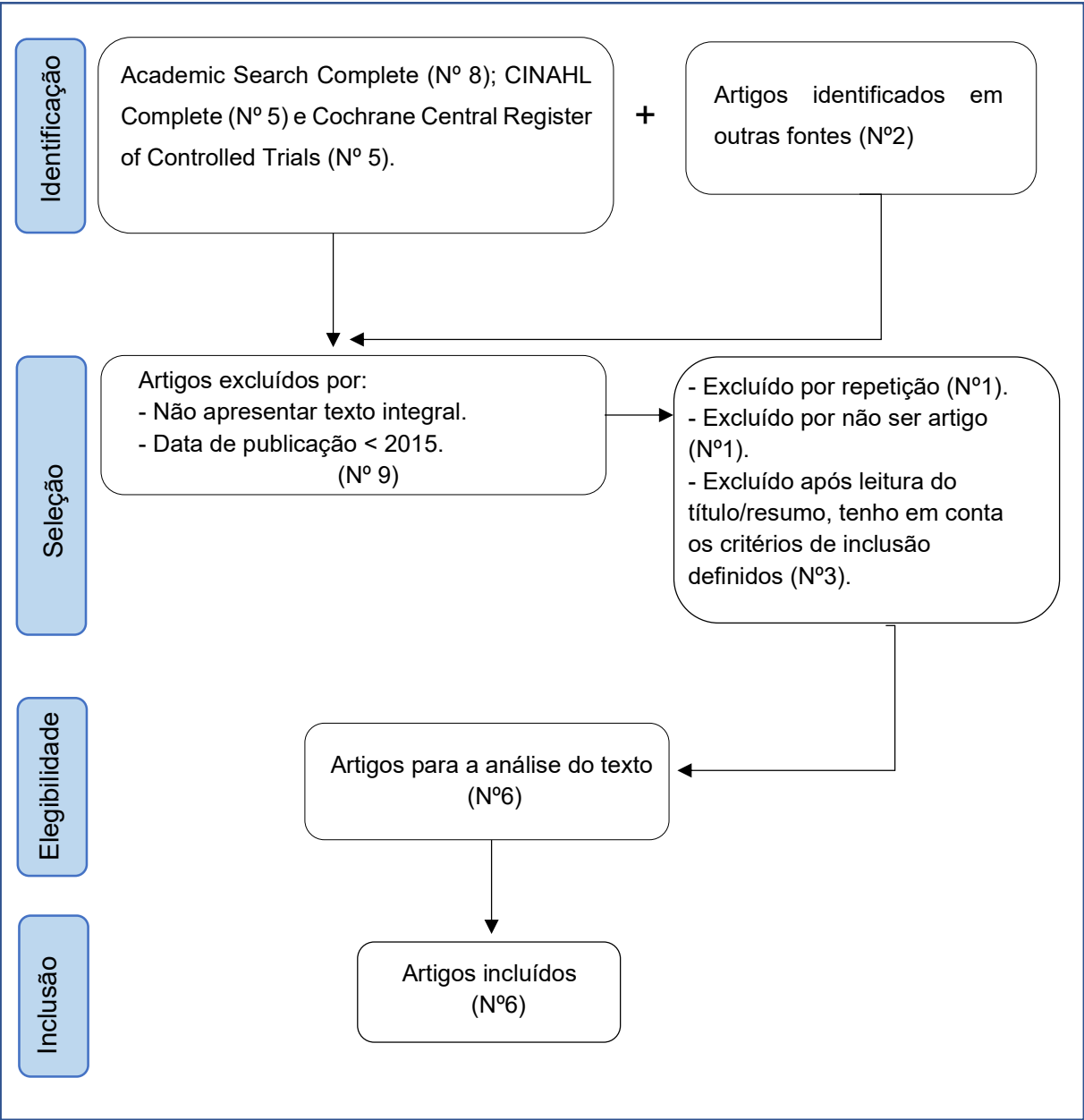
A seleção de estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram incluídos os artigos em que os participantes da investigação fossem pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (P), intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade (C), e em que fosse considerado o contexto da comunidade designadamente cuidados de saúde primários (C). Foram ainda considerados todo o tipo de estudos, redigidos nas línguas portuguesa e inglesa, publicados no período de 2015 a 2020.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base na estratégia acima descrita obteve-se acesso a 18 artigo, através da base de dados científicas Academic Search Complete (Nº8), CINAHL Complete (Nº5) e Cochrane Central Register of Controlled Trials (Nº5). Com a aplicação dos critérios de inclusão foram excluídos (Nº14). Por não apresentar texto completo e a data de publicação ser inferior a (<) 2015, foram excluídos (Nº9), por repetição, foram excluídos (Nº1), excluídos (Nº1), por não ser artigo e excluído (Nº3) após leitura do título/resumo, tenho em conta os critérios de inclusão definidos. Numa terceira fase foram pesquisados estudos adicionais nas referências dos estudos selecionados, tendo sido incluído (Nº2) estudos. No total foram analisados (Nº6) artigos tal como se

apresenta na figura 1, exibindo o processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Os seguintes quadros resumem os principais resultados de cada um dos artigos alvo da revisão *scoping*.

Artigo 1	
Título	Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly (COFRAIL): study protocol of a cluster randomised intervention trial in primary care
Autores	Mortsiefer, A., Wilm, S., Santos, S., Löscher, S., Wollny, A., Drewelow, E., Ritzke, M., Thürmann, P., Mann, N.K., Meyer, G., Abraham, J., Icks, A., Montalbo, J., Wiese, B., Altiner, A & on behalf of the COFRAIL study group.
Ano	2020
Estudo	Ensaio clínico controlado randomizado.
Objetivos	Fornecer evidências para uma intervenção educacional pragmática, cooperativa e centrada no cliente, usando conferências entre o enfermeiro, médico e cuidador familiar, para melhorar a segurança das pessoas idosas frágeis polimedicadas.
Nº de participantes	136 profissionais e 676 pacientes.
Contexto	Comunidade
Instrumentos de triagem da Fragilidade	Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale
Tipos de fragilidade	Física.
Intervenções para prevenir a fragilidade.	• Os cuidadores familiares desempenham um papel fundamental na gestão medicamentosa. • Redução da polifarmácia. • Conferências com o cuidador familiar, pessoa idosa, enfermeiro e médico. • Avaliar a mobilidade da pessoa idosa; o estado de consciência; transtornos depressivos e qualidade de vida. • Avaliar o desenvolvimento das AVD's; número de quedas e uso dos serviços de urgência.

Conclusões	Para divulgação científica, os resultados do estudo serão apresentados em conferências científicas nacionais e internacionais sobre pesquisa em saúde, prática geral e farmacologia clínica. Os dados sairão em revistas de acesso aberto.
Mortsiefer, A., Wilm, S., Santos, S., Löscher, S., Wollny, A., Drewelow, E., Ritzke, M., Thürmann, P., Mann, N. K., Meyer, G., Abraham, J., Icks, A., Montalbo, J., Wiese, B., Altiner, A., & COFRail study group (2020). Family conferences and shared prioritisation to improve patient safety in the frail elderly (COFRail): study protocol of a cluster randomised intervention trial in primary care. <i>Trials</i> , 21(1), 285. Doi: 10.1186/s13063-020-4182-x	
Artigo 2	
Título	Frailty and quality of life in elderly primary health care users
Autores	Lenardt, M. H., Carneiro, N. H. K., Binotto, M. A., Willig, M. H., Lourenço, T. M., & Albino, J.
Ano	2016
Estudo	Estudo quantitativo transversal.
Objetivos	Investigar a associação entre fragilidade física e qualidade de vida das pessoas idosas que frequentam cuidados de saúde primários na capital paranaense.
Nº de participantes	203 Pessoas idosas
Contexto	Comunidade
Instrumentos de triagem da Fragilidade	Fenótipo da fragilidade
Tipos de fragilidade	Fragilidade Física
Intervenções para prevenir a fragilidade.	Controlar o declínio físico; Suportes calóricos e proteicos adequados; Administração de vitamina D; Evitar a polimedicação. e programas para rastrear a fragilidade.
Tipos de fragilidade	Fragilidade física

Conclusões	A fragilidade está associada à qualidade de vida nas pessoas idosas, pois quanto maior o nível de fragilidade, menor é a qualidade de vida das pessoas idosas. Nas pessoas idosas frágeis as dimensões físicas da qualidade de vida foram as mais afetadas, enquanto as dimensões psicossociais foram aquelas com melhores avaliações.
Lenardt, M. H., Carneiro, N. H. K., Binotto, M. A., Willig, M. H., Lourenço, T. M., & Albino, J. (2016). Frailty and quality of life in elderly primary health care users. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 69(3), 478–483. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690309i.	
Artigo 3	
Título	Treatment Fidelity of an Evidence-Based Nurse-Led Intervention in a Proactive Primary Care Program for Older People
Autores	Bleijenberg, N., ten Dam, V. H., Drubbel, I., Numans, M. E., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J.
Ano	2016
Estudo	Estudo de métodos mistos.
Objetivos	Avaliar o tratamento, frequência e o conteúdo dos cuidados de enfermagem fornecidos dentro do programa de cuidados.
Nº de participantes	835 pessoas idosas.
Contexto	Comunidade
Instrumentos de triagem da Fragilidade	Questionário do Indicador de Fragilidade de Groningen.
Tipos de fragilidade	Fragilidade física, psicológica e social
Intervenções para prevenir a fragilidade.	• Estabelecer uma relação de confiança. • Prevenir quedas. • Avaliar o estado nutricional da PI. • Avaliar a depressão da PI. • Encaminhamento para cuidados de saúde especializados. • Avaliar função cognitiva.

	• Avaliar a audição e visão. • Rever a medicação e evitar a polimedicação. • Avaliar a solidão e depressão. • Exaustão do cuidador familiar. • Funcionalidade.
Conclusões	Foram observadas diferenças no conteúdo e na frequência de cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas. O tipo e a frequência do cuidado de enfermagem dependiam da preferência do cliente, do tipo de problema e do tipo de ação de enfermagem específica.
Bleijenberg, N., Ten Dam, V. H., Drubbel, I., Numans, M. E., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Treatment Fidelity of an Evidence-Based Nurse-Led Intervention in a Proactive Primary Care Program for Older People. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 13(1), 75–84. Doi.org/10.1111/wvn.12151.	
Artigo 4	
Título	Frailty in rural older adults: development of a care algorithm
Autores	Llano, P.M., Lange, C., Nunes, D.P., Pastore, C.A., Pinto, A.H., & Casagrande, L.P.
Ano	2017
Estudo	Estudo de abordagem quantitativa, descritiva, com delineamento de corte transversal.
Objetivos	Apresentar algoritmo de cuidados para a síndrome de fragilidade da pessoa idosa não frágil (promoção), pré frágil (prevenção) e frágil (reabilitação).
Nº de participantes	820 pessoas idosas
Contexto	Comunidade
Instrumentos de triagem da fragilidade	O instrumento de avaliação autorreferido.
Tipos de fragilidade	Fragilidade física.

Intervenções para prevenir a fragilidade.	• Envolver a pessoa idosa em programas educacionais e preventivos. • Avaliar problemas associados ao estado nutricional. • Avaliar o contexto em que idoso está inserido considerando suas condições físicas e socioeconômicas. • Programas de atividade física. • Ações de políticas públicas. • Avaliar e estimular as funções cognitivas. • Avaliar a autopercepção de saúde. • Avaliar o risco de queda. • Realiza uma avaliação multidimensional. • Avaliar iatrogenias da polimedicação. • Prevenir as doenças crônicas. • Atenção ao gênero feminino como sendo mais predisposto a esta síndrome.
Conclusões	Destaca-se a importância dos enfermeiros na identificação do perfil e estilo de vida das pessoas idosas e na realização de uma avaliação multidimensional, a fim de intervir nos problemas associados à fragilidade e atuarem na implementação de cuidados específicos para minimizar os efeitos e consequências desta síndrome e prevenir os danos decorrentes da mesma. O algoritmo é um guia para a tomada de decisão visando a promoção, prevenção e reabilitação da pessoa idosa.
Pereira de Llano, P. M., Lange, C., Pires Nunes, D., Pastore, C. A., Pinto, A. H., & Pilotto Casagrande, L. (2017). Frailty in rural older adults: development of a care algorithm. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 30(5), 520–530. Doi: 10.1590/1982-0194201700075.	
Artigo 5	
Título	Frailty Syndrome: Nursing Interventions
Autores	Uchmanowicz, I., Jankowska-Polan, B., Wleklik, M., Lisiak, M., & Gobbens, R.
Ano	2018
Estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivos	O objetivo deste artigo é identificar intervenções, que podem ser implementadas e realizadas pelos enfermeiros como parte de um plano multidisciplinar, incluindo os domínios físico, psicológico e social.
Nº de participantes	-

Contexto	Comunitário
Instrumentos de triagem da Fragilidade	• Cardiovascular Health Study (CHS) Phenotype Model • Canadian Study of Health and Aging Cumulative Deficit Model • Tilburg Frailty Indicator,
Tipos de fragilidade	Fragilidade Física psicológica e social.
Intervenções para prevenir a fragilidade.	• Avaliar o estado nutricional da pessoa idosa. • Evita a polimedicação. • Estratégias para que ocorra adesão à terapêutica. • Avaliar o risco de queda (prevenir e reabilitar). • Programa de exercício físico. • Avaliar o humor e função cognitiva da pessoa idosa.
Conclusões	A fragilidade é um problema complexo e de natureza multidimensional, portanto várias intervenções podem ser necessárias para prevenir ou controlar esta síndrome. O enfermeiro tem um papel importante na prevenção e controlo da fragilidade com a implementação de intervenções coordenadas, para cuidar da pessoa idosa tendo em conta o equilíbrio homeostático.
Uchmanowicz, I., Jankowska-Polan, B., Wleklík, M., Lisiak, M., & Gobbens, R. (2018). Frailty Syndrome: Nursing Interventions. <i>SAGE Open Nursing</i> , 4, 1-11 Doi: 10.1177/2377960818759449.	

Artigo 6	
Título	Developing a postal screening tool for frailty in primary care: a secondary data analysis
Autores	Kydd, L.
Ano	2016
Estudo	Análise de dados secundários
Objetivos	Compreender em que medida os problemas identificados pelos pacientes na ferramenta de triagem se assemelham com os problemas reais ou potenciais identificados pelos enfermeiros.
Nº de participantes	45
Contexto	Comunitário
Instrumentos de triagem da Fragilidade	Autorreferida
Tipos de fragilidade	Física, psicológica e social
Intervenções para prevenir a fragilidade.	• Avaliação do risco de quedas; rastreamento de depressão e avaliação da componente cognitiva. • Recomendação da utilização do instrumento de avaliação da fragilidade: PRISMA 7 e Indicador de Fragilidade de Groningen. • Aplicação de um instrumento de triagem de eleição para compreender as reais necessidades da pessoa idosa. • Avaliação multidimensional da pessoa idosa.
Conclusões	Existir evidência suficiente para apoiar a implementação de uma ferramenta de triagem na atenção primária
Kydd, L. (2016). Developing a postal screening tool for frailty in primary care: a secondary data analysis. <i>British Journal of Community Nursing</i> , 21(7), 335–341. Doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.7.335.	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da revisão *scoping*, permitiu evidenciar que nos últimos cinco anos a investigação quanto às intervenções de enfermagem para prevenir a síndrome da fragilidade ainda é escassa. Como fatores dificultadores destaca-se a falta de conhecimento que os profissionais têm em reconhecer a fragilidade como uma síndrome geriátrica, a existência de vários instrumentos de avaliação, diferentes conceitos de fragilidade e o facto da fragilidade ainda estar mais direccionada para o domínio físico da pessoa idosa.

Tendo em conta o envelhecimento populacional e as implicações que isso acarreta, é fundamental, que a pessoa idosa consiga lidar com essas mudanças sem que essas tenham um impacto negativo na qualidade de vida e que o enfermeiro se responsabilize do papel fundamental neste processo de transição.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa é fundamental porque permite identificar e qualificar a fragilidade da pessoa idosa, tendo em conta os domínios físicos, psicológicos e sociais. Permitindo que o enfermeiro capacite a pessoa idosa para o autocuidado, de forma a que se sinta capaz de enfrentar as situações adversas, que retarde a dependência e que viva com qualidade de vida.

Esta revisão *scoping* ilustra a necessidade de mais investigação dos próprios enfermeiros na síndrome da fragilidade, bem como, nas intervenções de enfermagem para prevenir esta síndrome nos cuidados de saúde primários.

Que esta revisão *scoping* seja impulsionadora para o desenvolvimento de mais estudos nesta área, permitindo que a pessoa idosa envelheça de uma forma saudável e com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Craig, L. (2019). The role of the registered nurse in supporting frailty in care homes. *British Journal of Nursing*, 28(13), 833–837. Doi: 10.12968/bjon.2019.28.13.833.
- Gobbens, R. (Coord.) (2010). *Frail elderly: Towards an integral approach*. Ridderprint. Netherlands.
- Moreira, L.T., Torre, R., Rollo, A.C., Silva, H., Duarte, V., Cruz, M.A. (2018). Prevalência do Síndrome de Fragilidade na região norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 34(6), 353-359. Doi: 10.32385/rpmgf.v35i6.12235.
- Serqueira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Apêndice II – Reflexão do estudo de caso desenvolvido no serviço de medicina

REFLEXÃO FINAL

Este estudo de caso permitiu reflexão enquanto enfermeira e futura mestre e especialista de MCVPI na necessidade de existir um modelo que permita traduzir o conhecimento teórico em prática clínica fundamentada e da importância de diagnosticar a fragilidade de forma precoce para intervir, diminuir os custos financeiros e obter resultados positivos quanto à regressão desta síndrome.

A necessidade de estabelecer uma relação de qualidade em Parceria com a Sr.^a F.P e filha O. permitiu-nos desenvolver um plano de cuidados singular, de forma a retardar ou impedir o declínio funcional na cliente frágil. Sabendo que as pessoas frágeis correm risco de eventos adversos, e mudanças no bem-estar físico e mental, após um evento negativo como por exemplo, **hospitalização**, infeção ou mesmo a introdução de um novo medicamento (BGS, 2014).

No momento em que estabelecemos compromissos/objetivos com a cliente e filha o caminho foi percorrido lado a lado sempre com o foco no desenvolvimento das capacidades potenciais em reais e na aceitação das limitações já adquiridas, tudo se tornou mais flexível e compreensível. A cliente e filha O. sentiram-se confiantes nas suas capacidades e agarraram-nas como impulsionadoras para enfrentar as dificuldades, sentindo-se mais seguras em arriscar e desenvolver novas conquistas. A Sr.^a F.P conseguiu desenvolver as suas capacidades, tendo alta independente nas ABVD's e com mais conhecimento e capacidades em lidar com a sua doença, ou seja, assumiu o controlo de SI.

O enfermeiro tem um papel primordial em identificar a fragilidade para depois atuar em concordância e o primeiro passo passa por identificar os fatores de risco. Ao prevenir ou mesmo reduzir a síndrome da fragilidade o enfermeiro está a evitar o agravamento do declínio funcional, cognitivo, aumento de custos para a saúde, mortalidade e aumento do tempo de internamento.

Em suma o estágio neste contexto hospitalar foi gratificante para o desenvolvimento de competências como enfermeira mestre e especialista na vertente da pessoa idosa hospitalizada, por nos ter permitido suportar a prática clínica em evidência científica, responsabilizar-nos por sermos facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho e por atuar como dinamizadores e gestores de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados e por dar a conhecer um modelo facilitador e inteiramente completo.

**Apêndice III- Ação de formação desenvolvida no serviço de
medicina**

Plano de ação de formação

Tema	A fragilidade da pessoa idosa – Avaliação multidimensional: cuidados em Parceria para o cuidado de SI
População alvo	Enfermeiros
Formador	Daniela Cruz
Orientadoras de estágio	Enf. ^a Ana Sanches e Enf. ^a Chefe Elisabete Pereira
Docente	Prof ^a Dr. ^a Idalina Gomes
Objetivo geral	Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de medicina para a importância da participação no projeto “Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em Parceria para o cuidado de SI”.
Objetivos específicos	• Identificar a fragilidade como uma síndrome geriátrica. • Identificar uma pessoa idosa frágil. • Fazer recurso frequente do manual implementado no serviço “Manual de intervenções de enfermagem em Parceria promotoras da funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada” para intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de SI.
Resultados esperados	No final é esperado que os formandos sejam capazes de: • Identificar a fragilidade como uma síndrome geriátrica. • Identificar uma pessoa idosa frágil. • Sejam capazes de usar o manual implementado no serviço “Manual de intervenções de enfermagem em Parceria promotoras da funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada”
Pré-requisitos	Enfermeiros do Serviço de medicina
Duração	60 Minutos
Data	22 de outubro de 2019
Local	Sala de formação do serviço de medicina

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamento s/ meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador e do tema		Computador Portátil	Inicial Diagnostico	10
	Enquadramento da sessão	Expositivo			
	Comunicação dos objetivos gerais, específicos e dos resultados esperados.				
	Verificação dos pré-adquiridos.				
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: • Contextualização da ação de Formação (no contexto do projeto de estágio) • Envelhecimento ativo • A fragilidade • Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa. • Estudo caso. • Modelo de Parceria. • Avaliação multidimensional da pessoa idosa.	Expositivo e Interrogativo	Computador Portátil	Formativa	40
Conclusão	Síntese	Expositivo	Computador Portátil	Sumativa	10
	Conclusão				

A fragilidade na pessoa idosa – Avaliação multidimensional: Cuidados em parceria para o cuidado de SI

Aluna: Daniela Cruz

Orientadoras de estágio : Enfª Ana Sanches

Enfª Chefe Elisabete Pereira

Docente: Profª Dr.ª Idalina Gomes

22 de outubro de 2019

ENVELHECIMENTO

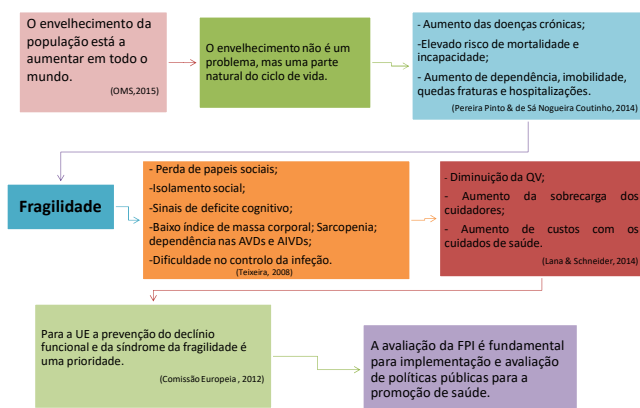


Entre 2015 e 2080, estima-se que em Portugal:

- O número de idosos passará de 2,1 milhões para 2,8 milhões;
- A população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas;
- O índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens;
- O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões;
- Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031.

(INE, 2017)

2



3

Envelhecimento ativo

“(…)é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.”



“(…)aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.”

(OMS, 2005, p.13)

4

Fragilidade

A fragilidade nos idosos é considerado um processo fisiológico progressivo, marcado por declínios na função e reservas fisiológicas, bem como, maior vulnerabilidade à morbidade e mortalidade

(Walston & Fried, 2003).

A fragilidade também é identificada em idosos pela evidências de quedas, incapacidade, suscetibilidade a doenças agudas e baixa capacidade de recuperação a eventos stressantes

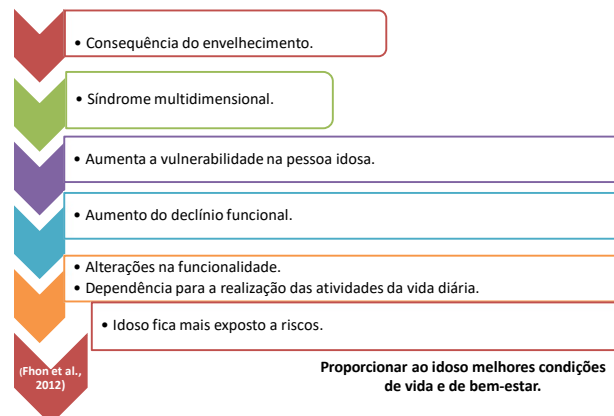
(Walston & Fried, 2003)

“A síndrome de fragilidade é multidimensional e envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual...”

(Teixeira, 2006, p.19)



Fragilidade



(Fhon et al., 2012)

6

Estudo de caso

DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA E FAMILIAR CUIDADOR

- Cumprimentei a pessoa ;
- Apresentei-me (nome, desempenho profissional) ;
- Expliquei o intuito da conversação
- Obtive o consentimento.
- Promovi a afetividade (demonstrar simpatia/empatia).
- Promovi um ambiente relacional propício à interação;
- Promover a escuta ativa .

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA

- Sra. F Portuguesa de 78 anos, sexo feminino, católica, viúva há 13 anos e mãe de 2 filhas e 3 netos; a residir sozinha;
- Reformada de profissão era assistente operacional; concluiu o 4 ano de escolaridade.

Estudo de caso

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA

- As filhas e os netos são quem a apoia durante o internamento;
- Referiu vontade de ser institucionalizada se perder as suas capacidades físicas e mentais;
- O maior desafio que enfrentou em internamentos anteriores foi recuperar a funcionalidade, esta limitada pelo cansaço;
- O seu projeto de vida e saúde foca-se em manter a sua autonomia e independência para realizar as atividades que a satisfaz (ginásio, excursions, ir ao cemitério visitar o marido e assistir ao crescimento dos netos).

CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA

- Recorre ao SU por: Derrame pleural e febre – 3º internamento num período de 3 meses;
- Antecedentes pessoais: DM II; DAOS sob CPAP no período noturno; Patologia depressiva e cardíaca;

Estudo de caso

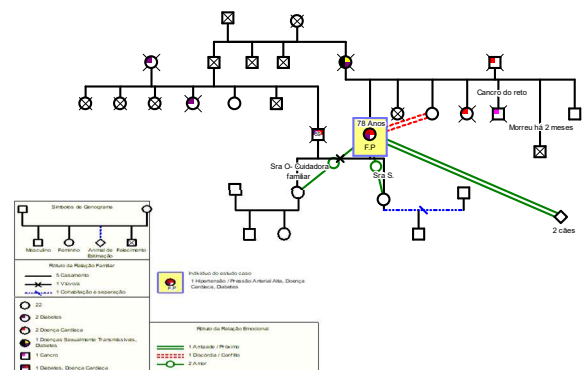
CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA

- Medicação no internamento: por Alprazolam, Amlodipina; Valsartan; Bisoprolol; Pantoprazol; Levotiroxina;
- Ácido acetilsalicílico; Insulina gárgina; Paracetamol e Nolotil em SOS;
- Filha O. é a pessoa de referência e seria quem tomaria decisões de saúde caso perdesse a sua autonomia;
- Com conhecimento do seu diagnóstico e aceita.

CONHECER O PERCURSO DO FAMILIAR CUIDADOR NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA IDOSA

- Filha O. com conhecimento do diagnóstico e da situação clínica;
- Preocupação com a situação clínica da mãe - Pai faleceu no mesmo hospital na sua presença;

Genograma



CONHECER A SINGULARIDADE NA PESSOA IDOSA

Avaliação multidimensional

	< igual 25	64 (dependente leve)	
Escala Modificada de Barthel	100		100 (totalmente independente)
	0	30 baixo risco de queda	30
	125		
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta	0	6 (depressão ligeira)	
	15		
Escala de Lawton & Brody	0-1		
	8	7 (dependência ligeira)	
Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein		18	
Medida de Independência Funcional	126	108	126
	18		
Escala de Braden	6	23	23
	23		
Tilburg frailty indicator	<6	9 (Frágil)	11
	>=6		

CONHECER A SINGULARIDADE NA PESSOA IDOSA

- Qual o potencial de desenvolvimento da pessoa;
- Explicado as expectativas dentro dos limites previsíveis;
- Avaliado o conhecimento e gestão do Plano Terapêutico;
- Interesse em conhecer o que a Pessoa Idosa sabe sobre a fragilidade;
- A enfermeira procura saber quais as expectativas do internamento

TILBURG FRAILTY INDICATOR (TFI)
Gobbens, van Assen, Luijck, Wilpen-Sprockelus, & Schaaij, 2010
Versão Portuguesa: Coelho, Santos, Paal, Gobbens, & Fernandes, 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 ☐ 251€ a 750€ ☐ 751€ a 1500€ ☐ 1501€ ou mais
☐ 251€ a 500€ ☐ 501€ a 1000€ ☐ 1001€ a 2000€
7. Globalmente, em que medida diria que o seu nível 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?
☒ sim ☐ não
☐ uma doença grave em si próprio ☐ não
☐ uma doença grave numa pessoa próxima ☐ 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 frequentemente cansado?
☐ sim ☐ não
12. Perdeu muito peso recentemente sem desparar tudo? (Imulor) < 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 nos seus 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. Recibe suficiente apoio de outras pessoas? ☐ sim ☐ não

Pontuação da Parte B: Componentes de fragilidade (variável 8 - 35)
Questão 11: sim = 0, não = 1
Questão 12: sim = 0, não = 1
Questão 13: sim = 0, não = 1
Questão 14: sim = 0, não = 1
Questão 15: sim = 0, não = 1
Questão 16: sim = 0, não = 1
Questão 17: sim = 0, não = 1
Questão 18: sim = 0, não = 1
Questão 19: sim = 0, não = 1
Questão 20: sim = 0, não = 1
Questão 21: sim = 0, não = 1
Questão 22: sim = 0, não = 1
Questão 23: sim = 0, não = 1
Questão 24: sim = 0, não = 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

Revelar-se

Envolver-se

Possibilitar/Capacitar

Comprometer-se

Assumir o controlo de si/outro

- Identificar as áreas de intervenção (intervir no cansaço);
- Transformar capacidades potenciais em reais;
- Incluir a Sra. F na ação dos cuidados (interage);
- Partilha de poder e de tomada de decisão;
- Negociados objetivos concretizáveis com o propósito de permanecer ativa e

continuar a desenvolver o seu projeto de vida e saúde:

- Capacitar a realizar de forma independente os cuidados de higiene no wc ;
- Diminuir o cansaço;
- Fornecido espirómetro, instruída para o uso e explicado benefícios;
- Treinada para realizar exercícios de adução e abdução dos membros superiores.

14

Revelar-se

Envolver-se

Possibilitar/Capacitar

Comprometer-se

Assumir o controlo de si/outro

- A Sra. F. compromete-se a utilizar o espirómetro com uma frequência 3 vezes dias com 5 ciclos;
- Realizar os exercícios de abdução e adução dos membros superiores sempre que possível;
- Validado com a Sra. F. os conhecimentos dos exercícios respiratórios;
- Senhora motivada e satisfeita em se sentir mais capacitada e menos cansada;
- Comprometimento da Sra. F em se inscrever nas excursões, voltar ao ginásio e visitar o seu marido ao cemitério;
- Comprometi-me estar disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida, sendo o seu suporte.

15

Revelar-se

Envolver-se

Possibilitar/Capacitar

Comprometer-se

Assumir o controlo de si/outro

- Pessoa capaz de realizar os exercícios respiratórios;
- Pessoa independente nos cuidados de higiene;
- Consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde;
- Autonomia tendo por base informação para decidir e gerir a sua situação.

16

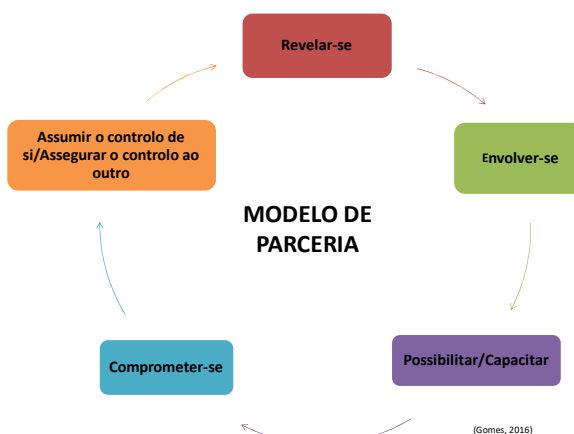
Conhecer:

- A pessoa idosa;
- Contexto sociofamiliar;
- História de doença;
- Estilos de vida
- Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Relação de Qualidade

(Gomes, 2016)

17

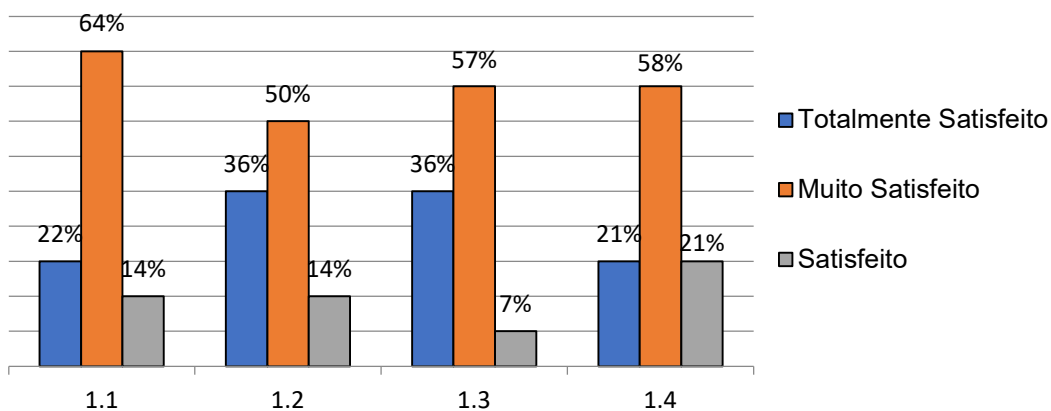


Referências bibliográficas

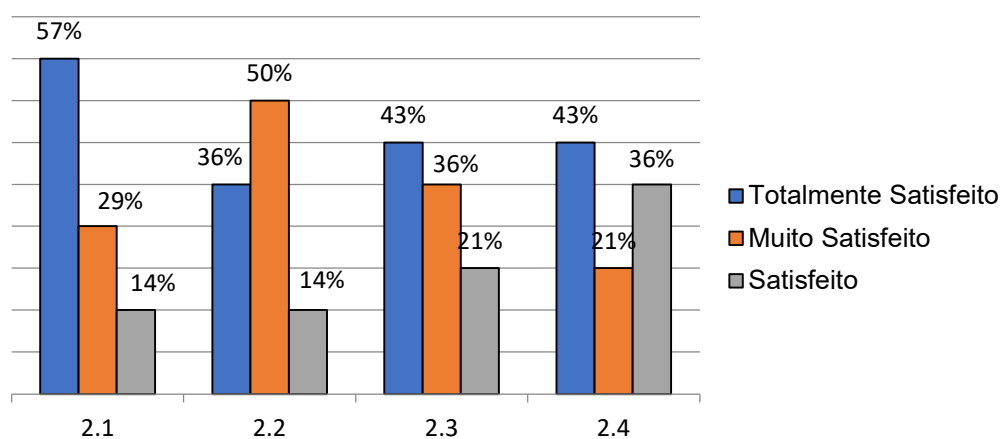
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa* (pp.100-108). Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Teixeira I.N.A. (2006). *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional* (Dissertação de mestrado). Acedido em 10 de abril de 2019. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/252491/1/Teixeira_IlkaNiceiaD%27AquinoOliveira_M.pdf.
- Fhon, J. R. S., Diniz, M. A., Leonardo, K. C., Kusumota, L., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 00(0), 3–8. Acedido em 19 de julho de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/2012nahead/aop1812>.
- Jeremy D. Walston & Linda P. Fried (2003) Frailty and Its Implications for Care. In R. Sean Marrison & Diane E.Meier , (Coord.)*Geriatric Palliative Care* (pp. 93-109). Oxford University Press.
- INE. (2017). Projeções da população residente 2015-2080. *Destaque, 1-19*. Acedido em: 12 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Avaliação dos enfermeiros à ação de formação

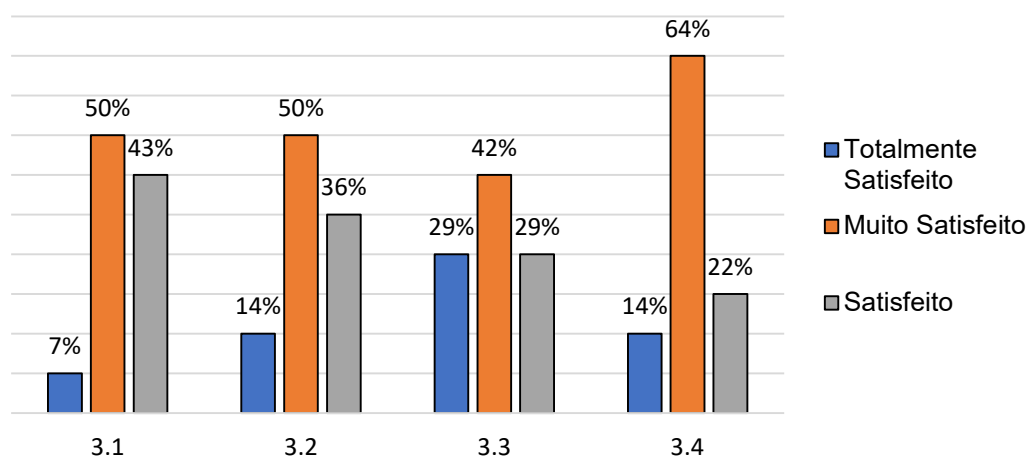
Conteúdos programáticos



Formador



Organização



Aspetos positivos:
• Utilidade do modelo de Parceria na avaliação da fragilidade da pessoa idosa. • Domínio do tema. • Apresentação com clareza • Tema pertinente, que permitiu adquirir conhecimento para melhorar a prática clínica. • Apresentação do estudo de caso tendo por base o modelo
Aspetos a melhorar:
• Tempo reduzido para o elevado volume de conteúdo
Sugestões:
• Expandir à equipa multidisciplinar. • Continuar a receber formação nesta área. • Abordar outras síndromes geriátricas.

Apêndice IV- 1ª Ação de formação desenvolvida na USF Y

1ª Ação de formação dirigida à equipa multidisciplinar da USF Y

Plano da ação de formação

Tema	Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em Parceria para o cuidado de SI.
População alvo	Enfermeiros e médicos.
Formador	Daniela Cruz
Orientadoras de estágio	Enf. ^a Isabel Almeida
Docente	Prof ^a Dr. ^a Idalina Gomes
Objetivo geral	• Sensibilizar a equipa de Enfermagem da USF para a importância da participação no Projeto “Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em Parceria para o cuidado de SI” • Consolidar conceitos de fragilidade da pessoa idosa e intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa.
Objetivos específicos	• Identificar a fragilidade como uma síndrome geriátrica; • Identificar uma pessoa idosa frágil.
Resultados esperados	No final é esperado que os formandos sejam capazes de: • Identificar a fragilidade como uma síndrome geriátrica. • Identificar uma pessoa idosa frágil. • Conhecer a caracterização da amostra em 2018 quanto à fragilidade física, psicológica e social.
Pré-requisitos	Enfermeiros da USF Y
Duração	60 Minutos
Data	13 de novembro de 2019
Local	Sala de formação da USF Y

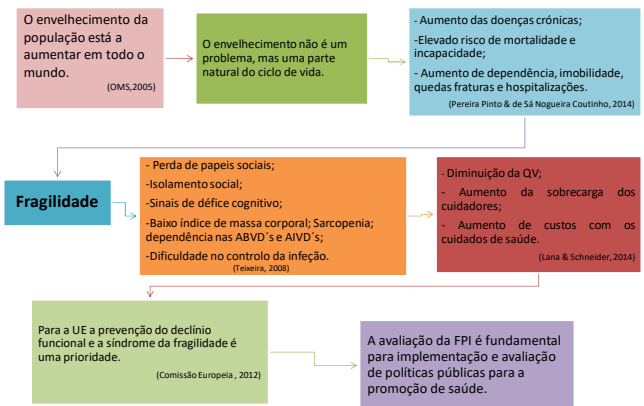
Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador e do tema		Computador Portátil	Inicial Diagnóstico	10
	Enquadramento da Sessão	Expositivo			
	Comunicação dos objetivos gerais, específicos e dos resultados esperados.				
	Verificação dos pré-adquiridos.				
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: - Contextualização da ação de Formação (no contexto do projeto de estágio) - A fragilidade - Caracterização da amostra em 2018. - Modelo de Parceria de Gomes. - Desenho de um plano de intervenções que terá como finalidade prevenir a fragilidade nas pessoas idosas.	Expositivo e Interrogativo	Computador Portátil	Formativa	40
Conclusão	Síntese	Expositivo	Computador Portátil	Sumativa	10
	Conclusão				



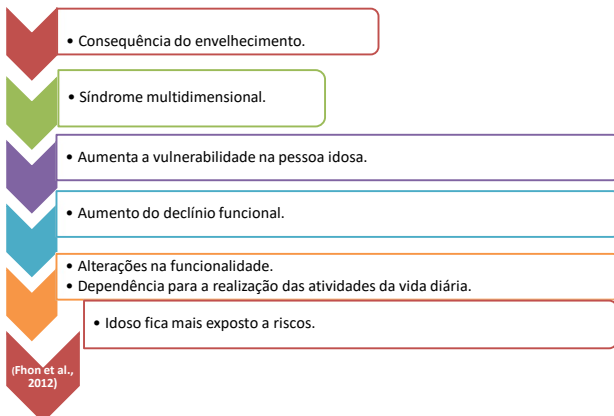
Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em Parceria para o cuidados de SI

Docente: Profª Dr.ª Idalina Gomes
Orientadora de estágio : Enfª Isabel Almeida
Aluna: Daniela Cruz

13 de Novembro de 2019



Fragilidade



Caraterização da amostra em 2018

- Dos entrevistados –52% eram frágeis
- 56,0% ♀
- 44,0% ♂
- 43,2% - 65-74 anos;
- 52,5% - são casados ou vivem com parceiros;
- 50% - 4º ano de escolaridade;
- 21,2% - 1001-1500 € de rendimento mensal;
- 35,4% - considera-se nem muito nem pouco saudável;
- 84,8% - têm 2 ou mais doenças crónicas.

Caraterização da amostra 2018

Score da Fragilidade Física	(Score 0-8)
Média	5,1
Score Fragilidade Psicológica	(Score 0-4)
Média	2,3
Score Fragilidade Social	(Score 0-3)
Média	1,2

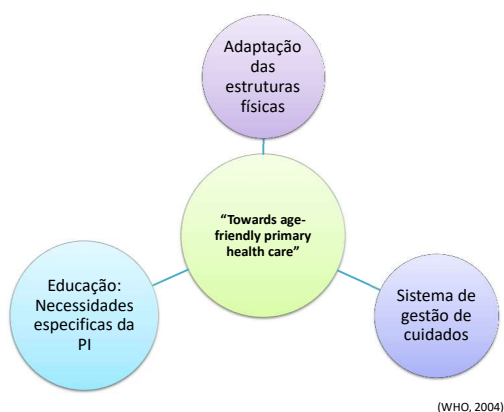
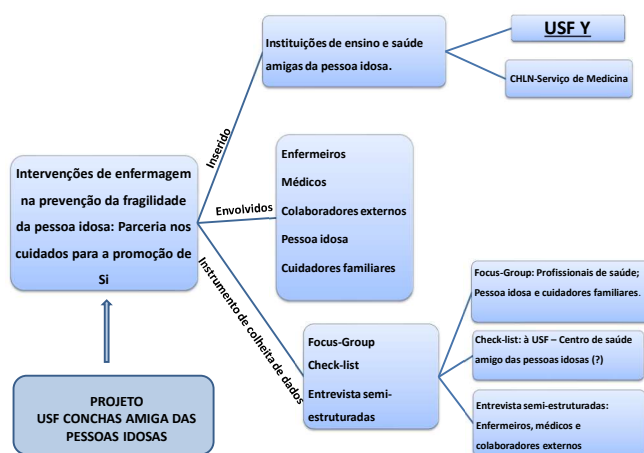
(Gomes & Verde, 2018)

Fragilidade Física	f _i	fr _i (%)
Saúde física		
Sim	19	19,2%
Não	80	80,8%
Perda de peso		
Sim	12	12,1%
Não	87	87,9%
Dificuldade na marcha		
Sim	79	79,8%
Não	20	20,2%
Falta de equilíbrio		
Sim	74	74,7%
Não	25	25,3%
Dificuldade de Audição		
Sim	56	56,6%
Não	43	43,4%
Dificuldade de visão		
Sim	68	68,7%
Não	31	31,3%
Falta de força nas mãos		
Sim	50	50,5%
Não	49	49,5%
Cansaço físico		
Sim	88	88,9%
Não	11	11,1%

(Gomes e Verde, 2018)

Fragilidade psicológica	f_i	fr_i (%)
Problemas de memória		
Sim	40	40,4%
Não ou Por vezes	59	59,6%
Sentido em baixo < 1m		
Sim ou Por vezes	82	82,8%
Não	17	17,2%
Nervoso/ansioso <1m		
Sim ou Por vezes	79	79,8%
Não	20	20,2%
Lidar com os problemas		
Sim	71	71,7%
Não	28	28,3%
Fragilidade Social	f_i	fr_i (%)
Vive sozinho		
Sim	30	30,3%
Não	69	69,7%
Falta pessoas à sua volta		
Sim ou Por vezes	57	57,6%
Não	42	42,4%
Apoio suf. Outras pessoas		
Sim	64	65,3%
Não	34	34,7%

(Gomes e Verde, 2018)



(WHO, 2004)

O projeto contribuirá para dar respostas a estas situações, permitindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados .



Desenho de um plano de intervenções que terá como finalidade prevenir e controlar a fragilidade nas pessoas idosas.

Critérios de inclusão

- Pessoas com 65 anos ou mais;
- Frequentadoras da USF das Conchas;
- Possuam capacidade de comunicação oral e cognitiva;
- Aceitem participar no estudo após consentimento informado;
- Cuidadores familiares com 18 anos ou mais anos.

Objetivo geral

Prevenir e controlar a fragilidade nas pessoas idosas frágeis que frequentam a USF.

Objetivo específico

Implementar do plano de intervenção para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa, tendo em conta a caracterização da população realizada em 2018-2019.

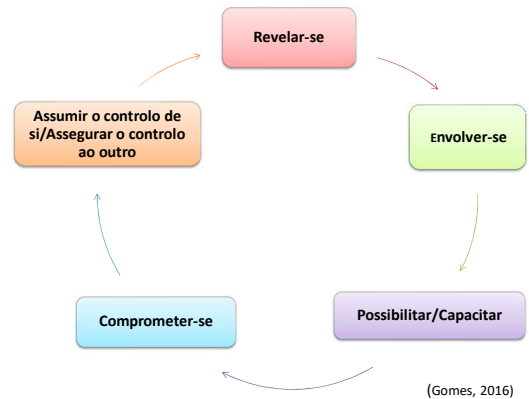
Focus-Group

- Permite obter dados qualitativos;
- Entender como as pessoas em estudo falam da problemática;
- Áudio gravadas;
- Amostra escolhida de forma aleatória dentro dos critérios de inclusão;
- As pessoas envolvidas serão contactadas 2ª e 1ª semanas e 1 dia antes;
- Duração não exceder as 3h.



Perceber a percepção dos participantes acerca dos cuidados prestados pela USF às pessoas idosas e o modo como podem ser melhorados.

Modelo de parceria



Conhecer:

- A pessoa idosa;
- Contexto sociofamiliar;
- História de doença;
- Estilos de vida
- Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Relação de Qualidade

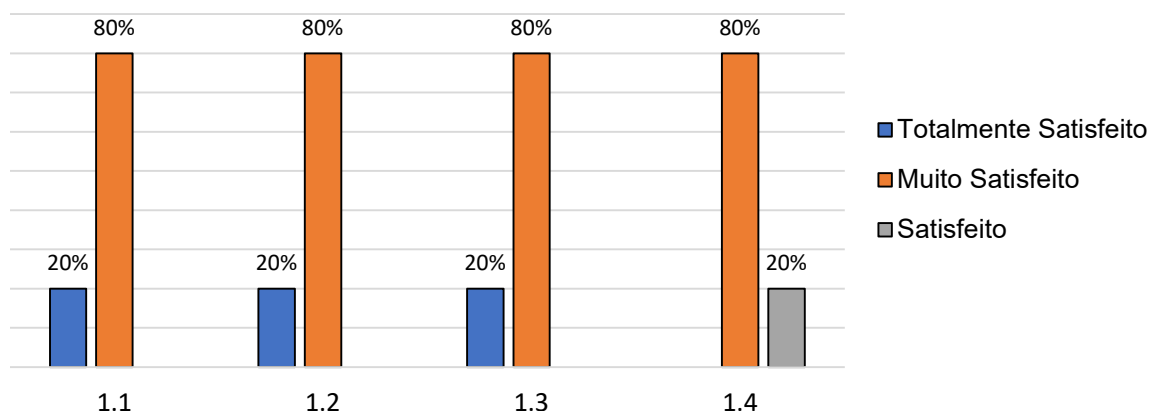
(Gomes, 2016)

Referências bibliográficas

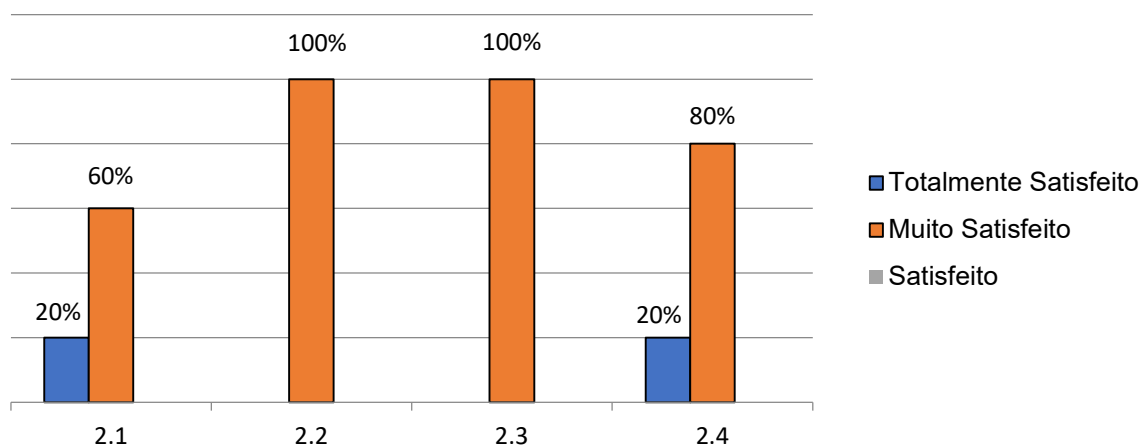
- Fhon, J. R. S., Diniz, M. A., Leonardo, K. C., Kusumota, L., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 00(0), 3–8. Acedido em 19 de julho de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/2012nahead/aop1812>.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa* (pp.100-108). Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Lana, L. D., & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira Geriatria Gerontol*, 17 (3), 673–680. Acedido em: 11 de março de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00673.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). Envelhecimento activo: uma política de saúde. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*.
- Pereira Pinto, M. J. do C., & de Sá Nogueira Coutinho, S. C. (2014). Síndrome de fragilidade. *Revista INFAD de psicologia*, 1 (2), 171–176. Acedido em 31 de março de 2019. Disponível em: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/4215/02149877_2014_2_1_171.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Teixeira, I. N. D. O. (2008). Percepções Dos Profissionais De Saúde Sobre Os Critérios. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 12(2), 127-132. Doi: 10.1590/S1413-81232008000400014
- World Health Organization. (2004). *Towards Age-friendly Primary Health Care*. Geneve: WHO.

Avaliação da 1ª ação de formação

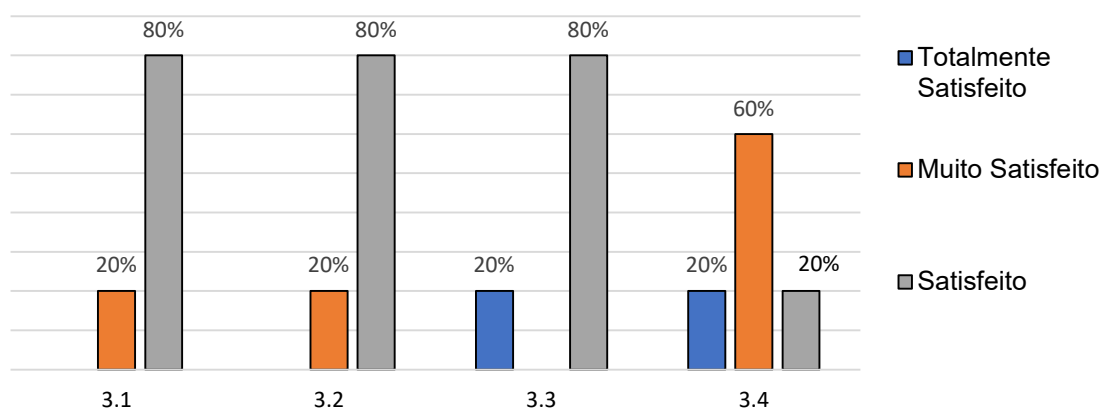
Conteúdos programáticos



Formador



Organização



Aspetos positivos:

- Utilidade do modelo de Parceria na avaliação da fragilidade da pessoa idosa.
- Continuidade do projeto já existente.
- Pertinência do tema

Aspetos a melhorar:**Sugestões:**

Apêndice V- Estudo de caso desenvolvido na USF Y

ESTUDO DE CASO

O modelo de Parceria na intervenção em enfermagem numa pessoa idosa frágil na comunidade.

O modelo de Parceria segundo Gomes (2016) cinge-se na partilha de poder entre o enfermeiro e a pessoa idosa e/ou cuidador familiar permitindo o cuidado de SI e o cuidado do Outro.

A construção do processo de Parceria caracteriza-se por 5 fases: **Revelar-se, Envolver-se, Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de SI ou Assegurar o cuidado do Outro.**

1ª Fase- Revelar-se

Nesta **1ª fase**, o profissional tenta conhecer a pessoa envolvida, conhecer o contexto sociofamiliar, a história da doença e o estilo de vida. Este contacto inicial permite que a pessoa idosa forneça a informação e que tenha vontade em partilha-la. Por vezes a resposta obtida da pessoa idosa é uma contradição silenciosa, pois tem medo de participar e deixar-se envolver em todo o processo. Algumas pessoas idosas sentem que a sociedade os desvaloriza e que a sua opinião não é válida. Quando isto acontece cabe ao enfermeiro desmistificar e demonstrar disponibilidade, estimulando que a pessoa idosa participe e mostre interesse por aquilo que a mesma relatou. A pessoa idosa deve de ser envolvida no seu processo de cuidados e sentir-se gestora da sua vida.

Dar-se a conhecer à pessoa idosa e/ou cuidador familiar

Identificação pessoal da pessoa idosa.

O Sr. ° V.V do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa, com 90 ano de idade, viúvo e reformado³.

É católico, não praticante, mas tem muita fé em Deus, onde referia enumeras vezes “Só quero que Deus me ajude nesta fase da velhice.”

³ Foram omitidos os restantes dados biográficos por uma questão de privacidade.

Contexto de vida: conhecer a singularidade da pessoa idosa

Situação sociofamiliar

O senhor V.V era bastante comunicativo, abordava assuntos de conteúdo histórico e mencionava que sentia medo com o futuro do país. Residia sozinho e tinha uma cuidadora familiar, a Sra. C.C 4 horas por dia.

O senhor V.V fisicamente era de estatura média/alta (1,78 metros), pesava 78 quilos, tinha palidez cutânea, vestia-se com camisolas muito quentes (mesmo em época do ano quente) e à volta da cintura tinha enrolada uma pequena manta. Esta manta permitia facilitar o transporte do saco coletor de urina. Encontrava-se algaliado por retenção urinária, já com várias tentativas de desalgaliação mas sem sucesso, já recusava ficar sem a algália por memórias das dores sentidas pela retenção urinária e pela hospitalização.

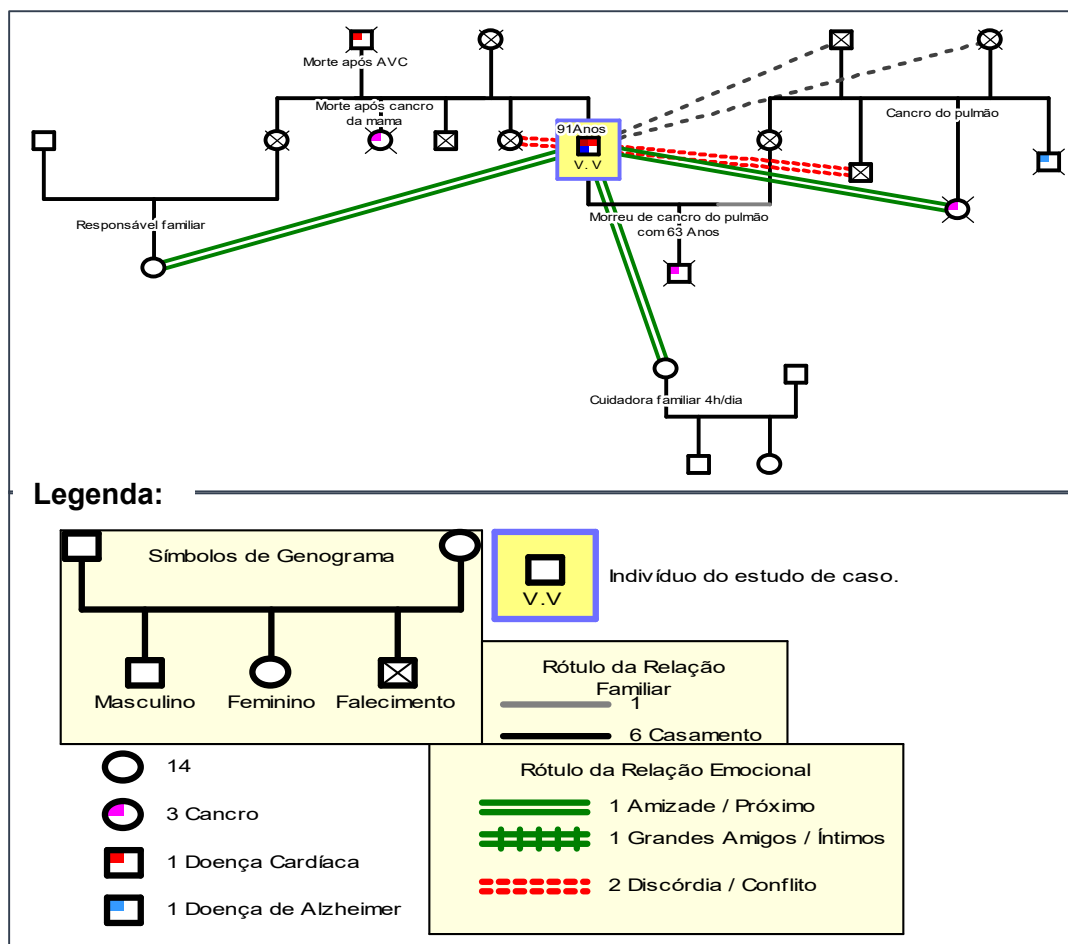
Os tempos livres eram ocupados sentados num cadeirão sofisticado com o comando na mão a ver televisão, na espera incessante da cuidadora familiar. Outrora pintava quadros paisagísticos, viajava, sempre de carro, pois adorava conduzir e tinha medo de viajar de avião, “Conheci muitos países, sou uma pessoa muito rica pelas viagens que realizei” e tinha uma quinta que visitava semanalmente onde cultivava alimentos para consumo próprio, mas com o avançar da idade sentia limitações para deslocar-se. Mais tarde acabou por vender a quinta, “O meu filho e esposa dependiam muito de mim tive que a vender para os ajudar”.

Na sua casa era visível várias estantes que suportavam a anciã de beber conhecimento em livros, muitas fotografias expostas e quadros pintados pelo próprio, fixados nas paredes. Os quadros retratavam paisagens, paisagens essas das memórias que tinha das viagens que fazia para o Norte do país.

A nível familiar tem uma única sobrinha que o visita e o contacta via telefone várias vezes “Ela também tem a vida dela”, o Sr. V.V referiu ser ela a sua herdeira, visto que o seu filho tinha falecido. Relatos de vida feliz eram dissertados até à morte do filho, após esse acontecimento nada foi como era “Já nada faz sentido”. Acompanhou permanentemente o processo de doença do filho, acompanhando-o sempre nas consultas e tratamentos, no entanto o desfecho não foi positivo “Ele matou-se, fiz tudo por ele”. Tinha uma relação distante com os sogros e uma relação conflituosa com um cunhado “Ele gostava muito de conflitos, já a irmã era uma joia de

peessoa”, daí manter uma relação de proximidade com a única cunhada. O genograma familiar do Sr. V.V permite esclarecer a estrutura familiar, bem como o relacionamento entre os mesmos.

Figura 1. Genograma familiar do Sr. V.V.



Condições habitacionais

O Sr. V.V vivia sozinho num apartamento no rés-do-chão, num edifício antigo. As áreas da casa eram pequenas, no total tinha cinco divisões compostas por: dois quartos; uma casa de banho; uma cozinha e uma sala. Era na sala onde passava grande parte dos seus dias. Esta divisão da casa era iluminada pela frincha da única janela existente naquela divisão, e pelo reflexo das imagens da televisão. O barulho que se ouvia na casa era dessa mesma televisão, das pessoas que frequentavam um café ao lado do apartamento e dos carros que se movimentavam na estrada. A casa era escura, com muitos móveis, muitas estantes que suportavam os livros, “Comprei estes livros a pensar que quando me reformasse iria ter tempo de os ler, mas não consigo, a minha vista não permite”. A casa de banho era pequena e no duche tinha improvisado uma cadeira para se sentar aquando dos cuidados de higiene, onde não

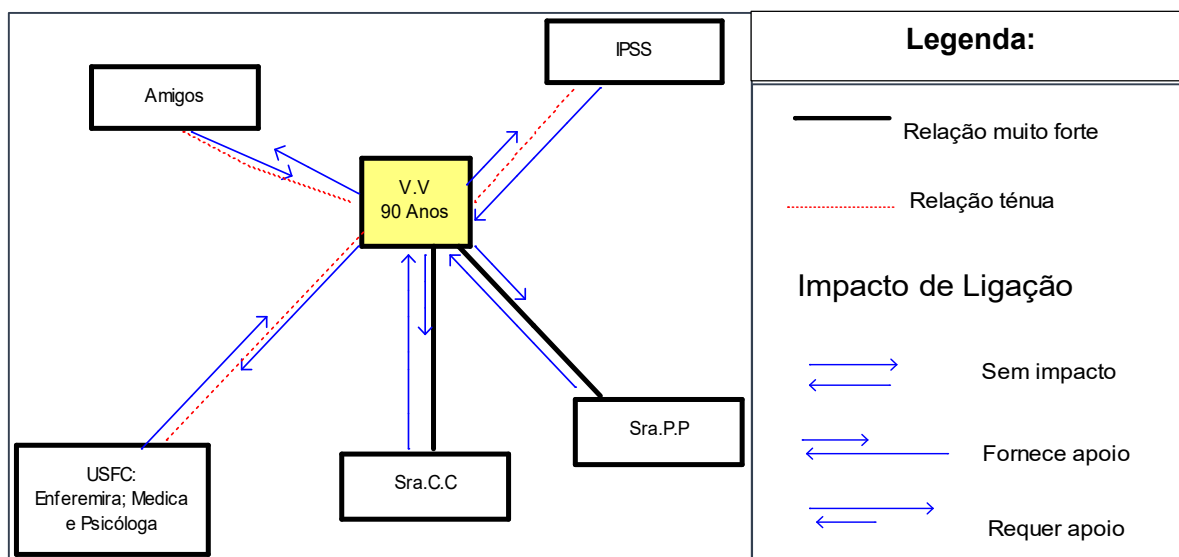
existia barras de apoio. A cozinha estava equipada com um fogão, um micro-ondas e uma máquina de lavar roupa. O Sr. V.V recebia apoio na alimentação de uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Tinha luz e água canalizada, internet e televisão com vários canais. Gostava de tecnologia e redes sociais. Na rede social *Facebook* expressava a sua opinião, sempre direccionadas para o futuro do país.

Rede de apoio

O senhor V.V estava grande parte do dia sozinho e isolado, após a morte do filho a rede de apoio que sentia era da sobrinha e da cuidadora familiar, referindo que gostaria de a contratar mais horas, mas que a nível financeiro não conseguia suportar os custos. O senhor V.V não saía de casa há muito tempo, os tempos livres eram passados sentado a ver televisão, fazer compras pela internet e ir às redes sociais. Referia que as noites eram longas e que se sentia muito tempo sozinho.

Recorre à USF Y para serviços médicos, de enfermagem e de psicologia. A figura 1 que se segue representa o ecomapa do Sr. V.V.

Figura 1. Ecomapa do Sr. V. V.



2ª fase- Envolver-se

Na **2ª fase envolver-se**, o enfermeiro identifica as preocupações da pessoa idosa e o seu significado de doença. Deste modo, permite-lhe ir ao encontro da singularidade da pessoa idosa através do desenvolvimento de uma relação de

confiança mútua. Para estabelecer uma relação de qualidade, o enfermeiro que possuiu a capacidade de respeitar a identidade e espaço de intimidade da pessoa, permite um ambiente seguro e acima de tudo, que o próprio enfermeiro se conheça. Para que isto ocorra, o profissional tem que difundir a efetividade, mostrar disponibilidade, explicitar os termos de relação, mostrar disponibilidade, focar-se nas necessidades da pessoa e demonstrar competências técnicas e relacionais (Gomes, 2016).

Após este conhecimento, o enfermeiro trabalha em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, envolvendo-o no processo de cuidados com a finalidade de encontrar a realização do projeto de vida e saúde da pessoa.

O senhor V.V sempre demonstrou receptivo à nossa presença, mas sempre de forma cautelosa. Abriu as portas da sua casa sem receios, mas com dubiedades da nossa visita. Com várias deslocções à casa do cliente foi possível criar um espaço de reciprocidade de respeito de tempo e espaço de cada um, foi possível a abertura ao diálogo, a confiança e interação. Conseguimos estabelecer uma relação de qualidade, após um conhecimento mútuo com a demonstração de conhecimento técnico e relacional, ficando estabelecido o que se esperava de cada um na relação. O senhor V.V com discurso negativista mencionou várias vezes, “Não estou a fazer nada vivo, devia morrer após a morte da minha esposa”. Os dias custavam a passar, não conseguia fazer as coisas que gostava, não estavam presentes fisicamente as pessoas que amava. A desmotivação pela vida era notória, foi questionado qual o seu projeto de vida ao qual responde que não tem, que nada lhe fazia sentido.

História de doença do cliente e impacto na sua vida pessoal e familiar

O senhor V.V não gosta e evita ir ao hospital, “Tenho más experiências de hospitais, da última vez que lá fui meteram-me numa maca num canto no corredor e nem sabia o que se ia passar comigo. E sempre que vou àquele hospital relembro o que passei com o meu filho”. Tinha conhecimento das suas doenças, da medicação que toma e das limitações que tinha, dizendo que era a velhice o grande problema, “A idade é a causadora desta minha incapacidade, e já não há cura para isto, é conformar-me, é o único remédio que tenho”. Sentia um grande apoio da USF Y que demonstravam sempre disponibilidade para o ajudar. Estabelecia comunicação com a USF Y por email, para marcar consultas domiciliárias, prescrição terapêutica e recorrer a cuidados de enfermagem, “Muitas das vezes mando email à médica e

enfermeira só para saber se elas estão bem, elas são muito simpáticas e ajudam-me sempre que preciso”.

O Sr. V.V foi intervencionado cirurgicamente duas vezes, realizou uma angiografia coronária em 1995 e foi operado a um tumor na bexiga. Recorre aos cuidados de enfermagem para a substituição da sonda vesical e para lavagens vesicais.

O senhor V.V é gestor da sua própria medicação, mas é a senhora C.C que procede à respetiva compra na farmácia. A terapêutica médica passa por: Tansulosina; Vitamina C; Metformina; Adalat; MicardisPlus; Profenid ; Paracetamol e Adalgur.

Avaliação multidimensional da pessoa idosa- capacidade funcional

Procedeu-se à avaliação multidimensional do Sr. V.V para desenvolver um plano de intervenções de cuidados de enfermagem individualizados. O plano de cuidados permite organizar os cuidados e define quais os problemas de saúde da pessoa idosa. Desta forma o plano de cuidados debruça todas as necessidades para planear e implementar as ações a curto ou longo prazo, para manter ou mesmo recuperar a saúde da pessoa idosa (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2018).

Domínio cognitivo: No primeiro momento de contacto de avaliação do estado de consciência estávamos perante um senhor com Glasgow de 15, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, ou seja, com um nível de consciência normal. Comunicativo com discurso fluente e cuidado, sempre direcionado para as suas experiências de vida. Para a avaliação do estado cognitivo do indivíduo procedeu-se à aplicação da Escala do Mini Exame do Estado Menta de Folstein. Esta escala permite avaliar a memória imediata e recente, a orientação, a capacidade de atenção e cálculo, linguagem e a capacidade de construção (GERMI, s.d). Obteve-se a pontuação de 27 pontos, revelou défice na linguagem que para a população do 1º ao 11º ano de escolaridade, indica ausência de défice cognitivos. De realçar que a utilidade do teste não está na pontuação obtida, mas sim no grau de dificuldade observado nas respostas. O ponto de corte é na verdade um ponto de partida e não o objetivo final do teste (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2018).

No que concerne ao estado de humor é relevante analisar neste estudo. O humor é fundamental para a preservação da autonomia da pessoa idosa e deste modo fundamental para a realização das AVD´s. Os sintomas depressivos estão bastante

presentes na população idosa e cabe ao enfermeiro não os negligenciar e capacitar a pessoa idosa e/ou cuidador familiar a reconhecê-los (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2018). O Sr. V.V vivia sozinho grande parte do tempo isolado, não saía de casa devido à mobilidade comprometida e evitava o contacto com o exterior até com a luz solar. Passou por dois lutos (do filho e esposa há oito meses) e apresentava um discurso derrotista, sensação de inutilidade e de tristeza, perante tudo isto sentimos a necessidade de proceder à aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta obtendo uma pontuação de 11, depressão grave. De realçar que o diagnóstico de depressão tem que ser confirmado com os critérios de DSM-5, tais como humor deprimido, anedonia, perda de energia, sentimento de inutilidade e pensamentos recorrentes de morte, critérios presentes no Sr. V.V. Com a pontuação obtida de 3, no total de 4 na componente psicológica do IFT é notória a fragilidade psicológica do senhor.

Domínio físico: As pessoas idosas dão grande importância a autonomia e independência e devem ser adicionadas no plano de cuidados (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2018). Estávamos perante um indivíduo que tinha diminuição da acuidade visual que já utilizava óculos e os mesmos apresentavam-se em boas condições.

Procedeu-se à avaliação das ABVD's e AIVD's, visto que o Sr. V.V tinha um estilo de vida sedentária, deslocava-se em curtas distâncias com ajuda da bengala e passava grande parte do tempo sentado no cadeirão. Para avaliar as ABVD's aplicamos a índice de Barthel, obtendo uma pontuação de 65 em 100 com interpretação de dependência moderada, embora o Sr. V.V realiza-se as atividades de forma independente como tomar banho, higiene pessoal, não conseguia confeccionar a alimentação. Na toalete, vestuário, controlo de intestino, e transferências, ele necessitava de ajuda para as realizar de forma segura para não ocorrer quedas. Para avaliar o desempenho funcional do Sr. V.V nas AIVD's aplicamos a Escala de Lawton & Brody, com obtenção de 2 em 5 na pontuação, ou seja, uma dependência moderada, sendo o indivíduo do sexo masculino não se contabilizou na escala o item da preparação das refeições, das tarefas domésticas e a lavagem da roupa. O Sr. V.V apresentava dependências na realização das compras e a forma de combater esta incapacidade era realiza-las via internet, visto que, não utilizava transportes e não viajava. No que concerne à parte financeira, o Sr. V.V

realizava as compras pela Internet, mas necessitava da ajuda da Sra. C.C para tratar de assuntos no banco, realizar compras de medicamentos e outros bens.

No que respeita ao grau de autonomia na marcha, foi utilizada a escala de classificação funcional da Marcha de Holden através da observação direta na própria casa do indivíduo e concluiu-se, que necessitava de ajuda mínima de uma pessoa para não cair e para manter o equilíbrio e coordenação.

Como já mencionado o Sr. V.V realizava as ABVD's sozinho, mas comprovou-se a necessidade de apoio devido ao risco de queda que apresenta, escala de Downton score de 4, alto risco de queda. Foi negociado com o senhor e com a cuidadora familiar a importância de realizar os cuidados de higiene, vestir e despir no período de tempo em que a Sra. C.C estava na companhia do Sr. V.V. Foi combinado a retirada de tapetes, bem como objetos inseguros que se encontravam por cima dos móveis, de forma a evitar incidentes ou mesmo acidentes devido ao risco elevado de queda.

Ao longo da conversa várias foram as vezes em que o senhor verbalizava a sua insatisfação com a vida, tristeza de viver sozinho e estar limitado da sua mobilidade dificultando a realização das suas necessidades, sentindo-se frágil. Neste contexto procedemos à aplicação do IFT concluindo que, estamos perante um senhor do sexo masculino, viúvo, em que há 8 meses presenciou a morte da esposa. Quanto ao componente físico obteve resultado de 7 em 8, demonstrando uma evidente fragilidade física.

Domínio social e espiritual: O senhor estava desanimado com a vida, vivia sozinho e em solidão, tinha apenas 4 horas por dia, de segunda a sexta-feira da companhia da Senhora C.C, verbalizava necessidade e interesse em alongar este horário, mas mostrou-se impossível devido às dificuldades financeiras. Recebia a visita da sua sobrinha, mas não tão regulares como desejaria. Com a aplicação do IFT, no domínio social obteve-se a pontuação de 3 em 3, ou seja, a fragilidade social era notória e isso foi merecedor da nossa preocupação.

Indicadores de fragilidade do senhor V.V.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| • Humor deprimido | • Polimedicado |
| • Vive sozinho | • Retenção urinária |
| • Rendimentos baixos | • >65 anos |
| • Risco de queda | • Doença crónica (Diabetes tipo II e hipertensão) |
| • Diminuição da acuidade visual | • Perda de peso |
| • Mobilidade comprometida | • Fadiga |
| • Diminuição da velocidade da marcha | • Sedentarismo- inatividade no exercício físico |
| • Fumador ocasional | |

3ª Fase: Capacitar e possibilitar

Capacitar ou possibilitar é a 3ª fase deste modelo de intervenções e consiste em construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (Gomes, 2016). Sentimos a necessidade de estabelecer uma relação de Parceria tendo em conta a partilha de significados da experiência do senhor V.V de forma a estabelecer e definir objetivos face à situação de saúde e doença do senhor V.V, de forma a agir e decidir com partilha de responsabilidades. Foi estabelecida comunicação com o Sr. V.V envolvendo-o no seu processo de cuidados de forma a compreender qual o conhecimento que detinha do seu processo de doença. O enfermeiro tem que possuir estratégias de comunicação para escutar e perguntar, para que conjuntamente consiga identificar e validar as necessidades e potencialidades do Sr. V.V. e compreender o conhecimento que a pessoa possui de SI (Gomes, 2016). Estávamos perante um senhor que descreveu a sua situação de saúde, os antecedentes pessoais, medicação e os cuidados que tinha para evitar eventos adversos à sua situação de saúde com bastante crítica. Conhecedor de boas práticas de saúde, como por exemplo a importância de uma boa alimentação, do exercício físico adaptado às alterações da mobilidade e do processo de envelhecimento. O mesmo referiu que até aos 85 anos não tinha sentido o peso da idade, que desenvolvia as suas atividades sem limitações e que retirava prazer em as realizar, sentia-se seguro no processo de envelhecimento, tinha cuidado consigo mesmo, preservava a sua identidade no contexto social e desenvolvia o seu projeto de vida. No contexto atual é notório uma insatisfação e tristeza com o que desejava e o que estava a acontecer com o seu processo de envelhecimento. Mencionava a morte do filho e da esposa como um acontecimento marcante que o levou à solidão e isolamento social, sentindo-se triste grande parte dos seus dias e com dificuldade ou mesmo impossibilidade de prosseguir com o seu projeto de vida que era ser independente e autónomo até ao momento da sua morte. A conversa tornava-se longa, mas o foco era o mesmo, a morte dos seus entes queridos, a dificuldade que sentia em ler os livros que comprou e que revestiam as estantes da sala, a da impossibilidade de pintar os quadros com paisagens das viagens que realizava de carro, a insegurança de sair de casa com risco de cair e de não se sentir confortável com o saco coletor de urina.

Foram realçadas potencialidades, intervenções e negociações juntamente com a cuidadora familiar a Sra. C.C, tais como deslocação ao exterior da casa, dos

recursos existentes para adaptar o saco coletor de forma a ser funcional para desenvolver as AIVD's, da importância de ingerir 1 litro e meio de água por dia, para melhorar a função renal e desta forma evitar o desenvolvimento de sedimentos que provocavam obstrução da sonda vesical. Outro ponto abordado, foi a educação para a saúde e a importância da realização de exercícios passivos para a manutenção da musculatura e desta forma ajudar na mobilidade. Foi proporcionado ação ativa e responsável de forma a capacitar o senhor e permitir que fosse desenvolvido reflexão crítica para melhorar a sua situação de doença, permitindo que o cliente decidisse o caminho a seguir e expressa-se os seus sentimentos no que pretende ou não fazer, sentindo-se confortável, seguro e acompanhado em todo o processo de cuidados (Gomes, 2016).

Quadro 1. Potencialidades reais do Sr. V.V.

Potencialidades reais do Sr. V.V.
Ingerir 1 litro e meio de água por dia.
Exercícios físicos para melhorar a mobilidade.
Comprar dispositivo de transporte de segurança para a sonda vesical.
Contacto social.

4ª Fase- Comprometer-se

Na fase de **comprometer-se**, o enfermeiro e a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, estabelecem objetivos a curto e longo prazo, sendo uns esforços em Parceria. A pessoa idosa compromete-se com os objetivos a que se propôs e o enfermeiro dá apoio para que a pessoa concretize esses mesmos compromissos, com base no que faz sentido para si. Nesta fase é notório o esforço que a pessoa idosa/e ou cuidador familiar fazem para manter e potencializar as suas capacidades. Reforços positivos são realizados para a pessoa se envolver no seu processo de cuidados, sendo promotores de um melhor desempenho. Nesta fase os resultados esperados são negociados e os diagnósticos são validados. Com a negociação estabelecida com o senhor V.V. foi desenvolvido um plano de cuidados (Quadro 1) tendo por base os diagnósticos de enfermagem NANDA-I e o modelo de Parceria de Gomes (2016).

5ª Fase: Assegurar ou assumir o controlo do cuidado de SI ou do outro

Na última fase **assegurar ou assumir o controlo do cuidado de SI**, o Sr. V.V assume o cuidado de SI, tendo capacidade e autonomia para cuidar de SI, do seu projeto de vida. Caso não o consiga fazer, o enfermeiro permite através da capacitação, promover ao cuidador familiar capacidades para cuidar da pessoa idosa, cuidado que esta deveria ter consigo próprio.

No quadro 1 está ilustrado isso mesmo, a ação conjunta realizada pelo enfermeiro, Sra. C.C e Sr. V.V para assumir o controlo do cuidado de SI. Neste caso, o Sr. V.V tomou a decisão de não realizar algumas intervenções de enfermagem, sempre refletindo sobre o seu modo de ser (abrir a janela para aumentar a iluminação, sair ao exterior e não comprar o suporte para transportar o saco coletor de urina) mas com conhecimento prévio dos benefícios e prejuízos da não execução, tomou uma decisão informada. Cabe ao enfermeiro ser um recurso disponível para ajudar o Sr. V.V a assegurar o cuidado de SI.

Quadro 1. Diagnósticos e intervenções de enfermagem da pessoa idosa frágil tendo em conta o modelo de Parceria.

Diagnósticos de enfermagem	Capacitar/possibilitar	Compromissos estabelecidos em Parceria	Assumir o controlo de SI
	Intervenções de enfermagem	Enfermeiro e pessoa idosa	Avaliação
<u>-Mobilidade física prejudicada</u> Relacionada com: - Estilo de vida sedentário; equilíbrio, força muscular e flexibilidade diminuída. - Associado a prejuízo musculoesquelético e alteração na integridade de estruturas ósseas. - Score de 65 no Índice de Barthel	• Explicar ao Sr. V.V e à Sr.^a C.C a finalidade do plano de exercícios; • Determinar o nível motivacional do senhor para começar/ continuar o programa de exercícios; • Iniciar medidas de controlo da dor antes do início dos exercícios; • Avaliar o grau de dependência na realização das ABVD's; • Avaliar o grau de dependência na realização das AIVD's; • Avaliar o risco de queda com a aplicação da Escala de Downton; • Informar o senhor das vantagens em realizar exercício físico; • Informar o Sr.V.V e cuidadora familiar sobre os benefícios à saúde e efeitos fisiológicos do exercício.	• O Sr. V.V compromete-se a realizar os exercícios para promover o equilíbrio, força muscular e flexibilidade; • O enfermeiro compromete-se a instruir o senhor e cuidadora familiar para a execução dos exercícios; • O enfermeiro compromete-se a apoiar o cliente e cuidadora familiar sempre que for necessário.	• O cliente reconhece a necessidade de cumprir o programa de exercício físico; • O Sr. V.V e a cuidadora familiar têm conhecimento e realizam os exercícios físicos para melhorar a flexibilidade, força muscular e equilíbrio; • O cliente e cuidadora familiar reconhece o enfermeiro como significativo no seu processo de saúde e doença. O processo de cuidados foi realizado em Parceria.

- Score de 2 no índice de Lawton & Brody	• Orientar a cliente sobre as técnicas apropriadas, ambicionando atingir o maior nível de independência; • Realizar ensinios sobre como gerir o ambiente; • Oferecer feedback positivo para os esforços individuais.		
Pesar complicado - Características definidoras: memórias dolorosas persistentes; saudades da pessoa falecida e sensação de vazio. - Score de 11 na Escala de Depressão Geriátrica.	• Evitar provocar situações emocionais fortes; • Escutar o Sr. V.V com atenção; • Facilitar a confiança do indivíduo; • Promover a abertura para exprimir os medos e sentimentos; • Apoiar o indivíduo no processo de luto e medo de morrer; • Respeitar o luto do senhor V.V; • Avaliar a depressão da pessoa idosa com a Escala de depressão geriátrica de Yesavage- Versão curta; • Apoiar na evolução dos estágios de luto pessoal; • Reforçar o progresso no processo de luto; Auxiliar o Sr. V.V a lidar com emoções intensas.	• O enfermeiro compromete-se a apoiar o cliente sempre que for necessário; • O Sr. V.V compromete-se a expressar os seus sentimentos de medo, ansiedade e angústia; • O enfermeiro compromete-se a estar atento a ideações de morte e de angústia profunda.	• O cliente e cuidadora familiar recolhesse o enfermeiro como significativo no seu processo de saúde e doença. O processo de cuidados foi realizado em Parceria; • O Sr. V.V mantém-se triste e deprimido com a morte do filho e esposa; • O Sr. V.V mantém a morte do filho não compreendida e não aceite.
Isolamento social	• Determinar mudança na imagem corporal, contribuindo para o isolamento social- algaliação;	• O enfermeiro compromete-se a informar a pessoa dos	• O senhor V.V nega qualquer tipo de intervenção, justificando-se com a falta de interesse.

- Características definidoras: afeto superficial; ausência de propósito; condição incapacitante; insegurança em público. - Condições associadas: alteração na aparência física e alteração no bem-estar.	• Ajudar a identificar ações que melhorem a aparência; • Promover a relação com a pessoa idosa com interesses e metas comuns; • Encorajar a atividades sociais e comunitárias; • Encorajar o respeito e direito da pessoa idosa; • Planejar pequenas atividades como sair à rua; Demonstrar confiança e segurança ao Senhor V.V para o envolver nas atividades propostas.	recursos existentes de suporte do saco coletor de urina para poder sair de casa sem medos; • O enfermeiro compromete-se a solucionar alternativas para não se preocupar com o saco coletor de urina.	• O enfermeiro respeita a vontade do Sr. V.V.
Síndrome do idoso frágil Relacionado com: - Mobilidade física prejudicada; isolamento social; deambulação prejudicada.	• Avaliar a fragilidade nas 3 dimensões, com a aplicação do IFT; • Instruir o Sr. V.V e cuidador familiar das consequências da fragilidade; • Promover para a estimulação psicossocial: - Educar sobre estratégias de gerir as emoções - Terapia das recordações; - Estimular os 5 sentidos. • Promover a estimulação física:	• O enfermeiro compromete-se a avaliar o IFT e desta forma melhorar a funcionalidade física e psicossocial do Sr. V.V; • O Sr. V.V e cuidadora familiar comprometem-se a realizar exercício para estimulação cognitiva,	• O Sr. V.V e cuidador familiar tem conhecimento da sua fragilidade e está capacitado para intervir de forma a melhorar; • O Sr. V.V não quer usufruir dos recursos da sociedade para combater a sua solidão.

Fatores relacionados: - Depressão, desnutrição, equilíbrio prejudicado, estilo de vida sedentário, tristeza, mobilidade prejudicada, isolamento social e medo de quedas e alterações físico, psicológicas e sociais. - Risco de desnutrição com a aplicação da Mini Nutrition Assessment.	- Realizar o programa de exercício físico (flexibilidade, força muscular e equilíbrio) - Avaliar as AIVD´s e ABVD´s; - Avaliar o risco e queda. • Realizar avaliação nutricional - Escala de Mini Nutritional Assessment MNA®: - Questionar preferências alimentares da pessoa idosa; - Avaliar sinais de desidratação e desnutrição; - Observar condições dos alimentos fornecidos pela instituição de solidariedade social; - Pesar o Sr. V.V e avaliar o IMC; - Rever a terapêutica. • Observar o vestuário do Sr. V.V; • Dar <i>feedback</i> positivo do seu progresso.	exercício físico tendo em conta o programa estabelecido. • O cuidador família compromete-se a estimular o Sr. V.V quando este não estiver motivado.	
Risco de queda - Fatores de risco ambientais com ambiente cheio de móveis e iluminação insuficiente.	• Avaliar capacidade de marcha através da Escala de Holden; • Avaliar o risco de queda com a aplicação da Escala de Downton; • Analisar o histórico de quedas do cliente; • Observar condições do auxiliar de marcha (bengala);	• O enfermeiro compromete-se a garantir um ambiente seguro para a pessoa idosa; • O enfermeiro compromete-se a garantir	• O Sr. V.V e cuidadora familiar estão capacitados para agir numa situação de queda; • O Sr. V.V recusou-se a abrir a janela da sala para aumentar a luminosidade do sol;

-Fatores de risco fisiológicos: dificuldade na marcha. - Condições associadas: uso de dispositivo auxiliar e visão prejudicada. Necessita de ajuda mínima de uma pessoa para não cair e para manter o equilíbrio e coordenação. Score de 4 na Escala de Downton.	• Educar o Sr. V.V de medidas para prevenir quedas; • Educar o Sr. V.V e cuidador familiar sobre como agir perante uma queda ou outra lesão pessoal; • Instruir do programa de exercício físico para reforço muscular, equilíbrio e flexibilidade; • Identificar características ambientais capazes de aumentar o risco de quedas; • Sinalizar o Sr. V.V e informar outros profissionais do risco elevado de queda; • Rever a terapêutica do Sr. V.V potenciadora de quedas e instruir pessoa idosa e cuidador familiar dos efeitos secundários da mesma; • Instruir o programa de exercício físico para melhorar a flexibilidade, força muscular e equilíbrio; • Educar na necessidade de melhorar a iluminação do ambiente para aumentar a visibilidade e desta forma reduzir as quedas; • Instruir na necessidade de iluminação noturna junto ao leito; • Educar na necessidade de retirar obstáculos e objetos pouco seguros dos corredores.	um ambiente isento de ameaças; • O enfermeiro compromete-se juntamente com o Sr. V.V a remover os obstáculos do corredor com a permissão do Sr. V.V; • O enfermeiro compromete-se a elucidar da importância de uma boa iluminação para melhorar a visibilidade e reduzir as quedas; • O enfermeiro compromete-se a analisar o guia terapêutico do senhor; • O enfermeiro compromete-se a sinalizar o cliente e	• O Sr. V.V e cuidadora familiar estão elucidados quanto aos efeitos secundários da terapêutica; • A bengala do Sr. V.V encontra-se em boas condições de segurança; • O Sr. V.V está sinalizado com o risco elevado de queda e o médico de família tem conhecimento; • O Sr. V.V realiza o programa de exercícios físicos para melhorar a flexibilidade, equilíbrio e força muscular; • O cliente e cuidadora familiar recolhesse o enfermeiro como significativo no seu processo de saúde e doença. O processo de cuidados foi realizado em Parceria.
--	---	--	--

		informar restantes profissionais; • O Sr. V.V compromete-se a retirar os obstáculos do corredor e os objetos inseguros;	
Eliminação urinária prejudicada. - Características definidoras: retenção urinária - Relacionada com: neoplasia da bexiga.	• Monitorizar consistência, odor, volume e cor da urina; • Monitorizar surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária; • Educar o senhor e a cuidadora familiar para sinais e sintomas de retenção urinária e infeção do trato urinário; • Educar o Sr. V.V para solicitar a enfermeira de família sempre que necessário; • Reforçar a ingestão de água.	• O Sr. V.V compromete-se a beber 1 litro e meio de água; • O Sr. V.V e cuidador familiar compromete-se a vigiar as características de urina e solicitar a enfermeira sempre que for necessário; • O enfermeiro compromete-se a apoiar o Sr. V.V; • O enfermeiro compromete-se a vigiar as características de urina e proceder a	• O Sr. V.V. trocou a garrafa pequena que se encontrava numa mesa à beira do cadeirão por uma garrafa de 1 litro e meio; • A água passou a ser a bebida de eleição do Sr. V.V; • A cuidadora familiar vigia a ingesta líquida do senhor; • A cuidador familiar e o Sr. V.V. possuem conhecimentos suficiente para solicitar a enfermeira sempre que a urina não apresente as características normais e o volume diminuído; • O cliente e a cuidadora familiar reconhecem o enfermeiro como significativo no seu processo de

		colheitas de assim for necessário; • A cuidadora familiar comprometeu-se a vigiar a ingesta líquida do senhor.	saúde e doença. O processo de cuidados foi realizado em Parceria.
--	--	---	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulechek G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (5º ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., Swanson, E. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (4ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.
- Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes. (2018). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Brasil: Secretaria de estado da saúde do Paraná.
- NANDA INTERNATIONAL. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Apêndice VI- 2ª Ação de formação desenvolvida na USF Y

2ª Ação de formação dirigida à equipa de enfermagem da USF Y

Plano da ação de formação

Tema	Avaliação multidimensional no processo de envelhecimento.
População Alvo	Enfermeiros
Formador	Daniela Cruz
Orientadoras de estágio	Enf. ^a Isabel Almeida
Docente	Prof ^a Dr. ^a Idalina Gomes
Objetivo geral	• Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, no processo de envelhecimento através da avaliação multidimensional para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa na comunidade. • Compreender o processo de envelhecimento e a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa. • Conhecer o modelo de intervenção em Parceria para o cuidado de SI, • Identificar os contributos do modelo de Parceria para a pessoa idosa e/ou sua família, na promoção do cuidado de SI e conhecer a sua singularidade.
Objetivos específicos	• Conhecer o processo do envelhecimento; • Conhecer as grandes síndromes geriátricas; • Avaliação multidimensional da pessoa idosa tendo em conta o modelo de Parceria de Gomes; • Conhecer os critérios de uma USF amiga das pessoas idosas. • Conhecer o desenho de um plano de intervenções que terá como finalidade prevenir a fragilidade nas pessoas idosas.
Resultados esperados	No final é esperado que os formandos sejam capazes de: • Identificar o envelhecimento não como uma problemática, mas como uma condição do ciclo de vida; • Identificar uma pessoa idosa frágil; • Realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa tendo em conta o modelo de Parceria de Gomes; • Identificar os critérios de uma USF amiga das pessoas idosas.
Pré-requisitos	Enfermeiros da USF Y
Duração	60 Minutos
Data	06 de janeiro de 2020
Local	Sala de formação da USF Y

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador e do tema		Computador portátil	Inicial diagnóstico	10
	Enquadramento da sessão	Expositivo			
	Comunicação dos objetivos gerais, específicos e dos resultados esperados.				
	Verificação dos pré-adquiridos.				
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: • Envelhecimento da população • Conceito de envelhecimento • Síndrome da fragilidade identificada como grande síndrome geriátrica. • Apresentação de um estudo de caso – Avaliação multidimensional tendo em conta o modelo de Parceria. • Apresentação de um artigo científico onde identifica características de uma USF amiga das pessoas idosas.	Expositivo e interrogativo	Computador portátil	Formativa	40
Conclusão	Síntese	Expositivo	Computador portátil	Sumativa	10
	Conclusão				

Avaliação multidimensional no processo de envelhecimento

Aluna: Daniela Cruz
Docente: Profª Dr.ª Idalina Gomes
Orientadoras de estágio : Enfª Isabel Almeida

06 de Janeiro de 2020

1

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO



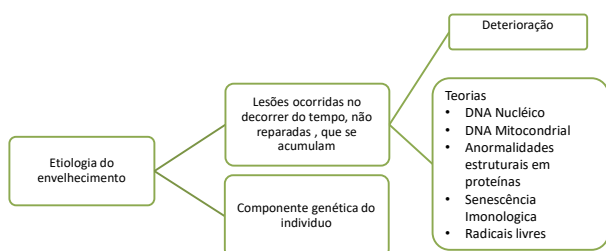
Entre 2015 e 2080, estima-se que em Portugal:

- O número de idosos passará de 2,1 milhões para 2,8 milhões;
- A população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas;
- O índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens;
- O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões;
- Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031.

(INE, 2017)

2

Fatores intrínsecos



Fatores extrínsecos

- Meio ambiente
- Estilos de vida

(Boteho, 2000)

3

Envelhecimento

- É fácil de observar, mas difícil de explicar e compreender (Watson, 2008).
- Processo contínuo de ganhos e perdas devido à dinâmica biopsicossocial, cujas mudanças são influenciadas pela questões de natureza biologia e sociocultural (Almeida, 2019)
- Não é um problema mas uma parte natural do ciclo de vida.
- Processo dinâmico, caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu meio ambiente (Robert, 1995).
- O envelhecimento é um processo multidimensional e heterogêneo.
- Inicia-se antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida (PGS, 2006).
- Envelhecer depreende alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo de forma natural e gradual (Zimmerman, 2000).

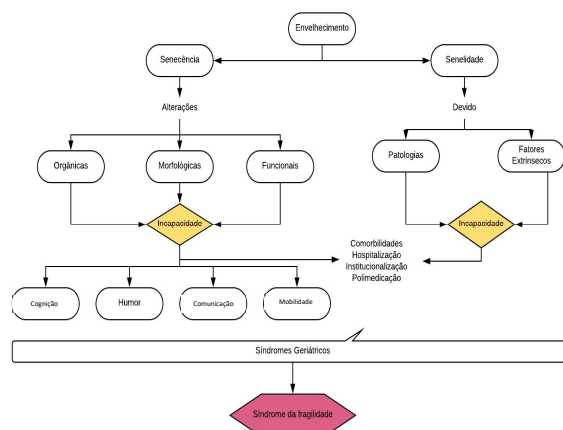
4

Envelhecimento

O envelhecimento resulta da incapacidade do indivíduo em manter um estado funcional igual e inalterado, e que permita a regeneração continua de todos os componentes à medida que estes se degradam.

(Robert, 1995)

5



6

Síndromes geriátricas

“são condições de saúde frequentes nos idosos e que resultam do efeito acumulativo de múltiplos fatores predisponentes, podendo ser precipitado por um evento agudo”

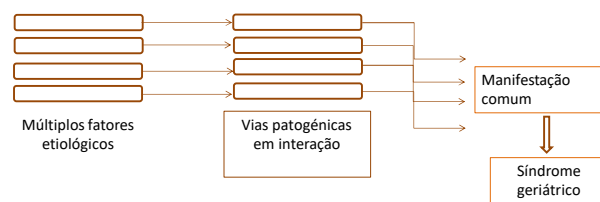
(Duque, 2014, p. 353)

Responsáveis:

- Incapacidade funcional
- Compromisso de autonomia
- Problemas emocionais e sociais

7

Síndromes geriátricas



Fonte: Adaptado de Duque, 2014.

8

Síndromes geriátricas

- Défice visual e auditivo
- Insônia
- Depressão
- Dor
- Fadiga
- *Delirium*
- Quedas
- Úlceras de pressão
- Obstipação
- Incontinência urinária
- Anorexia
- Perda de peso
- Sarcopenia
- **Fragilidade**

(Serqueira, 2018)

9



Prestação de cuidados especializados à PI tendo como base o modelo de parceria.



10

1ª FASE – REVELAR-SE

- Sr. V.V. Português de 90 anos, sexo masculino, católico, viúvo há 8 meses, o filho faleceu há 6 anos, a residir sozinho.
- Reformado de profissão, era empresário, concluiu o 5º ano de escolaridade.
- Para o Sr. V.V. nada lhe dá sentido à vida. Relata o seu passado e conquistas com grande alegria e repete-as vezes sem conta.
- A sua preocupação passa pelo futuro do país.
- A solidão é notória, o cadeirão sofisticado é o suporte das perdas, físicas, sociais e psicológicas.
- “Espero todos os dias que o senhor me leve, não estou cá a fazer nada”
- Os dias são passados no sofá a ver televisão.

11

1ª FASE – REVELAR-SE

- Os livros nas estantes relatam os desejos inconsoláveis da perda de visão.
- Os quadros pintados por si historiam os Km viajados.
- O sol era convidado a entrar apenas por uma única janela as restantes eram fechadas.
- O barulho constante era o som da televisão.
- As suas vestes eram mantas enroladas à sinta para facilitar o transporte do saco coletor de urina
- “até aos 85 anos não tinha o peso da idade fazia tudo e gostava muito de viver, mas o meu filho....matou-se”
- “Não tenho ninguém, não estou cá a fazer nada”.

12

1ª FASE – REVELAR-SE

- Sra. C.C cuidadora 4h/dia. O Sr. A menciona a necessidade de perlongar o horário “para não ficar tanto tempo sozinho, mas fica muito caro ”
- As compras são feitas pela Internet, e quem trata os assuntos do banco e compra os medicamentos é a Sra. C.C.
- Tem visitas domiciliárias - Enfermeira, médica e psicóloga. Contacta-os via telefone e email.
- Gere autonomamente a medicação, quando tem dúvidas solicita o apoio da Sra. C.C,
- Recusa sair de casa “não, não pense nisso não tenho forças para isso”
- “já nada me interessa, só queria ficar menos tempo sozinho”.
- Impacto da doença na sua vida- Limitações na mobilidade, visão e socialização.

13

1ª FASE – REVELAR-SE

Antecedentes pessoais- intervencionado cirurgicamente 2 vezes : angiografia coronária 1995 e operado à bexiga 2 vezes e fumador ativo.

Motivo do pedido do cuidados de enfermagem:

Algaliado por retenção, com necessidade de lavagens vesicais e substituição de dispositivo urinário.

Não tem recorrido aos SU pelo apoio sentido pela enfermeira de família

Terapêutica habitual: Tansulosina; vitamina C; Metformina; Adalat; MicardisPlus; Profenid ; Paracetamol e Adalgor.

14

2ª FASE – ENVOLVER-SE

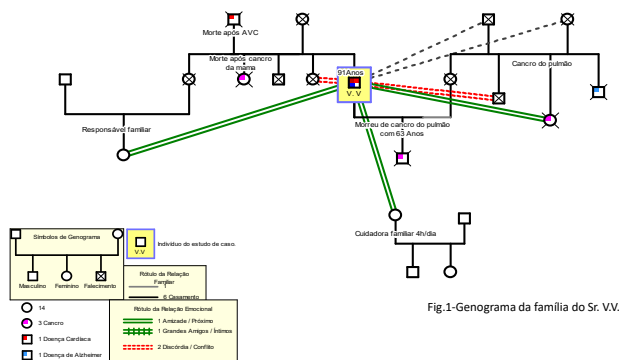


Fig.1-Genograma da família do Sr. V.V.

15

Ecomapa

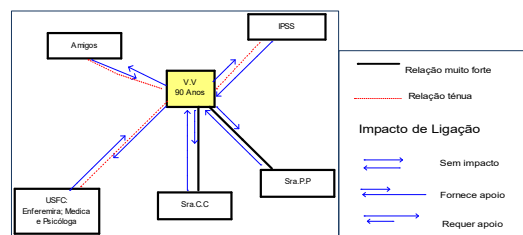


Fig.2-Ecomapa do Sr. V.V.

16

Escala Modificada de B Barthel	< igual 25	65 (dependente leve)	
	100		
Escala de Downton	0	4 (Alto risco de queda)	
	9		
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta	0-5 s / depressão	11 (depressão grave)	
	6-10 ligeira		
	11-15 depressão grave		
Escala de Lawton & Brody	0		
	5	5 (dependência moderada)	0-5 Homens 0-8 Mulheres
Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein	<=15	28	
	<=22		
	<=27		
Classificação Funcional da Marcha de Holden	0	2 Marcha dependente Nível I	Bengala e apoio dos moveis
	5		
Escala de Braden	<16	Baixo risco	
	>=17		
Tilburg frailty indicator	<6	12 (Frágil)	
	>=6		
Mini Nutrition Assessment	17-23,5	Risco de desnutrição	

17

Avaliação multidimensional

- ✓ Aumenta a precisão do diagnóstico;
- ✓ Torna o prognóstico mais correto;
- ✓ Diminui o risco iatrogênico;
- ✓ Facilita condutas preventivas;
- ✓ Orienta a escolha das intervenções;
- ✓ Adequa as medidas assistenciais;
- ✓ Facilita o acompanhamento;
- ✓ Melhora a qualidade de vida da PI.

Padrão ouro para prevenir a fragilidade

(GERM) & d

18

Avaliação multidimensional

Objetivo

- Conhecer o estado da PI;
- Conhecer os problemas da PI;
- Resposta mais adequada dos profissionais;
- Melhor qualidade de vida para a PI.

(GERMI, s.d)

19

3ª FASE – CAPACITAR/POSSIBILITAR

Diagnósticos de enfermagem

- Mobilidade física prejudicada
- **Síndrome do idoso frágil**
- Risco de queda.
- Isolamento social.
- Risco de desnutrição.
- Pesar complicado.
- Eliminação urinária prejudicada.

20

3ª FASE – CAPACITAR/POSSIBILITAR

Intervenções de enfermagem na PI Frágil

- Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado.
- Encorajar a deambulação.
- Monitorar a mobilidade do paciente e suas funções motoras e sensoriais.
- Monitorizar a mobilidade e a atividade do paciente.
- Determinar história física, social e psicológica e hábitos de rotina.
- Remover obstáculos na casa que promovam a ocorrência de acidentes.

21

3ª FASE – CAPACITAR/POSSIBILITAR

Intervenções de enfermagem na PI Frágil

- Monitorar o estado emocional do cliente;
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações.
- Oferecer um ambiente isento de ameaças.
- Estabelecer comunicação.
- Monitorar o estado emocional do paciente.
- Auxiliar o cliente a desenvolver confiança na própria capacidade;
- Fazer declarações de empatia sobre as suas conquistas;
- Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição com o cliente
- Educar o cliente das habilidades de tomada de decisão.
- Promover um ambiente seguro

22

4ª FASE – COMPROMETER-SE

O Sr. V.V, compromete-se:

- Aumentar ingestão de água;
- Realização de exercícios passivos;
- Utilizar auxiliares de marcha;
- Fazer caminhadas de curtas distâncias,
- Solicitar por ajuda sempre que necessitar,
- Comprar manga para suporte do saco coletor de urina;
- Cumprir horário das refeições.

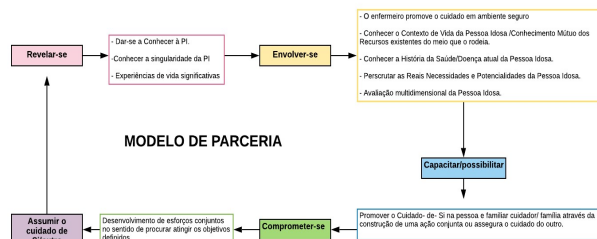
A Sra. C.C compromete-se a :

- Realizar treinos de marcha com mais frequência
- Incentivar à hidratação

5ª FASE – ASSUMIR O CUIDADO DE SI

Competências para controlar o seu projeto de saúde e vida

23



(Gomes, 2016)

24

Dificuldades do diagnóstico na PI

- Desvalorização das queixas pelo idoso – o fenómeno de “normalização”;
- A confusão dos sintomas das doenças com o envelhecimento;
- A cronicidade das doenças no idoso;
- A multiplicidade das doenças no idoso;
- A forma inespecífica da apresentação das doenças no idoso.

(Correia, 2003)

25

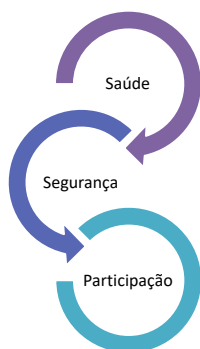
Dificuldades no tratamento na PI

- A frequência da polimedicação;
- O potencial iatrogénico;
- O problema da aderência;
- O problema socioeconómico;
- A importância da medicina paliativa.

(Correia, 2003)

26

Pilares do Envelhecimento Ativo



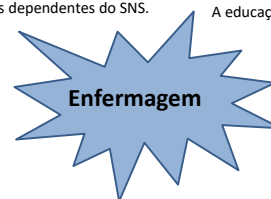
(WHO, 2005)

27

Não podemos mudar as tendências mas podemos adaptar as sociedades.

Não queremos doentes dependentes do SNS.

A educação é o papel principal do EA.



Programas educacionais.

Capacitar o doente para gerir a doença.

Promover a autogestão e responsabilidade ao doente.

Cada profissional é um formador.

A prevenção começa com boas práticas.

28

Health Services Insights



ORIGINAL RESEARCH

OPEN ACCESS
Full open access to this and thousands of other papers at <http://www.la-press.com>.

Age-Friendly Primary Health Care: An Assessment of Current Service Provision for Older Adults in Hong Kong

Jean Woo¹, Benise Mak² and Fannie Yeung¹

¹Department of Medicine & Therapeutics, Faculty of Medicine, The Chinese University of Hong Kong. ²Charities Trust, The Hong Kong Jockey Club, Hong Kong. Corresponding author email: jeanwoowong@cuhk.edu.hk

30



29

Metodologia

- **Participantes:** enfermeiros(4), Geriatrias, funcionários do sistema público (22) e pessoas idosas da comunidade (28).
- **Instrumento de colheita de dados :**
 - *Focus group*
 - **Análise de conteúdo**
- **Conteúdos** baseados nas dimensões da OMS (2004)
 - Informação;
 - Educação;
 - Sistema de gestão e cuidados;
 - Ambiente físico.
- **Local-** Hong Kong (China).

31

Transportes	• Bancos na trajetória Unidade de cuidados e transportes . • Sinalização nos transportes. • Pouca assistência para quem tem mobilidade reduzida. • Mudança de autocarro frequentes • Proibição de balas de O2	Paragens abruptas e repentinas causando quedas	• Necessidade de acompanhante
Sinalização	• Inadequada para PI analfabetas ou diminuição da acuidade visual - Voluntários	• Para uns era adequada para outros não. • Pessoas não disponíveis para ajudar.	• Não havia problemas quando as PI estavam familiarizadas com a unidade de saúde.

32

Áreas de resposta	Profissionais	Pessoa idosa	Comum
Instalações	• Escadas rolantes rápidas e estreitas. • Portas do Wc pesadas • Piso molhado	• Instalar figuras de direção	
Ambiente físico	• Sala de espera não adaptada • Dificuldade de distinguir as classes profissionais	• Dificuldade de distinguir as classes profissionais.	
Dinâmica da consulta	• Muito tempos de espera . • Preferência do idoso – Presencial. • É como viajar – levam comida e manuais de leitura.	• Dificuldade em re/marcar consulta por telefone.	

33

Áreas de resposta	Profissionais	Pessoa idosa	Comuns
Divulgação dos conhecimentos em saúde	• Utilizar a média para a promoção da saúde . • Ligação entre governo e média.	• Adequado	
Gestão de medicação	• Melhorar o rotulo dos medicamentos.	• Não têm a certeza se cumprem.	
Atendimento ao idoso	• Bom conhecimento especializado.	• Caso isolado de um enfº ter errado na administração da terapêutica.	
Comunicação	• Há espaço para melhoria. • Prontificam programas para formar os profissionais.	• Falta de paciência • Brutos e expulsivos	• Melhoria nos últimos anos.

34

Áreas de resposta	Profissionais	Pessoa idosa	Comuns
Serviço comunitário	• Programas inadequados • Lacuna nas necessidades das pessoas	• Muitas das vezes não têm conhecimento e apelam à divulgação dos mesmos, mesmo que não precisem deles.	
Feedback	• Devem de ser solicitado mais vezes de forma ativa.	• Agradeceram a oportunidade de participar nas sessões de forma que possam refletir nas suas opiniões.	

35

Referências Bibliográficas

- Botelho M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos*. Porto: Bial
- Correia J.(2003) *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa : DGS.
- Duque S. (2014). Síndromes geriátricas. In Veríssimo, M. T. (Coord...), *Geriatria fundamental saber e praticar* (p. 353). Lousã: LIDEL.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa* (pp.100-108).Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- INE. (2017). Projeções da população residente 2015-2080. *Destaque*,1-19. Acedido em: 12 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

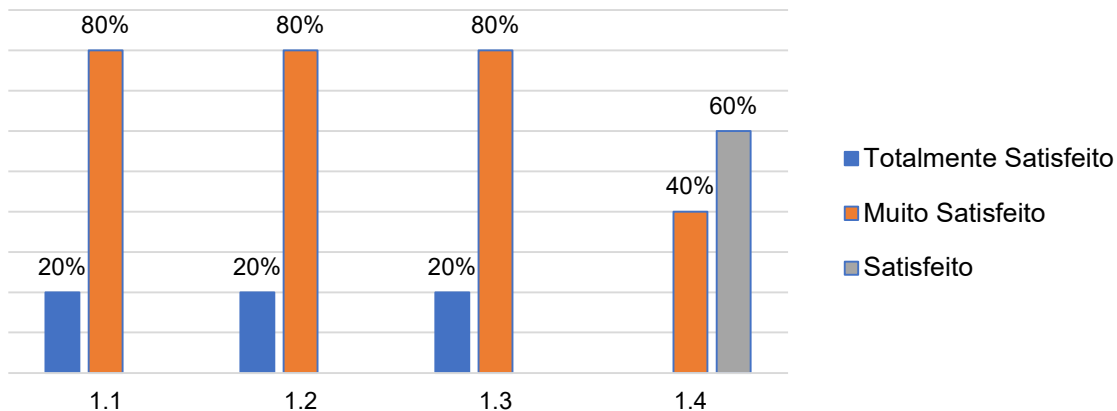
36

Referências Bibliográficas

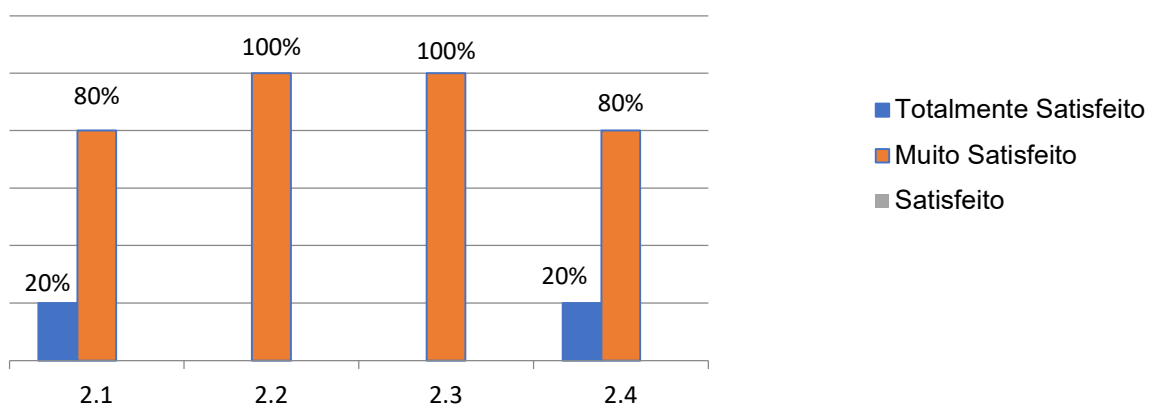
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (s.d). *Avaliação Geriátrica*.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento, Factos e Teorias*. Instituto Piaget.
- Serqueira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. (2019). *A geriatria e gerontologia no século XXI*. Lisboa
- Watson, R. (2008). Research into ageing and older people. *Journal Of Nursing*.
- Woo, J., Mak, B., e 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. Doi: 10.4137/HSI.S12434.
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais* (1a edição.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Avaliação da ação de formação

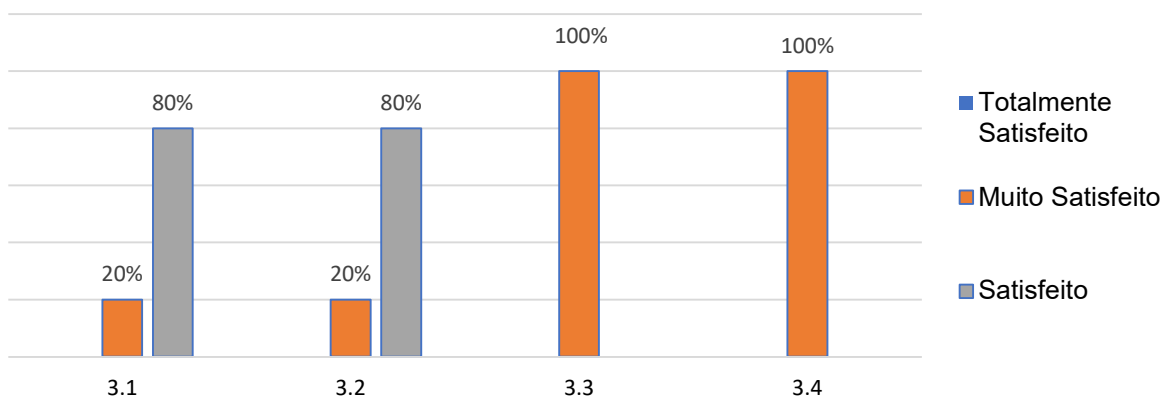
Conteúdos programáticos



Formador



Organização



Aspetos positivos:

- Utilidade do modelo de Parceria na avaliação da fragilidade da pessoa idosa.
- Domínio do tema.
- Apresentação com clareza.
- Apresentação do artigo- USF amiga das pessoas idosas.

Aspetos a melhorar:

- Tempo reduzido para o elevado volume de conteúdo.

Sugestões:

- Expandir à equipa multidisciplinar.

**Apêndice VII- Guião de modelo de Parceria à pessoa idosa
frágil e/ou cuidador familiar**

Guião de modelo de Parceria à pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar

1- Revelar-se caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa do enfermeiro e pessoa e cuidador familiar como ser de projeto e de cuidados estabelecendo os termos da relação.
1.1- Dar-se a conhecer à pessoa idosa e/ou cuidador familiar
Cumprimentar a pessoa.
Apresentar-se (nome, desempenho profissional atual).
Explicar o intuito da conversação.
Enfermeiro explicita os termos da relação, dizendo o que se espera de cada um, ou seja, qual é a intencionalidade do cuidado.
Promover a afetividade (demonstrar simpatia/empatia).
Promover um ambiente relacional propício à interação (mostrar disponibilidade e respeito pela pessoa).
Promover a escuta ativa (capacidade de compreensão e avaliação da situação).
1.2- Conhecer a singularidade da pessoa idosa - Projeto de vida, crenças, valores e expectativas.
Nome (nome pelo qual gosta de ser trado).
Idade.
Ano de escolaridade.
Estado civil.
Nacionalidade/naturalidade.
Crenças e valores.
Profissão.
Situação profissional atual.
Condições habitacionais (casa própria/ alugada).
Quem é a pessoa que deverá receber informações.
Contacto telefónico da pessoa idosa e da pessoa de referência.
Com quem não gostaria que partilhássemos informação.
Recorre à USF só quando está doente.
Sente-se compreendido pelos profissionais de saúde.
Sente-se saudável.
Tem feridas ou úlceras de pressão (se sim classificar).
É cuidador familiar de alguém.
O que motiva a pessoa idosa e dá sentido à sua via.
O que tem significado na sua existência.
Quais os seus desejos no seu quotidiano de vida.
2- Envolver-se: caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, promove o cuidado em ambiente seguro.
2.1- Contexto Sócio- Familiar
Rede informal de apoio aos cuidados de saúde.
Alguém poderá ajuda-lo caso fique incapacitado? Se sim quem?
Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a senhor/a, caso não seja capaz de fazê-lo.

Quem o apoia nas fases de maior fragilidade?
Enfermeiro envolve o cuidador familiar nos cuidados.
Desenhar genograma e ecomapa.
2.2- Conhecer a História da saúde/doença atual da pessoa idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida. Processo de recuperação/adaptação.
História da doença atual- início, sinais, sintomas e exames efetuados.
Doenças já existentes.
A pessoa idosa tem conhecimentos dos diagnósticos (compreende e aceita-os?).
Alergias medicamentosas e alergias e intolerâncias alimentares.
Internamentos anteriores. Data do último internamento.
Enfermeiro e médico de família.
Como vivenciou Internamentos anteriores.
A pessoa idosa é responsável pela gestão da terapêutica (qual a estratégia).
A pessoa idosa tem conhecimentos dos diagnósticos (compreende e aceita-os?).
A pessoa idosa recorre a terapias complementares?
2.3- Compreender as reais necessidades e potencialidades da Pessoa Idosa.
Quais são as suas reais necessidades para o cuidado de SI.
Qual o seu potencial de desenvolvimento tendo em conta as necessidades para o cuidado de SI.
2.4- Domínio físico da fragilidade
Sente-se cansado.
Sente-se com perdas de forças.
Tem perda de equilíbrio.
Peso, IMC e altura.
Sente-se limitado na realização das atividades diárias.
Score da escala de Lawton e Brody.
Score da Tilburg Frailty Indicator
Score da escala de Downton
Score no índice de Barthel
Hábitos etanólico/tabágicos e consumo de drogas ilícitas
Se pratica exercício físico.
Se apresentou quedas no período de 1 ano, se sim, quantas e a etiologia).
A estrutura arquitetónica da sua casa a impossibilita de fazer o que pretende?
Tem dificuldades na visão ou audição?
2.5- Domínio Psicossocial da fragilidade
Se participa em programas realizados pela USF.
Hobbies.
Sente-se apoiado.
Se sai todos os dias de casa.
Se utiliza as redes sociais.
Recebe visita de familiares e amigos.
Convive todos os dias com pessoas
Participa em atividades lúdicas? Se sim quais?

Tem sentido perda de memória.
Score da escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - Versão curta
Quais os pensamentos que predominam mais, os positivos ou os negativos?
Tem dor crônica e/ou sente muitas vezes dor?
Tem animal de estimação
Sente-se capaz para resolver os seus problemas.
Sente-se capaz.
Tem alterações no padrão de sono.
Sente-se irritado.
2.6- Capacidades e conhecimentos para o cuidado de SI.
O que a pessoa idosa pode fazer sozinha para promover o cuidado de SI.
O que a pessoa idosa só pode fazer com ajuda para promover o cuidado de SI.
O que a pessoa idosa já não pode fazer para promover o cuidado de SI.
O que o cuidador familiar pode fazer sozinho para promover o cuidado de SI próprio.
O que o cuidador familiar pode fazer com ajuda para promover o cuidado do Outro
O que o cuidador familiar já não pode fazer para promover o cuidado do Outro
3- Capacitar: é construir uma ação conjunta negociada no desenvolvimento de competências para agir e decidir e transforma as capacidades potenciais em reais. Possibilitar: Partilha o significado da experiência com o outro. O enfermeiro possibilita o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer ou capacita o cuidador familiar para o fazer.
Enfermeiro partilha conhecimentos com a pessoa idosa e cuidador familiar.
Enfermeiro negocia os cuidados, respeitando seu valores e crenças.
Respeita a tomada de decisão da pessoa, promovendo a flexibilidade para permitir uma decisão informada.
Atende as prioridades da pessoa idosa e cuidador familiar.
Promove a proatividade, valorizando os conhecimentos e sentimentos da pessoa idosa, estimulando e acolhendo as suas ideias (mostrando-lhe que se lembram do que ela comunicou, desmistificando a questão do incômodo muitas vezes referidos pela pessoa idosa).
Promover o cuidado do Outro- o enfermeiro possibilita o cuidado, assegurando o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer, tomando cuidado com o cuidado que o outro deveria ter consigo próprio. Ou capacita o familiar cuidador para o fazer.
Enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar.
Enfermeiro incentiva a pessoa idosa na adesão ao plano terapêutico.
Enfermeiro ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de SI, tendo em conta a pessoa como um ser de projeto e cuidado no contexto da sua existência e do mundo em que se insere.
Enfermeiro antecipa complicações.

Enfermeiro proporciona conforto e bem-estar.
4- Comprometer-se: desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos.
Enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz, com base no que faz sentido para si.
Enfermeiro ajuda nas escolhas dos clientes, respeitando-as e efetuando as ações necessárias, apoiando as tomadas de decisão das pessoas idosas e cuidador familiar.
As ações efetuadas visam a transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real.
Enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de SI.
5- Assumir ou assegurar o cuidado de SI: a pessoa idosa consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar. Consegue prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.
Consegue assumir ou assegurar o cuidado de SI próprio.
Consegue gerir a sua situação e lidar com ela.
Conseguir decidir qual o melhor caminho para si.
A pessoa idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de SI.
O enfermeiro com a experiência do cliente aprende a ultrapassar a sua própria vulnerabilidade.
Enfermeiro mantém-se como um apoio.
Tem controlo de si e do seu projeto de vida e de saúde.
A pessoa idosa refere conforto e bem-estar.
5-Assumir ou assegurar o cuidado do Outro
O cuidador familiar da pessoa idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do Outro.
O cuidador familiar adquire capacidade para cuidar da pessoa idosa.
Enfermeiro antecipa complicações.
Enfermeiro proporciona conforto e bem-estar à pessoa idosa.
Enfermeiro permite que a pessoa possa prosseguir na sua trajetória de vida.
Enfermeiro mantém-se como um recurso.

Fonte: Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.

**Apêndice VIII - Guião de entrevista semiestruturada aos
profissionais de enfermagem**

Guião de entrevista semiestruturada aos profissionais de enfermagem.

DIMENSÕES E QUESTÕES	OBJETIVOS
QUESTÕES INTRODUTÓRIAS	Objetivos
1) O que significa para si cuidados de saúde amigos das pessoas Idosas?	- Definição, visão, missão
2) Qual o seu entendimento acerca de uma USF amiga das pessoas idosas?	- Expetativas e resultados
INFORMAÇÃO	Objetivos
3) Em seu entender a informação que a USF disponibiliza é adequada a pessoa Idosa?	- Compreender o que os profissionais valorizam acerca da informação disponibilizada aos utentes idosos.
4) A equipa está facilmente identificada tendo em conta as pessoas idosas?	
5) Que sugestões daria para melhorar esta área?	- Identificar sugestões
FORMAÇÃO	Objetivos
6) Tem formação em cuidados geriátricos? Que tipo de formação e onde obteve? Como partilha com os outros colegas?	- Identificar a formação que os profissionais possuem em geriatria.
7) Em seu entender que implicações têm a formação que tem nos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na promoção de cuidados que promovam um envelhecimento ativo e previnam a fragilidade das pessoas idosas?	- Perceber se a instituição tem formação em cuidados geriátricos.
8) A sua instituição tem um plano de informação anual sobre os cuidados à pessoa idosa? Em que áreas?	- Identificar sugestões.
9) Para uma USF amiga das pessoas idosas em que áreas seria necessário investir?	
10) Que sugestões daria para melhorar esta área e quais as áreas que gostaria de ter formação?	
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	Objetivos
11) Na sua prática clínica diária como inclui a educação para a saúde, tendo em vista, um envelhecimento ativo?	- Perceber o significado que os participantes atribuem a educação para a saúde como uma dimensão fundamental da promoção do envelhecimento ativo.
12) Que aspetos do processo de educação para a saúde mais valoriza?	
13) Quais as áreas que considera prioritárias?	- Áreas em que investem

COMUNICAÇÃO	Objetivos
14) Na sua prática clínica, como avalia as barreiras à compreensão das informações pelas pessoas idosas? 15) Como promove uma comunicação eficaz com a pessoa idosa e familiar? 16) Que estratégias utiliza para comunicar com a pessoa idosa?	- Como os profissionais de saúde valorizam a comunicação na relação terapêutica. - Estratégias que usam.
SISTEMA DE GESTÃO DE CUIDADOS	Objetivos
17) Considera que o sistema de cuidados da USF tem em conta as pessoas idosas é facilitador de cuidados amigo das pessoas idosas? Se sim por quê, e senão o que considera que poderia melhorar? 18) A USF monitoriza indicadores específicos relacionados com as pessoas idosas? Se sim, especifique os indicadores. 19) Como é que a USF solicita a participação das pessoas idosas e familiares no planeamento dos cuidados? 20) Existe uma abordagem sistemática para coordenar os cuidados com as organizações além da UFS Y? 21) Que sugestões daria para melhorar esta área?	- Compreender como os profissionais de saúde analisam o sistema de cuidado as pessoas idosas como facilitadoras dos cuidados à pessoa idosa e família. - Analisar se existe uma cultura organizacional centrada na pessoa idosas.
PROCESSO DE CUIDADOS TENDO EM CONTA OS SÍNDROMES GERIÁTRICAS	Objetivos
22) O atendimento clínico das pessoas idosas leva em conta pesquisas e evidências sobre a fisiologia e patologia do envelhecimento, bem como pesquisas em ciências sociais? 23) Na sua prática clínica faz uma avaliação abrangente da pessoa idosa em que contempla as principais síndromes geriátricas? 24) Quais as síndromes geriátricas que considera prioritários intervir? 25) Estas são áreas de risco confirmado para as pessoas idosas a USF possui protocolos e métricas de monitorização para atendimento para resolver os problemas a seguir? Quais os que considera prioritários intervir? Enumere por ordem decrescente as síndromes geriátricas e problemas associados aos cuidados à pessoa idosa: - Risco de quedas; - Úlceras de pressão; - Funcionalidade;	- Compreender como os profissionais de saúde avaliam e intervêm no controlo das grandes síndromes geriátricas.

- Infecções associadas aos cuidados de saúde; - Alterações do sono; - Alterações da nutrição; - Alterações da eliminação (incontinência); - Fragilidade; - Insuficiência cognitiva; - Delirium na pessoa idosa; - Polimedicação; - Dor crónica na pessoa idosa; - Violência contra as pessoas idosas; - Isolamento e solidão. Situações problemáticas no nosso país: - Planeamento de alta; - Hiperutilizadores dos serviços de urgência; - Integração de cuidados.	
AMBIENTE FÍSICO	Objetivos
26) A estrutura física da USF e seus arredores estão projetados e equipados para apoiar as pessoas mais idosas e familiares? Que sugestões daria para melhorar esta área?	
MODELO DE CUIDADOS EM PARCERIA COM AS PESSOAS IDOSAS E FAMILIARES	Objetivos
27) Como é que aborda situações desafiadoras na avaliação da capacidade da pessoa idosa e cuidador familiar para assumirem o cuidado de SI? 28) Na sua prática clínica como promove o cuidado em ambiente seguro estabelecendo uma relação de confiança? 29) Na sua prática clínica de cuidados como capacita a pessoa idosa e cuidador familiar para promover o cuidado de SI? 30) Quais são algumas das barreiras / desafios para tornar USF Y mais amiga das pessoas idosas? 31) Que sugestões daria para melhorar o atendimento das pessoas idosas na USF próximos três anos?	- Analisar o modo como se desenvolve um cuidado centrado na pessoa idosa e cuidador familiar.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Gomes, I., Almeida, I., Alves, P., Reis, P. Cruz, H. (2019). *Projeto USF amiga das pessoas idosas*: Lisboa. ESEL.

**Apêndice IX- Questões *focus-group* para os profissionais
de enfermagem**

Questões *focus-group* para os profissionais de enfermagem.

Obrigada por concordar participar na reunião a realizar no dia ___/___/___ pelas ___ horas na USF Y para falar sobre as Unidades de Saúde Familiares Amigas das pessoas Idosas.

Quadro 1. Caraterização dos participantes Recolha de dados dos participantes profissionais de saúde enfermeiros

Idade	Tempo de experiência	Especialidade	Formação em geriatria

PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS GERAIS

- O que pensa sobre o processo de envelhecimento?
- O que pensa sobre os cuidados de saúde prestados as pessoas idosas pela USF Y? Acha que a USF está adaptada para a população idosa?

INFORMAÇÃO

- Existe sinalização e as sinaléticas com tamanho de letra adequada e Sinais direcionais são exibidos em locais onde há mudanças de direção e as saídas de emergência estão claramente sinalizadas?
- A equipa da USF está facilmente identificada? Usa o nome e emblema da USF no crachá?

FORMAÇÃO

- Em seu entender considera que os profissionais da USF estão habilitados para cuidar da pessoa idosa?
- As consultas dos profissionais de saúde proporcionam esclarecimento, conhecimento e bem-estar?
- Os profissionais de saúde ajudam a pessoa idosa a estabelecer um objetivo e fazer um plano de ação de curto prazo para alcançá-lo relativamente a sua situação de saúde?

EDUCAÇÃO

- Recebe informação para a proteção da saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças?
- Em seu entender são realizados conselhos para mudanças de comportamentos claros, específicos e personalizados, incluindo informações sobre danos / benefícios para a saúde da pessoa idosa?
- São agendados contatos de acompanhamento de forma a fornecer apoio à pessoa idosa?

COMUNICAÇÃO

- Os profissionais de saúde e assistentes administrativos demonstram habilidades de conhecimento e comportamento necessários para comunicar eficazmente com as pessoas idosas?
- Em seu entender os profissionais de saúde e assistentes administrativos utilizam estratégias de comunicação individualizadas à pessoa idosa, avaliando as barreiras à compreensão das informações pelas pessoas idosas?
- Os profissionais de saúde preocupam-se em transmitir informação sobre a forma como as pessoas idosas podem utilizar os serviços/apoios (como e quando os deve utilizar)?

AMBIENTE FÍSICO

- Em seu entender como considera a acessibilidade a USF Y? Como considera sinalização em todo o centro de saúde, tendo em conta a orientação e personalização de serviços;
- Como considera a iluminação, pisos móveis estáveis e corredores relativamente a iluminação e segurança?
- As instalações do centro de saúde, incluindo as áreas de espera, são limpas e confortáveis
- Que sugestões daria relativamente ao ambiente físico?

SISTEMAS DE GESTÃO DE CUIDADOS

- O que pensa acerca da articulação entre profissionais da USF pessoa idosa e cuidador familiar?
- O que pensa acerca da articulação entre os cuidados primários e diferenciados?
- O que pensa acerca da facilidade no acesso a serviços sociais e domiciliários?
- A USF é sensível ao facilitar o acesso aos cuidados necessários a pessoas idosas de baixa rendimento financeiro?

- As pessoas idosas, fazem parte dos mecanismos participativos de tomada de decisão sobre a organização dos serviços da USF?
- As pessoas idosas têm transporte público seguros para se deslocarem à porta da USF?
- Tem conhecimento das políticas de saúde existentes para atender às necessidades da pessoa idosa?
- As pessoas idosas costumam participar em atividades de ação que a USF organiza?

PROCESSO DE CUIDADOS TENDO EM CONTA OS PRINCIPAIS SÍNDROMES GERIÁTRICAS

- Em seu entender os profissionais de saúde mostram compreensão sobre idade, gênero e mudanças relacionadas, e como elas afetam o cuidado?
- Em seu entender os profissionais de saúde realizam um exame físico abrangente considerando as mudanças associado ao envelhecimento?
- Em seu entender os profissionais de saúde planeiam intervenção terapêutica para restaurar e / ou manter o nível de funcionalidade da pessoa idosa?
- Existe algum programa de promoção de cuidados para as pessoas idosas implementados na USF?
- Em seu entender que aspetos poderiam ser trabalhados com os profissionais de saúde para a promoção do cuidado de SI, tendo em conta os problemas de saúde decorrentes do envelhecimento?

MODELO DE CUIDADO PARA INTERVIR COM AS PESSOAS IDOSAS E PROMOVER O CUIDADO DE SI

- Os profissionais de saúde conhecem o que a pessoa idosa pretende para a sua vida e saúde e têm em conta a sua vontade na ação e decisão?
- Os profissionais de saúde fornecem informação necessária para a pessoa idosa lidar com as suas necessidades, e para ser capaz de se envolver em todo o processo de intervenção e conseguir decidir?
- A equipa da USF realiza atividades em conjunto com um grupo de pessoas idosas e com outras faixas etárias?
- Que aspetos considera que podiam ser trabalhados para promover o cuidado de SI?
- Capacita a pessoa idosa e o seu cuidador para cuidarem de SI próprios?
- O que espera que os profissionais da USF (médicos, enfermeiro, assistente social, psicólogo, façam relativamente aos cuidados as pessoas idosas?
- Existe uma continuidade de cuidados adequada entre a USF e os diferentes serviços de saúde?

- O que o ajudaria a melhorar o atendimento as pessoas e idosas e cuidador familiar?
- Como é que os profissionais de saúde lidam com uma população idosa com uma elevada prevalência de fragilidade?
- Antes de terminar gostaria de saber se existem outros assuntos que não tenham sido falados que gostariam de ver discutidos?

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Gomes, I., Almeida, I., Alves, P., Reis, P. Cruz, H. (2019). *Projeto USF [redacted] amiga das pessoas idosas*: Lisboa. ESEL.

**Apêndice X - Análise de conteúdo ao *focus-group* dos
profissionais de enfermagem**

Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados prestados pela USF Y às pessoas idosas e/ou cuidadores familiares- Focus-group

Apresentação dos resultados

A amostra foi constituída por cinco participantes, quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média de 47,8 anos, quatro enfermeiros de cuidados gerais e um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Quadro 1. Categorias, subcategorias, unidade de frequência (UF) e características definidoras das mesmas agrupadas por características facilitadoras e dificultadoras da USF Y amigas das pessoas idosas tendo em conta a perspetiva dos enfermeiros no *focus-group*.

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	UF
Informação	Sinalização do espaço físico	Caraterísticas dificultadoras	
		Elevador não sinalizado	3
		Escadas não sinalizadas	3
		Saída de emergência não sinalizada	3
		Espaço exterior mal identificado	1
		Localização da sinalética alta, dificultando a leitura	3
		Caraterísticas facilitadoras	
		Tamanho da letra permite boa leitura	5
	Identificação dos profissionais	Caraterísticas facilitadoras	
		Usam o crachá com o nome e logotipo da USF	5
		Caraterísticas dificultadoras	
		Fardamento não uniforme	5
Formação	Formação continua	Caraterísticas facilitadoras	
		Tempo de experiência de prática profissional	5
		Experiência de prática profissional por pares	5
		Formação através da pesquisa científica	2
		Caraterísticas facilitadoras	
		Procura de conhecimento	5
		Características dificultadoras	
		Falta de formação e reuniões multidisciplinares	4
Educação	Benefícios para a saúde pessoal	Caraterísticas facilitadoras	
		Esclarecimento de dúvidas	5
		Investir na prevenção	4
		Caraterísticas facilitadoras	

	Contactos de acompanhamento	Aumento na frequência das consultas presenciais	3
		Consulta telefónica	3
		Correio eletrónico	3
	Apoio à PI	Caraterísticas dificultadoras	
		Necessidade de tempo e espaço.	5
Comunicação	Compreensão da informação pela PI	Caraterísticas facilitadoras	
		Adaptação da comunicação à pessoa	5
		Habilidades de conhecimento para comunicar	1
		Avaliação das barreiras de comunicação	5
		Conhecimento integral da PI	3
Ambiente físico	Espaço exterior	Caraterísticas dificultadoras	
		Falta de sinalética no exterior.	3
		Não existe estacionamentos prioritários.	2
	Espaço interior	Caraterísticas facilitadoras	
		Confortável e com boa iluminação	4
		Caraterísticas dificultadoras	
		Tamanho do corredor	1
		Falta de sinalética no interior	3
		Falta de barras de apoio no corredor	1
Sistema de gestão de cuidados	Articulação entre profissionais	Caraterísticas dificultadoras	
		Dificuldades na continuidade de cuidados com os serviços sociais.	3
		Falta de articulação dos cuidados primários com os diferenciados.	5
		Sem conhecimento das políticas públicas de saúde para a PI.	5
	Acessibilidade aos cuidados de saúde	Caraterísticas facilitadoras	
		Equidade no acesso à saúde.	5
		Regularizam situações de isenção de taxas moderadoras.	5
		Caraterísticas dificultadoras	
		Só os táxis é que se deslocam à entrada da USF	3
		Transportes não adaptados para a PI.	3
	Participação das PI nos cuidados	Caraterísticas dificultadoras	
		A PI não participa nas decisões da organização dos CS	3
		Não adesão das PI nas atividades desenvolvidas pela USF.	2
		Caraterísticas facilitadoras	
		Existência de uma caixa de sugestões	4

Intervenção nas Síndromes geriátricas (SG)	Avaliação PI tendo em conta as SG	Caraterísticas facilitadoras	
		Compreensão quanto à idade, género e mudanças relacionadas.	1
		Prevenção e controlo da funcionalidade da PI	2
	Intervenções tendo em conta as SG	Caraterísticas dificultadoras	
		Não realização de um exame físico abrangente	5
		Falta de tempo para intervir	5
		Não existem programas implementados na USF intergeracionais	5
		Caraterísticas facilitadoras	
		Promoção de independência e autonomia	2
Modelo de Parceria nos cuidados	Inclusão da PI na decisão e ação	Caraterísticas facilitadoras	
		Relação de qualidade	1
		Relação de confiança	1
		Tomada de decisão consciencializada	5
		Sensibilização para as problemáticas da PI	1
		Gestão dos cuidados	1
		Individualização do cuidado	1
	Competências para cuidar da PI num trabalho de Parceria	Caraterísticas dificultadoras	
		Não utilizam escalas para avaliar a fragilidade	3
		Limites de enfermagem	2

**Apêndice XI- Análise de conteúdo às entrevistas dos
profissionais de enfermagem**

Quadro 1. Categorias, subcategorias, unidade de frequência (UF) e características definidoras das mesmas agrupadas por características facilitadoras e dificultadoras da USF Y amigas das pessoas idosas tendo em conta a perspectiva dos enfermeiros na entrevista semiestruturada.

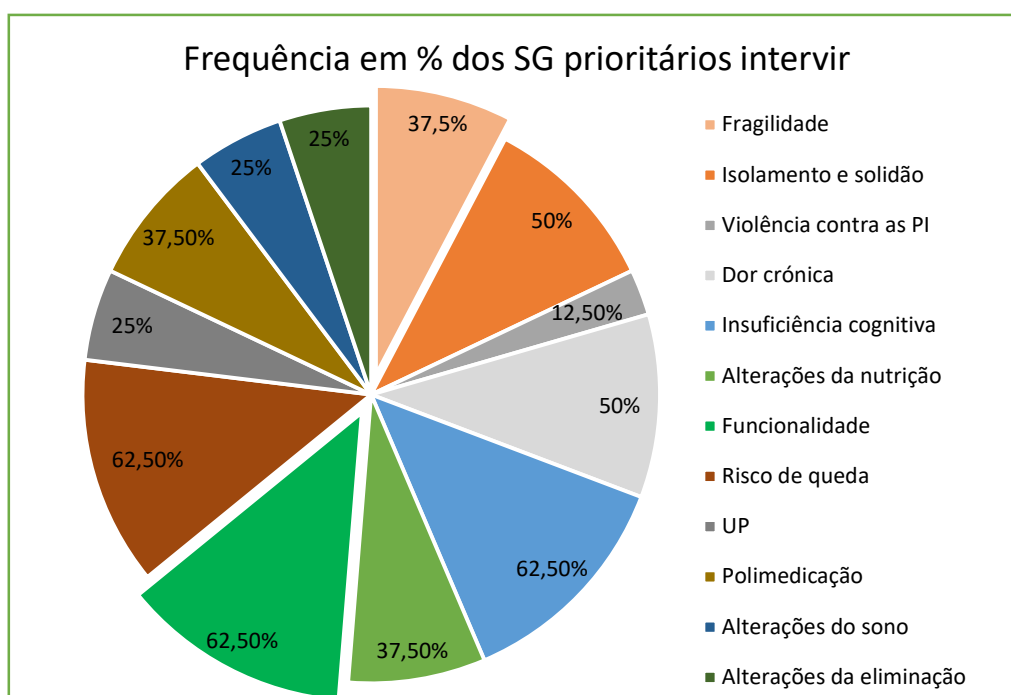
Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	UF
USF e cuidados de Saúde amigos da PI	Cuidados amigos das PI	Características facilitadoras	
		Cuidados específicos para a PI	2
		Apoio à PI	2
		Apoio ao CF	2
		Fácil acesso aos cuidados	1
		Fácil acesso à USF	1
		Apoio social	1
	USF amiga das PI	Características facilitadoras	
		Avaliar a fragilidade na PI	2
		Intervir na fragilidade da PI	2
		Sinalização adequada	2
		Espaço físico adequado	2
		Transportes adaptados	1
		Capacidade de resposta	1
		Mobilizar equipa multidisciplinar	1
		Articulação com outras instituições	1
Informação	Meio de transmissão da informação	Características facilitadoras	
		Informação suficiente	4
		Através do enfermeiro	1
		Características dificultadoras	
		Meios digitais	4
	Acesso à informação	Características dificultadoras	
		Inadequado ao contexto de realidade da PI	4
	Identificação dos profissionais	Características facilitadoras	
		Cumprimento do uso do crachá de identificação	3
		Características dificultadoras	
		Crachá por vezes mal localizado	3
		Letras de difícil leitura	3
		Fardamento não uniforme	5
Formação	Formação cominua	Características dificultadoras	
		Sem formação académica em cuidados geriátricos	4
		Características facilitadoras	
		Com formação académica em cuidados geriátricos	1
		Tempo de experiência de prática profissional	5
		Partilha de conhecimento por pares	5
	Implicações da formação	Características facilitadoras	
		Qualidade de cuidados	2
		Fundamentação das intervenções realizadas à PI	1
		Estar mais desperto para os problemas da PI	1
		Características dificultadoras	
		Os cuidados ficam aquém do desejado	1

	Sugestões de melhoria	Investir em políticas de envelhecimento bem-sucedido	1
		Avaliar a síndrome da fragilidade	1
		Prevenção de quedas	1
		Gestão de medicação	1
		Valorizar a componente psicológica da PI	1
Educação para a saúde	Bem-estar físico	Características facilitadoras	
		Promover o Exercício físico	3
	Pessoa agente da sua saúde	Características facilitadoras	
		Responsabilizar a PI para o cuidado de SI	1
		Evitar complicações a longo prazo	1
	Promover a Interação social	Características facilitadoras	
		Motivação para hábitos interação social	1
		Motivar hábitos de leitura	1
Comunicação	Identificação da barreira de comunicação com a PI	Características facilitadoras	
		Comunicação não verbal	5
	Estratégias de comunicação	Características facilitadoras	
		Adaptar a comunicação à PI	4
		Integrar o CF no processo de cuidados	1
		Salientar mimica labial	1
		Imagens	1
		Repetição	5
	Componente de uma comunicação eficaz	Características facilitadoras	
		Disponibilidade	2
		Validação	5
		Evitar interrupções	2
		Uso do Humor	1
		Empatia	1
		Relação de confiança	1
		Saber ouvir	2
Sistema de gestão de cuidados	Indicadores de avaliação dos cuidados da USF	Características facilitadoras	
		O sistema é facilitador para a PI	2
		Vacina da gripe	5
		Visita domiciliária	5
		Risco de queda	5
		Características dificultadoras	

		O sistema não é facilitador para a PI	3
	Participação das PI nos cuidados	Características facilitadoras	
		Correio eletrónico	5
		Contacto telefónico	5
		Saber o que a PI procura na USF	1
		O que a PI considera USF API	1
		Características dificultadoras	
		A PI não participa nas decisões da organização dos CS	5
		Ausência de indicadores de qualidade na área da PI.	2
Intervenções nas síndromes geriátricas (SG)	Realização de uma avaliação multidimensional	Fatores dificultadoras	
		Não realizam avaliação multidimensional	5
	Quais as SG prioritárias intervir	Fatores dificultadoras	
		Não têm conhecimento das SG	5
		Fatores facilitadoras	
		Intervir na violência contra a PI	5
		Intervir no Isolamento e solidão	5
		Intervir na insuficiência cognitiva	5
		Intervir na alteração da nutrição	4
		Funcionalidade	1
		Dor crónica na PI	4
		Alteração da nutrição	4
		Funcionalidade	5
		Risco de queda	5
		úlceras de pressão	2
		Polimedicação	3
		Alteração do sono	2
		Alterações da eliminação	2
		Fragilidade	3
Ambiente físico	Ambiente físico adaptado	Características facilitadoras	
		Ambiente físico adaptado	2
		Características dificultadoras	
	Sugestões	Ambiente físico não adaptado	3
		Características dificultadoras	
		Problema de raiz de ambiente inadequado	2
Intervenção de	Pressupostos para cuidados em Parceria	Características facilitadoras	
		Disponibilidade	5
		Informar a PI	5
		Capacidade de decisão	5
		Capacitar a PI para assumir o cuidado de SI	5
		Capacitar o CF para assegurar o cuidado do Outro.	5

enfermagem em Parceria nos cuidados		Motivação da Pessoa Idosa	5
	Pressupostos por parte da PI para um cuidado em Parceria	Características facilitadoras	
		Participar no processo de cuidados	3
		Envolvimento	3
		Crítica reflexiva	1
		Aceitação da doença	1
		Transformar o potencial da pessoa idosa em real	1
	Sugestões	Características dificultadoras	
		Formação dos profissionais	5
		Melhorar o acolhimento e atendimento	2
		Permitir horário alargado (via telefone e presencial)	1
		Falta de consultas de <i>follow up</i>	1

Gráfico 1. Síndromes geriátricas que os enfermeiros consideraram prioritárias intervir em frequência em %.



Apêndice XII - *Checklist* para auditoria da USF Y

Quadro 1. *Checklist* para auditoria das ações focadas nas dimensões da USF amigas da pessoa idosa relativas às dimensões Informação, sistemas de gestão de cuidados e ambiente físico.

Data: __/__/__

Assinale com um X a opção correspondente (Sim ou Não).

Informação	Sim	Não
Sinalização		
Existe sinalização em Braille?		
Todas as sinaléticas são colocadas ao nível dos olhos da pessoa idosa?		
Há placas no exterior para identificar o edifício? E são legíveis?		
O tamanho das letras de todos os sinais é adequado?		
Sinais direcionais são exibidos em locais onde há mudanças de direção?		
As saídas de emergência estão claramente sinalizadas?		
Identificação pessoal		
A equipa da USF está facilmente identificada? Usa o nome e emblema da USF no crachá?		
Existe um quadro com os nomes de todos os elementos da USF?		
Aos utentes que recorrem à USF com diminuição da acuidade auditiva e visual a equipa identifica-se com o seu nome e função que desempenha?		
Os crachás têm letras grandes em fundo contraste?		
Os crachás estão identificados por cores?		
Os consultórios estão identificados		
O ecrã que está na sala de espera transmite informação para a promoção da saúde?		
São fornecidos panfletos à pessoa idosa sobre o processo normal do envelhecimento?		
Sistemas de gestão de cuidados	Sim	Não
Os registos são adaptados para a pessoa idosa		
As escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa estão no sistema informático?		
Existe uma articulação entre os cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados?		
Existe uma facilidade no acesso a serviços sociais e domiciliários?		
A USF é sensível ao facilitar o acesso aos cuidados necessários a pessoas idosas de baixa rendimento financeiro?		
As pessoas idosas, fazem parte dos mecanismos participativos de tomada de decisão sobre a organização dos serviços da USF?		

As pessoas idosas têm transporte público seguros para se deslocarem à porta da USF?		
Existe um plano de formação dirigido as pessoas idosas e cuidadores familiares?		
Existe uma filosofia de cuidados de trabalho em Parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar?		
Ambiente físico	Sim	Não
Plano do chão		
Os degraus têm grades ou barras de apoio?		
Existe rampa? A rampa tem grades ou barras de apoio?		
A rampa tem um declive suave?		
A entrada é acessível para pessoas que usam cadeira de rodas?		
A área à entrada da porta é livre de obstáculos?		
Existe corrimão ou barras de apoio nos corredores?		
Os corredores são amplos e estão livres?		
As saídas de emergência são facilmente identificáveis e acessíveis?		
Existe um estacionamento para deficientes / pessoas idosas perto da entrada principal?		
A porta do elevador é fácil de identificar?		
Existe um caminho acessível ao elevador?		
O elevador é acessível a todos os andares?		
Existe um telefone público perto da entrada ou na sala de espera?		
Existe um balcão de receção perto da entrada e facilmente identificável?		
Os consultórios estão organizados de forma lógica e de fácil compreensão?		
O piso não é escorregadio e está bem conservado?		
Os móveis e acessórios estão bem organizados para evitar quedas?		
Há cadeiras de rodas suplentes disponíveis?		
Os consultórios e corredores têm luz e ventilação suficiente?		
Casas de banho		
As casas de banho estão próximas do hall de entrada?		
Existe algum sistema de alarme em situação de emergência?		
Os dispositivos são adequados e fáceis de utilizar?		

Existe barras de apoio?		
É acessível a pessoas que usam cadeiras de rodas?		
Alimentação		
A alimentação está acessível no interior do edifício?		
Piso do 1º andar		
Os corrimãos ou barras de apoio são contínuos?		
A altura dos corrimãos ou barras de apoio são apropriadas?		

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Gomes, I., Almeida, I., Alves, P., Reis, P. Cruz, H. (2019). *Projeto USF [redacted] amiga das pessoas idosas*: Lisboa. ESEL.

Apêndice XIII- Instrumento de avaliação abrangente

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 atacar 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

**Apêndice XIV- Consentimento informado esclarecido e livre
para os profissionais de enfermagem**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS

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. 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, 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 profissionais da sua área disciplinar, da equipa da USF, que nos permitirá perceber a sua opinião acerca dos cuidados prestados pela UFS às pessoas idosas e/ou cuidador familiar e o que pudermos fazer para tornar a USF Y mais amiga das pessoas idosas.

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.**

Identificação das Investigadoras:

Nome: Hermínia Daniela Teixeira da Cruz (estudante nº 8864),

Endereço eletrónico: herminiacruz@campus.esel.pt

Profissão: Enfermeira a frequentar o 10º Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa.

Local de trabalho: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

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

Assinatura de quem pede consentimento

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 este estudo e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela estudante.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Documento elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

**Apêndice XV – Poster- Intervenções de enfermagem na
prevenção da fragilidade na pessoa idosa numa USF**

Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa numa USF

¹Hermínia Daniela Cruz; ²Idalina Delfina Gomes; ³Isabel Almeida

Justificação do projeto

Palavras-chave: Fragilidade, Pessoa Idosa, USF amiga das pessoas idosas, promover o Cuidado-de-Si, Intervenções de enfermagem.

Uma unidade de saúde familiar (USF) da região de Lisboa assumiu ser uma USF amiga das pessoas idosas e neste âmbito iniciou a intervenção na prevenção e controlo da síndrome de fragilidade (SF) na Pessoa Idosa (PI). Esta decisão teve como base um estudo realizado em 2018, concluindo-se que 52% desta população era frágil [1]. A complexidade destas situações, colocam aos enfermeiros especialistas, na área da PI, desafios ao nível do desenvolvimento de uma enfermagem avançada, que permita uma visão holística e um desenvolvimento de intervenções que ajudem a PI a promover o Cuidado-de-Si.

Fundamentação

A fragilidade é uma problemática emergente a nível nacional e internacional, pelas implicações na funcionalidade o que obriga a uma atenção particular na prática clínica, visando promover a máxima funcionalidade [2]. Nos estudos nacionais e internacionais consultados é possível constatar que as intervenções de enfermagem para a prevenção da SF ainda carecem de mais investigação e que se encontram centradas na dimensão física. Esta síndrome é multidimensional e envolve uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais [3]. É extremamente importante desenhar um plano de intervenção de enfermagem para prevenir a fragilidade baseada na evidência científica, ajudando a pessoa a promover o Cuidado-de-Si.

Objetivos

- Desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista na prevenção da fragilidade em parceria com a PI e/ou cuidador familiar;
- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da fragilidade na PI e/ou seu cuidador.



Fig. 1- USF Amiga das pessoas idosas.

Estratégias e instrumentos

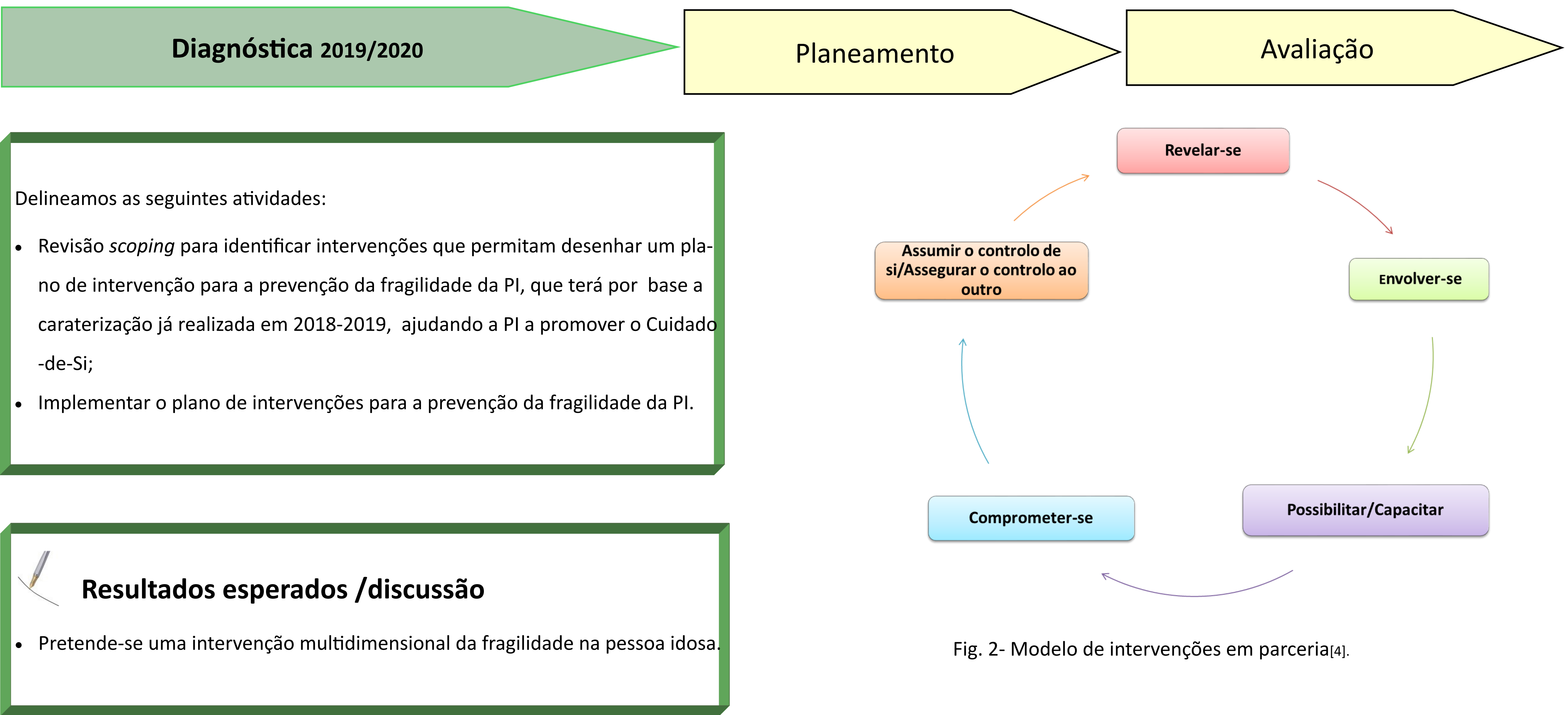


Fig. 2- Modelo de intervenções em parceria[4].

Conclusão

Pretendemos desenvolver uma prática de enfermagem avançada, desenvolvendo conhecimento especializado baseado na melhor evidência que nos permita suportar a tomada de decisão relativamente ao cuidado à pessoa idosa com SF, identificando intervenções que permitem o desenho de um plano de intervenção que contribua para a promoção da sua funcionalidade. Este projeto também permitir-nos-á desenvolver competências de enfermagem avançada, ao nível contributo específico do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, integrada na equipa multidisciplinar, na área de intervenção da PI frágil e família, mobilizando conhecimentos no domínio da prática clínica, responsabilidade profissional, ética e legal, gestão, investigação e melhoria da qualidade cuidados, não descurando a visão reflexiva e integradora no desenvolvimento de competências.

Implicações/recomendações para a prática

Com este projeto pretendemos formar formando, o que exige mobilizar e expandir o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada que suporte a prática clínica especializada no cuidado à PI frágil. Sugere-se no futuro a realização de um estudo que permita avaliar a eficácia das intervenções que se pretende implementar.

Referências bibliográficas

- [1] Verde e Gomes (2019). *A prevenção do risco da fragilidade: Cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- [2] Hoogendijk et al. (2019). Frailty : implications for clinical practice and public health. *The Lancet*. 394(10206), 1365–1375. Doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6.
- [3] Teixeira I.N.A. (2006). *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional* (Dissertação de mestrado). Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/252491/1/Teixeira_IlkaNiceiaD%27AquinoOliveira_M.pdf.
- [4] Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.

**Apêndice XVI- Diagnósticos e intervenções de enfermagem
em Parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar**

Quadro 1. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar

Passo 3 - Intervenções de enfermagem (educação para a saúde, tratamento, acompanhamento).	
A: Diagnósticos de enfermagem a nível psicossocial	Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar
Memória prejudicada	Estabelecer um ambiente seguro e confiança com a pessoa idosa. • Conhecer o patrimônio individual da pessoa idosa. • Demonstrar confiança e interesse na pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar. • Escolher um ambiente confortável • Disponibilizar o tempo adequado. • Oferecer apoio e empatia à pessoa idosa. • Desenvolver estratégias de comunicação (por exemplo imagens ou outras palavras) se necessário. • Avaliar as capacidades físicas e mentais para participar em atividades recreativas da comunidade e USF. • Usar habilidades de comunicação, como reflexão para o desenvolvimento de relacionamentos. Aprofundar a avaliação cognitiva • Avaliar a função cognitiva da pessoa idosa- Escala de MiniMental. Intervenções para melhorar a memória. • Dar preferência às terapias não farmacológicas • Dar <i>feedback</i> positivo imediato à pessoa idosa com deficiência cognitiva. • Manter o foco das sessões privilegiando o processo em prol do produto final. • Terapias não farmacológicas - Dar preferência às terapias não farmacológicas como jogos de diferença, nomeação de categorias, resolução de problemas, utilização de auxiliares de memória e terapia de reminiscência (de uma forma gradual, não introduzir muitas atividades em simultâneo). - Estimular os cinco sentidos. - Terapia das recordações - Informar os familiares sobre os benefícios das recordações. • Observar a linguagem corporal, a expressão facial e o tom de voz para identificar a importância das lembranças para a pessoa idosa. • Estimular a escrita sobre os eventos passados. • Encorajar a expressão verbal de sentimentos positivos e negativos dos eventos passados. • Descrever os benefícios da estimulação de uma variedade de modalidades sensoriais. • Usar um resumo como ponto de partida para futuras conversas. • Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação. Modo de intervir em parceria com o cliente. • Discutir as responsabilidades da pessoa idosa na relação entre duas pessoas, enfermeiro e paciente.

	• Olhar para a pessoa como um ser de projeto e de cuidado para a construção de um processo de parceria. Avaliação final Usar um resumo como ponto de partida para futuras conversas. Marcar novo encontro com a pessoa idosa Dar <i>feedback</i> positivo do seu progresso.
Risco de Solidão Depressão Isolamento social Risco de baixa autoestima	Estabelecer um ambiente seguro e confiança com a pessoa idosa • Demonstrar confiança e interesse na pessoa idosa. • Dar voz ativa à pessoa idosa e seu cuidador familiar. • Ser um apoio para a pessoa idosa e seu cuidador familiar. • Conhecer o património individual da pessoa idosa. • Ver a pessoa como um ser de inter-relação social. • Investigar o significado pessoal das atividades sociais preferidas. • Incluir a pessoa idosa no planeamento de atividades sociais e comunitárias. • Apoiar a pessoa idosa e/ou cuidador na identificação de atividades que tenham benefícios para si mesmo. • Ajudar a pessoa idosa a escolher atividades que vão ao encontro das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. Aprofundar a avaliação da depressão, isolamento social e solidão. • Rastrear a depressão avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na pessoa idosa- Escala de Depressão de Yesavage- Versão curta. • Avaliar se a casa tem barreiras físicas que comprometam a saída da pessoa idosa. • Saber se a pessoa idosa vive numa área rural ou urbana. • Saber se existe transportes públicos acessíveis para a pessoa idosa de deslocar. Intervenções para melhorar o risco de solidão, isolamento social e autoestima. • Desenvolver programas de intervenção que promovam a interação social. • Estimular e transmitir reforço positivo na participação de programas de interação social na USF. • Permitir uma comunicação eficaz facilitando o uso de aparelhos auditivos. • Permitir a deslocação da pessoa idosa através de auxiliares de marcha e uso de óculos. • Promover o envolvimento em interesses completamente novos. • Avaliar a comunicação verbal e não-verbal da pessoa idosa e seu cuidador. • Ajudar a pessoa idosa na perceção dos pontos fortes e das limitações em comunicar com os outros. • Estimular a pessoa idosa a mudar de ambiente, como sair para caminhar, ir ao cinema, participar nas atividades sociais e comunitárias. • Apoio emocional. • Promoção de esperança. • Olhar para o cérebro como um órgão social. • Saber se a pessoa idosa está exposta a situações de conflito. • Saber se a pessoa idosa tem boa relação e suporte familiar. • Desenhar o ecomapa e genograma da pessoa idosa. • Saber qual a rede de apoio social da pessoa idosa. • Informar a pessoa idosa dos recursos existentes na comunidade.

	Modo de intervir em parceria com o cliente. • Trabalhar em parceria com as juntas de freguesia, indo ao encontro das necessidades da população. • Conhecer os recursos que a comunidade oferece, encaminhando a pessoa idosa para as mais indicadas de acordo com a sua fragilidade. • Discutir as responsabilidades da pessoa idosa na relação entre duas pessoas, o enfermeiro e pessoa idosa. • Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação. • Identificar a pessoa idosa e seu cuidador com necessidades contínuas de cuidados. • Conhecer as dificuldades económicas da pessoa idosa e seu cuidador se assim for necessário. • Olhar para a pessoa como um ser de projeto e de cuidado para a construção de um processo de parceria. Avaliação final • Saber se a pessoa idosa recorreu aos recursos da comunidade e se sim quais. • Saber o dia a dia da pessoa idosa. • Permitir que a pessoa avalie a sua perceção de saúde. Marcar novo encontro com a pessoa idosa Dar <i>feedback</i> positivo do seu progresso.
B e C: Diagnósticos de enfermagem Fragilidade física	Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar
Risco de queda.	Estabelecer um ambiente seguro e confiança com a pessoa idosa • Demonstrar confiança e interesse na pessoa idosa e/ou cuidador familiar. • Conhecer o património individual da pessoa idosa e/ou cuidador familiar. Aprofundar a avaliação do risco de queda. • Avaliar o risco de queda da pessoa idosa- Escala de Downton • Avaliar o ambiente físico, moradia segura- a existência de barreiras arquitetónicas. • Contabilizar o número de quedas no período de 12 meses. Intervenções para melhorar o risco de queda. • Ajudar a pessoa idosa a escolher atividades que vão ao encontro das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais • Identificar deficits cognitivos ou físicos à pessoa idosa capazes de aumentar o potencial de quedas em determinado ambiente. • Identificar comportamentos e fatores que propiciam o risco de queda (diminuição da acuidade visual, dificuldade na marcha e equilíbrio). • Identificar características ambientais que podem aumentar o risco de queda (por exemplo escadas sem proteção, tapetes soltos e moveis instáveis). • Verificar se a pessoa idosa usa calçados do tamanho adequado, que esteja bem-adaptado e que sejam antiderrapantes. • Marcar os limites das portas ou degraus se assim for necessário • Educar sobre ambiente seguro (iluminação adequada, corrimãos e o não uso de tapetes). • Providenciar um ambiente limpo e organizado. • Rever guia terapêutico (ansiolíticos, hipertensores entre outros).

	• Estar atenta a possíveis alterações terapêuticas e comunicar com a equipa médica sempre que for necessário, de forma a minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos. • Educar o cuidador familiar na identificação de perigos em casa e modificá-los. • Sinalizar a pessoa idosa com risco de queda e transmitir essa informação ao cuidador familiar e rede de apoio. Modo de intervir em parceria com o cliente. • Discutir as responsabilidades da pessoa idosa na relação entre duas pessoas, enfermeiro e paciente. • Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação. • Ajudar a pessoa idosa e seu cuidador a modificar comportamento inadequado, sempre que possível. • Olhar para a pessoa como um ser de projeto e de cuidado construindo um processo de parceria. Avaliação final • Avaliar se a pessoa idosa alterou o ambiente, comportamento, vestuário que estava propenso a quedas. Marcar novo encontro com a pessoa idosa. • Dar <i>feedback</i> positivo do seu progresso. • Incentivar à mudança e dos benefícios que a mesma trás.
Mobilidade física comprometida. Marcha comprometida	Estabelecer um ambiente seguro e confiança com a pessoa idosa • Conhecer o património individual da pessoa idosa. • Demonstrar confiança e interesse na pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar. • Escolher um ambiente confortável • Disponibilizar o tempo adequado. • Oferecer apoio e empatia à pessoa idosa. • Desenvolver estratégias de comunicação (por exemplo imagens ou outras palavras) se necessário. • Usar habilidades de comunicação, como reflexão para o desenvolvimento de relacionamentos. Aprofundar a avaliação da funcionalidade e mobilidade. • Avaliar a funcionalidade na pessoa idosa - Índice de Barthel. • Avaliar a realização das AVD's e AIVD's - Escala de Lawton & Brody. • Avaliar se houve redução do número de quedas. Intervenções para melhorar a funcionalidade de mobilidade. • Providenciar e informar da existência dos dispositivos auxiliares de marcha, para <u>capacitar</u> a pessoa idosa. • Instruir programas de exercício físico: de força muscular, equilíbrio e caminhada, flexibilidade e cardiovascular. Modo de intervir em parceria com o cliente. • Discutir as responsabilidades da pessoa idosa na relação entre duas pessoas, enfermeiro e paciente. • Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação. • Ajudar a pessoa idosa e seu cuidador a modificar comportamento inadequado, sempre que possível.

	• Comprometer-se com a pessoa idosa e a pessoa idosa comprometer-se com o enfermeiro. • Transformar o potencial em real. • Olhar para a pessoa como um ser de projeto e de cuidado construindo um processo de parceria. Avaliação final • Validar o cumprimento do plano de exercício físico. • Avaliar a auto- eficiência. Marcar novo encontro com a pessoa idosa. • Dar feedback positivo do seu progresso. • Incentivar à mudança de comportamentos para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.
Nutrição desequilibrada: inferior às necessidades orgânicas Nutrição desequilibrada: superior às necessidades orgânicas	Estabelecer um ambiente seguro e confiança com a pessoa idosa • Demonstrar confiança e interesse na pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar. • Discutir as responsabilidades da pessoa idosa na relação entre duas pessoas, enfermeiro e paciente. • Olhar para a pessoa como um ser de projeto e de cuidado para a construção de um processo de parceria. • Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação. • Conhecer o património individual da pessoa idosa. Aprofundar a avaliação da funcionalidade e mobilidade. • Realizar uma avaliação nutricional- Escala de Mini Nutritional Assessment MNA®. Intervenções para melhorar a funcionalidade de mobilidade. • Questionar as preferências alimentares da pessoa idosa. • Identificar os comportamentos alimentares a serem alterados. • Questionar a pessoa idosa quanto à existência de alergias alimentares. Se sim quais. • Permitir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar obstipação. • Solicitar o apoio da nutricionista para prescrever um plano alimentar, tendo em conta a situação de saúde de cada pessoa. • Avaliar as capacidades da pessoa idosa em confeccionar os alimentos e se necessário sinalizar para apoio domiciliário. • Disponibilizar informação adequadas sobre as necessidades nutricionais e a forma de as satisfazer. • Avaliar sinais de desidratação e desnutrição. • Observar as gengivas quanto ao edema, aspeto, retração e sangramento. • Avaliar se a pessoa tem deficiência cognitiva ou físicas. • Avaliar a situação socioeconómica da pessoa idosa. • Observar a cavidade oral (se tem lesões, reduzido número de peças dentárias ou próteses não adaptadas). • Questionar a existência de náusea e vômito. • Pesquisar o cliente sempre que necessário. • Identificar alterações abruptas de ganho ou perda de peso. • Estar desperta para possíveis dificuldades económicas. • Estimular uma alimentação rica em vitamina D. • Identificar patologias psiquiátricas e cardiovasculares. • Analisar a terapêutica da pessoa idosa.

	Modo de intervir em parceria com o cliente. • Discutir as responsabilidades da pessoa idosa na relação entre duas pessoas, enfermeiro e paciente. • Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação. • Ajudar a pessoa idosa e seu cuidador a modificar comportamento inadequado, sempre que possível. • Comprometer-se com a pessoa idosa e a pessoa idosa comprometer-se com o enfermeiro. • Transformar o potencial em real. • Olhar para a pessoa como um ser de projeto e de cuidado construindo um processo de parceria. Avaliação final • Avaliar se a pessoa alterou comportamentos alimentares menos corretos • Avaliar a auto- eficiência. Marcar novo encontro com a pessoa idosa. • Dar <i>feedback</i> positivo do seu progresso. • Incentivar à mudança de comportamentos para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.
Proteção ineficaz. Gestão do regime terapêutico familiar ineficaz. Risco de Gestão da saúde ineficaz.	• Elucidar a pessoa idosa para a não comprar medicamentos sem receita médica. • Educar a pessoa idosa e/ou seu cuidador familiar sobre os efeitos colaterais da medicação, para prevenir acidentes ou incidentes e garantir a segurança da pessoa idosa. • Comunicar de forma clara dúvidas relacionadas com a medicação e validar a informação fornecida. Se pessoa idosa analfabeta adaptar estratégias de comunicação. • Solicitar à pessoa idosa que traga a medicação às consultas de enfermagem (sempre que for necessário) de forma que, o enfermeiro compreenda e analise como a pessoa idosa gere a medicação. • Reduzir o número de tomas, evitando os erros terapêuticos. • Dar preferências aos medicamentos de libertação perlongada, para reduzir o número de tomas.
Disposição para o autoconceito melhorado	Pessoas idosas não frágeis • Aconselhar no cumprimento de comportamentos saudáveis para um envelhecimento ativo. • Apoiar a tomada de decisão. • Educação para a saúde nas áreas necessárias para cada indivíduo. • Encaminhamento para outros profissionais se assim for necessário • Identificar os riscos a que a pessoa idosa esta sujeita. • Modificar comportamento menos saudáveis. • Alertar para o risco da polimedicação e iatrogenia da mesma. • Incentivar à adesão da medicação. • Incentivar a não comprar medicamentos sem receita médica. • Informar a pessoa idosa da existência, ou não de subsídios para a compra dos medicamentos. • Ser recurso para apoiar na gestão da medicação. • Desenvolver programa de saúde. • Conhecer políticas de saúde • Ser o suporte da pessoa idosa e/ou cuidador familiar. • Incentivar à criatividade para novas experiências educacionais.

**Apêndice XVII- Análise SWOT e objetivos, atividades,
indicadores de avaliação e recursos para o projeto de
estágio**

Quadro 1. Análise SWOT do projeto de estágio.

	Facilitador	Difícultador
Internos (serviço)	Forças ✓ Motivação pessoal para a aprendizagem; ✓ Continuidade do projeto da USF; ✓ Peritos na área - Enfª Orientadora com Especialidade de Médico-Cirúrgica Vertente pessoa idosa. ✓ Capacidade de adaptação.	Fraquezas ✓ Inexperiência em desenvolver um projeto; ✓ Limitados conhecimentos do sistema informático utilizado na USF (Sclinico); ✓ Inexperiência na área da investigação; ✓ Inexperiência da dinâmica de funcionamento de uma USF.
Externos (ambiente)	Oportunidades ✓ Elevada percentagem de pessoas idosas frágeis na população; ✓ Percurso académico; ✓ Tema pertinente e atual; ✓ Motivação da equipa da USF em participar no projeto; ✓ Continuidade do projeto da USF; ✓ Inexistência de intervenções direcionadas para a pessoa idosa frágil.	Ameaças ✓ Ser um elemento externo da equipa; ✓ Atividades decorrentes em simultâneo.

Quadro 2. Objetivos, atividades, indicadores de avaliação e recursos para o projeto de estágio.

Objetivo geral			
1. Desenvolver competências como enfermeira especialista de Médico-Cirúrgica vertente pessoa idosa e mestre nomeadamente na prevenção da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
1.1- Desenvolver e adquirir conhecimentos como EEMCVPI, em particular sobre a fragilidade e as intervenções de enfermagem recomendáveis para a prevenção e controlo da fragilidade em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar.	✓ Estágio na USF e serviço de medicina. ✓ Revisão narrativa da literatura com fundamento nas bases de dados online, artigos e livros sobre: conceito da síndrome da fragilidade e pessoa idosa frágil; instrumentos de avaliação e intervenções de enfermagem recomendáveis para prevenir a fragilidade na PI. ✓ Revisão <i>scoping</i> da literatura, sobre as intervenções de enfermagem para prevenir a fragilidade da pessoa idosa; ✓ Identificação das necessidades da pessoa idosa frágil hospitalizada e no contexto da comunidade. ✓ Identificação das intervenções de enfermagem recomendáveis para a pessoa idosa frágil no contexto da comunidade e hospitalar. ✓ Promoção de um ambiente seguro à pessoa idosa.	✓ Realiza uma revisão narrativa da literatura. ✓ Realiza uma revisão <i>scoping</i> da literatura. ✓ Identifica as necessidades da pessoa idosa e/ou cuidador familiar no contexto da comunidade e hospitalar. ✓ Identifica as intervenções de enfermagem recomendáveis para prevenir a fragilidade da pessoa idosa; ✓ Proporciona um ambiente seguro à pessoa idosa.	Humanos: Prof.^a orientadora da ESEL. Materiais: computador, livros e artigos científicos. Técnicos: internet.

Objetivo geral			
2. Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa frágil e/ou seu cuidador, através de um plano de intervenções.			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
2.1- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na implementação de intervenções de enfermagem, tendo por base um modelo de intervenção em Parceria para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa na comunidade.	✓ Estágio na USF e serviço de medicina. ✓ Realização de uma reunião com a enfermeira chefe para apresentar o projeto de estágio. ✓ Realização de ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem ✓ Reflexão tendo em conta uma aprendizagem significativa, sobre os cuidados prestados em Parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar com a intenção de prevenir a fragilidade da pessoa idosa.	✓ Regista os conteúdos abordados na reunião. ✓ Desenvolve conhecimentos na equipa de enfermagem relacionados com a importância da intervenção do enfermeiro na prevenção da fragilidade. ✓ Apresenta estudos de caso	Humanos: Enfermeira Chefe e equipa de Enfermagem; Prof.^a orientadora do serviço. Materiais: Livros e artigos científicos Técnicos: Computador e projetor. Físicos: USF e serviço de medicina.

2.2- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, na implementação de intervenções de enfermagem para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa na comunidade.	✓ Estágio na USF. ✓ Aplicação do indicador de fragilidade de Tilburg. ✓ Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem para apresentar o projeto. ✓ Formação da equipa de enfermagem para dar a conhecer um desenho do plano de intervenções. ✓ Realização de um artigo científico com as intervenções de enfermagem recomendáveis para prevenir a fragilidade da pessoa idosa no contexto domiciliário. ✓ Integração do projeto de investigação na UI&DE nas intervenções de enfermagem no contexto de cuidados ao nível hospitalar e da comunidade para a promoção do cuidar de SI.	✓ Avalia a fragilidade da pessoa idosa, segundo o indicador de fragilidade de Tilburg. ✓ Realiza reunião com a equipa de enfermagem para apresentar o projeto e documentá-lo. ✓ Formar a equipa de enfermagem, para dar a conhecer o desenho do plano de intervenções. ✓ Publica artigo sobre as intervenções de enfermagem recomendáveis para prevenir a fragilidade da pessoa idosa no contexto comunitário. ✓ Apresenta o projeto de estágio à equipa.	Humanos: Enfermeira Chefe e Equipa de enfermagem, Prof.^a orientadora do serviço. Materiais: Livros e artigos científicos. Técnicos: Computador e projetor. Físicos: USF e serviço de medicina.
--	--	---	---

2.3- Conhecimento do modelo de intervenção em Parceria para a promoção do cuidado de SI.	✓ Identificação os contributos do modelo de Parceria para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção do cuidado de SI.	✓ Desenvolve um trabalho de investigação, sobre a caracterização da fragilidade da pessoa idosa e as intervenções de enfermagem para a promoção do cuidado de SI. ✓ Promove qualidade de vida à pessoa idosa; ✓ Adapta os cuidados de enfermagem à singularidade da pessoa; ✓ Mobiliza recursos em parceria com a pessoa idosa, fase à doença; ✓ Permite que a pessoa idosa seja capaz de concretizar o seu projeto de vida, promovendo um sistema de sustentabilidade.	Humanos: Prof.^a orientadora da ESEL. Materiais: livros e artigos científicos. Técnicos: computador.
---	--	---	--

2.4- Intervir em processo de Parceria com a pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar na promoção para o cuidado de SI.	✓ Estágio na USF e serviço de medicina. ✓ Prestação de cuidados de enfermagem em Parceria com a pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar, presencialmente em contexto hospitalar e da comunidade. ✓ Avaliação multidimensional da pessoa idosa. ✓ Entrevistas à pessoa idosa, para conhecer a sua singularidade e perceber as suas necessidades. ✓ Planeamento de intervenções de enfermagem para a pessoa idosa frágil. ✓ Elaboração de estudos de caso; ✓ Reuniões formais e informais com a equipa de enfermagem, para a reflexão da prática clínica. ✓ Avaliação do contexto onde vive a pessoa idosa. ✓ Identificação dos contributos do modelo de Parceria, para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar na promoção do cuidado de SI.	✓ Presta cuidados de enfermagem em Parceria com a pessoa idosa frágil e/ou cuidador familiar. ✓ Avalia a pessoa idosa de forma multidimensional. ✓ Entrevista a pessoa idosa, para conhecer a sua singularidade e perceber as suas necessidades. ✓ Existência de estudos de caso que demonstrem a promoção do cuidado de SI. ✓ Regista as reflexões sobre as reuniões. ✓ Avaliar o contexto onde a pessoa idosa vive. ✓ Presta cuidados de enfermagem avançados em Parceria com pessoa idosa frágil em contexto da comunidade e hospitalar. ✓ Identificar os contributos do modelo de Parceria para a pessoa idosa e/ou cuidador familiar, na promoção do cuidado de SI.	Materiais: livros e artigos científicos. Técnicos: computador.
---	--	---	--

Objetivo geral			
3. Contribuir para a implementação do projeto de investigação ação USF Y amiga das pessoas idosas.			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
3.1- Fazer o diagnóstico da situação relativamente aos pontos necessários para a USF Y ser considerada amiga das pessoas idosas. 3.2- Desenhar um plano de intervenções para prevenir a fragilidade da pessoa idosa no contexto comunitário	✓ Estágio na USF. ✓ Avaliação da perspetiva dos enfermeiros acerca de uma USF amiga das pessoas idosas através de entrevistas semiestruturadas e <i>focus-group</i> ✓ Avaliação das ações realizadas e as que faltam ser realizadas na USF Y para ser considerada amiga das pessoas idosas. ✓ Realização do plano de intervenções para prevenir a fragilidade na pessoa idosa.	✓ Avalia a perspetiva dos enfermeiros acerca de uma USF amiga das pessoas idosas através de entrevistas semiestruturadas e <i>focus-group</i> ✓ Avalia as ações realizadas e as que faltam ser realizadas na USF Y para ser considerada amiga das pessoas idosas. ✓ Realiza um plano de intervenções para prevenir a fragilidade na pessoa idosa.	Materiais: livros e artigos científicos. Técnicos: computador.