

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Intervenção Estruturada de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa e Cuidador Familiar

Miguel Aires Soares

Lisboa

2016



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

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em
Contexto Domiciliário: Intervenção Estruturada de
Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa e
Cuidador Familiar


Miguel Aires Soares

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

A realização do presente trabalho, só se tornou possível graças a todo o apoio força e coragem incondicionais, que me foram transmitidos por aqueles que acompanharam mais de perto este meu longo percurso. Deste modo, não posso deixar de agradecer...

À minha orientadora Professora Doutora Idalina Delfina Gomes, por ter aceitado orientar este trabalho, pelo seu constante estímulo, encorajamento, apoio, sabedoria, esperança depositada e sobretudo por ter acreditado no meu trabalho ao último segundo.

Às Enfermeiras Orientadoras Enf.^a Silvia Matias e Enf.^a Célia Fraqueiro, e a todos os elementos das equipas que me acompanharam, pelo seu apoio, confiança e disponibilidade demonstrada.

Aos meus pais e avós, pelo amor, carinho, apoio e estímulo, durante todo este processo, e nos momentos que mais desmotivado estava.

Ao Enf.^o Tiago Nascimento, meu amigo e camarada, pelo companheirismo, apoio e motivação constante sobretudo na última fase deste percurso.

A todos os meus colegas e amigos da Unidade e do Hospital por toda a confiança, carinho, motivação e apoio que me foram dando.

A todos aqueles que de alguma maneira me permitiram terminar este percurso longo e nem sempre fácil...

Não existem palavras suficientes para exprimir a minha gratidão... O vosso apoio nunca será esquecido...

A todos ...
OBRIGADO !

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação de apoio à vítima

ARS - Administração Regional de Saúde

CADI - Carers' Assessment of Difficulties Index (Avaliação das Dificuldades do Cuidados)

Cit- citado

Coord. - Coordenadores

CTS – Conflict tactics Scale

DOHC – Department of Health and Children

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GDS 15 - Geriatric Depression Scale 15 (Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens)

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE - Mini-Mental State Examination (Avaliação Breve do Estado Mental)

MNA – Mini Nutrition Assessment

N.º - número

NCEA - National Center on Elder Abuse

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Org. - Organizadores

p. – página

pp. – de página a página

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

UE – União Europeia

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

O abuso à pessoa idosa representa uma violação grave dos direitos humanos que conduz a custos elevados, quer sejam de natureza individual, social, económica e de saúde (Krug et al., 2002;WHO, 2004) e que tem vindo a ser reconhecido como um dos problemas mais graves de saúde pública (OMS, 2004). No último ano em Portugal 12,3% das pessoas com mais de 60 anos sofreu abuso físico, emocional, financeiro, sexual ou negligência no domicílio (Gil et al , 2013).

A melhoria das condições de vida tem permitido o aumento da esperança de vida mas acarretou também um acréscimo das doenças crónicas e da dependência nas pessoas idosas. O aumento do índice de dependência na pessoa idosa exige um maior apoio da família, no entanto, esta sofreu grandes alterações nas últimas décadas, o que dificulta o desenvolvimento desta tarefa (Sequeira, 2010). Cuidar de uma pessoa idosa dependente torna-se uma tarefa exigente implicando a abdicação de hábitos e formas de estar na vida pelo familiar cuidador, podendo surgir, quando não existem os apoios necessários, situações de stress, sobrecarga, isolamento, que podem originar situações de abuso ao idoso (Gonçalves, 2006). Compete aos enfermeiros da comunidade atuar em todos os níveis de prevenção de situações de abuso à Pessoa Idosa, através da avaliação das necessidades dos clientes e respetivos cuidadores familiares. Deverá assim intervir no sentido de assegurar a segurança do cliente e garantir a manutenção da sua saúde, bem como a capacitação do cuidador familiar de forma a garantir a prevenção de situações de abuso à pessoa idosa por sobrecarga do cuidador.

Desenhou-se assim um projeto de estágio com o objetivo de desenvolver cuidados de enfermagem avançada em parceria com a pessoa idosa e o familiar cuidador para prevenir o abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário e contribuir para capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Recorreu-se à metodologia de trabalho de projeto, visando a resolução de um problema. O projeto desenvolveu-se segundo as etapas: identificação do problema e diagnóstico; planificação de estratégias e programação de atividades; execução das atividades; avaliação do trabalho. Foi desenvolvido no período de Outubro de 2014 a Fevereiro de 2015. Os participantes foram Pessoas idosas dependentes em contexto familiar e respetivos familiares cuidadores e enfermeiros.

Após o diagnóstico da situação e identificação do problema e de necessidades, foram realizadas sessões de formação e análise das práticas em contexto de trabalho com o intuito de capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção de situações de abuso. Realizaram-se também projetos de cuidados junto de familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes, tendo como critérios de seleção a existência de fatores de risco de abuso à pessoa idosa.

Como principais resultados salientam-se a formação, análise e reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem, de que resultaram intervenções em parceria com os idosos e familiares cuidadores. Além disto, a equipa de enfermagem desenvolveu competências para identificar, prevenir e intervir em situações de abuso à pessoa idosa preservando a dignidade e segurança da pessoa idosa, e assim contribuir para a prevenção primária e secundária deste fenómeno.

Conclui-se que a utilização de um modelo de intervenção em parceria permite aos enfermeiros compreender as principais necessidades da pessoa idosa dependente e respetivo cuidador familiar, bem como desenvolver intervenções em parceria, individualizadas, onde se inclui a informação, a sugestão e a negociação e mobilização de recursos para ajudar a superar os problemas, melhorar o suporte familiar e evitar o precipitar do comportamento abusivo.

Palavras-Chave: *Pessoa Idosa Dependente; Prevenção; Abuso; Enfermagem; Cuidador Familiar*

ABSTRACT

The elder abuse represents a serious violation of the human rights that leads to high costs, whether personal, social, economic or in the health sector (Krug et al., 2002; WHO, 2004) and have been being recognized as one of the most serious public health problem (OMS, 2004). During the last year in Portugal, 12,3% of the people with more than 60 years old suffered from physical, emotional, financial, sexual abuse or neglect

The improvement of living conditions has allowed the increase in life expectancy but also led to an increase in chronic diseases and dependency in the elderly. The increase in the dependency ratio of the elderly requires more support from family, however, this has undergone great changes in recent decades, which hinders the development of this task (Sequeira, 2010). Caring for a dependent elderly person becomes a demanding task involving giving up personal habits and routines, ways of being in life by family caregiver can arise when there are the necessary support, situations of stress, overload, isolation, which can lead to situations of elder abuse (Gonçalves, 2006). It's a community nursing skill to prevent elder abuse at all levels, by evaluating the needs of the patients and their family caregivers. They must ensure the patients safety and ensure the maintenance of their health, as well as training the caregivers to ensure the prevention of elder abuse due caregiver burden.

It was built a practical training project where the main aim was to develop advanced nursing care in partnership with the elderly and family caregivers to prevent elder abuse at home context, as well as to empower the nursing team for the prevention of elder abuse.

It was adopted a project work methodology and The project was developed according to the stages: problem identification and diagnosis; planning strategies and activities programming; implementation of activities; evaluation of the work; It was developed from October 2014 to February 2015. Participants were dependent elderly at home context, their family caregivers and nurses.

After the situation diagnosis and the problem and needs identification, there was training sessions practice analyses in the workplace in order to empower the nursing team for the prevention elder abuse. There were also care projects with family caregivers of dependent elderly people, where the selection criteria was the presence of abuse risk factors

As main results, the highlight goes to the training, analysis and reflection on the practice of nursing care, resulting in interventions in partnership with seniors and family caregivers., In addition, the nursing team developed skills to identify, prevent and intervene in abuses the elderly preserving the dignity and security of the elderly, and thus contribute to the primary and secondary prevention of this phenomenon.

Using an intervention model as the partnership model, it allows nurses to understand the main needs of the dependent elderly person and their family caregivers and to develop interventions in partnership, which includes informing suggesting, negotiating and resource mobilization to help to overcome the problems, improve family support and avoid the rush of abusive behavior.

Key-Words: Elderly; Prevention; Abuse; Nursing; Family Caregiver

INDÍCE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. PROBLEMÁTICA/DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1. Abuso à Pessoa Idosa: Conceito, Tipos e Modelos Explicativos	20
2.2. Cuidar Em Parceria Para Promover o Cuidado de Si	24
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	28
3.1. Metodologia	28
3.2. Finalidade e Objetivos	29
3.2.1. Objetivos específicos para a UCC	30
3.2.2. Objetivos específicos para o serviço de medicina	30
3.3. Caracterização do Local de Estágio	30
4. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	33
4.1. Atividades Realizadas na Fase de Diagnóstico	33
4.2. Atividades Realizadas na Fase de Desenvolvimento	39
4.3. Atividades Realizadas na Fase de Avaliação	49
5. AVALIAÇÃO	51
5.1. Pontos Fortes e Fracos	51
5.2. Contribuição do Projeto para a Melhoria Contínua dos Cuidados	51
6. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	53
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

ANEXOS

68

Anexo I – *Mini Mental State Exam (MMSE)*

Anexo II – Índice de Katz

Anexo III – Escala de Lawton

Anexo IV - Índice de Tinetti

Anexo V – Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens

Anexo VI – *Mini Nutritional Assessment (MNA)*

Anexo VII – Escala de Braden

Anexo VIII – Escala Doloplus

Anexo IX – Escala da Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Anexo X – Índice de Avaliação de Mau-Tratos e Abuso a Idosos

Anexo XI – Índice de Avaliação deas Dificuldades do Cuidador (CADI)

APÊNDICES

114

Apêndice I - Definições, Potenciais Manifestações e Indicadores de Abuso à Pessoa Idosa

Apêndice II – Guião da entrevista aos enfermeiros da ECCI e Serviço de Medicina

Apêndice III – Guião da entrevista às Assistentes Sociais e Diretora Técnica de um Centro de Dia

Apêndice IV – Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa

Apêndice V – Grelha de Observação de Fatores de Risco à Pessoa Idosa

Apêndice VI – Estudo de Caso

Apêndice VII – Sessão de Formação à ECCI e Enfermeiros do Serviço de Medicina

Apêndice VIII – Sessão de Formação às Ajudantes Familiares de um Centro de Dia

Apêndice IX – Artigo Publicado na Publicação da UCC

Apêndice X – Comunicação Livre apresentada n 1º Encontro sobre Envelhecimento no Século XXI

INTRODUÇÃO

À semelhança da restante população mundial, em Portugal, o envelhecimento tem vindo igualmente a aumentar, sendo que em 2014 existiam 2 087 505 idosos (INE/PORDATA, 2014). A melhoria contínua das condições de vida e de saúde aliada aos progressos contínuos a nível político, económico, social, ambiental e tecnológico acabaram por contribuir para o aumento da esperança de média (Fernandes,2007). Contudo, viver mais tempo não é sinónimo de viver com qualidade durante mais anos, tal como constatam Tavares e Dias (2012) que identificaram elevados níveis (cerca de 30%) de incapacidade funcional e dependência em grande percentagem de pessoas idosas com 70 ou mais anos. Também esta realidade é constatada em Portugal através de um aumento significativo e contínuo do índice de dependência de pessoas idosas, sendo o último registo de 30,7% (INE/PORDATA, 2014). Esta maior prevalência de incapacidade funcional, muitas vezes associada à idade e originada por uma ou várias doenças crónicas ou por alterações naturais inerentes ao processo de senescência, ocorre sobretudo em indivíduos com mais de 75 anos, atingindo em maior proporção o grupo das mulheres (Gil, 2010). Ainda de acordo com Gil (2013), Portugal ao ser um dos países da União Europeia com maior proporção de pessoas com 75 e mais anos (não institucionalizadas) a coabitar com outros que não o cônjuge, podem ver a sua vulnerabilidade aumentada. É assim fundamental que as sociedades se adequem a um perfil demográfico diferente, criando dispositivos capazes de defender e proteger as populações mais velhas e mais frágeis.

O abuso à pessoa idosa representa uma violação grave dos direitos humanos que conduzem a custos elevados (WHO, 2002, 2004), quer sejam de natureza social, individual ou económica (Krug et al., 2002). São várias as organizações internacionais (WHO,2002; United Nations, 2012) que têm vindo a reconhecer o abuso à pessoa idosa como um dos problemas mais graves de saúde pública, a emergir no século XXI, em grande parte, fruto do aumento do índice de envelhecimento.

As situações de abuso à pessoa idosa trazem também consequências a nível da saúde. De acordo com Ferreira-Alves e Santos (2010), situações de abuso poderão conduzir a situações de sofrimento individual e grupal, sentimento de impotência, depressão, problemas de sono ou pesadelos, agressividade, vergonha e eventualmente até conduzir à morte ou situações de incapacidade prematura. De acordo com a WHO (2011), os sectores da saúde e da prestação de cuidados são fundamentais para a prevenção, deteção e reabilitação em situações de abuso à Pessoa Idosa.

Para além de se tratar de um problema crescente de saúde pública, a problemática do abuso à pessoa idosa é também um problema inerente à disciplina de enfermagem. Prova disso é a publicação por parte da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001) das guidelines emitidas pelo International Council of Nursing para a prevenção e eliminação do abuso à pessoa idosa pelos enfermeiros. Atendendo ao Modelo de Prestação de Cuidados em Parceria, de acordo com Gomes (2013) o enfermeiro, através do processo de parceria deverá ser promotor do Cuidado de SI, promovendo a capacitação da pessoa idosa para que esta assuma o controlo do cuidado de SI próprio, sempre que este tenha capacidade de autonomia. Quando a pessoa idosa deixa de ter esta autonomia e capacidade para garantir o Cuidado de SI, Gomes (2013), refere que cabe ao enfermeiro assegurar o Cuidado de SI (cuidado do Outro) ao mesmo tempo que o capacita no sentido de retomar o Cuidado de SI bem como capacita a sua família. Assim, quando temos uma pessoa idosa inserida numa comunidade, num determinado contexto familiar, que devido à vulnerabilidade e dependência deixou de conseguir assegurar o Cuidado de SI e pode estar em risco de abuso, cabe ao enfermeiro, através de uma relação de parceria com a pessoa idosa e o seu cuidador familiar, assegurar o cuidado do Outro e reduzir os riscos de ocorrerem situações de abuso. Importa também realçar que Collière (1999) afirmava que o enfermeiro deveria ser capaz de conseguir entrar no contexto da Pessoa de modo a poder analisá-lo e prestar-lhe os cuidados necessários.

Atendendo à pertinência da temática em estudo, propus-me realizar a aplicação de um projeto nesta área temática através da realização de um estágio no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no sentido de desenvolver competências no cuidado diferenciado ao e na tomada de decisão fundamentada em evidência científica, promotoras da qualidade de cuidados de enfermagem de prática avançada à pessoa idosa (Craig & Smith, 2004). Nos cuidados especializados à pessoa idosa, o enfermeiro deverá incidir a sua intervenção: na criação de condições promotoras da qualidade da prestação de cuidados ao idoso e sua família, na avaliação global e multidimensional do mesmo, na avaliação dos seus familiares cuidadores e do seu contexto socioeconómico, geradores de uma construção adequada do projeto de cuidados (Costa, 2013). Deverá ainda ser dinamizador de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao idoso bem como da formação dos profissionais inseridos em equipas profissionais, multidisciplinares, multisectoriais, em contexto hospitalar ou em projetos comunitários no setor público ou privado. Por fim, deverá também ser responsável pela definição da operacionalização das políticas de saúde na pessoa idosa e pela assunção de um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível do cuidado à pessoa idosa, nos seus diferentes contextos de vida (Costa, 2013).

Pretendi com a concretização deste projeto, desenvolver competências de enfermagem avançada nos cuidados à pessoa idosa, na avaliação multidimensional do idoso e da sua família através da aplicação de escalas específicas, adquirir a experiência de prestar cuidados ao idoso e aos seus cuidadores familiares em contexto domiciliário (permitindo a perceção da complexidade e diferenciação deste tipo de cuidados relativamente aos cuidados hospitalares no sentido de melhor conseguir realizar a articulação entre ambos), na gestão de recursos e dos cuidados em equipa, no sentido de melhorar a minha eficiência e organização na planificação e concretização dos mesmos.

Deste modo, desenvolvi um projeto de estágio denominado “Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Intervenção Estruturada de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa e Cuidador Familiar”. Para o mesmo projeto desenharam-se os objetivos de desenvolver cuidados de enfermagem avançada em parceria com a pessoa idosa e o familiar cuidador para prevenir o abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário; capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Adotou-se assim no seu desenvolvimento, a metodologia de trabalho de projeto, uma vez que esta tem como principal objetivo a resolução de problemas, permitindo o desenvolvimento de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa determinada situação real. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O mesmo projeto foi desenvolvido ao longo de 12 semanas, maioritariamente em contexto comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade, mas também em contexto hospitalar numa Enfermaria de Medicina.

Dada a importância do cuidador familiar nos cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, recorreu-se ao Modelo de Enfermagem de Intervenção em Parceria por ser o que mais se adequou para intervir junto dos cuidadores familiares, uma vez que promove a partilha do poder na relação e na construção de um projeto de cuidados, capacitando assim a pessoa idosa e os seus cuidadores familiares nos cuidados a realizar, sendo estes mais centrados na singularidade de cada um e no contexto envolvente (Gomes, 2009).

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco partes: introdução; identificação da problemática; revisão da literatura; implementação do projeto, onde será descrita a metodologia adotada, a finalidade e objetivos do projeto, a descrição e discussão das atividades realizadas, os resultados atingidos e as competências desenvolvidas; por fim serão apresentadas as considerações finais, onde serão resumidos e refletidos os principais resultados e

aprendizagens constatados e adquiridos ao longo do desenvolvimento do presente trabalho.

1 – PROBLEMÁTICA/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O abuso à pessoa idosa representa uma violação grave dos direitos humanos que conduz a custos elevados, quer sejam de natureza individual, social, económica e de saúde (Krug et al., 2002;WHO, 2004). Ferreira-Alves e Santos (2010), referem que situações de abuso poderão conduzir a situações de sofrimento individual e grupal, sentimento de impotência, depressão, problemas de sono ou pesadelos, agressividade, vergonha e eventualmente até conduzir à morte ou situações de incapacidade prematura. Organizações internacionais como a WHO (2004) têm vindo a reconhecer o abuso à pessoa idosa como um dos problemas mais graves de saúde pública deste século, de que Portugal não é exceção. No ultimo ano Em Portugal 12,3% das pessoas com mais de 60 anos sofreu abuso físico, emocional, financeiro, sexual ou negligência no domicílio (Gil et al , 2014). A melhoria das condições de vida têm permitido o aumento da esperança de vida mas acarretou também um acréscimo das doenças crónicas e da dependência nas pessoas idosas. O aumento do índice de dependência no idoso exige um maior apoio da família, no entanto, esta sofreu grandes alterações nas últimas décadas, o que dificulta o desenvolvimento desta tarefa (Sequeira, 2010). Cuidar de um idoso dependente torna-se uma tarefa exigente implicando a abdicação de hábitos e formas de estar na vida do cuidador, podendo surgir, quando não existem os apoios necessários, situações de stress, sobrecarga, isolamento, que podem originar situações de abuso ao idoso (Gonçalves, 2006).

De acordo com a OMS (2011), os sectores da saúde e da prestação de cuidados são fundamentais para a prevenção, deteção e reabilitação em situações de abuso à pessoa idosa, pelo que a responsabilidade de identificação destas mesmas situações recai com frequência sob os profissionais de saúde. (Fulmer et al., 2004). Como refere Gonçalves (2006), trata-se de um problema subdiagnosticado e subnotificado, que por não ser reconhecido nem relatado, torna-se fundamental a deteção de situações de abuso real ou suspeita de casos e o recurso a intervenções eficazes para os abusados e abusadores (Utley, 1999). Essa subnotificação está muitas vezes

associada à solidão, ao isolamento e à tendência das pessoas idosas não relatarem as suas adversidades (Paixão e Reichenheim, 2006).

Torna-se assim clara, a importância do rastreio de potenciais situações de abuso, uma vez que pode facilitar uma intervenção precoce que permita prevenir situações de abuso (Correia, 2008). O aumento do reconhecimento e intervenções atempadas, permitem a promoção da saúde e da qualidade de vida de muitas pessoas idosas vítimas de abuso (Utley, 1999).

No que diz respeito ao panorama nacional relativamente a dados referentes ao abuso à pessoa Idosa, ainda são poucos os estudos realizados e publicados relativamente a esta temática. Contudo, Ferreira-Alves e Santos (2010) num estudo sobre a prevalência da violência e abuso contra as mulheres idosas, na sua amostra de 1586 idosas do sexo feminino residentes no seu próprio domicílio identificam prevalências na ordem dos 40% de qualquer tipo de abuso e 33% relativamente a abuso financeiro. Soares et al. (2010) através de um estudo europeu sobre a prevalência do abuso às pessoas idosas em diferentes países da UE, na sua amostra de 656 pessoas idosas residentes na urbe do Porto, obtiveram prevalências na ordem dos 33%, sendo o abuso psicológico o mais comum. Gil et al. (2013), referem ainda que a nível nacional, os inquéritos apontam para uma prevalência menos acentuada do que os de âmbito regional ou europeus.

De acordo com Gonçalves (2006), apesar dos poucos dados relativos à prevalência e da falta de estudos populacionais que permitam estimar a magnitude do abuso à pessoa idosa a nível nacional, parece ser crescente a preocupação em Portugal, relativamente a esta temática. Em 2004, a “*deteção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas*” (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004) era já umas das estratégias do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Mais recentemente foi aprovado em Diário da República, o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência de Género 2014-2017 (CIG, 2014). Para além deste, foram também aprovados e publicados os Planos Municipais de Prevenção e Combate à Violência de Género, por exemplo nos municípios de Lisboa, Porto e Amadora. A nível da Direção Geral da Saúde

(2013) começaram a ser criados os Grupos de Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, dos quais resultaram as Equipas de Prevenção do Abuso no Adulto atualmente a ser operacionalizados pelos agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), (DGS,2014).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este será necessariamente um enfermeiro com competências de enfermagem avançada “ *é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2), independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios que inclui competências aplicáveis em em todos os níveis e contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve também as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Atendendo assim à descrição das competências anteriormente descritas e de acordo com a problemática no âmbito do envelhecimento, o enfermeiro de cuidados de enfermagem avançada no cuidado à pessoa idosa, deve atuar junto dos idosos que são ou estarão em risco de abuso, salvaguardando a sua dignidade e os seus direitos, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, tendo ainda a responsabilidade, segundo o ICN (2009) e Gonçalves (2006), de prevenir, diagnosticar, intervir, avaliar e reportar estes casos. No entanto, segundo Ferraz (2009), os enfermeiros têm referido e demonstrado dificuldades na abordagem e prevenção (primária, secundária e terciária) destas situações.

Deste modo, propus-me a aprofundar conhecimentos sobre a problemática do abuso à pessoa idosa numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) no concelho de Odivelas, com o objetivo de desenvolver competências como

mestre na área de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, ao nível da prática clínica, da formação, da investigação e da gestão e na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, através de cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador. Foi assim desenvolvido um diagnóstico da situação, integrando uma ECCI, com o objetivo de compreender esta problemática no âmbito dos cuidados continuados, de caracterizar o local de estágio (equipa, população, recursos sociais) e de perceber como intervêm os enfermeiros na prevenção de situações de abuso (profissionais envolvidos, conhecimentos na área do abuso à pessoa idosa; instrumentos de identificação/avaliação destas situações; intervenções que realizam para a prevenção primária/secundária do abuso). Para tal, optei pela elaboração e implementação de um projeto que visasse não só o desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre na área da pessoa idosa e numa perspetiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa; bem como no desenvolvimento de competências na ECCI para a prevenção do abuso à pessoa idosa através de um contacto contínuo em parceria com o cuidador familiar.

No ponto que se segue procederei à fundamentação teórica deste mesmo projeto onde se pretende compreender a problemática do envelhecimento, do abuso à pessoa idosa dependente em casa e da necessidade de cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador para a prevenção destas situações.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo apresentar-se-á a revisão de literatura que pretende conceptualizar o fenómeno do abuso à pessoa idosa no âmbito dos cuidados de enfermagem, que suportarão e fundamentarão todas as atividades e intervenções posteriormente implementadas e desenvolvidas ao longo do projeto e descritas ao longo do presente documento.

2.1 Abuso à Pessoa Idosa: Conceito, Tipos e Modelos Explicativos

Diversos autores remetem para a dificuldade em encontrar uma definição global de abuso à pessoa idosa, uma vez que existem múltiplas definições e pouca consensualidade entre estas. Para Mowlam et al, (2007) e para a WHO (2008), os principais desafios à definição do conceito de abuso, prendem-se sobretudo com aspetos relativos à terminologia, teorias e seus elementos constituintes. Por outro lado, como refere Phalin (2010), quando parece existir consenso relativamente à definição, as interpretações poderão divergir devido a múltiplas perspetivas de perceção por diferentes grupos profissionais. Contudo, a *Action on Elder Abuse* (1995), WHO (2002) e o DOHC (2002) adotaram a definição de “Ato único ou repetido de falta de ações apropriadas, que ocorre entre qualquer relação, onde existe uma expectativa de confiança e verdade, e que causa lesão física ou psicológica a uma pessoa idosa ou viola os seus direitos humanos ou civis” e que é hoje a definição mais utilizada.

São também vastas as fontes que abordam os tipos de abuso à Pessoa Idosa, nomeadamente o *National Centre on Elder Abuse* (NCEA), (2011), Paixão e Reichenheim, (2006) e Jeffrey e Levine (2003). Todos estes autores identificam 7 tipos de abusos à pessoa idosa em contexto domiciliário: Abuso Físico, Sexual, Emocional ou psicológico, Exploração Material ou Financeira, Negligência, Autonegligência e Abandono, cujas definições e potenciais manifestações e indicadores poderão ser encontradas na respetiva tabela (Apêndice I) . Realçam ainda o facto de a negligência ser o tipo de abuso mais

recorrente, referindo que este tipo de abuso ocorre geralmente num clima de confiança e dentro da casa da própria pessoa ou do cuidador. de (NCEA, 2011; Phelan 2010; National Institute on Aging, 2011).

Existem diferentes modelos explicativos do fenómeno de abuso à pessoa idosa, tal como referem e identificam Alves (2006), WHO (2011) e Muehlbauer e Crane (2006). Dentro destes modelos explicativos encontramos: as Dinâmicas Intra-Individuais , a Transmissão intergeracional do comportamento violento, as Relações de troca e dependência , o Stress Situacional e o Isolamento Social. Contudo, de acordo com Perel-Levin (2008), não poderá existir um modelo individual dada à vasta heterogeneidade dos fatores de risco envolvidos. Deste modo e de acordo com este mesmo autor, surge assim o modelo ecológico, que vem aprofundar as interações entre o individuo e o seu contexto, tendo em conta que o abuso é o resultado de uma iteração complexa entre as características individuais, relações interpessoais, características da comunidade e os fatores sociais e políticos que criam climas favoráveis ao abuso. Para Costa (2013), o modelo ecológico revela-se assim um instrumento central para a interpretação de indícios, planeamento de intervenções, implementação de práticas preventivas e avaliação forense. Uma orientação por este modelo permite uma intervenção a multiníveis, articulada e complementar, com vista à prevenção primária, secundária e terciária da violência. As associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e económicos sugerem que direcionando as respostas para os fatores de risco, nos diversos níveis do modelo ecológico, é possível também contribuir para a redução de mais de um tipo de violência (Redondo, Pimentel & Correia, 2012). Deste modo em termos de intervenções são recomendadas as seguintes linhas de trabalho (Krug et al., 2002):

- Investir e avaliar intervenções que pareçam promissoras, determinar a relação custo/efetividade dos programas e divulgar informações
- Prevenir a ocorrência de violência, através de abordagens que visam públicos-alvo considerados potencialmente em maior risco
- Criar respostas em rede dirigidas aos “atores” sociais envolvidos em situações de violência;

- A longo prazo investir na reabilitação e reintegração das vítimas;
- A colheita sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência, a par da investigação das causas e dos fatores relacionados com a violência.

É fundamental investigar e formar técnicos com competências para intervir na área da violência e capacitá-los para intervir em rede, numa perspetiva multidisciplinar e multissetorial, sempre no sentido de adequar as respostas às necessidades.

No que diz respeito aos fatores de risco associados ao abuso da pessoa idosa, Tortosa (2004) identifica os problemas económicos, a violência familiar, comportamento cultural, isolamento social, conflito conjugal, higiene, falta de apoio familiar, institucionalização como sendo os principais. Realça ainda fatores para a vítima, como o estado precário de saúde, alterações cognitivas, abuso de substâncias ou enfermidade do cuidador, o agressor depender da vítima, coabitação, fatores que causam stress, isolamento social, história de violência. Diferentes autores (Alves 2006, Ferreira-Alves e Santos, 2010; Lachs e Pillemer, 2004; Paixão e Reichenheim, 2006; Tortosa, 2004) apontam ainda como relevantes outros fatores como situações de casa partilhada, uma vez que existe maior risco do que em pessoas que vivam sozinhas devido à maior oportunidade de contacto, sendo que existe maior risco também relativamente ao abuso financeiro. Outro fator é a questão de pessoas idosas que sofrem de demência, uma vez que revelam taxas mais elevadas de abuso físico, provavelmente originárias de comportamentos agressivos e de rutura destas pessoas, causadoras de grandes situações de stress para os seus cuidadores familiares que poderão eventualmente retaliar. O isolamento social é também identificado como fator de risco uma vez que se trata de uma característica de famílias onde por norma se verificam situações de abuso à pessoa idosa. Estas são provavelmente afastadas de amigos e familiares (para além da pessoa com quem estão a viver), ao contrário das pessoas idosas que não sofrem este tipo de abuso. O isolamento social pode ainda conduzir a um aumento do stress familiar, elevando assim risco de abuso e para além disso, os

comportamentos que não são legítimos são geralmente escondidos. Historial de doença mental ou desvios da saúde mental constituem outro fator de risco uma vez que estudos demonstraram que este registo é mais comum entre aqueles que cometem abusos contra idosos do que na população em geral, sendo a depressão, a doença mental mais comum e característica comum daqueles que abusam de pessoas idosas. A dependência do seu cuidador familiar ou outro familiar da pessoa idosa é também considerado um fator de risco uma vez que o abuso é muitas vezes consequência de tentativas feitas por familiares de modo a obterem algum tipo de recurso financeiro da vítima.

Atendendo à literatura existem diversos instrumentos para a identificação do abuso à pessoa idosa, que poderão ser classificados em instrumentos primários e instrumentos secundários, tendo em conta o tipo de situações que avaliam e em que são aplicados (Phelan, 2010). Segundo esta mesma autora estes instrumentos deverão ser essencialmente de índole qualitativa, como é o caso do *Elder Assessment Instrument* (Fulmer, 2003), do *Indicators of Abuse Screen* (Reis e Nahmiash, 1997) e do *Hwalek-Segnstock Elder Abuse Screening Test* (Neale et al, 1991). Gil et al. (2013) referem que o instrumento mais frequentemente utilizado na deteção de atos de violência contra as pessoas idosas foi a *Revised Conflict Tactic Scales* (CTS2) embora verifiquem que muitos outros autores optaram por desenvolver os seus próprios questionários. Destes instrumentos referidos, apenas o CTS2 se encontra validado para a população portuguesa (Figueiredo, 2006)

No que diz respeito à intervenção de enfermagem relativamente ao abuso à pessoa idosa, vários autores alertam para as múltiplas dificuldades relatadas pelos enfermeiros ou erros que cometem relativamente a intervenções nesta área. Destacam-se assim:

- Dificuldades na identificação de situações de abuso (McCreadie et al, 2000; Saveman and Sandive, 2001)
- Dificuldade na tomada de decisão face ao problema (Bergeron and Gray, 2003)
- Observações do fenómeno mas verifica-se uma inexistência de registos ou sinalização (Manthorpe et. al, 2007)

- Dilemas éticos (Conflito confidencialidade vs ação) (Bergeron and Gray, 2003)
- Desconhecimento da prevalência e dos fatores de risco do fenômenos (Manthorpe et. al, 2007)
- Não estarem familiarizados com associações de proteção (Manthorpe et. al, 2007)

Para Phelan (2010), grande parte destas dificuldades ou erros são passíveis de serem evitados através de uma maior e melhor aposta na formação bem como no apoio especializado. De acordo com esta mesma autora, as intervenções de enfermagem relativamente ao abuso à Pessoa Idosa deverão incidir aos três níveis de intervenção: Primário, Secundário e Terciário. A nível primário, deverão fazer parte intervenções de enfermagem como avaliação do contexto domiciliário e situação de cada membro familiar, o impacto de prestar cuidados e análise das dinâmicas e funcionamento familiar. A nível secundário, o enfermeiro deverá centrar as suas intervenções em identificar casos de abuso, criar relação de confiança mútua e de suporte familiar e sinalização e referenciação. Em termos de nível terciário, a intervenção do enfermeiro deverá sobretudo incidir num suporte contínuo da família (Phelan, 2010).

2.2. Cuidar em Parceria para Promover o Cuidado de Si

Numa perspetiva ética e deontológica cabe ao enfermeiro identificar casos de abuso, uma vez que é sua competência *“salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”* (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 51), uma vez que *“qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, e uma redução da qualidade de vida para o idoso”* (OMS, 2002, p. 126). Cuidar implica promover o bem-estar e prazer e não apenas debruçar-se sobre o sofrimento, mas evitá-lo a todo o custo, permitindo a valorização do ser e o desenvolvimento da pessoa; sendo ainda a garantia direta da vida em grupo, o que implica o conhecimento das pessoas,

do seu meio de vida, e das dificuldades que apresentam (Collière, 1999, 2001). Deste modo, “*o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe*” (Collière, 1999, p. 290). O despiste, análise, diagnóstico e abordagem do abuso de idosos em seio familiar é assim um ponto primordial na intervenção de enfermagem. Contudo, a grande dificuldade nestas situações reside no facto de se tornar difícil a construção de uma relação em construir uma relação de confiança com as famílias abusivas (Stanhope & Lancaster, 1999). Uma actuação de enfermagem avançada é fundamental, neste campo, pela sua capacidade de intervenção aos vários níveis de cuidados de saúde e pela capacidade orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de concretizar investigação relevante, que permita melhorar a qualidade da prática de enfermagem (Regulamento 122/2011).

Como futuro enfermeiro mestre na área médico-cirúrgica vertente da pessoa idosa, propus-me desenvolver um trabalho nesta área de modo a compreender o fenómeno do abuso à pessoa idosa no sentido de construir posteriormente intervenções baseadas em evidência científica, de modo a prevenir estas situações, através de um trabalho em parceria com o cuidador familiar e pessoa idos e da realização de projetos de cuidados que tenham em conta as necessidades encontradas e todo o contexto sociofamiliar da pessoa, De modo a estabelecer-se uma relação eficaz com os familiares cuidadores é fundamental conhecer a pessoa e família alvo de cuidados, criando uma relação de confiança e estabelecendo uma relação de cuidados em parceria (Gomes, 2009).

Neste sentido e atendendo ao descrito anteriormente a prestação de cuidados de enfermagem visará, essencialmente, capacitar a família a cuidar e desenvolver o empowerment da pessoa idosa através de cuidados de enfermagem em parceria, pois “*a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida*

com o cliente, no respeito pelas suas capacidades” (OE, 2003, p.4). Segundo Gomes (2009, p.238), “a parceria promove a partilha do poder na relação de cuidados, promove e desenvolve a autonomia da pessoa idosa/cuidador e ajuda a utilizar o poder de existir e a promover o conforto e bem-estar, facilitando a integração da pessoa idosa doente /cuidador no de educação dos clientes e dos pares, no contexto de inter-relação social, promovendo um cuidado mais centrado na singularidade da pessoa e permitindo que esta tenha controlo sobre o seu projeto de vida e saúde ou que assegure que ela possa progredir na sua trajetória de vida.” Esta autora refere ainda que para que exista uma verdadeira relação de parceria é essencial que exista uma interação genuína entre os parceiros, implicando um conhecimento e uma atenção com a pessoa alvo dos cuidados, para que a tomada de decisões e ações em conjunto resultem em benefício para ambos

A construção do processo de parceria desenvolve-se em cinco fases: revelar-se, envolver-se com a pessoa idosa; capacitar ou possibilitar o cuidado do outro; comprometer-se e; assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009) No que diz respeito ao assumir o controlo de Si a pessoa *“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, 2009, p. 231), e no Assumir o controlo do Outro *“o enfermeiro garante que o doente idoso possa continuar a sua trajetória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria e garante que a família adquire capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso”* (Gomes, 2009,p.231). De modo a garantir a construção de uma relação de cuidados em parceria, é essencial o recurso a algumas estratégias, nomeadamente: a partilha de poder; promoção da pro-atividade; desenvolvimento das capacidades ao nível da comunicação; promoção do respeito no estabelecimento da relação com pessoa idosa/família; identificação das necessidades e potencialidades da pessoa idosa/família; ajudar na transformação das capacidades potenciais em reais; promoção da reflexão; respeito pelo ritmo e tempo da pessoa; promoção da negociação; estabelecimento de um compromisso com a pessoa idosa/família; ajuda nas

escolhas da pessoa; validação dos cuidados; promoção da autonomia, dando reforço positivo (Gomes, 2009).

Outros autores que também abordam a relação de cuidados em parceria enfermeiro e cliente, referem ser essencial a existência de determinados atributos para o seu estabelecimento, como: a cooperação, a partilha de responsabilidade, respeito, confiança, cortesia, autenticidade e relação interpessoal (Gallant, 2002). A competência profissional, a comunicação, a participação do cliente, a necessidade de um ambiente de segurança e de disponibilidade (psicológica e tempo), o apoio da chefia e a existência de relações/apoio interdisciplinares (Hook, 2006). Santos (2000) enfatiza a relação de proximidade e de confiança que assente na igualdade, para que o enfermeiro consiga incluir a pessoa nas suas decisões e cuidados e para que a mesma sinta uma sensação de poder na sua saúde. O respeito e a empatia pelo outro são também enfatizados por Chalifour (1993). Num estudo sobre a relação de parceria conduzido por Dinis (2006) constata-se que esta relação se deve fundamentar em princípios base, como a participação, o empowerment, a colaboração, a aliança e a cooperação.

A compreensão do processo de parceria revela-se estruturante para uma prática de cuidados personalizada em situações de vulnerabilidade, fragilidade e dependência, potenciadoras de um risco de situações de abuso, nomeadamente pelo seu familiar cuidador. (Gomes, 2009). Possibilita também ao enfermeiro, a compreensão das necessidades dos cuidadores familiares, possibilitando a sua capacitação para o cuidado de Si e do Outro, prevenindo assim eventuais situações de abuso ao idoso. Este referencial teórico foi a base de sustentação das intervenções delineadas ao longo do estágio, ao nível das intervenções estabelecidas em parceria com a pessoa idoso cuidador familiar.

No capítulo seguinte serão apresentadas a metodologia, finalidade, objetivos gerais e específicos do projeto.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O presente capítulo aborda a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de estágio, a finalidade e os objetivos definidos, a caracterização do local de estágio, a descrição, discussão e avaliação das atividades realizadas e dos resultados obtidos.

3.1. Metodologia

Recorreu-se à metodologia de projeto uma vez que se trata uma prática reflexiva, que permite estudar qualquer aspecto da realidade social, *“baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.5). Revela-se ainda como uma ponte entre o suporte teórico e a realidade da prática, dado suportar-se no conhecimento teórico que é posteriormente aplicado na mesma (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). De acordo com estes mesmos autores, esta mesma metodologia trata-se de um processo dinâmico que acaba por possibilitar uma flexibilidade na escolha dos procedimentos, na adaptação ao longo da intervenção sempre que necessário e na compreensão e intervenção em determinado contexto, planejando uma ação direta e dirigida ao mesmo, estando diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção, transformando e melhorando essa realidade (Leite, Malpique & Santos, 2001; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Esta metodologia é assim constituída por cinco etapas: a identificação do problema e diagnóstico da situação; planificação de estratégias e programação de atividades e indicadores de avaliação; execução das atividades e avaliação do trabalho; e a divulgação dos resultados (Leite, Malpique & Santos, 2001; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deste modo, realizou-se inicialmente um diagnóstico de situação no contexto de aplicação do presente projeto, que consistiu em atividades como a observação, aplicação de questionários e entrevistas semi-estruturadas, análise e colheita de dados com recurso a instrumentos de avaliação e análise

dos registos de enfermagem. Recorreu-se igualmente a um aprofundamento do conhecimento pessoal sobre a temática, nomeadamente através da revisão da literatura e participações em formações e *workshops* sobre a temática, bem como o recurso à reflexão crítica sobre as necessidades de aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro de enfermagem avançada em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa. Nesse sentido, delinearam-se a finalidade e objetivos que apresentarei em seguida e que foram alvo de uma avaliação ao longo e no final do desenvolvimento do presente projeto.

3.2. Finalidade e Objetivos

O projeto desenvolvido teve como principal finalidade o desenvolvimento de competências preconizadas para o enfermeiro de enfermagem avançada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, tendo sido considerado o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), visando a formação, a gestão, a investigação e a prestação de cuidados especializados à pessoa idosa (Regulamento 122/2011) e o Regulamento dos Mestrados da ESEL (2014). Deste modo definiram-se os seguintes objetivos gerais do projeto.

- Desenvolver cuidados de enfermagem avançada em parceria com à pessoa idosa e o familiar cuidador para prevenir o abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.
- Capacitar os elementos das equipas de enfermagem para a prevenção de situações de abuso à pessoa idosa em contexto domiciliário

Atendendo que o estágio se desenvolveu em dois contextos distintos, definiram-se diferentes objetivos específicos para cada um deles:

3.2.1. Objetivos específicos do projeto na UCC:

- Prevenir a ocorrência de situações de abuso por parte do cuidador familiar à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, através de uma intervenção estruturada de enfermagem em parceria com os cuidadores familiares, pessoa idosa e comunidade
- Rastrear situações de abuso real ou suspeitas de abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, por parte do cuidador familiar.
- Intervir em situações de abuso à pessoa idosa em equipa multidisciplinar e através da prestação de cuidados de enfermagem especializados em parceria com os cuidadores familiares, pessoa idosa e comunidade

3.2.2 Objetivos específicos do projeto no serviço de medicina:

- Rastrear situações de abuso real ou suspeitas de abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, por parte do cuidador familiar
- Intervir em situações de abuso à pessoa idosa em equipa multidisciplinar e através da prestação de cuidados de enfermagem especializados em parceria com os cuidadores familiares, pessoa idosa e comunidade
- Articular com os cuidados de saúde primários relativamente a referências e follow-up de situações de abuso à pessoa idosa
- Capacitar os elementos da equipa de enfermagem para o rastreio de situações de abuso à pessoa idosa em contexto domiciliário e respetiva articulação com os cuidados de saúde primários

3.3. Caracterização do Local de Estágio

O estágio decorreu entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2015 numa UCC do concelho de Odivelas. As UCC têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto,

para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Para tal, prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e ganhos em saúde (Santo e Pardal, 2010). Neste sentido, a UCC onde foi desenvolvido o projeto integrava vários projetos de intervenção comunitária, específicos e direcionados para as diferentes fases do ciclo vital. Na UCC encontra-se integrada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Na ECCI encontravam-se inscritos no momento 53 clientes dos 43 841 clientes inscritos no Centro de Saúde Da Pontinha, sendo que 48 tinham mais de 65 anos. De salientar que estes clientes têm de reunir diversos critérios de admissão e de ser previamente referenciados pela EGA/médico de família para que possam usufruir dos cuidados prestados pela ECCI. A ECCI é constituída por enfermeiros, médico, assistente social e fisioterapeuta. A equipa de enfermagem é composta por 10 enfermeiros, dos quais uma exerce funções de coordenação, três possuem especialidade em enfermagem comunitária e duas a especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo que as restantes possuem apenas o grau de Licenciatura em Enfermagem mas com formação avançada em diferentes áreas de intervenção.

A cada enfermeiro da ECCI é atribuída uma área geográfica de intervenção, tendo um plano de trabalho com os diversos clientes abrangidos. Na ausência desse enfermeiro há uma distribuição dos clientes pela restante equipa. Existe ainda uma reunião multidisciplinar semanal onde se faz um balanço semanal do trabalho, e se discutem os casos mais complexos e se delinham estratégias de atuação. Existe ainda uma reunião mensal com os parceiros da comunidade que tem como objetivo refletir sobre diversas situações onde quer ECCI quer os Parceiros da Comunidade sejam agentes intervenientes. Os registos de enfermagem são realizados no aplicativo informático SAPE.

Realizei ainda 4 semanas de estágio em contexto hospitalar num serviço de medicina de um hospital central da região de Lisboa. O serviço tinha capacidade para 20 clientes, sendo que grande parte eram pessoas com mais de 65 anos. A equipa de enfermagem era constituída por 14 enfermeiros de cuidados gerais, 1 enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e 1 enfermeira chefe.

Apesar de ter desenvolvido algumas intervenções em contexto hospitalar Foi sobretudo junto desta ECCI e dos seus clientes que foram realizadas a maioria das atividades que irão ser descritas no capítulo seguinte.

4. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Com vista à obtenção dos objetivos delineados para a realização deste projeto e estágio, foram planeadas diversas atividades, sendo cumpridos os aspetos éticos a elas associados. Foi assim primariamente garantida a aprovação do estágio e do projeto pela Diretora Executiva do ACES à qual pertence a UCC onde se realizou o estágio; e tendo em consideração os princípios éticos e os valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009) foi elaborado um documento de consentimento informado, onde me identifiquei, descrevi o trabalho que estava a ser realizado, apresentando-se os seus objetivos e explicitando a análise dos resultados, garantido ainda o anonimato e confidencialidade das informações obtidas junto dos participantes, bem como o carácter voluntário da participação podendo a qualquer momento negar o consentimento (Lei n.º 67/98). Após assegurada a aprovação do projeto e do estágio, com base na metodologia de projeto e nas aprendizagens adquiridas ao longo do curso de mestrado, iniciei a elaboração do diagnóstico da situação de forma a planear a minha ação em contexto de estágio. Esta primeira fase realizou-se ainda no decorrer do contexto teórico tendo sido posteriormente reformulado e reestruturado em contexto de estágio, para uma maior adequação à realidade do contexto.

4.1. Atividades Realizadas na Fase de Diagnóstico

Pretendi explorar nesta fase, a problemática do abuso ao idoso dependente em contexto domiciliário e as suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa; identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa perspetiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente; identificar necessidades formativas dos elementos da ECCI relativamente à temática do abuso à pessoa idosa, e de acordo com essas necessidades promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais, assumindo um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível do cuidado à pessoa idosa, nos seus diferentes contextos de vida.

Atividade 1 - Revisão da Literatura

Através da revisão da literatura foi possível aprofundar conhecimentos em diversas áreas nomeadamente no âmbito dos cuidados especializados à pessoa idosa, da prevenção do abuso ao idoso em situação de dependência em casa, e ainda nos cuidados de enfermagem em parceria. Dada a realização do estágio maioritariamente em contexto comunitário, foi também necessário aprofundar conhecimentos relativos a esta área de intervenção, sobretudo ao nível da organização e estruturação da mesma, tendo recorrido para isso à consulta da legislação em vigor.

Realizei assim, diversas pesquisas utilizando-se o motor de busca EBSCOhost para aceder às bases de conhecimento científico: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, *MEDICLATINA* disponíveis no motor de busca EBSCO e NURSING REFERENCE CENTER, e ainda o Centro de Documentação da ESEL.

As palavras-chave utilizadas foram: *Elder; Abuse; Prevention; Nursing; Neglect; Family*.

Resultados: A informação e dados obtidos foram possibilitadores de uma construção da revisão da literatura passível de direcionar, sustentar e fundamentar as intervenções delineadas, com base na evidência científica (Craig e Smyth, 2004). Tratou-se de uma etapa fundamental para a estruturação e delineamento do projeto com base na evidência e pertinência da problemática.

Atividade 2 - Socialização junta das Equipas de Enfermagem (UCC e Serviço de Medicina)

O trabalho de campo constitui uma etapa de grande relevância no processo de produção de conhecimento, uma vez que, tal como refere Gonsalves (2001), permite um encontro mais direto com o espaço e interveniente onde o fenómeno ocorre, no sentido de se reunir informações sobre os mesmos. Torna-se assim numa oportunidade de pesquisa e de reflexão teórica. É um momento que permite a recolha de dados nos contactos quer com a realidade envolvente, quer no âmbito teórico, no contexto social, político, cultural,

institucional procedendo-se depois ao tratamento dos dados colhidos, análise e discussão dos resultados; com vista a desenvolver intervenções que respondam ao problema identificado (Bogdan e Biklen, 1994; Leite, Malpique e Santos, 2001). "*O produto surge muitas vezes apenas pela consciencialização do problema, pelas questões suscitadas, pelas aprendizagens e mudanças de atitude, pelas propostas alternativas e pela resposta ao problema*"(Leite, Malpique e Santos, 2001, p. 76). O trabalho de campo permite assim estar dentro do mundo dos sujeitos, trabalhando para ganhar a sua aceitação, respeito e confiança, abrindo as portas para uma intervenção eficaz.

O conceito de socialização pressupõe um processo através do qual se adquire e compreende os padrões de comportamento característicos de um determinado contexto, ou seja, permite ao indivíduo integrar-se em novos contextos através das interações que estabelece (Gleitman, 1999). É assim um processo fundamental a realizar nos locais de estágio e de implementação do projeto. A socialização foi também realizada junto de outros técnicos e da população alvo de cuidados, acompanhando diariamente os enfermeiros na sua prestação de cuidados.

Resultados: Foi um processo fundamental, facilitador da adaptação aos contextos e de integração nas diferentes equipas. Possibilitou ainda a compreensão das dinâmicas de trabalho das diferentes equipas e a identificação de algumas necessidades das mesmas, em termos da prevenção das situações de abuso à pessoa idosa, e a possibilidade de prosseguir com os objetivos propostos no projeto. O acompanhamento diário dos enfermeiros foi também útil para a minha integração junto da população alvo de cuidados, tendo facilitado a minha intervenção posterior, junto da mesma. A integração e compreensão de todo o contexto da ECCI, do Serviço de Medicina e dos seus clientes (potencialidades, necessidades, dificuldades) contribuiu para uma planificação e gestão mais individualizada dos cuidados prestados. Possibilitou ainda a otimização das respostas, a articulação entre os elementos da equipa e a adaptação dos recursos disponíveis às situações, tal como prevê o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Atividade 3 – Entrevista aos Enfermeiros e Assistentes Sociais da UCC, Serviço de Medicina e Diretora Técnica de um Centro de Dia do Concelho de Odivelas

Tal como refere Potter e Perry (2003), entrevista é uma conversa organizada que visa obter informações sobre algo ou alguém. É utilizada como técnica principal, ou associada a outras técnicas, sendo, muitas vezes, utilizada numa fase exploratória. Pode ser classificada num *continuum*, em que num dos extremos o investigador permite a expressão livre do seu interlocutor, quase não intervindo (entrevista não diretiva), e no outro extremo o investigador é que estrutura e entrevista a partir de um objeto de estudo estritamente definido (entrevista diretiva). Nesta fase do projeto utilizei uma entrevista semi-diretiva, que se encontra num nível intermédio desta classificação. A aplicação desta entrevista responde a duas exigências: permite que o entrevistado expresse e estruture o seu pensamento em torno do objetivo em estudo (não diretividade), e ao definir bem o objeto de estudo direciona o discurso do interlocutor, não o deixando ir ao sabor do pensamento, exigindo assim o aprofundamento de pontos que ele não teria focado sem a intervenção do entrevistador (diretividade); criando ainda um clima de confiança de forma a controlar o impacto das condições/contextos sociais da interação. Esta forma de condução da entrevista exige um guião (Apêndice II e III), com os pontos que se pretende abordar, não tendo de se seguir uma ordem fixa. Para assegurar a qualidade e pertinência dos dados, devemos sempre ter em conta os objetivos de estudo, o contexto interpessoal e as condições sociais da interação. Sendo ainda pertinente focar que a aceitação da entrevista pode ser dificultada pela grande distância social ou cultural, as relações de poder, as diferenças de idade, sexo, raça, e tema do estudo (Ruquoy, 1997).

Juntos dos Enfermeiros recorreu-se a entrevista não estruturada relativamente a conhecimentos sobre a temática do abuso à pessoa idosa e relativamente ao conhecimento de situações específicas no contexto de trabalho. Junto das assistentes sociais recorreu-se também a entrevista não estruturada, com intuito de identificarem previamente situações passíveis de sofrerem intervenção da minha parte ao longo da implementação do projeto. A entrevista com a Diretora Técnica do Centro de Dia, realizou-se com recurso a uma

entrevista semi-estruturada e com objetivo de conhecer previamente e detalhadamente uma situação específica de negligência não intencional, de modo a poder intervir junto da mesma.

Resultados: As entrevistas realizadas, para além de permitirem fazer uma caracterização dos elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar, permitiram ainda a realização de um diagnóstico da situação. Foi assim possível planejar intervenções com e para a ECCI e os Enfermeiros do Serviço de Medicina de acordo com as necessidades, dificuldades e potencialidades, de forma a capacitá-los para a prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Tornou-se também possível intervir de forma específica e direcionada a diferentes situações, previamente identificadas em equipa multidisciplinar. Apurou-se assim, que as equipas de enfermagem de ambos os contextos tinham ligeiros conhecimentos sobre a problemática em questão mas que apresentavam dificuldades relativamente à tomada de decisão em situações de abuso identificadas. De salientar que a equipa de enfermagem do contexto hospitalar inicialmente revelou dificuldades na compreensão de que em que ponto esta problemática se tornava num problema de enfermagem. Apurou-se também que na UCC existem dois elementos da equipa de enfermagem que integram a nível municipal, a Equipa de Prevenção da Violência ao Adulto (EPVA) (onde se inclui também a pessoa idosa). Em ambos os contextos não existe qualquer instrumento de avaliação do risco de abuso à pessoa idosa ou instruções de trabalho relativamente às intervenções que deverão ser aplicadas face a este tipo de situações.

Atividade 4 - Apresentação dos Projetos à ECCI e à Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina

Na UCC foi acordado com a Enfermeira Orientadora uma data para apresentação do projeto. Foi realizado um Power Point tendo como finalidade: contextualizar a problemática; apresentar os objetivos do projeto; e as atividades sugeridas. Foi utilizada uma metodologia expositiva-participativa, informal, tendo participado praticamente toda a equipa da ECCI. Esta participação integral permitiu envolver e integrar toda a equipa no projeto.

No Serviço de Medicina a apresentação do projeto foi realizada através de apresentação oral e de nível informal após a passagem de turnos dos enfermeiros.

Resultados: A apresentação do projeto a ambas as equipas constituiu um momento de esclarecimento de dúvidas acerca dos objetivos do projeto de estágio. A utilização de uma metodologia expositiva e participativa informal, permitiu a discussão e reflexão sobre o mesmo, o esclarecimento de dúvidas. Foi ainda dada a possibilidade de cada elemento contribuir com sugestões de melhoria, tendo em conta os seus conhecimentos e experiência pessoal e profissional. Para o sucesso de um projeto é fundamental a integração de todos os envolvidos, de forma a sentirem-se como parte integrante e relevante do mesmo (Ruivo, Ferrito & Nunes,2010)

Atividade 5 - Análise dos Registos de Enfermagem e da Folha de Colheita de Dados

A análise documental de fontes escritas, impressas ou audiovisuais revela-se como um recurso de informação qualitativa fundamental para encontrar informações relevantes que permitam completar os dados obtidos por outros métodos (Quivy e Campenhoudt, 2003). Neste sentido, a análise dos registos de enfermagem e da folha de colheita de dados, tendo por base uma grelha de observação de acordo com o modelo de intervenção em parceria e um instrumento que construí que tinha em consideração os principais indicadores de identificação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa (Apêndice IV), foi uma das atividades contempladas no projeto.

Resultados: Relativamente à ECCI, a colheita de dados e os registos de enfermagem são realizados manuscritamente em impressos próprios e na plataforma informática do GestCare da RNCCI. Em grande parte dos processos, na folha de avaliação inicial estavam apenas registado dados biométricos dos clientes, nome do cuidador familiar e não existiam campos específicos relacionados com o despiste de situações de abuso. Nas notas de enfermagem estavam apenas descritas intervenções maioritariamente de âmbito biomédico, não se constatando referências a situações de abuso ou

fatores de risco para ocorrência das mesmas. O aumento do número de clientes e os baixos recursos humanos aliados a um baixo número de horas de cuidados atribuídos à ECCI foram os principais motivos que contribuíram para este facto. Contudo, através da tabela de identificação de fatores de risco por mim construída, tornou-se possível identificar pelo menos mais do que um fator de risco através da análise da folha de avaliação inicial

No serviço de medicina, quer a avaliação inicial quer as notas de evolução de enfermagem eram centradas em aspetos biomédicos, sendo poucos os registos que faziam referência ao cuidador familiar ou outros fatores de risco para situações de abuso à pessoa idosa. Também neste contexto a tabela por mim realizada permitiu a identificação de fatores de risco, embora com necessidade de recorrer a diálogo com o cliente ou familiares do mesmo.

4.2. Atividades Realizadas na Fase de Desenvolvimento

Após terminada a fase de diagnóstico do projeto de estágio, iniciou-se a fase de desenvolvimento. Nesta fase foram desenvolvidas atividades dirigidas à concretização dos objetivos definidos para este projeto e de acordo com o diagnóstico da situação

Atividade 6 - Participação em Eventos relacionados com a área da Violência e Abuso à Pessoa Idosa

No dia 4 de Dezembro de 2014 participei na 3ª Ação do Ciclo Temático na Área da Violência, cujo tema era “Vulnerabilidade e Violência em Grupos Específicos”

Resultados: A participação em eventos desta natureza permite um contacto com a realidade portuguesa, com as várias instituições/profissionais que se interessam pelos temas da violência e do abuso à pessoa idosa, e com os trabalhos que estão a ser desenvolvidos neste âmbito. Permitiu ainda a aquisição de novos conhecimentos e contactos, que poderão ser úteis na resolução de situações desta índole.

Atividade 7 – Construção de um Instrumento de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Para Collière (1999), a pessoa é o fundamento e única razão dos cuidados de enfermagem, sendo considerado um “Ser Bio-Psico-Socio-Cultural e Espiritual” de grande complexidade, com características fundamentais, e inserido no seu meio ecológico, com hábitos de vida próprios, e com uma funcionalidade (Collière, 1999). Trata-se ainda de um ser aberto e em constante interação com o ambiente, transformando e sendo transformado pelo mesmo, pelo que o campo de competência da enfermagem é mobilizar e desenvolver as capacidades da pessoa e da família para fazer face às adversidades com que se deparam, utilizando os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõem (Collière, 1999 e 2001). Neste sentido, a realização de um instrumento que permita uma avaliação multidimensional é um recurso fundamental para conhecer a pessoa e família, com o objetivo de desenvolver intervenções ajustadas às reais necessidades, dificuldades e potencialidades dos clientes e suas famílias. Gomes (2007). Torna-se fundamental na prática de cuidados, não esquecer que a competência profissional se desenvolve na ação com o Outro (pessoa/cliente), de modo a adaptar e personalizar os cuidados, ao seu contexto e projeto de vida e de saúde (Gomes,2013). Torna-se assim claro que uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e da sua família é fundamental para a prevenção de situações de abuso, possibilitando uma intervenção individualizada. A construção de um projeto de cuidados em parceria com a pessoa idosa e o seu cuidador familiar, é crucial para a concretização deste objetivo, uma vez que possibilita um cuidado centrado na singularidade de cada situação (Gomes, 2009). Deste modo, foi essencial a construção de um instrumento que permitisse uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e do seu cuidador familiar, nomeadamente em relação ao seu estado de saúde, rede social e apoio social da pessoa idosa, para determinar as necessidades, dificuldades, potencialidades e risco de abuso do idoso sob o ponto de vista clínico, fisiológico, capacidade funcional, social, mental de forma a desenvolver um plano coordenado e integrado de intervenção individualizado e com monitorização de longo prazo (Wieland e Hirth, 2003; Gomes, 2009). A seleção dos instrumentos de avaliação, do cuidador familiar e da pessoa idosa,

foi baseada nos indicadores das diferentes fases do modelo de intervenção em parceria, nos fatores de risco de abuso preconizados na literatura consultada, e no facto de a pessoa idosa se encontrar num elevado grau de dependência e em contexto domiciliário. Assim, compilaram-se seguintes instrumentos: Avaliação sócio demográfica (do cuidador e idoso) idade, sexo, escolaridade, coabitação, situação familiar, relações familiares, origem dos rendimentos (situação económica); Realização de um genograma e ecomapa familiar; Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo I); Avaliação da Funcionalidade da pessoa idosa - Índice de Katz (Anexo II), Índice de Lawton (Anexo III) e Índice de Tinetti (Anexo IV); Avaliação Psicológica - Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens - Geriatric Depression Scale (GDS15) ao cuidador e idoso (Anexo V); Mini Nutritional Assessment (Anexo VI) Escala de Braden (anexo VII); Escala de avaliação comportamental da dor na pessoa idosa Escala DOLOPLUS (Anexo VIII); Índice de Avaliação de Maus Tratos e Abuso a Idosos (IX) e Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Anexo X). Tornou-se assim possível avaliar os múltiplos problemas da pessoa idosa, os seus recursos e potencialidades; determinar as necessidades de serviços de apoio da comunidade e desenvolver com base nesta avaliação projetos de cuidados personalizados.

Resultados: A realização e aplicação deste instrumento permitiu não só a identificação de situações onde se verificava um risco potencial de ocorrência de situações de abuso, como permitiu uma análise, abordagem e intervenção individualizadas às necessidades e características específicas da pessoa idosa e cuidador familiar alvo do projeto de cuidados.

De salientar que possibilitou ainda, a compreensão da importância e necessidade da utilização de escalas na avaliação sistematizada e continuada da pessoa idosa e do seu cuidador familiar para a identificação das necessidades, dificuldades e potencialidades dos mesmos; a urgência de implementação de intervenções preventivas o mais precocemente possível. De acordo com as necessidades de cada cliente, foi ainda possível a introdução de novas escalas de avaliação, através de uma aprendizagem e pesquisa sistematizada sobre as mesmas.

Atividade 8 - Construção de Instrumentos de Identificação de Fatores de Risco

Após a revisão da literatura e da realização do diagnóstico do problema, constatou-se que não existiam instrumentos que permitissem a identificação de fatores de risco, de identificação/avaliação. Neste sentido construiu-se uma Grelha de Observação (Apêndice V) da qual constavam os diversos Fatores de Risco de abuso à Pessoa Idosa (com o objetivo de ser agregada à colheita de dados dos clientes). A construção dos mesmos resultou maioritariamente do que está descrito na literatura.

Resultados: A realização deste instrumento revelou-se crucial para a identificação de situações de risco, possibilitando a sua sinalização e posterior intervenção individualizada e estruturada. Foi também importante para o meu processo de aprendizagem uma vez que exigiu a conversão de diversos dados colhidos em diferente fontes de informação, num instrumento prático e objetivo. Para a ECCI e para a Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina, este instrumento revelou-se bastante útil devido à sua facilidade de aplicação, necessitar unicamente de recorrer à observação e de ser facilmente anexável a qualquer folha de avaliação inicial.

Atividade 9 - Prestação de Cuidados, Realização de Estudo de Caso e dos Registos de Enfermagem dos Clientes

As UCC têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde; prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente à população mais vulnerável, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Dec. Lei 28/2008). Dentro das UCC, a ECCI é *uma “equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de*

reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.” (Artigo 27.º do Dec.Lei 101/2006). Assim, para a prevenção das situações de abuso à população idosa é fundamental a prestação de cuidados de qualidade intervindo em parceria com os clientes, através de uma colheita de dados e registos de enfermagem personalizados a cada situação (com monitorização e avaliação das intervenções aplicadas), reflexão sobre situações complexas de cuidados através de estudos de caso, e a aplicação de instrumentos que permitam caracterizar a população, avaliando-a de forma sistematizada e despistando fatores de risco de abuso.

Recorreu-se ao modelo de intervenção em parceria nas suas diferentes fases, com vista à prestação de cuidados individualizados, desenvolvendo uma ação conjunta e fornecendo ao doente e família conhecimentos que lhes permitam desenvolver capacidades para decidir qual o melhor caminho para si assumindo o controlo do Cuidado de Si ou do Cuidado ao Outro (Gomes, 2009). Da mesma forma possibilita que, o enfermeiro identifique as necessidades, dificuldades e potencialidades da pessoa idosa e do seu cuidador familiar, promovendo a autonomia e capacitando o cliente idoso a proteger-se de situações de abuso, enquanto capacita o familiar cuidador para a prevenção de situações de abuso para com a pessoa alvo dos seus cuidados. Como resultado obtém-se a possibilidade de promover o bem estar de ambos. Torna-se então fundamental a construção de um projeto de cuidados que seja sensível à singularidade de cada cliente e do seu cuidador familiar (Collière, 1999 e 2001). Para tal, é crucial a adoção de estratégias como: a partilha de poder; a promoção da pro-atividade; o desenvolvimento das capacidades ao nível da comunicação; a promoção do respeito no estabelecimento da relação com pessoa idosa/família; a identificação das necessidades e potencialidades da pessoa idosa/família; ajudar na transformação das capacidades potenciais em reais; a promoção da reflexão; o respeito pelo ritmo e tempo da pessoa; a promoção da negociação; o estabelecimento de um compromisso com a pessoa idosa/família; ajudar nas escolhas da pessoa; a validação dos cuidados; e a promoção da autonomia,

dando reforço positivo (Gomes, 2009). Através deste processo, torna-se possível ao enfermeiro identificar o potencial de desenvolvimento quer da pessoa quer do seu cuidador familiar, estabelecendo uma relação de confiança e uma ação conjunta no sentido de desenvolver de competências para agir e negociar objetivos que lhes permitam transformar uma capacidade potencial numa capacidade real, com vista à obtenção do controlo do cuidado de si próprio ou do cuidado do outro (Gomes, 2009)

Com vista à melhoria da qualidade de cuidados é fundamental refletir de forma sistematizada sobre situações complexas e concretas de cuidados, sendo a metodologia de estudo caso o melhor meio para atingir este fim (Ventura, 2007). Deste modo optei pela realização de um estudo de caso relativamente a uma cliente alvo dos meus cuidados ao longo do estágio. Desenvolvi em consonância, um trabalho de pesquisa, exploração, atualização e aperfeiçoamento da prática de cuidados, tendo como objetivo adquirir uma maior perícia na área dos cuidados à pessoa idosa, na prevenção das situações de abuso e na intervenção em parceria com os clientes e cuidadores familiares, tendo com fio condutor o modelo de parceria nos cuidados de enfermagem de Gomes (2009).

No sentido de assegurar a continuidade dos cuidados (Dec. de lei 437/91; Dec. de lei 161/96; Dec. de lei 104/98), realizei ao longo do estágio, registos dos clientes a quem prestei cuidados. A realização dos registos de enfermagem permite colocar por escrito factos relativos à pessoa que requer cuidados, servindo de guia orientador para a prestação dos mesmos, devendo conter não só dados observados e interpretados (diagnósticos de enfermagem) mas também as intervenções e resultados da ação de enfermagem (Figueiroa-Rego, 2003). No que diz respeito aos registos específicos das intervenções face à prevenção de situações de abuso que acompanhei, foi possível validar o nível de eficácia das intervenções junto da pessoa idosa e cuidador familiar bem como a monitorização contínua da situação.

Resultado: A prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário e hospitalar no decorrer deste projeto, possibilitou o desenvolvimento e consolidação de competências relativas às especificidades do processo de envelhecimento. Tal deveu-se a intervenções como: avaliação da pessoa idosa em situação de dependência em casa e sua família de uma

forma multidimensional; identificação das suas necessidades, dificuldades e valorizando as suas potencialidades; desenvolvimento de um trabalho em parceria com ambos, no sentido da promoção do Cuidado de Si e no Assegurar o Cuidado ao Outro.

A realização do estudo de caso da situação que acompanhei em contexto domiciliário, exigiu não só a necessidade de consolidar e mobilizar conhecimentos e competências relativas à relação terapêutica e empatia, uma vez que se torna crucial o estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente e seu cuidador familiar, para que se torne possível uma intervenção eficaz no seu contexto domiciliário e onde estamos totalmente desprotegidos. A articulação contínua da prática com os conhecimentos teóricos inerente ao estudo de caso, possibilitou e facilitou a compreensão e colocação na prática do modelo de parceria. Deste modo tornou-se de mais fácil compreensão a sua pertinência, eficácia e necessidade da sua implementação para melhorar a qualidade dos cuidados. Com os cuidadores familiares evolui na relação de parceria estabelecida e na gestão de aspetos de índole ética e deontológica quase sempre inerentes a esta temática. Consegui gradualmente estabelecer uma relação de confiança e segurança com os mesmos, permitindo-me realizar uma avaliação aprofundada de todo o contexto e assim intervir de forma estruturada e individualizada.

No apêndice VI é apresentado um exemplo de um estudo de caso que realizei ao longo do estágio.

Os registos efetuados ao longo da prestação de cuidados espelham não só a fundamentação e eficácia das intervenções delineadas e implementadas mas também as tomadas de decisão e relação estabelecida com o cliente e seu familiar. De salientar que todos os registos foram supervisionados pela enfermeira especialista orientadora, com vista à melhoria contínua dos mesmos no sentido de se adequarem ao preconizado para o resumo mínimo de dados.

Atividade 10 - Construção de um Fluxograma de Intervenção

De acordo com Oliveira (2009) , um fluxograma é uma técnica de representação clara e precisa do fluxo ou sequência de um processo, facilitando a sua análise e redesenho. Tem como aspetos principais: padronizar a representação dos métodos e os procedimentos; maior rapidez na descrição

dos métodos; facilitar a leitura e o entendimento; facilitar a localização e a identificação dos aspetos mais importantes; maior flexibilidade; melhor grau de análise dos procedimentos e sua correção (Oliveira, 2002).

Ao longo da revisão da literatura e no início do estágio fui-me questionando frequentemente como intervir neste campo e de como prevenir estas situações. Em termos de literatura são poucos os estudos publicados que nos deem evidência científica sobre qual o melhor método de intervenção em situações de abuso nos diferentes níveis de intervenção (WHO, 2011). Devido às minhas dificuldades e às dificuldades de intervenção pela ECCI considerei pertinente elaborar um fluxograma de intervenção, com base na pesquisa bibliográfica realizada, tendo em conta a legislação Portuguesa, e as *guidelines* emitidas pela APAV e Ministério Público. Este fluxograma foi posteriormente apresentado quer à ECCI quer à equipa de enfermagem do serviço de medicina. A sua principal finalidade foi sistematizar a informação que foi transmitida relativamente às intervenções, decisões e contactos que devem ser realizados aquando da suspeita/confirmação de situações de abuso à pessoa idosa.

Resultados: Ambas as equipas assimilaram facilmente o fluxograma. Foi validada a utilidade do mesmo para situações de necessidade de tomada de decisão. Em ambos os contextos ficaram exemplares do fluxograma em suporte informático.

Atividade 11 - Realização de uma Sessão Formativa sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa para os Enfermeiros da ECCI e do Serviço de Medicina

A formação contínua de adultos é entendida como um conjunto de atividades que se realizam após a formação inicial, com o objetivo de desenvolver os conhecimentos e as competências dos indivíduos, tendo em vista o seu aperfeiçoamento profissional (Rodrigues e Esteves, 1993). Assim, a análise das necessidades de formação é uma modalidade de formação contínua que procura ir ao encontro das expectativas e motivações dos indivíduos (Rodrigues e Esteves, 1993). Deste modo, após a identificação das necessidades formativas da ECCI e dos Enfermeiros do Serviço de Medicina no âmbito da prevenção do abuso à pessoa idosa, foi planeada e negociada

com ambas as equipas uma sessão de formação de transmissão sistematizada dos conhecimentos sobre esta problemática.

Realizou-se uma sessão de formação em ambos os contextos de estágio sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com o objetivo de capacitar os enfermeiros para a identificação e prevenção de situações de abuso (Apêndice VII). Para a apresentação da sessão recorreu-se a uma metodologia expositiva e interativa. Esta decorreu em horário laboral de ambas as equipas tendo sido contemplada em horas de formação. Na sessão participaram os enfermeiros da ECCI e Serviço de Medicina e respetivas Enfermeiras Coordenadoras e Enfermeira Chefe. No contexto do serviço de medicina os enfermeiros que se encontravam de folga não compareceram à sessão.

Resultados: A realização destas sessões permitiu a transmissão de informações essenciais para a identificação e prevenção do abuso à pessoa idosa, pois para que se consiga intervir nestas situações, é necessário que os profissionais estejam dotados dos conhecimentos fundamentais sobre a temática bem como dos instrumentos que lhes permitam detetar, reconhecer e diagnosticar o abuso à pessoa idosa, para que sejam capazes de planear cuidados em parceria, individualizados e adequados ao contexto sociofamiliar, sempre numa abordagem multidisciplinar (Bernal e Gutiérrez, 2005; WHO, 2008; Ferraz, 2009; Phelan, 2009; Fraser, 2010; Hess, 2011; Stark, 2012). No fim da sessão os participantes revelaram agrado pela aquisição de novos conhecimentos, assumindo que não estavam despertos para a temática nem capacitados para intervir neste tipo de situações.

Atividade 12 - Realização de uma Sessão Formativa sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa para Ajudantes Familiares do Serviço de Apoio Domiciliário de um Centro de Dia do Concelho de Odivelas

É esperado que um enfermeiro especialista seja capaz de promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Deste modo a articulação com os parceiros da comunidade torna-se fundamental para garantir e manter a segurança da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário. Para tal, após reunião e proposta à diretora técnica de um centro

de dia, planeei e realizei uma Sessão de formação Formativa (Apêndice VIII) sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa dirigida às ajudantes familiares do apoio domiciliário. Dado serem o grupo profissional que presta cuidados e que entra diariamente no domicílio da pessoa idosa dependente e respetivo cuidador familiar, tornou-se de extrema importância a capacitação das mesmas para identificar eventuais sinais de alerta que facilitem uma rápida sinalização quer às Direções dos Centros de Dia quer às equipas de saúde comunitária. Na sessão de formação foi utilizada uma metodologia expositiva e interativa, tendo participado 10 ajudantes familiares.

Resultados: A realização desta atividade foi assim de encontro aquilo que é preconizado pela OMS (2011), no sentido em que se formaram técnicos com competências para intervir em rede e numa perspetiva multidisciplinar e multissetorial na área da violência (Krug et al. 2002). No fim da sessão os participantes revelaram agrado pela aquisição de novos conhecimentos e por poderem partilhar experiências já vivenciadas sobre as quais não souberam intervir ou sinalizar da forma mais adequada.

Atividade 13 – Elaboração de um artigo sobre prevenção da violência à pessoa idosa na Publicação Mensal da UCC

Foi-me proposto pela orientadora de estágio a realização de um artigo dentro da temática da prevenção do abuso à pessoa idosa, para a publicação mensal da UCC que depois é disponibilizada à comunidade em geral que frequenta as diferentes valências do ACES. Uma vez que o enfermeiro especialista deverá divulgar experiências avaliadas como sendo de sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2010), a elaboração desta publicação tornou-se uma ótima oportunidade para desenvolver esta competência.

Foi então elaborado um pequeno artigo (Apêndice IX), com linguagem simples e direcionada à população alvo, recorrendo-se a texto pouco extenso, imagens e esquemas. Com estas estratégias pretendi proporcionar ao público, informação que o prepare para o autocuidado em diferentes etapas das suas vidas e também ajudar as pessoas a desenvolverem aptidões pessoais que lhes permitam tomar decisões saudáveis e controlar a sua própria saúde, tal como preconiza o *International Council of Nursing* (2000).

Resultado: Após a elaboração do artigo, este foi enviado para a Enfermeira Coordenadora da UCC para avaliação do mesmo, tendo sido posteriormente aprovado e publicado na publicação mensal da UCC.

4.3 Atividades Realizadas na Fase de Avaliação

A avaliação é a fase final do projeto, e embora acompanhe continuamente o percurso do mesmo, existem momentos e documentos elaborados que são o produto de todo o trabalho produzido. Apresentarei nesta fase algumas das atividades que considero terem contribuído para a avaliação do projeto desenvolvido.

Atividade 14 - Apresentações nas Orientações Tutoriais durante o período de implementação do projeto

Para Many e Guimarães (2006), a metodologia de trabalho de projeto não é uma metodologia fechada. Esta é desenvolvida através de uma relação constante com o meio humano envolvente. Para estes autores, a relação com o meio humano, faz-se não só através da investigação, no trabalho de campo, mas também através da apresentação da pesquisa do grupo a diferentes públicos. As apresentações poderão desenvolver-se através de apresentações orais repartidas no tempo e de forma contínua, onde é permitido ao indivíduo demonstrar o estado e evolução da sua pesquisa. As principais finalidades são: fazer emergir uma reação crítica, reflexiva e avaliativa por parte do público ao trabalho desenvolvido, permitindo a sua reformulação e aperfeiçoamento; partilhar informação - sendo uma forma de inter-aprendizagem, em que os elementos participantes são levados constantemente a desempenhar papéis de apresentador (ensinar) e público (avaliar, refletir, aprender) (Many e Guimarães, 2006). Tendo em conta a importância deste momento foram desenvolvidas várias apresentações em sala de aula com a orientadora do projeto e restantes colegas. Permitiu assim realizar reflexões, pontos situação, partilhar dificuldades, necessidades, partilha de experiências, dúvidas e estabelecimento de compromisso.

Resultados: Realizaram-se mensalmente em sala de aula reuniões entre o grupo de estágio e a respetiva professora orientadora. Estes momentos tiveram como principal objetivo a partilha de informações de forma sequenciada e estruturada, do progresso da implementação do projeto. Este tipo de sessões desencadeou momentos de aprendizagem pessoais, ajudando-nos a superar dificuldades e obstáculos que iam eventualmente surgindo; transmissão e partilha de conhecimentos e informações entre grupo; estimulação de trabalho de grupo e de interajuda; a avaliação contínua do nosso trabalho e desenvolvimento - dando-nos a perspetiva do cumprimento ou não da planificação do projeto e dos objetivos estipulados; a preparação para uma discussão final de resultados, criando-nos a capacidade de lidar com a crítica externa e de desenvolver a capacidade de argumentação e reflexão em momentos de pressão.

Atividade 15 – Participação com uma Comunicação Livre no 1º Encontro Sobre Envelhecimento no Século XXI

É competência do detentor do grau de Mestre, ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 107/2008). Com vista à aquisição desta competência propus-me à participação com uma comunicação livre sobre o projeto implementado e respetivos resultados obtidos, no 1º Encontro sobre Envelhecimento no Século XXI. Após submissão do resumo (Apêndice X), foi aceite pela comissão científica do evento, e foi apresentada essa mesma comunicação no dia 3 de Março de 2015, tendo-se obtido o prémio de melhor comunicação livre.

Resultados: Através da participação no encontro foi-me não só possível consolidar competências no âmbito da comunicação e argumentação oral como foi também como divulgar os resultados do projeto implementado ao longo do estágio e contactar com profissionais de referência na área da geriatria e gerontologia

5. AVALIAÇÃO

5.1 Pontos Fortes e Fracos

Analisando o projeto numa perspetiva global destacam-se como principais pontos fortes: o sucesso da capacitação dos enfermeiros para uma temática pouco conhecida e que provoca constrangimentos e dificuldades no processo de tomada de decisão em situações de abuso ao idoso, fruto da falta de formação e conhecimentos. Enfermeiros com formação específica na área do abuso à pessoa idosa estarão mais capacitados para delinear e implementar intervenções que possam prevenir este tipo de situações. Outro ponto forte que se destaca é a constatação na prática do modelo de parceria como linha orientadora de um projeto de cuidados centrados na pessoa, atendendo às suas necessidades específicas e aproveitando as potencialidades dos indivíduos alvos de cuidados de enfermagem. Constatou-se assim que se torna um modelo fundamental para orientar intervenções de enfermagem avançada possibilitadoras de prevenir o abuso ao idoso por parte do cuidador familiar.

Os principais *handicaps* prendem-se com o facto da continuidade do projeto depender diretamente de um profissional motivado para esta temática e que dê continuidade aos processos de formação e capacitação dos técnicos de saúde e com o facto de se revelar difícil a aplicação deste tipo de projeto em contexto hospitalar, atendendo à especificidade do contexto e a predominância do modelo biomédico dentro do mesmo

5.2 Contribuição do Projeto para a Melhoria Contínua dos Cuidados

É da responsabilidade do enfermeiro identificar situações de abuso à pessoa idosa, no sentido de ir de encontro à salvaguarda dos direitos da mesma, promovendo a sua independência física, psíquica, social e o seu autocuidado, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

De acordo com Collière (1999), cuidar implica a promoção do bem-estar e prazer, centrando-se a todo o custo na prevenção do sofrimento ao invés de se

centralizar no mesmo. Neste sentido, um projeto que visa a prevenção e detecção precoce de situações de abuso à pessoa idosa, estará inevitavelmente a contribuir para uma promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa.

O despiste, análise, diagnóstico e abordagem do abuso à pessoa idosa em contexto domiciliário torna-se assim num ponto central da intervenção de enfermagem (Costa, 2013). Contudo os enfermeiros deparam-se por norma com a dificuldade de construir uma relação de confiança com as famílias abusivas (Stanhope & Lancaster, 1999). Outra dificuldade prende-se com a necessidade de desenvolvimento de competências ao nível da prevenção de situações de abuso (Nakanishi, et al, 2008; Perel-Levin, 2008; Ferraz, 2009; Fraser, 2010; WHO, 2011; APAV, 2012; Stark, 2012), sendo por isso fundamental intervenções de enfermagem avançada nos vários níveis de cuidados. O presente projeto pretende também trazer contributos a este nível, nomeadamente no desenvolvimento de competências ao nível da prevenção e da capacidade de estabelecer relações de confiança.

Para Phelan (2010), grande parte destas dificuldades é passível de ser evitada através de uma maior e melhor aposta na formação bem como no apoio especializado. O presente projeto ao prever uma capacitação dos enfermeiros dos diferentes contextos onde será aplicado, prevê assim uma melhora dos cuidados de enfermagem resultantes da aposta na formação e capacitação destes elementos, para a deteção e prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.

Em suma, a construção de um projeto de cuidados personalizados a cada situação de vida, constitui assim uma forma de prevenção de situações de abuso aos idosos, pois permite a criação de ambientes de suporte e um reforço da ação comunitária.

6. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Atendendo ao aumento do envelhecimento populacional em consonância com um aumento da taxa de cormobilidade e sendo ambos fatores de risco para o abuso, torna-se fundamental a intervenção na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa dependente pelo cuidador familiar, evitando assim o aumento das mesmas

A prevenção de situações de abuso à pessoa idosa dependente, em contexto domiciliário deverá assentar diversos pilares. Deste modo será essencial capacitar os profissionais de saúde para a deteção e intervenção no abuso à pessoa idosa através da aquisição de conhecimentos nesta área (tipos de abuso, sinais e sintomas, fatores de risco, legislação vigente e respostas sociais). Outro pilar a destacar é a necessidade de existirem de instrumentos que permitam identificar, avaliar, reportar e referenciar estes casos. A discussão de casos práticos e reflexão sobre e na ação contribuirá de igual forma para a prevenção deste tipo de situações. Outras atividades a se terem igualmente em consideração serão a sensibilização da sociedade em geral para a temática, a criação de condições que permitam às famílias cuidar dos seus idosos dependentes em casa e a implementação de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, da sua família e do seu contexto socioeconómico, intervindo de forma individualizada em cada situação.

Analisando estas dificuldades na abordagem e prevenção neste tipo de situações e os escassos projetos de enfermagem neste âmbito, vi na temática uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e uma oportunidade de, enquanto futuro mestre na área da pessoa idosa, capacitar as equipas de enfermagem para a prevenção de situações de abuso, capacitar os cuidadores familiares para a prestação de cuidados à pessoa idosa no domicílio evitando a sobrecarga e o burnout, sensibilizar os ajudantes familiares de ação direta para a temática e divulgar e fomentar trabalhos nesta área de intervenção.

Atendendo à complexidade deste fenómeno e a individualidade de cada pessoa, é fundamental que o enfermeiro que presta cuidados em contexto domiciliário, suportado por uma avaliação mutidimensional da pessoa idosa, tenha em consideração a multiplicidade de fatores que afetam a vida do seu

cliente e respetivo cuidador familiar, para que se torne possível a construção de um projeto de cuidados verdadeiramente sensível às necessidades da pessoa idosa dependente e sua família (Collière, 1999 e 2001; Gomes, 2009).

Recorrendo-se ao modelo de parceria como norteador das intervenções de enfermagem centrados na pessoa, a prática de cuidados torna-se estruturante em situações de vulnerabilidade e dependência (Gomes, 2009). É assim possível à família assegurar o cuidado ao idoso dependente, assegurando o cuidado de si próprio e do outro.

Ainda neste sentido, e para que exista uma significativa melhoria, em termos de autonomia, segurança e qualidade de vida das pessoas idosas, considera-se crucial não só uma maior adaptação, especialização e abrangência dos serviços de saúde a esta população (através de definição de políticas, legislação e regulamentação), mas também uma mudança da imagem social da pessoa idosa, nomeadamente na forma como as suas necessidades são encaradas. É também importante a criação de ambientes de suporte e reforço da ação comunitária, de instrumentos de avaliação dirigidos à problemática do abuso à pessoa idosa e formação dos profissionais de saúde neste âmbito.

Com base na diversa literatura consultada e de acordo com o diagnóstico de situação realizado, constata-se que as equipas de cuidados de saúde apesar de serem detentoras de alguns conhecimentos sobre a problemática do abuso à pessoa idosa, apresentam ainda dificuldades quer na prevenção deste tipo de situações quer na tomada de decisão quando confrontados com as mesmas. A formação e capacitação dos profissionais para a prevenção de situações de abuso à pessoa idosa torna-se fundamental para a identificação precoce e tomada de decisão nestas situações. Sugere-se assim a continuidade de realização de ações de formação ou cursos de curta duração sobre esta mesma temática.

A frequente falta de informação nos registos de enfermagem relativamente a fatores de risco ou relativos a situações de abuso torna-se uma condicionante naquilo que é o papel do enfermeiro na prevenção deste tipo de situações. Para tal, devem ser definidos com objetividade, os conceitos e dados fundamentais a serem registados relativamente a esta temática.

Sugere-se assim a continuação da implementação e desenvolvimento de novas formas de cuidar tendo em conta as características e o contexto

sociodemográfico e familiar da população alvo, a evidência científica sobre os problemas encontrados, as experiências anteriores, respondendo criticamente e de forma personalizada de acordo com os conhecimentos mais atuais.

Em suma, a promoção de cuidados de enfermagem em parceria, assegura uma a construção de um projeto de cuidados centrados na pessoa e personalizados a cada situação de vida. Deste modo, pode constituir um modo de intervenção na prevenção de situações de abuso, uma vez que encara a pessoa e sua família numa perspetiva de globalidade, conseguindo detetar as suas necessidades, dificuldades e potencialidades, adaptando e intervindo personalizadamente em cada situação.

Numa perspetiva futura pretende-se dar continuidade ao presente projeto através da continuação da sua implementação em diversos contextos da prática, da divulgação em eventos de natureza científica e da realização de investigação em enfermagem sobre esta temática ainda pouco explorada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Action on Elder Abuse (1995) *Action on Elder abuse Bulletin 1*. Acedido 10 de Maio de 2014. Disponível em <http://www.elderabuse.org.uk>

Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Alves, J. (2006). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus tratos. Acedido em Julho de 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4221>

American Psychological Association.(2006). *Elder abuse and neglect: In search of solutions*. Retrieved February 22, 2006

Associação de Apoio à Vitima (2012). Estatísticas APAV. Relatório Anual 2012. Lisboa: APAV

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Edições Quarteto.

Bergeron LR, Gray B (2003) Ethical dilemmas of reporting elder abuse. *Social Work 48(1): 96-105*

Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005) - *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 8 Janeiro 2015 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Chalifour, J. (1993). *La relations d'aider*. Paris : Les Éditions de L'Homme
Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.

Collière, M. F. (2001). *Cuidar ...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociencia

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2014). *V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género*. Lisboa: CIG. Obtido a: 23/01/2015 em: <https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/violencia-domestica/>

Costa, A. C. (2013). *Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador, para a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa*. Relatório de Estádio Publicado do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa idosa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Lisboa

Correia, A. C. (2008). *Rastreio de Abuso na Pessoa Idosa*. Dissertação de Mestrado Publicada. Universidade de Aveiro: Aveiro

Craig, Jean; Smyth, Rosalind (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência

Decreto de Lei n.º 437/91 de 8 Novembro. DR. I, Série A, 257 (8-11-1991), 5723- 5741

Decreto Lei N.º 161/96 de 4 de Setembro. DR. I Série A, 93 (4-09-1996) 1739-1757

Decreto Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. DR, I Série A, 93 (21-04-98), 1739- 1757.

Decreto de Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. DR, I Série A, 109 (06-06-06), 3856-3865.

Decreto de Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. DR, I série A, 38 (22-02-2008), 1182 – 1189

Decreto de Lei nº 107/2008 de 25 de junho DR, I série A, 121 (25-06-2008), 3835 - 3853

Department of Health & Children (2002) *Protecting our Future*. Stationery Office. Dublin: Republic of Ireland

Dinis, R. (2006) – A Família do Idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família, perspectiva dos Enfermeiros. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde

Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa:DGS. Obtido a: 14/01/2015 em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>

Direção Geral de Saúde (2014). Violência Interpessoal : Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa:DGS. Obtido a: 01/01/2016 em: <http://www.dgs.pt/?cr=27191>

Erlingsson, C., Carlson, S., & Saveman, B. (2006). Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden--an exploratory study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 20(2), 151-159.

ESEL (2014). Regulamento de Mestrados. Lisboa: ESEL

Fernandes, A. A. (2007) Determinantes da mortalidade e da longevidade. *Análise Social*. XLII (183), 419-443.

Ferraz, *et al* (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*. 14(4), 755-759

Ferreira-Alves, J., Santos, A. J., (2010) Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of The Portuguese Survey (AVOW Project) Portugal: Universidade do Minho, Braga

Figueiredo, D. (2006). Cuidados Familiares: Cuidar e ser cuidado na família. In Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (col.). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na velhice*. (51-80) Porto: Âmbar

Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso. *Pensar Enfermagem*, 7 (2): 34-47

Fraser, A. (2010). Preventing abuse of older people. *Nursing Management*. 17(6), 26-9.

Fulmer T. (2003) Elder Abuse and neglect Assessment. *Journal of Gerontological Nursing* 29(1): 8-9

Fulmer, T., Guadano, L., Dyer, C., & Connolly, M. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *American Geriatrics Society*, 297-304.

Gallant, M. H.; Beaulieu, M. C. e Carnevale, F. A. (2002). Partnership: on analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 40(2), 149-157.

Gil, A. P. (2010), *Heróis do Quotidiano. Dinâmicas Familiares na Dependência*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Gil, A.P.; Santos, A. J.; Kislava, I.; Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Gil, A.P., Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A. (2013). Prevalência da Violência Contra as Pessoas Idosas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72,53-77

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. 4ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa

Gomes, I. D. (2007). O conceito de parceria na interação enfermeiro / doente idoso: da submissão à acção negociada. In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau

Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio*.(Dissertação de Doutoramento) Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Lopes,P. (org.). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77 – 115). Lisboa: Lusociência

Gonçalves, C. (2006) – Idosos: Abuso e Violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, 739-745.

Gonsalves, E. P.(2001). *Iniciação à Pesquisa Científica*. (2). Campinas - São Paulo: Editora Alínea

Hess, S. (2011). The role of health care providers in recognizing and reporting elder abuse. *Journal of Gerontological Nursing*. 37(11), 28-34.

Hook, M. L. (2006). Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*. 56(2).

INE/PORDATA (2014). População residente com mais de 65 anos. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. [Consultado em 30/12/2016]. Disponível na internet em URL: <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-10>

INE/PORDATA (2014). Índice de dependência Idosos. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. [Consultado em 30/12/2016]. Disponível na internet em URL: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

ICN (2000). ICN on Mobilising Nurses for Health Promotion. Geneve:ICN
Obtido a 19/02/2016, em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_PT/OCIEmobilizacaodosenfermeiro_sparapromocaosaude.pdf

Jeffrey, M., & Levine, M. (2003). *Elder Neglect and Abuse. A primer for primary care Physicians. Geriatrics* , Vol. 58, N.º 10.

Krug, Etienne G., James A. Mercy, Linda L. Dahlberg, e Anthony B. Zwi (2002), "The world report on violence and health", *The Lancet*, 360, pp. 1083-1088.

Lachs, M., & Phillemer, K. (2004). *Elder Abuse. Lancet* , Vol. 364, 1263-1272.

Lei n.º 67/1998, de 26 de Outubro. DR, I Série A, 240 (26/10/1998), 5536-5546

Leite E., Malpique M., Santos M. (2001). *Trabalho de Projecto. Aprender por projectos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento.

Manthope, J., Wilkinson, A., Chinn, D., & Coopamah, V. (2012). Changes and sticking points in adult safeguarding: a discussion. *British Journal Of Community Nursing*, 17(7), 334-339.

Manthorpe, J., Biggs, S., & Hills, A. (2007). The UK national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older People*, 19(8), 24-26.

Many, E.; Guimarães, S. (2006). *Como Abordar ... A metodologia de trabalho de projecto*. Lisboa: Areal Editores.

McCreadie C, Bennett G, Gllthorpe MS, Houghton G, Tinker A (2000) Elderabuse: Do general practitioners know or care? *Journal of the Royal Society of Medicine* 93: 67-7

Miller, C. (2004). Elder Abuse: The Nurses' Perspective. *Clinical Gerontologist*, 105-133

Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Mowlam A, Tennant R, Dixon J, McCreadie C (2007) *UK study of abuse and neglect of older people: Qualitative findings*. King's College London and the National Centre for Social Research, London

Muehlbauer, M., & Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44(11), 43-48.

National Center on Elder Abuse (2011). Major Types of Elder Abuse. *Elder Abuse Information Series*, 1, 1-2

National Institute of Aging (2011) , "So Far away: twenty questions and answers about long-distance caregiving

Nakanishi, M.; Hoshishiba Y, Iwama N, Okada T, Kato E, Takahashi H. (2008). Impact of elder abuse prevention and caregiver support law on system development among municipal governments in Japan. *Health Policy*. 90, 254-261.

Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Stahl, C (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology* 10(4): 406-15

Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J (2004) Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. preventative services. *Annals of Internal Medicine* 140(5): 387-404

Oliveira, D. P. R. (2002). *Sistemas. Organização & Métodos: O&M - uma abordagem gerencial*. 13.ed. São Paulo: Atlas

Oliveira, J. W. (2009). Sistema de Informação. Obtido a 29 Janeiro 2013. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22755187/1481008806/name/Proc.Neg.Atividade.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido a 30/06/2015, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2003. Obtido a 30/06/2015, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Competências Gerais do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

OMS (2002). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido a

30/05/2015,

em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Paixão, C., Reichenheim, M., Moraes, C., Coutinho, E., & Veras, R. (2007). Adaptação transcultural para o Brasil Caregiver Abuse Screen para Detecção de Violência de Cuidadores contra Idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 2013-2022

Perel-Levin, S.(2008) – *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level. Geneva: World Health Organization.*

Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal Of Community Nursing*, 15(10), 472-478

Potter, P.; Perry, A. (2006) - Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos. (5) Lisboa: Lusociência

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais.* (3). Lisboa: Gradiva.

Redondo, J., Pimentel, I., Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais na área da violência familiar / entre parceiros íntimos.* Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. DR, II série, 35 (10-02-11), 8648-8653

Reis M, Nahmiash D (1997) Abuse of seniors: personality stress and other indicators. *Journal of Mental Health and Aging* 3(3): 337-56

Rodrigues, A., e Esteves, M. (1993). *Análise das Necessidades na Formação de Professores.* Porto: Porto Editora

Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos* (5), 1-37

Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Luc Albarello, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Christian Maroy, Danielle Ruquoy & Pierre de Saint-Georges (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, (pp. 84-116). Lisboa: Edições Gradiva.

Santo, I. e Pardal, P. (2010). Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade. Portugal: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Acedido 4 Janeiro 2015. Disponível em: http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/page_140/indicadores_daucc_vf.pdf

Santos, M. I. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Investigação em Enfermagem*, (1), 51 - 58

Saveman BI, Sandvide Å (2001). Swedish general Practitioners` awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. *Scan J of Caring Sci* 15: 244-49

Sequeira, Carlos (2010) – Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL

Soares, J.F., Barros, H., Gonzales, F., Kapolou, E. I., Lamura, G., Lindert, J., Luna, J., Macassa, G., Melchiorre, M., Stankūnas, M. (2010). Abuse and Health Among Elderly in Europe. European Union. Lithuania: Kaunas

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos*. 4ªed. Loures: Lusociência

Stark, S. (2012). Elder Abuse. Screening, intervention, and prevention. *Nursing*. 42(10), 24-29.

Tavares, D. M.; Dias, F. A. (2012). Capacidade Funcional, morbidades e qualidade de vida nos idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 112-120.

Tortosa, M. (2004). *Personnas mayores y malos tratos*. Madrid:Psicologia Pirâmide.

United Nations General Assembly (2012). *General Assembly Resolution on World Elder Abuse Warness Day*. UN, Madrid (2012). Acedido em 15 de Janeiro de 2015. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/127

Utlely, R. (1999). Screening and Intervention in Elder Abuse. *Home Care Provider*, 4, 198.

Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Ver *SOCERJ*. 20(5). pp. 383-386.

World Health Organization (2002) *The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse*. WHO, Geneva. Acedido 10 de Maio de 2014. Disponível em: <http://tinyurl.com/2uzjgx9>

World Health Organization (2004) *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. WHO, Geneva. Acedido 12 de Junho de 2014. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_vip_02.1.pdf

WHO (2008). A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide - Main Report. Geneva: World Health Organization. Acedido em Junho de 2014. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/elder_abuse/en/index.html.

WHO (2011). European Report on Preventing elder maltreatment. Geneva: World Health Organization. Obtido em Dezembro 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.

Wieland, D. and Hirth, V. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*. 10(6), 454-462.

ANEXOS

ANEXO I - *MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)*

Mini-Mental State Examination – Mini-Exame da Avaliação Breve do Estado Mental

O Mini Mental State Examination (MMSE) foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), sendo traduzido e adaptado à população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão e Garcia (1994). É um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Pode ser usado para rastreio de perda cognitiva mas não pode ser usado para diagnosticar uma demência. O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais; exigindo respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, leitura e escrita avaliando habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Obtém-se um score imediato em cada item, sendo que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação de defeito cognitivo em função do grau de escolaridade:

- Analfabetos \leq 15 pontos;
- 1-11 anos de escolaridade \leq 22 pontos;
- Mais que 11 anos de escolaridade \leq 27 pontos.

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Idade: _____ DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO

"Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras"

PÊRA **GATO** **BOLA**

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

4. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

"Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” _____

Nota:

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____
- Dobra o papel ao meio _____
- Coloca o papel no chão _____
(ou no local indicado)

Nota:

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase “**FECHE OS OLHOS**”).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

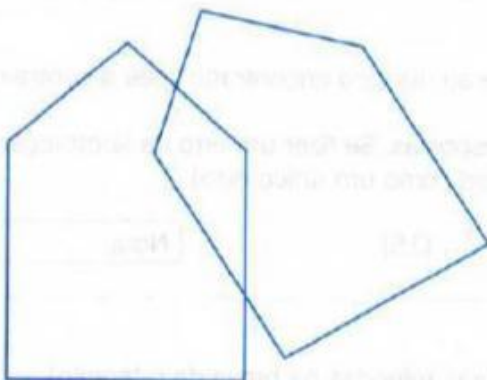
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

Referências Bibliográficas

Apóstolo, J. (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Folstein M.F., Folsetein, S.E. e McHugh, P.R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*. 12, 189-198

Guerreiro, M.P. e Col. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).

Sequeira, Carlos (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

ANEXO II- INDÍCE DE KATZ

INDÍCE DE KATZ

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária, foi elaborado por Katz e seus colaboradores (1963) para medir capacidade funcional de idosos com doença crónica. É um instrumento amplamente utilizado, sendo simples de usar, abrangente, requer poucos recursos e pode ser facilmente utilizadas por enfermeiros.

É constituído por seis atividades da vida diária: banho, vestir-se; ir a casa de banho mobilidade, controlo dos esfíncteres e alimentação (Sequeira, 2010). Em cada item podemos avaliar se a pessoa idosa é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou dependente (Sequeira, 2010). Cada uma destas dimensões é operacionalizada em quatro graus sendo que cada pontuação representa um: 4 - independente; 3 - independente com supervisão; 2 - independente com ajuda e; 1 - totalmente dependente

Índice de Katz

Itens	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfíncteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

Pontuação Total: _____

Os resultados traduzem o grau de autonomia em 4 categorias:

- independente - ≥ 17 pontos;
- parcialmente dependente - de 11 a 16 pontos;
- dependente - de 7 a 10 pontos;
- totalmente dependente - 6 pontos

Referências Bibliográficas

Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

ANEXO III- ESCALA DE LAWTON

ESCALA DE LAWTON

O índice de Lawton, desenvolvido por Lawton e Brody em 1969, é um instrumento que pretende avaliar o nível de independência da pessoa idosa para a realização das suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), de modo a planear intervenções junto dos mesmos (Sequeira 2007, 2010; Apóstolo, 2011). Compreende a avaliação de oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão de dinheiro e de medicação. A versão apresentada será de acordo com Sequeira (2007), que desconhecendo estudos de validação desta escala para a população portuguesa, procedeu à análise de algumas características psicométricas desta escala. Assim em cada item existem 3, 4 ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, sendo a maior pontuação correspondente a um maior grau de dependência. Este índice varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respetivo grau de dependência de acordo com a cotação:

- 8 pontos - independente;
- 9 a 20 pontos - moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda);
- > 20 pontos - severamente dependente (necessita de muita ajuda).

Índice de Lawton (versão completa de acordo com Sequeira, 2007)

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

Pontuação Total: _____

Referências Bibliográficas

Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Lawton M.P. e Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto

ANEXO IV- INDÍCE DE TINETTI

Índice de Tinetti

Esta escala foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Abreu & Caldas, 2008). Permite avaliar aspetos da marcha (velocidade, a distância e simetria do passo) e do equilíbrio (em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados). Não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. O uso deste instrumento de avaliação tem implicações importantes na qualidade de vida das pessoas idosas, pois possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem no sentido da prevenção e de reabilitação (Apóstolo, 2011). É composta por 16 itens em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. A cada item pode ser atribuído o valor de zero ou um, (zero é considerado não satisfatório e um é considerado satisfatório). A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos). O risco de queda é pontuado da seguinte forma:

- Score inferior a 19 pontos - Alto Risco de Queda;
- Score entre 19 e 24 pontos - Risco Moderado de Queda;
- Score acima de 24 pontos - Baixo Risco de Queda (Apóstolo, 2011).

Foi utilizada a versão em Português (adaptação a partir da versão em português do Brasil), utilizada no estudo: Mobilidade, avaliação do risco de quedas em idosos (Sousa, Oliveiras, Marques & Apóstolo, In Press).

Escala de Tinetti

Teste de Equilíbrio

Instruções: Utente sentado numa cadeira rígida, sem braços

1. Equilíbrio sentado	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
3. Tentativas para se levantar	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, requer mais de uma tentativa 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
4. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2 – Estável, sem dispositivo de auxílio
5. Equilíbrio de pé	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6. Desequilíbrio no esterno (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
7. Olhos fechados	0 – Instável 1 – Estável
8. Girar 360º	0 – Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1 – Passos descontinuados 2 - Continuidade
9. Sentar-se	0 – Inseguro (não avalia bem a distancia, cai na cadeira) 1 – Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2 – Seguro, movimentos suaves
Score de Equilíbrio	_____ (máximo 16 Pontos)

Teste de marcha

Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais.

1. Iniciação da marcha	0 – Imediato e após a ordem "vá" (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
2. Comprimento e altura do passo	a) Perna direita sem balanceio 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
3. Simetria do passo	0 – Passos direito e esquerdo, iguais 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
4. Continuidade do passo	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
5. Desvio da linha recta (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha
6. Tronco	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha

7. Base de apoio	0 – Calcânhares afastados 1 – Calcânhares quase se tocam durante a marcha
Score de marcha	_____ (máximo 12 Pontos)

Score Total: _____ (**máximo 28 pontos**)

Referências Bibliográficas

Abreu, S. S. E., & Caldas, C. P. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [On line], 12 (4), 324-330. [Consult. 10-11 - 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.

Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**ANEXO V – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE 15 ITEMS
(GDS 15)**

Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens

A Escala de Depressão Geriátrica – Geriatric Depression Scale (GDS), foi criada por Yesavage, et al (1983) com o objetivo de ser utilizada, especificamente, para pessoas idosas. Foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988). Esta escala permite diferenciar idosos deprimidos de não deprimidos (Sequeira, 2010). É uma escala que elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação (Fernandes 2000).

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. A versão GDS com 15 itens é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados (Paradela, Lourenço e Veras 2005).

Pontuação da GDS-15:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15
- 1 ponto para as resposta NÃO nas questões: 1, 5, 7, 11, 13.

GDS-15 Portuguese

De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ()	Não ()
Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
Sente-se inútil nas condições actuais?	Sim ()	Não ()
Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

Referências Bibliográficas

Fernandes, P. (2000). A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, Carlos (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 165-173, NY: The Haworth Press.

Verissimo, M. T. (1988). Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

ANEXO VI – *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)*

Mini Nutritional Assessment

O MNA trata-se de um instrumento de avaliação do risco de desnutrição no idoso. Foi validado quer para os idosos portugueses internados quer para os idosos em ambulatório por Loureiro (2008). É um instrumento que possibilita um procedimento de diagnóstico que pode facilmente ser utilizado por médicos, nutricionistas, dietistas e outros técnicos de saúde. Não é demorado e não requer equipamento sofisticado para a sua execução (Loureiro,2008). O seu principal objectivo é estabelecer o risco individual de desnutrição de modo a permitir uma intervenção precoce quando necessário (Guigoz e Vellas, 1998).

Os resultados obtidos pelo MNA podem ser os seguintes:

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

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

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

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23,
3 = IMC ≥ 23.

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

References

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

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

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

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

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

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

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

Referências Bibliográficas

Loureiro, M. H. V. S.(2008). *Validação do Mini Nutritional Assessment em Idosos* (Dissertação de mestrado publicada) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra

GUIGOZ, Y; VELLAS, B. (1998). Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of geriatric evaluation – *Nutrition Review*, 54 ,p.59-65

ANEXO VII – ESCALA DE BRADEN

Escala de Braden

A escala de Braden, foi elaborada por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, com o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira, et al, 2007; Apóstolo, 2011). É uma escala constituída por seis dimensões: percepção sensorial; humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. Cada dimensão está ponderada de 1 a 4, exceto a última que está ponderada de 1 a 3. A pontuação total pode variar entre 6 (valor de mais alto risco), e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor é o risco e vice-versa (Ferreira, et al, 2007; Apóstolo, 2011). O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a cotação:

- Superior ou igual a 17 – Baixo Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão;
- Inferior ou igual a 16 – Alto Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão.

A escala deve ser aplicada no momento da admissão do cliente aos cuidados que irão ser realizados, em meio hospitalar e/ou em meio domiciliário. Para além da data de admissão, a avaliação em meio hospitalar é aconselhada a cada 24h em serviços de urgência e de cuidados intensivos, a cada 48h nouro tipo de serviços hospitalares. Em meio domiciliário a avaliação é aconselhada mensalmente em doentes crónicos, e em casos de estado geral mais debilitado em cada situação de prestação de cuidados. Sempre que haja uma alteração do seu estado geral, ou de um dos itens preconizado na escala deve-se proceder a uma avaliação (Ferreira, et al, 2001; Apóstolo, 2011).

Escala de Braden

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____
 Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

Data da avaliação: _____

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

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

Referências Bibliográficas

Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência. Grupo Associativo de Investigação em Feridas –

GAIF (2012) - Escala de Braden. Disponível em: <http://www.gaif.net/content/artigos>

**ANEXO VIII – ESCALA DOLOPLUS – AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL
DA DOR NAS PESSOAS IDOSAS**

Escala de Doloplus

Em 1992 Bernard Wary, baseando-se numa escala para a avaliação comportamental da dor em crianças com doença neoplásica (D.E.G.R. – Douleur Enfant Gustave Roussy), propõe uma escala de avaliação da dor em idosos não-comunicantes, a escala Doloplus, composta de 15 itens, a qual é publicada em 1993. Com o intuito de validar esta escala, uma equipa clínicos especialistas em geriatria e em cuidados paliativos, procederam aos à sua validação, tendo reduzido o número de itens para 10. Esta nova escala – Doloplus-2 foi validada em 2 de Janeiro de 1999. A Escala Doloplus-2 contém dez itens repartidos por três subgrupos – cinco itens de repercussão somática; dois itens de repercussão psicomotora e; três itens de repercussão psicossocial. Cada item é pontuado de 0 a 3, representando um incremento na presença de um dado comportamento, o que leva a um resultado global compreendido entre 0 e 30. Considera-se estar em presença de um doente com dor quando o resultado global é igual ou superior a 5. A população alvo são os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas. Usada especificamente em situações de dor crónica. Foi validada para a população portuguesa por Guarda (2005)

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO..... NOME PRÓPRIO			DATAS		
SERVIÇO.....					
			Observação comportamental		
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
			PONTUAÇÃO		

Referências Bibliográficas

Guarda, H. (2005). Tradução e adaptação cultural e linguística para português da escala de dor DOLOPLUS 2. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Lefebvre-Chapiro S.(2001). The DoLopLuS 2 scale-evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*. 8(5), 191-194.

Wary B, Serbouti S. (2001). Doloplus 2: validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs*. 2(1), 35-38

ANEXO IX – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Trata-se de instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, incluindo informações sobre a saúde, vida social e pessoal, situação financeira/económica, situação emocional e tipo de relacionamento. Foi recentemente traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007), a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Zarit e Col., 1985).

É um instrumento constituído por 22 questões. Cada questão é avaliada de forma qualitativa/quantitativa com cinco respostas possíveis:

- Nunca (1);
- Quase nunca (2);
- Às vezes (3);
- Muitas vezes (4);
- Quase sempre (5) (Sequeira, 2010).

A pontuação global varia entre 22 e 110:

- Inferior a 46 – Sem sobrecarga;
- Entre 46 e 56 – Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 – Sobrecarga intensa (Sequeira, 2010)

Este instrumento permite identificar 4 fatores: O impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal, as expectativas face ao cuidar e a perceção de auto eficácia , (Sequeira 2007)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Referências Bibliográficas

Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora. Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência. II Série, 12, 9-16. Zarit,

S.H. e Zarit, J.M. (1983). The memory and Behaviour problems checklist – and the burden interview. Technical report, Pennsylvania State University. Zarit,

S.H. Orr, N.K. e Zarit, J.M. (1985). The bidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress. New York: New York University Press.

**ANEXO X – ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DE MAUS TRATOS E ABUSO A
IDOSOS**

Índice de Avaliação de Maus – Tratos e Abuso a Idosos

O índice de maus – tratos e abuso a idosos trata-se da tradução e validação para a população portuguesa do *Elder Assessment Instrument (EAI)* de Fulmer (2003). A sua tradução e validação foi da responsabilidade de Fernandes e Gonçalves (2014). O principal objetivo deste instrumento é monitorizar idosos suspeitos de sofrer abuso, em todos os parâmetros clínicos (Fulmer, 2003)

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DE MAUS-TRATOS E ABUSO A IDOSOS

Instituição: _____ Nº Processo: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____ DN: ____ / ____ / ____ Idade: _____

I. Avaliação geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito Baixo	Impossível de avaliar
1. Vestuário					
2. Higiene					
3. Nutrição					
4. Qualidade da pele					
5. Comentários adicionais:					
II. Possíveis Indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível de avaliar
6. Contusões					
7. Golpes					
8. Fracturas					
9. Vários estêdios de cura de escoriações ou fracturas					
10. Evidência de abuso sexual					
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso					
12. Comentários adicionais:					
III. Possíveis Indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível de avaliar
13. Contracturas					
14. Lesões de pressão					
15. Desidratação					
16. Diarreia					
17. Depressão					
18. Impacto					
19. Desnutrição					
20. Queimaduras do urina					
21. Pouca higiene					
22. Falha na resposta a aviso de doença óbvia					
23. Medicação inadequada (carência/excesso)					
24. Readmissão hospitalar devido à provável falta na vigilância dos cuidados de saúde					
25. Queixas do idoso por negligência repetida					
26. Comentários adicionais:					

IV. Possíveis indicadores de exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível de avaliar
27. Mau uso do dinheiro					
28. Evidência da exploração financeira					
29. Registos de exigência de bens em troca de serviços					
30. Incapacidade de controlar dinheiro/bens					
31. Queixas do idoso de exploração repetida					
32. Comentários adicionais:					
V. Possíveis indicadores de abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível de avaliar
33. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas					
34. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio					
35. Queixas do idoso de abandono repetido					
36. Comentários adicionais:					
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível de avaliar
37. Evidência de Abuso					
38. Evidência de Negligência					
39. Evidência de Exploração					
40. Evidência de Abandono					
41. Comentários adicionais:					

VII. Comentários e seguimento

A Técnica: _____

Referências Bibliográficas

Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. Livro de Escalas e Testes na Demência (3.^a edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências

Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 4-5.

**ANEXO XI - ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR
(CADI)**

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI)

O Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (Carers' Assessment of Difficulties Index - CADI) foi desenvolvido por Nolan e colaboradores no Reino Unido (Nolan e Grant, 1989; Nolan e col. 1990; Nolan, Keady e Grant, 1995; Nolan, Keady e Grant, 1996, 1998) e posteriormente traduzido e adaptado para a população portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito, 2002).

É um instrumento que permite detetar as necessidades e dificuldades do cuidador no ato de cuidar, possibilitando a adequação das respostas formais a implementar em cada situação. É composto por 30 potenciais dificuldades relacionadas com os cuidados realizados à pessoa idosa e as suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio dos profissionais aos prestadores de cuidados (Sequeira, 2007, 2010). Na avaliação de cada dificuldade o cuidador tem quatro possibilidades de resposta. De acordo com os autores da escala (Nolan e Col. 1996; Brito 2002) as dificuldades dos cuidadores agrupam-se em sete fatores:

- Problemas relacionados com o idoso - itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26;
- Reações a prestação de cuidados - itens 1,2,9,17,19,29,30, e 3;
- Exigências de ordem física da prestação de cuidados - itens 6,10,13,15,23 e 24;
- Restrições na vida social - itens 8,18 e 20;
- Falta de apoio familiar - itens 16 e 28;
- Falta de apoio profissional - itens 7 e 27;
- Problemas financeiros - itens 4 e 21.

Sequeira (2007, 2010) encontrou outras categorias/dimensões que explicam as dificuldades dos cuidadores, relacionadas com as especificidades dos cuidadores de Portugal, mas admitindo a necessidade de desenvolvimento de mais estudos:

- Problemas relacionais - itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26
- Restrições sociais - itens 1, 3, 8,9, 18, 20, 21
- Exigências do Cuidar - itens 6, 10, 13, 15, 19, 23, 24
- □ Reações ao cuidar - itens 4, 2, 29, 30

- Apoio Familiar - itens 16 e 18
- Apoio Profissional - itens 7 e 27

Os itens que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores estão relacionados com os itens problemas relacionais, restrições sociais e exigências do cuidar (Sequeira, 2007, 2010).

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

N.º	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não Acontece no meu caso e isto acontece no meu caso e sinto que:			
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito	
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos				

	seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

N.º	<u>PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:</u>	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Referências Bibliográficas

Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Brito, L. (2002). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora.

Nolan, M.; Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurses practice. *Journal of Advanced Nursing*. 14, 950-961.

Nolan, M.; Grant, G.; Ellis, N. (1990). Stress is in the eye of the beholder: reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 544-555.

Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. (1998). Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners. Brighton, Pavilion Publications.

Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J (1996). Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping. Buckingham, Open University Press.

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

APÉNDICES

**APÊNDICE I - Definições, Potenciais Manifestações e
Indicadores de Abuso à Pessoa Idosa**

Tipo de Abuso	Definição	Potenciais Manifestações	Potenciais Indicadores
Abuso Físico	Uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A submedicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria.	Bater, Esbofetear, empurrar, cuspir, sub ou sobre medicação, contenção física, alimentação à força, sanções inapropriadas	Equimoses, cortes, lacerações, arranhões, entorses, perda de cabelo, fraturas, perda de dentes, queimaduras, lesões nos olhos, Agitação, agressividade, sintomas depressivos, úlceras de pressão, imobilidade, perda de massa muscular. Efeitos sobre ou sub medicação: sedação, confusão, quedas
Abuso Sexual	Contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa.	Violação, atos sexuais não consentidos pela pessoa idosa, por não ter capacidade para consentir ou por ser obrigado a consentir	Lesões, queimaduras/irritação cutânea nos órgãos genitais, medo/ansiedade/irritação à aproximação/ao toque e à realização dos cuidados de higiene; marcas de mordedura humana nos órgãos genitais.
Abuso Emocional ou Psicológico	Infligência de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais (gritar, chamar nomes, insultar); a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria (provocar medo, ansiedade,	Humilhação, Intimidação, ameaças de abandono, ridicularização, causar medo e ansiedade, bullying, culpar, abuso verbal, isolamento/impedir contacto social, negar direitos básico, sobre proteção	Sintomas de desamparo ou desesperança, labilidade emocional, depressão, perda de apetite, alterações do sono; isolamento; nutrir sentimentos ambivalentes em relação ao agressor; Paranoia, medos excessivos

	ameaçar o idoso com ferimentos físicos, fechar o idoso num quarto).		
Exploração Material ou Financeira	Uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.	Súbtia redução dos fundos financeiros, remoção de material da propriedade Coação para assinatura para passagem de propriedades ou bens e alteração de testamento	Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento; assinatura forjada de cheques/documentos; levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento do idoso); operações legais de uma pessoa idosa com incapacidade cognitiva;
Negligência	Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.	Ignorar necessidades físicas e médicas, falha em possibilitar o acesso a serviços essenciais (saúde, sociais, educacionais) e em não permitir o acesso a ajudas técnicas para as atividades de vida diárias	Higiene pobre; vestir inadequadamente face às condições ambientais; exposição a situações perigosas por ausência de supervisão; falta de ortóteses (ex. óculos, bengala ou andarilhos entre outros); ausência de cuidados de saúde; desnutrição/desidratação; úlceras de pressão; contraturas; pele irritada por urina; Isolamento social.

Autonegligência	Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança.	Falhas sistemáticas na toma da medicação essencial, higiene deficiente, uso de roupa desadequada às condições meteorológicas, desidratação, má nutrição ou perda de peso, desinteresse pela vida, acumulação de lixo	
Abandono	A deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidado		Abandono no hospital; abandono em casa; isolamento físico do idoso

Fontes: NCEA,2011; Phelan, 2010; National Institute on Aging, 2011

**APÊNDICE II – GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS
DA ECCI E SERVIÇO DE MEDICINA**

Guião da Entrevista

- Como Enfermeiro(a) como encara as situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- É frequente deparar-se com situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Reconhece failmente sinais e/ou sintomas de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Que estratégias/decisões são adotadas na abordagem da família e da pessoa idosa abusada?
- Contactam outros profissionais de saúde? Quais? Qual o seu envolvimento no restante processo?
- Tem conhecimento dos fatores risco de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Que estratégias, no seu entender e de acordo com a sua experiência e avaliação destas situações, seriam importantes adotar, junto do familiar e da pessoa idosa, no sentido de prevenir as situações de abuso e negligência à pessoa idosa dependente?
- Têm algum contacto específico que apoie nestas situações?
- Costuma reportar estas situações? A quem contacta? Posteriormente afasta-se do caso ou mantém ligação e/ou colaboração no caso? De que modo?
- Têm instrumentos para identificação de fatores de risco, identificação/avaliação situações de abuso, de orientação para a intervenção a realizar quando se detetam situações de abuso?
- Gostaria de ter mais conhecimentos na área da prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa?

**APÊNDICE III – GUIÃO DA ENTREVISTA ÀS ASSISTENTES
SOCIAIS E DIRETORA TÉCNICA DO CENTRO DE DIA**

Guião da Entrevista

- Como encara as situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- É frequente deparar-se com situações de abuso e negligência?
- Como são sinalizadas e por quem são sinalizadas as situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Consegue identificar sinais/sintomas e fatores de risco de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Como são avaliadas estas situações? Que estratégias/decisões são adotadas na abordagem da família e da pessoa idosa abusada?
- Contacta outros profissionais de saúde? Quais? Qual o seu envolvimento no restante processo?
- Que fatores (respeitantes à família, à pessoa idosa, ao contexto sociodemográfico), normalmente, estão associados às situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Que estratégias, no seu entender e de acordo com a sua experiência e avaliação destas situações, seriam importantes adotar, junto do familiar e da pessoa idosa, no sentido de prevenir as situações de abuso e negligência à pessoa idosa dependente?
- Tem algum contacto específico que apoie nestas situações?
- Costuma reportar estas situações? A quem contacta? Posteriormente afasta-se do caso ou mantém ligação e/ou colaboração no caso? De que modo?
- Têm instrumentos para identificação de fatores de risco, identificação/avaliação situações de abuso, de orientação para a intervenção a realizar quando se detetam situações de abuso?
- Existe por norma articulação entre os técnicos sociais e os técnicos de saúde para resolução deste tipo de situações?
- Gostaria de ter mais conhecimentos na área da prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa?

**APÊNDICE IV - FATORES DE RISCO DE ABUSO À PESSOA
IDOSA**

Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa

Nível	Principais Fatores de Risco
Individual (Vítima)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: mulheres Idade: mais de 74 anos • Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva • Demência, incluindo doença de Alzheimer e outros tipos de demência • Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima
Individual (Agressor)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: homens em casos de abuso físico e as mulheres em casos de negligência • Distúrbios mentais: depressão • Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas • ostilidade e agressão • Problemas financeiros • Stress: Sobrecarga do cuidador
Relação	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência financeira do agressor em relação á vítima • Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor • Transmissão intergeracional da violência • Relacionamento difícil de longa duração • Parentesco: filhos ou parceiros • Coabitação
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais • Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucion
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminação tendo como causa a idade:(ageísmo) Preconceito etário • Outras formas de discriminação: sexismo e racismo Fatores sociais e económicos • Cultura violenta: banalização da violência

Fonte: (European Report on preventing elder maltreatment. Geneve:WHO,2011)

**APÊNDICE V – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE FACTORES DE RISCO DE
ABUSO À PESSOA IDOSA**

Grelha de Observação

	Factores de Risco	Presente	Ausente
Individual (Vítima)	Sexo Feminino		
	Idade Superior a 74 anos		
	Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva		
	Demência		
	Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima		
Individual (Agressor)	Sexo Masculino: abuso físico		
	Sexo Feminino: Negligência		
	Distúrbios mentais		
	Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas		
	Hostilidade e agressão		
	Problemas financeiros		
	Stress: Sobrecarga do cuidador		
Relação	Dependência financeira do agressor em relação á vítima		
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor		
	Transmissão intergeracional da violência		
	Relacionamento difícil de longa duração		
	Parentesco: filhos ou parceiros		
	Coabitação		

Comunidade	Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais		
	Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucion		
Social	Discriminação tendo como causa a idade:(ageísmo) Preconceito etário		
	Outras formas de discriminação: sexismo e racismo Fatores sociais e económicos		
	Cultura violenta: banalização da violência		

Fonte: (European Report on preventing elder maltreatment. Geneve:WHO,2011)

APÊNDICE VI – ESTUDO DE CASO

Estudo de Caso

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário

Modelo de Intervenção em Parceria

INTRODUÇÃO

Ao definir a aquisição de competências de enfermeiros especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, como finalidade principal do presente projeto de estágio, tornou-se fundamental a realização de um estudo caso como meio para aquisição das mesmas no contexto da prática clínica.

No contexto de ensino clínico em consonância com os objetivos definidos para o mesmo, foi identificada uma situação clínica passível de ser estudada no sentido de concretizar esta aquisição de competências na prática clínica de enfermeiro especialista, nomeadamente na área da prevenção do abuso à pessoa idosa. Deste modo recorre-se ao modelo de intervenção em parceria como “linha” estruturante e orientadora dos cuidados de enfermagem a serem prestados nesta situação específica.

Ferreira-Alves e Santos (2010) num estudo sobre a prevalência da violência e abuso contra as mulheres idosas identificam como os tipos de abuso mais prevalentes qualquer tipo de abuso e o abuso financeiro. Soares et al. (2010) identifica o abuso psicológico como sendo o mais comum entre uma amostra de residentes na urbe do Porto. Contudo, o tipo de abuso com mais referências em termos globais é a negligência

Torna-se assim fundamental a realização de um rastreio do risco à população idosa, recorrendo aos factores de risco para o abuso aos mesmos, de modo a que seja possível delinear a executar intervenções preventivas de situações de abuso. Para tal, é fundamental uma colheita de dados completa que englobe todos os aspectos fundamentais para uma avaliação global da pessoa idosa e

ao mesmo tempo contemples aspectos fundamentais para a temática do abuso à pessoa idosa.

FASE REVELAR-SE

O primeiro elo da relação de parceria baseia-se no conhecimento que o enfermeiro tem do cliente alvo da prestação de cuidados. Deste modo, suportando-nos naquelas que são as competências comunicacionais e relacionais do enfermeiro, procuramos tomar conhecimento relativamente a quem é a pessoa a que prestamos cuidados, qual o seu contexto familiar, social e cultural e quais os seus valores. Existe igualmente um esforço para identificar qual o significado da história de doença na sua trajetória de vida e qual o seu potencial de desenvolvimento para conseguir garantir o Cuidado de Si (Gomes, 2013).

Com vista à recolha de informação, recorre-se à observação participante e a entrevistas semidirigidas, tendo como guião o instrumento de recolha de dados elaborado no decurso do estágio. Como complemento aplicaram-se instrumentos de avaliação que permitem aumentar a precisão dos diagnósticos de enfermagem, facilitando o planeamento de intervenções preventivas e terapêuticas bem como a monitorização do cliente ao longo do tempo (Silva, 2010).

Identidade da pessoa idosa

_A Sr.^a C. tem 79 anos, raça caucasiana, natural de um concelho do Alentejo. É casada e vive com o marido. Estudou até à 4^a classe mas de acordo com o marido, é analfabeta, sabendo contudo contar e realizar operações matemáticas simples. Nunca teve profissão tendo sido sempre doméstica, cuidando de crianças em casa durante alguns anos.

Contexto de Vida da Pessoa Idosa

Enquanto sistema, cada família pertence a um sistema mais amplo, o *contexto* onde se insere e que tem influência sobre a mesma e sobre os indivíduos que a constituem (Wright & Leahey, 2009).

A Sr.^a C. vive atualmente num apartamento arrendado com o esposo, numa freguesia do concelho de Odivelas. O apartamento localiza-se num prédio de 2 andares, com várias décadas de construção. Apesar de as condições de acesso físico não apresentarem obstáculos, este não possui rampas facilitadoras de acesso ou elevador para os pisos superiores. Quer a entrada do prédio quer a entrada do apartamento são estreitas o que dificulta o acesso e a passagem de uma cadeira de rodas.

A Sr.^a C. vive sozinha com o marido, o Sr. A., sendo este o seu principal cuidador familiar. O Sr. A é igualmente idoso (81 anos) e apresenta também ele alguns problemas de saúde, nomeadamente Diabete Mellitus II. Estes possuem um filho e uma nora (que é profissional de saúde) que os visitam pelo menos uma vez por semana, tal como um neto e uma neta que os visita periodicamente

A religião e a espiritualidade influenciam os valores, os hábitos sociais, as crenças sobre a saúde/doença e a adaptação da família (Wright & Leahey, 2009). No que diz respeito à religião, a Sr.^a C é católica não praticante. De acordo com o marido, esta era muito religiosa frequentado a eucaristia até ter sido expulsa de uma, por o seu filho, na altura bebé, estar a chorar.

Em termos de condição económica, de acordo com o marido, este recebe uma pensão de valor inferior a 500€. De acordo com o mesmo, a Sr.^a C não possui reforma, recebendo unicamente um complemento de velhice de valor inferior a 200€, mas que sempre foi gerida pelo marido. Atualmente a Sr.^a C. não tem

actualmente acesso, poder e capacidade de decisão sobre a gestão financeira do lar. Quando abordado relativamente à capacidade para gerir as despesas com a baixa reforma, o marido da Sr.^a C referiu que vai chegando para os custos mas que não sobra praticamente nada no final do mês

Uma vez que o estilo de vida, o estado de saúde, as oportunidades de educação e as condições de vida em geral são influenciados pela classe social, optei por aplicar a **Escala de Graffar Adaptada** (Hanson, 2005). Esta permite avaliar as condições socioeconómicas com o objetivo de identificar a classe social e prever as condições de risco, alterações a nível de comportamento de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2012). De acordo com o instrumento consideramos que a família se enquadra na **classe média-baixa**.

No que diz respeito às rotinas diárias da Sr.^a C esta passava grande parte do tempo em casa, saindo unicamente para realizar algumas compras pontuais ou para se deslocar a consultas médicas. Socializava maioritariamente com as vizinhas e gostava bastante de ajudar os outros.

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Antecedente Pessoais Prévios:

A Sr.^a C. possui como antecedentes pessoais de saúde prévios, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus Tipo II, obesidade e histerectomizada. Está medicada com Carvedilol , Sinvastatina Metformina , Januvia , Pradaxa , Cipralex , Amisulprida. Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares.

Situação de Doença Actual:

A Sr.^a C. esteve internada de 9/8/2013 a 16/8/2013 após acidente vascular cerebral isquémico, do território da artéria cerebral média esquerda com sequelas de afasia global, hemiparésia à direita de predomínio braqueal. Após alta hospitalar foi transferida para Unidade de Média Duração e Reabilitação

com vista à sua reabilitação física. Tem alta para o domicílio mantendo afasia global e hemiparésia à direita. Encontra-se algaliada por episódios recorrentes de retenção urinária.

Avaliação Física e Sensorial

A Sra. C. encontra-se deitada no leito, está vigil, tem abertura espontânea dos olhos, manifesta uma resposta verbal mas imperceptível às questões que lhe são colocadas e cumpre ordens quando solicitada (15 pontos na Escala de Coma de Glasgow).

Apresenta fácies de dor sobretudo à mobilização dos membros do hemicorpo parético. Dada a incapacidade de verbalizar e manifestar a sua dor verbalmente recorre-se à avaliação da dor através da Escala de Doloplus 2 - Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa¹ (Wary, Serbouti, & Doloplus, 2001; Guarda, 2007). De acordo com Guarda (2007) considera que as escalas de heteroavaliação que utilizam a observação comportamental, como a Doloplus - 2, são as mais eficazes na avaliação da dor das pessoas que não a podem verbalizar e quantificar eficazmente. Após aplicação deste mesmo instrumento obteve-se uma pontuação de 13 sendo que a autora considera um resultado igual ou superior a 5 como existência de dor.

Relativamente à pele e mucosas apresentam-se ligeiramente descoradas e descamativas. Apresenta ligeiro rubor e eritema a nível intranadegueiro aparentemente por contacto com fezes. No sentido de perceber o risco da cliente vir a desenvolver úlceras por pressão, torna-se fundamental a aplicação da Escala de Braden. A sua utilização deveu-se ao reduzido nível de atividade física e elevado grau de dependência da Sra. A., enquanto fator de risco para este tipo de lesões. Também a Direção Geral da Saúde (2011) orienta para a sua utilização na primeira visita domiciliária e posteriormente com uma frequência semanal (Braden & Bergstrom, 1989; Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Este instrumento permite conhecer a vulnerabilidade da pessoa doente e implementar ou intensificar as medidas preventivas necessárias

(Duque et al., 2009; Wada, Neto, & Ferreira, 2010). Através da aplicação da escala foi obtido um score de 14 o que prediz um risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

A força muscular avaliada pela **Escala de Lower** ao nível dos membros superiores e inferiores é 5/5 (movimento normal contra a gravidade e resistência). Não faz referência a alterações da sensibilidade.

No que diz respeito à acuidade visual esta encontra-se mantida e apresenta diminuição da acuidade auditiva não compensada.

Cognição e Comunicação

A Sra. C. encontra-se aparentemente orientada na pessoa e no espaço mas desorientada no tempo. Para a avaliação do funcionamento cognitivo recorreu-se à Avaliação Breve do Estado Mental (**Mini Mental State Examination**), pois permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva do cliente (Guerreiro, et al., 1994). Contudo, por apresentar uma afasia global este instrumento não é passível de ser aplicado a esta cliente.

No que respeita à comunicação, a Sra. C. revela-se bastante comunicativa na presença das ajudantes familiares e profissionais de saúde mas mais contida quando o marido está presente. A expressão verbal é limitada a um discurso incompreensível resultante da afasia global. Aparentemente mantém alguma capacidade de compreensão auditiva verbal.

Humor

No que diz respeito ao humor, em todos os contactos a cliente apresentou um carácter fechado e pouco expressivo, contudo revelador de emoções em determinadas situações. Foi aplicada a Escala de Depressão geriátrica de 15 Items no sentido de avaliar uma possível presença de depressão na cliente ou

um eventual risco de desenvolver depressão. Foi então obtido um resultado de a cliente se encontrar em depressão.

Avaliação das AVDS (Segundo Barthel)

Deambulação e Subir Escadas

Após o AVC isquémico a cliente ficou com sequelas de hemiparesia à direita que a limitou em termos de mobilidade sendo incapaz de realizar marcha, pelo que se deslocava unicamente de cadeira de rodas com ajuda. Após o internamento na UMDR a cliente recuperou alguma força muscular sendo capaz de auxiliar nas transferências mas mantém-se incapaz de realizar marchar. Deste modo é incapaz de caminhar e de subir escadas. Importa no entanto proceder ainda a uma avaliação do risco de queda dada esta diminuição da força muscular e dado auxiliar nas transferências dentro das suas capacidades. Após a aplicada a escala de Morse, obteve-se um score de 40, o que indica um baixo risco de queda.

Higiene Pessoal e Banho

A Sr.^a C. é incapaz de realizar a sua higiene pessoal e o seu marido é incapaz de assegurar estes cuidados por ela. Deste modo a família está a receber apoio do Centro de Dia da Urmeira, cujas ajudantes familiares prestam os cuidados de higiene à Sr.^a C. Existe um dia para cuidados de higiene totais e restantes para cuidados de higiene parciais. Estas ajudantes familiares são também responsáveis pelo levantar e deitar, bem como pela muda da fralda da Sr.^a C.

Toalete e Controlo Esfícteriano (Bexiga e Intestino)

A Sr.^a C. após o internamento regressou a casa algaliada. Foram realizadas tentativas de desalgaliação por parte da ECCI mas verificou-se sempre episódios de retenção pelo que teve necessidade de voltar a ser realgaliada,

situação em que se encontra atualmente. Em termos de eliminação intestinal tem-se revelado também incontinente, acabando por evacuar na fralda.

Alimentação

A Sr.^a C realiza 5 refeições por dia. Por ser incapaz de confeccionar as refeições, tal como o marido, o almoço e o jantar são fornecidos pelo Centro de Dia da Urmeira . O pequeno almoço, lanche e ceia ficam a cargo do marido da mesma. Revela alguma capacidade para se alimentar autonomamente quando da posição de sentada na cadeira de rodas. Contudo, realiza apenas o almoço nesta posição uma vez que apenas é levantada pelas ajudantes familiares do centro de dia, entre as 11 e as 18 horas. Quando da posição de deitada necessita de ajuda total para se alimentar, ficando essa tarefa a cargo do marido, que se revela capaz de o realizar. Em termos de restrições dietéticas a Sr.^a C sofre de HTA e DMII pelo que deverá possuir dietas adaptadas à sua condição de saúde. O marido nem sempre está desperto para estas restrições alimentares, confeccionado frequentemente bolos para o pequeno almoço e lanche. Quando abordado relativamente à ceia, referiu que nem sempre fornecia uma ceia ligeira à Sr.^a C. Foi então alertado para os benefícios da realização da ceia por parte das pessoas com DMII. Em termos nutritivos a cliente está aparentemente nutrida, embora não tenha sido possível pesar a cliente e o IMC tenha sido calculado com base em estimativa com valores de peso referidos pelo marido.

Foi ainda aplicado o Mini Nutritional Assessment tendo-se obtido um valor de 11 pontos no máximo de 30. De acordo com os parâmetros e pontuações tabelados é considerado que a cliente se encontra desnutrida.

Em termos de hidratação a Sr.^a C encontra-se desidratada, revelando pele e mucosas secas e desidratadas. De acordo com o marido da cliente, esta revela-se muito renitente a ingerir água. Foi presenciado esta renitência por parte da cliente à ingestão de água bem como uma fácil desistência do marido perante esta renitência. Deste modo a cliente fica assim vulnerável no que diz

respeito à hidratação, encontrando-se assim em risco de desidratação e a todas as consequências inerentes à mesma.

Vestuário

A Sr.^a C é auxiliada a vestir-se e a despir-se pelas ajudantes do centro de dia durante os dias de semana e pelo neto ou neta aos fins de semana e feriados. Por norma encontra-se vestida com roupa confortável e aparentemente adequada à temperatura que se faz sentir. Aparentemente não tem opção de escolha naquilo que pretende ou não vestir.

Impacto da doença na vida do cliente e do familiar cuidador

O AVC sofrido pela Sr.^a C e respetivas sequelas trouxeram grande impacto na sua vida diária e respectiva qualidade de vida, no sentido em que esta se tornou totalmente dependente de terceiros.

Desde a alta hospitalar que o marido se tornou o cuidador familiar da mesma, mas revelando-se incapaz para prestar os cuidados essenciais pelo que solicitou apoio do centro de dia e apoio dos familiares.

FASE ENVOLVER-SE

A possibilidade de gerir a responsabilidade as horas de estágio na ECCL e o tempo de prestação de cuidados facilitou o desenvolvimento de uma relação de confiança com a Sr^a C. e o seu familiar cuidador. Todavia foi necessário investirmos na pesquisa e adoção de estratégias que permitissem ultrapassar as barreiras colocadas à comunicação com a Sra. A. devido às suas dificuldade de comunicação derivadas da afasia global que apresenta.

Sequeira (2010), considera que ainda relativamente ao familiar cuidador é pertinente o diagnóstico das capacidades e dificuldades para o desempenho de papel, o nível de conhecimentos (evolução da doença, estratégias que facilitem a prestação de cuidados, etc.), a sobrecarga, a satisfação e estratégias de coping.

Procuramos dar espaço e tempo para que se expressa-se relativamente ao seu projeto de vida e saúde. A cliente não consegue perspetivar como será o seu futuro mas deixa em aberto que gostava de se sentir mais útil, pois no passado ajudava a Sra. L. nas tarefas domésticas e atualmente não tem energia e motivação para fazer algumas atividade e isso entristece-a

A escala de sobrecarga do cuidador é uma ferramenta que possibilita a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva do familiar cuidador e que inclui informação sobre a saúde, a vida social, a vida pessoa, a situação financeira, a situação emocional e o tipo de relacionamento (Sequeira, 2010b). Da operacionalização da ESC obtivemos um *score* global de 73 pontos, o que de acordo com os pontos de corte (inferior a 46 = sem sem sobrecarga; entre 46 e 56 = sobrecarga ligeira; superior a 56 = sobrecarga intensa), sugere-nos que relativamente ao desempenho do seu papel, o Sr. F., apresenta **sobrecarga intensa**.

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), o Índice de Satisfação do Cuidador (CASI) e o Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI), da autoria de Nolan, Grant, & Keady (1998) e

traduzidos e validados para a população portuguesa por Luísa Brito e João Barreto, constituem um outro conjunto de instrumentos úteis de avaliação do desempenho do papel por parte do Sr. F. (Brito, 2002).

O **Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Anexo &)** permite identificar as dificuldades do familiar cuidador (na vida social, na saúde, na situação económica, nos relacionamentos e nos apoios profissionais) relacionadas com o tarefa de cuidar, permitindo adequar as respostas formais a implementar em cada caso concreto.

Os fatores de dificuldades identificados pelo Sr. F. . no preenchimento do CADI estão sobretudo associados a **problemas relacionais** com a Sra. C. Uma análise detalhada das respostas ao questionário seguindo as orientações dos autores permitiu verificar que perante afirmações como *"a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim"* e ainda *"a pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia"*, o familiar cuidador considerou que ***"isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito"***.

FASE CAPACITAR/POSSIBILITAR

A terceira fase do Modelo de Intervenção em Parceria caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências na pessoa idosa e familiar cuidador para agirem e decidirem, possibilitando desta forma a execução do projeto de cuidados (Gomes, 2013).

Destacam-se assim os principais problemas que se consideram ser um obstáculo à capacidade dos clientes para assumirem o cuidado de Si e/ ou assegurem o cuidado do Outro. É sobre estes que deve recair a nossa atenção de forma a desenvolver-lhes as devidas competências. Destes problemas fazem parte: pouca interação social, isolamento social, fraco suporte familiar, falta de conhecimentos e inexperiência na prestação de cuidados, stress e cansaço do cuidador familiar, fragilidade nutritiva e de hidratação.

Através do conhecimento previamente adquirido sobre o cliente e seu cuidador familiar, respectivo contexto de vida e significado que a situação de doença tem para si, partilhámos informação, esclarecemos e mobilizámos para a reflexão. Procurou-se assim transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais e concretizar os objetivos estabelecidos em parceria (Gomes, 2013).

No que diz respeito aos eventuais indicadores de negligência identificados na fase anterior, empenhamo-nos em comunicar de forma assertiva com o cuidador familiar, relativamente às nossas preocupações. Para tal, seguiram-se as linhas orientadoras de Fulmer (2008). Procurou-se utilizar um diálogo não acusador, mas antes, demonstrar a nossa preocupação pela forma como estava a conduzir a prestação de cuidados à Sr.^a C.. Alertou-se para o facto do risco de desnutrição, úlceras de pressão e gestão da terapêutica a que a Sr.^a C. estaria exposta se não forem prestados os cuidados adequados. Acordou-se assim com o cuidador familiar, planear-se e desenvolver em conjunto com o mesmo, várias intervenções que reduzam ou anulem o risco a que a Sr.^a C. está exposta.

Em complemento, abordou-se a Sra. C. e no sentido de se explicar a importância de ingerir água e os riscos que a sua renitência acarreta. Foi

informada que o objetivo seria ajudá-la a ela e ao marido a terem uma qualidade de vida melhor pelo será essencial a sua colaboração.

Uma vez que também existe a intervenção de cuidadores formais para assegurar cuidados de higiene e conforto e alimentação à Sra. C., torna-se importante a discussão conjunta do projeto de cuidados.

Fase Comprometer-se

A quarta fase do Modelo de Intervenção em Parceria sustenta o desenvolvimento das ações do enfermeiro e do cliente no sentido de transformar capacidades potenciais em capacidades reais, garantindo que possa vir a assumir o cuidado de Si próprio e/ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013).

Os resultados que se pretendem alcançar com este projeto de cuidados vão no sentido de que o cuidador familiar, o Sr. F., promova o cuidado de Si (consiga ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, mantenha-se informada e com capacidade de decisão e manifeste conforto e bem estar) e assegure cuidados mais adequados às necessidades e preferências da Sra. C.

Para isso consideramos as categorias de problemas previamente identificados na avaliação dos clientes e o plano negociado para a mudança e dedicámo-nos à implementação de um conjunto de intervenções em parceria para a conquista desses objetivos.

Ainda que indiretamente, é esperado que através destas mesmas intervenções, seja possível reduzir e/ou eliminar os fatores de risco identificados nas fases prévias do Modelo de Intervenção em Parceria e desta forma contribuir para a prevenção primária (evitação pela atuação sobre as causas e fatores de risco) e prevenção secundária (identificação das situações e intervenção precoce) das potenciais situações de abuso à pessoa idosa neste estudo de caso (Almeida, 2005; Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010; WHO, 2011).

Apresenta-se de seguida o respetivo plano de intervenção, sob a forma de tabela com vista a uma melhor compreensão do mesmo

Quadro 1 – Plano de Intervenção em Parceria

Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Sinais de desidratação relacionado com recusa de ingestão hídrica e baixo reforço hídrico por parte do cuidador familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A Sr.^a C. não apresente sinais de desidratação - A Sr.^a C. apresente um risco diminuído de desidratação -A Sr.^a C. não recuse frequentemente a ingestão hídrica - O cuidador familiar consiga realizar um maior reforço hídrico 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a Sr.^a C. da importância de ingerir água ao longo do dia - Alertar o Cuidador Familiar para os riscos inerentes ao estado de desidratação da Sr.^a C. - Estabelecer um plano de Reforço Hídrico em parceria com a cliente e o cuidador familiar - Vigiar características da Urina e respectivo débito urinário - Adotar estratégias alternativas que facilitem a ingestão hídrica por parte da Sr.^a C. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um plano de hidratação diário com objetivo de ingerir 1,5L de água diários - Vigiar as características da urina a cada VD e negociar com o Sr. F. para informar a equipa da ECCI em caso de baixos débitos urinários consecutivos ou alterações significativas nas características da urina - Incentivar à ingestão hídrica ao longo do dia. Oferecer água em vez de questionar de deseja água - Fornecer chá, gelatinas ou colocar fruta dentro da garrafa de água, como métodos

		- Validar conhecimentos	alternativos de hidratação da Sr. ^a C
Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco de integridade cutânea comprometido relacionado com imobilidade no leito e cadeira de rodas	<ul style="list-style-type: none"> - Não apresente úlceras por pressão - Mantenha a integridade cutânea 	<ul style="list-style-type: none"> - Alertar para as complicações da imobilidade e do aparecimento de úlceras de pressão; - Transmissão de conhecimentos sobre os decúbitos - Aplicação da Escala de <i>Braden</i>, de forma a monitoriza o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão; - Transmissão de conhecimentos sobre a hidratação da pele e necessidade de massagem frequente; - Alertar para sinais e sintomas de comprometimento da pele; - Alertar para a necessidade de aumentar o aporte proteico; - Transmissão de conhecimentos sobre alguns exercícios passivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço proteico na alimentação da cliente; - Observação da pele e das zonas de pressão; - Alternar mais frequentemente posicionamentos; - Alertar profissionais da ECCI, para alguma alteração que observem na pele; - Realizar levante para CR 2x por dia, inclusive ao FDS e feriados - A Cuidadora esclarece dúvidas com ECC.

		<p>que ajudam a manter a mobilidade e a evitar a rigidez articular;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validação de conhecimentos; - Demonstrar e treinar com a cuidadora os posicionamentos; - Informar sobre a possibilidade de ter apoio da fisioterapia; - Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas 	
Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Défice de conhecimentos relativos aos cuidados a ter com a drenagem vesical	- Manutenção dos cuidados à drenagem vesical corretos.	<ul style="list-style-type: none"> - Alertar para as principais complicações da algiação e de como preveni-las; - Transmitir informações sobre os cuidados e manutenção da drenagem vesical; - Facultar informação sobre onde adquirir os sacos coletores; - Validar conhecimentos; - Alertar para a necessidade de 	<ul style="list-style-type: none"> - São mantidos os cuidados corretos à algiação; - Há controlo da ingesta de água e do volume de urina drenado; - São mantidos e realizados corretamente os cuidados de higiene aos genitais; - A cuidadora é capaz de adquirir e trocar sacos coletores; - Manutenção do penso da úlcera de

		<p>aumentar o aporte hídrico para 1000 a 1500cc água por dia, e realizar uma contabilização da água ingerida e da urina drenada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para a necessidade de corretos cuidados de higiene aos genitais com a sonda vesical colocada, fazendo uma demonstração; - Alertar a cuidadora da necessidade de informar a ECC se a algália se exteriorizar, apresentar baixos débitos ou urina extra-algália - Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas. 	<p>pressão seco e limpo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso a algália se exteriorize a cuidadora informa a ECC; - A Cuidadora esclarece dúvidas com ECC
Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco de sobrecarga e stress do cuidador por aumento da dependência da cliente, falta de apoio familiar, défice de conhecimentos que possam auxiliar nos cuidados realizados e falta de apoio das respostas sociais; prevenindo situações de abuso.	Evitar a sobrecarga da cuidadora; Evitar momentos de aumento de stress do cuidador; Promover momentos de lazer/tempo cuidados ao cuidador; Prevenção de situações de abuso.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a transmissão de conhecimentos necessária à manutenção dos cuidados à cliente e adaptados à sua situação de aumento de dependência; - Fornecer contactos das respostas sociais existentes na sua área de residência; - Aplicação da escala de Zarit, para 	

		<p>despiste de sobrecarga do cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da Escala de avaliação das dificuldades do cuidador, para prevenir e despistar as suas necessidades e dificuldades; - Favorecer momentos de esclarecimento de dúvidas e expressão dos seus medos, dúvidas, necessidades, dificuldades; - Incentivar/estimular a colaboração de outros familiares na divisão dos cuidados a realizar à Sr.^a C. - Incentivar o cuidador a promover umas férias para si, programando os cuidados/apoios necessários para esses dias. - Articular com a ECCI no sentido de recorrer a um internamento para descanso do cuidador em UCCI. 	
--	--	---	--

**APÊNDICE VII – SESSÃO DE FORMAÇÃO À ECCI E
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE MEDICINA SOBRE
PREVENÇÃO DO ABUSO À PESSOA IDOSA**

Plano da Sessão

Tema da Sessão: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa – Aspetos Teóricos

População Alvo : Equipa dos cuidados continuados integrados e Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina

Formador: Enfermeiro Miguel Soares

Objetivos Geral: Capacitar os Enfermeiros para a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

Objetivo Específico Que no final da sessão os Enfermeiros sejam capazes de:

- Identificar os diferentes tipos de abuso e respetivos potenciais indicadores e manifestações
- Compreender os diferentes modelos explicativos de abuso à Pessoa Idosa
- Enumerar os principais fatores de Risco
- Identificar pelo menos três características das vitimas e agressores
- Conhecer a existência de diversos instrumentos de avaliação
- Compreender o papel do Enfermeiro nos diferentes níveis de intervenção

Duração:20 minutos (aproximadamente)

Data: 18 Novembro 2014 (ECCI) e 13 de Fevereiro de 2015 (Serviço de Medicina)

Hora:14h00 (ECCI) e 16:00 (Serviço Medicina)

Power Point

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa
Aspectos Teóricos
 Editora: RYT São Paulo
 Novembro de 2010

Sumário Formativo

Módulo 1

- Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa: Aspectos Teóricos

Módulo 2

- Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa: Da teoria à Prática

Sumário

- Objetivos
- O Conceito de Abuso à Pessoa Idosa
- Tipos de Abuso à Pessoa Idosa
- Modelos Explicativos do Abuso à Pessoa Idosa
- Fatores de Risco
- Características das Vítimas e Agressores
- Instrumentos de Avaliação
- Papel do Enfermeiro e Níveis de intervenção

Objetivos

Que os enfermeiros UCC tenham Postura según capacidades de:

- Identificar os diferentes tipos de abuso e respectivos potenciais indicadores e manifestações
- Compreender os diferentes modelos explicativos de abuso à Pessoa Idosa
- Enumerar os principais fatores de Risco
- Identificar pelo menos três características das vítimas e agressores
- Conhecer a existência de diversos instrumentos de avaliação
- Compreender o papel do enfermeiro nos diferentes níveis de intervenção

Abuso à Pessoa Idosa

- Múltiplas definições e pouco consensuais
- Desafio relativos à terminologia, definições, teorias e elementos constituintes
(Nelson et al 2007/1998 Health Organization 2002, 2002)
- Quando se concorda com a definição, a interpretação pode divergir devido a percepções diferentes por diferentes grupos profissionais
(Parker 2010)

Abuso à Pessoa Idosa

"Ato único ou repetido de falta de ações apropriadas, que ocorre entre qualquer relação, onde existe uma expectativa de confiança e verdade, e que causa lesão física ou psicológica a uma pessoa idosa ou viola os seus direitos humanos ou civis"
(Gulleyer, Brier, Chiu, 2002, 2002, 2002, 2004, 2002)

Tipos de Abuso

7 Diferentes tipos de Abuso

- Físico
- Sexual
- Emocional ou Psicológico
- Exploração Material ou Financeira
- Negligência
- Autonegligência
- Abandono

(National Center on Elder Abuse 2011)

Tipos de Abuso

Abuso à pessoa Idosa

Abuso Físico

Definição

- Uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade
- A submedicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria.

(Parker 2010)

Abuso Físico

- Bater,
- Esbofetear,
- empurrar, cuspir,
- sub ou sobre medicação,
- contenção física,
- alimentação à força,
- sanções inadequadas

Potenciais Manifestações

- Equimoses
- Cortes, lacerações, amarrões,
- Perda de cabelo,
- Feridas
- Perda de dentes
- Queimaduras
- Lesões nos olhos

Potenciais Indicadores

Abuso Emocional ou Psicológico

Definição

- Infilção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais.
- A humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Exploração Material ou Financeira

- Sobre redução dos fundos financeiros,
- Remoção de material de propriedade
- Coação para assinatura para passagem de propriedades ou bens e alteração de testamento
- Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento;
- Assinatura forçada de cheques/documentos;
- Levantamento de dinheiro de contas bancárias
- Operações legais de uma pessoa idosa com incapacidade cognitiva

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Abuso Sexual

Definição

- Contato sexual de qualquer tipo, não consentido por uma pessoa idosa.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Abuso Emocional ou Psicológico

- Humilhação
- Intimidação
- ameaças de abandono
- ridicularização
- causar medo e ansiedade
- Culpar
- abuso verbal
- impedir contacto social
- Negar direitos básicos
- Síntomas de desespero ou desespero
- Labilidade emocional
- Depressão
- perda de apetite
- Alterações do sono
- Isolamento
- Medos excessivos

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Negligência

Definição

- Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Abuso Sexual

- Violação
- Atos sexuais não consentidos
- Lesões cutâneas nos órgãos genitais
- Medo, ansiedade ou irritação à aproximação ou ao toque e à restrição dos cuidados de higiene
- Marcas de mordedura humana nos órgãos genitais

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Exploração Material ou Financeira

Definição

- Uso ilegal ou inadequado de fundos, propriedades ou bens do idoso.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Negligência

- Ignorar necessidades físicas e médicas
- Falta em possibilitar o acesso a serviços essenciais (saúde, sociais, educacionais)
- Não permitir o acesso a ajudas técnicas para as atividades de vida diária
- Higiene pobre
- Vestir inadequadamente face às condições ambientais
- Exposição a situações perigosas por ausência de supervisão
- Ausência de cuidados de saúde
- Desnutrição
- Desidratação
- Úlceras de pressão
- Pele irritada por urina

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Autonegligência

Definição

- Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança.

Abandono

Potenciais Indicadores

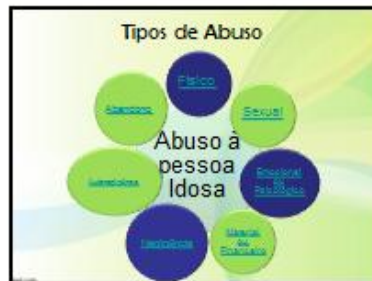
- Abandono no hospital
- Abandono em casa
- Isolamento físico do idoso



Autonegligência

Potenciais Manifestações

- Falhas sistemáticas na toma da medicação essencial
- higiene deficiente
- uso de roupa desadequada às condições meteorológicas.
- desidratação, má nutrição ou perda de peso.
- desinteresse pela vida
- acumulação de lixo



Abandono

Definição

- A deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidado

Modelos Explicativos do Abuso à Pessoa Idosa

- Existem diferentes modelos explicativos do fenómeno
 - Dinâmicas Intra-individuais
 - Transmissão intergeracional do comportamento violento
 - Relações de troca e dependência
 - Stress Situacional
 - Isolamento Social

Características da Vítima

- Sexo Feminino
- Dependência: Altos níveis de incapacidade física ou cognitiva
- Demência ou Perturbações Comportamentais
- Depressão ou Vulnerabilidade Emocional
- Vive com Familiares
- Isolamento Social

Características do Agressor

- Sexo Masculino (Abuso Físico)
- Sexo Feminino (Negligência)
- Distúrbios Mentais
- Comportamentos Aditivos
- Hostilidade
- Problemas Financeiros
- Stress: Sobrecarga do Cuidador
- Falta de formação/experiência na prestação de cuidados

BRUNO, 2010

Nível Primordial

Objetivos

- Diminuir a vulnerabilidade da pessoa idosa a nível macrosocial

Intervenções

- Desenvolvimento e modificação da imagem e estatuto da pessoa idosa
- Aumentar e difundir o conhecimento sobre o envelhecimento
- Desenvolvimento a nível estatal de estruturas sociais de apoio à pessoa idosa

BRUNO, 2010

Nível Terciário

Objetivos

- Reduzir a evolução de situações de abuso já identificadas ou sequelas mais graves

Intervenções

- Elaboração de protocolos de referenciação entre instituições e serviços
- Desenvolver serviço de apoio às vítimas
- Planear intervenções de acordo com os recursos de apoio disponíveis

BRUNO, 2010

Instrumentos de Avaliação

- Existem instrumentos para identificação de abuso à Pessoa Idosa:
 - Primários
 - Verificam: abuso em si
 - Secundários
 - Avaliam os fatores que já existem, abuse e o tipo de resposta do abusado
- Devem ser essencialmente qualitativos
 - Elder Assessment Instrument (Elder 2002)
 - Indicators of Abuse Screen (Kaufman 1997)
 - Hivale-Signatock: Elder Abuse Screening Test (Kaufman et al. 1997)
 - Índice de Avaliação de Mau-Tratos e Abuso à Idosos (Gonzalez, Navarro e Uribe 2002)

BRUNO, 2010

Nível Primário

Objetivos

- Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco

Intervenções

- Divulgação de informação sobre o abuso à pessoa idosa
- Desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo
- Desenvolver alternativas ao cuidador familiar
- Formação e educação dos profissionais
- Programas que visem reduzir o stress do cuidador
- Formação na gestão de comportamentos problemáticos
- Sensibilização da população para o abuso
- Avaliar contextos comunitário e dinâmicas familiares

BRUNO, 2010

Papel do Enfermeiro

- Enfermeiro e o Abuso à Pessoa Idosa:
 - Dificuldades na identificação (Kaufman et al. 2001; Berger and Savitz 2001)
 - Dificuldade na tomada de decisão face ao problema (Berger and Day 2002)
 - Omissão do fenómeno mas não existem registos ou sinalização (Berger et al. 2001)
 - Dilemas éticos (Conflicto confidencialidade vs ação) (Berger and Day 2002)
 - Desconhecem prevalência e os fatores de risco do fenómeno (Kaufman et al. 2001)
 - Não estão familiarizados com associações de proteção (Berger et al. 2001)

BRUNO, 2010

Papel do Enfermeiro

- Enfermagem deverá intervir a 4 níveis:

BRUNO, 2010

Nível Secundário

Objetivos

- Reduzir a prevalência, através da identificação precoce de casos ocultos
- Evitar reincidência e consequências mais graves

Intervenções

- Formação dos profissionais para o diagnóstico e formas de atuação
- Estabelecer sistemas de referenciação
- Estabelecer protocolos de gestão e integrados nas rotinas profissionais
- Estabelecer elementos atos de ligação com as entidades competentes

BRUNO, 2010

Papel do Enfermeiro

- Essencial articulação com a Comunidade
 - Policia
 - Igreja
 - Instituições de Saúde
 - Instituições e Associações de Apoio e Proteção

(Bergman et al. 2004)



Avaliação

- O facto de a pessoa idosa ser independente nas suas AVDs, garante automaticamente uma ausência de risco de abuso

- Verdadeiro
- Falso
- Melo verdadeiro e meio falso

Avaliação

- O Abuso à Pessoa Idosa é um problema de saúde público sério e que requer um maior "investimento" por parte dos profissionais de saúde

- Verdadeiro
- Falso
- Verdadeiro

Avaliação

- De acordo com o NCEA, existem 8 tipos de abuso e autonegligência não se inclui neste grupo

- Verdadeiro
- Falso
- Melo verdadeiro e meio falso

Avaliação

- Relativamente às características das vítimas e agressores Identifique o mais correto:

- Vítimas: senhoras, sociáveis, independente, coabita com o filho ex-toxicodependente
- Agressor: Homem, disponível para os vizinhos e amigos, recentemente tem de cuidar de esposa dependente, tem reforma muito reduzida que nem sempre chega para as despesas, revela desgaste físico e psicológico
- Agressor: Senhora, cuida da mãe com demência, revela cansaço físico e desgaste psicológico



Avaliação

- O modelo ecológico explora a interação complexa entre as características individuais, relações interpessoais, características da comunidade e os fatores sociais e políticos que criam climas favoráveis ao abuso.

- Verdadeiro
- Falso
- Melo verdadeiro e meio falso

Avaliação

- Posso utilizar qualquer instrumento disponível para avaliar o risco de abuso ou situações de abuso

- Verdadeiro
- Falso

Referências Bibliográficas

(Note: The text in this block is extremely small and mostly illegible due to image quality.)

2º Módulo em Geriatria Médica - Otolia

 Linha Especializada em Geriatria

 Unidade Geriátrica Otolia - O Distrito Clínico

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

 Orientação: Prof.ª Ivana Gomes

 Prof.ª Soraia Moraes

 Coordenadora: Inês Maria Ugué - Soares

 Rorinha, 03 de Janeiro de 2015

Continuidade de Cuidados

Identificação de Tipos de Abuso

Sumário Formativo

Módulo 1

- Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa: *Aspectos Teóricos*

Módulo 2

- Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa: *Da teoria à Prática*

Módulo II

Da Teoria à Prática



Objetivos

- Reconhecer os sinais e indicadores dos diferentes tipos de abuso em diferentes situações reais
- Identificar as diferentes barreiras à atuação e sinalização
- Conhecer o Papel do Enfermeiro na prevenção de situações de abuso
- Identificar os Recursos e Fluxograma de atuação

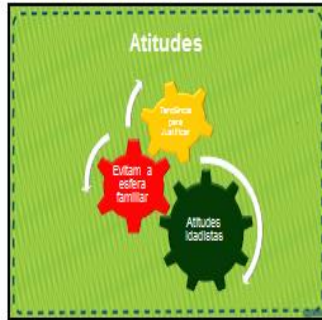
Pessoa Idosa

- Perda de Memória ou Situações de Demência
- Não está informada sobre os seus direitos em situações de crime
- Isolamento Social
- Dependência do Prestador de cuidados
- Aceita a Violência como uma realidade existencial

Pessoa Idosa

Não reconhece a existência de vitimização

- Tem possíveis represálias
- Tem trazer problemas para o agressor
- Sentimento de culpa e responsabilidade pela situação
- Sentimento de vergonha
- Existência de chantagem emocional
- Pensamento de que ninguém acreditará



Papel do Enfermeiro

Prevenção Primordial e Primária

- No atendimento ao cuidador familiar deve incentivá-lo a:
 - fomentar a independência da pessoa idosa para fazer e decidir
 - Promover a interação e evitar o isolamento
 - Promover a ocupação dos tempos livres da pessoa idosa
 - Identificar o regime jurídico que melhor protege a pessoa idosa
 - Colaborar com as instituições e serviços

Colocados pelos Profissionais

- Falta de formação adequada
- Inexistência de protocolos de identificação, avaliação e intervenção
- Dificuldade em assumir que as famílias das pessoas idosas nem sempre lhes garantem proteção, afeto e bem-estar
- incredulidade



Papel do Enfermeiro

Prevenção Secundária e Terciária

- Identificar situações através da utilização de instrumentos de avaliação
- Confrontar a pessoa idosa. Falar abertamente e propor apoio
- Discutir a situação com outros profissionais
- Encaminhar
- Denunciar

Colocados pelos Profissionais

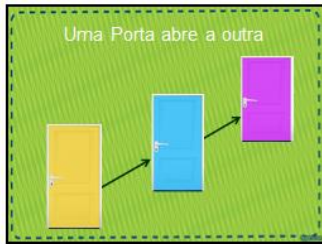
- Inexistência e desconhecimento de normas concretas quanto à confidencialidade
- Medo de represálias
- Não querem envolver-se em questões legais
- Desconhecimento dos recursos disponíveis
- Sentimento de impotência
- Falta de tempo para o atendimento adequado das pessoas idosas

Papel do Enfermeiro

Prevenção Primordial e Primária

- Incluir na história clínica fatores de risco
- Avaliar as condições físicas da Pessoa idosa
- Avaliar condições psicológicas da Pessoa idosa
- Avaliar condições económicas da Pessoa idosa
- Avaliar as condições gerais do cuidador familiar

Não há portas Erradas



1ª FASE: REVELAR-SE

• Contexto de vida da Pessoa Idosa:

- Vive num apartamento arrendado com o esposo, numa freguesia do concelho de Colvelas.
- Prédio de 2 andares, com várias décadas de construção.
- Não apresenta obstáculos mas não possui rampas facilitadoras de acesso ou elevador para os pisos superiores.
- Quer a entrada do prédio quer a entrada do apartamento são estreitas o que dificulta o acesso e a passagem de uma cadeira de rodas.

Caso Prático

Sr^a Gertrudes, é uma senhora idosa dependente que coabita com o marido, o Sr. Aniceto que é o seu cuidador familiar e é também ele idoso e com diversas patologias. Após alta hospitalar a Sr^a Gertrudes teve um internamento numa UCCI em Unidade de Média Duração e Reabilitação onde as expectativas do cuidador familiar não foram atingidas. Tem alta da UCCI e vem referenciada para ECCI.

1ª FASE: REVELAR-SE

- O primeiro elo da relação de parceria

Conhecimento que o enfermeiro tem do cliente alvo da prestação de cuidados

- Identificar qual o significado da história de doença na trajetória de vida da pessoa
- Qual o potencial de desenvolvimento para conseguir garantir o Cuidado de Si

(Gomes, 2019)

1ª FASE: REVELAR-SE

• Contexto de vida da Pessoa Idosa:

- Vive com o marido (Cuidador Familiar)
- Marido igualmente idoso (81 Anos) e com problemas de saúde
- Filho e Nora visitam 1x por semana tal com o neto e a neta



1ª FASE: REVELAR-SE

• Identidade da Pessoa:

- Sr^a Gertrudes
- 79 anos,
- Raça caucasiana,
- Natural de um concelho do Alentejo.
- Casada e vive com o marido. Casamento imposto por questões legais à altura
- 4ª Classe. Sabe ler mal (sic), sabe contar e realizar operações matemáticas simples.
- Doméstica, cuidando de crianças em casa durante alguns anos

1ª FASE: REVELAR-SE

• Contexto de vida da Pessoa Idosa:

- Católica não praticante por episódio marcante no passado
- Sr. F. recebe uma pensão de valor inferior a 500€ e a Sr^a C. não possui reforma, recebendo unicamente um complemento de velhice inferior a 200€
- Gestão financeira unicamente por parte do marido, Sr^a C. sem poder nem capacidade de decisão na sua gestão financeira.

1ª FASE: REVELAR-SE

Contexto de vida da Pessoa Idosa:

- Passava grande tempo em casa
- Saía maioritariamente para realizar compras pontuais ou para se deslocar a consultas médicas
- Socializava maioritariamente com as vizinhas

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Situação de Doença Actual:

- Internada de 9/9/2013 a 16/8/2013 após AVC isquémico, do território da artéria cerebral média esquerda
- Sequelas de afasia global, hemiparêsis à direita de predominio braquial
- Após alta hospitalar: UMDR para reabilitação física
- Alta para o domicílio: Mantém afasia global e hemiparêsis à direita. Encontra-se algaliada por episódios recorrentes de retenção urinária

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Condição e Comunicação:

- Aparentemente Orientada na Pessoa e Espaço. Desorientada no tempo
- MMSE
– Não aplicável.

1ª FASE: REVELAR-SE

Contexto de vida da Pessoa Idosa:

- Estilo de vida, o estado de saúde, as oportunidades de educação e as condições de vida em geral são influenciados pela classe social
- Escala de Graffar Adaptada
– Classe Média Baixa

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Avaliação Física e Sensorial:

- Escala de Glasgow:
– 15 pontos
- Escala de Doloplus 2:
– Igual ou Superior a 5 Pontos: Presença de Dor
- Escala de Braden:
– 14 pontos: Risco de desenvolvimento de UPP

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Condição e Comunicação:

- Afasia global
- Não-verbal expressivo

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Antecedente Pessoais Previos:

- HTA
- DM II NIT
- Obesidade
- Histerectomia
- Está medicada com Canvedilol, Simvastatina, Metformina, Januvia, Piracetam, Ciprasiv, Amitriptilina
- Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Avaliação Física e Sensorial:

- Escala de Lower

1ª FASE: REVELAR-SE

História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

Humor:

- Fácies fechado na presença do marido. Mais expressiva quando em contacto com os profissionais
- Escala de Depressão Geriátrica 15 Items
– Presença de Depressão

1ª FASE: REVELAR-SE

- História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

AVDs:

- Escala de Barthel:
 - 10/100: Dependente total
- Mini Nutritional Assessment:
 - De 17 a 23,5 Pontos: Em risco de desnutrição

2ª FASE: ENVOLVER-SE

- Escala de Zarit
 - Score 73 pontos: Sobrecarga intensa
- Índice de Avaliação das Dificuldade do Cuidador (CADi)

3ª FASE: CAPACITAR/POSSIBILITAR

- Eventuais indicadores de negligência identificados
- Comunicação assertiva- Diálogo não acusador Peres, 2008
- Alertar para Riscos: Desnutrição, Desidratação, Integridade Cutânea
- Acordo em Planear e Desenvolver intervenções conjuntas

1ª FASE: REVELAR-SE

- História de Doença do Cliente e Impacto na sua vida Pessoal e Familiar
- Impacto da doença na vida do cliente e familiar cuidador

- Impacto nas AVDs e Qualidade de Vida
- Dependência total de terceiros
- Marido passou a ser o Cuidador Familiar embora sem capacidade.
- Maior isolamento por parte de ambos

2ª FASE: ENVOLVER-SE

- Fatores de Risco:
 - Presença de diversos fatores de risco
- Índice de Avaliação de Maus Tratos e Abuso a Idosos
 - Evidência de Indicadores de negligência

3ª FASE: CAPACITAR/POSSIBILITAR

- Diálogo com a Cliente – Explicar riscos inerentes à renitência em hidratar-se
- Explicado objetivo de ajudar cliente e cuidador a atingirem melhorias no nível de qualidade de vida
- Presença de Cuidadores Formais – Reunião e Discussão conjunta do caso e respetivo projeto de cuidados

2ª FASE: ENVOLVER-SE

- Investimento na pesquisa e adoção de estratégias que permitam ultrapassar as barreiras colocadas à comunicação com a Sra. A, devido às suas dificuldades de comunicação derivadas da afasia global que apresenta.

3ª FASE: CAPACITAR/POSSIBILITAR

- Caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências na pessoa idosa e familiar cuidador para agirem e decidirem, possibilitando desta forma a execução do projeto de cuidados
- Principais problemas que se consideram ser um obstáculo à capacidade dos clientes para assumirem o cuidado de Si e/ ou assegurem o cuidado do Outro Correia, 2012

4ª FASE: COMPROMETER-SE

- Sustenta o desenvolvimento das ações do enfermeiro e do cliente no sentido de transformar capacidades potenciais em capacidades reais, garantindo que possa vir a assumir o cuidado de Si próprio e/ou assegurar o cuidado do Outro. (Correia, 2012)
- Esperado que através destas mesmas intervenções, seja possível reduzir e/ou eliminar os fatores de risco identificados nas fases prévias do Modelo de Intervenção em Parceria

4ª ETAPA: COMPROMETER-SE

- [Plano de Intervenção em Parceria](#)

CONCLUSÃO

- Poema Pessoa Idosa

Fluxograma de Intervenção

- [Link para o Fluxograma](#)

Obrigado pela atenção



Avaliação Prática

- A Dona Constança é uma senhora de 72 anos com crianças hílicas. Possui demência e artrite. É dependente dos cuidados da sua filha, Dona Rosa.
- A dona Rosa, recentemente não tem dado a medicação para as dores à mãe. Mantém-na fechada e sozinha no quarto o dia todo. Não a tem levado ao culto e só a tem alimentado de farinha láctea.
- A Dona Constança tem ficado mais confusa, deprimida, perdeu peso, e está constantemente com dores.

**APÊNDICE VIII – SESSÃO DE FORMAÇÃO ÀS AJUDANTES
FAMILIARES DE UM CENTRO DE DIA SOBRE PREVENÇÃO DO
ABUSO À PESSOA IDOSA**

Plano da Sessão

Tema da Sessão: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

População Alvo : Ajudantes Familiares de um Centro de Dia

Formador: Enfermeiro Miguel Soares

Objetivos Geral:

- Sensibilizar os profissionais para o processo de envelhecimento e respetivas características naturais do mesmo
- Sensibilizar os profissionais para a temática do abuso à pessoa idosa
- Capacitar os profissionais para a identificação e atuação em situações de abuso

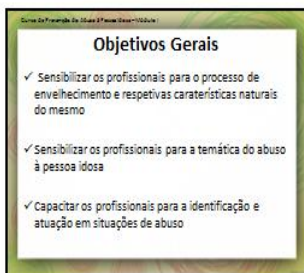
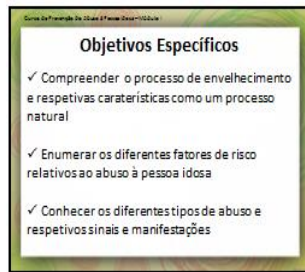
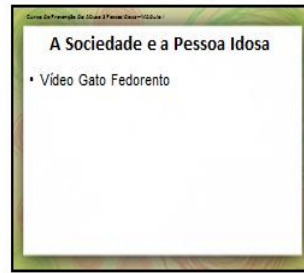
Objetivo Específico Que no final da sessão os Enfermeiros sejam capazes de:

- Compreender o processo de envelhecimento e respetivas características como um processo natural
- Enumerar os diferentes fatores de risco relativos ao abuso à pessoa idosa
- Conhecer os diferentes tipos de abuso e respetivos sinais e manifestações
- Reconhecer os sinais e indicadores dos diferentes tipos de abuso em diferentes situações reais
- Identificar as diferentes barreiras à atuação e sinalização
- Conhecer as características comuns das vítimas e agressores
- Conhecer o Papel dos Prestadores de Cuidados na Prevenção do Abuso
- Explicar os diferentes métodos de atuação dentro das competências dos ajudantes familiares
- Conhecer os diferentes intervenientes

Duração:20 minutos (aproximadamente)

Data: 2 de Dezembro de 2014 (Módulo 1) e 17 de Dezembro de 2014 (Módulo II)

Hora:15h00





Curso de Formação de Cuidas à Pessoa Idosa - Módulo 1

Envelhecimento Ativo

- Processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança de modo a garantir qualidade de vida ao longo da vida. (OMS, 2002)



Curso de Formação de Cuidas à Pessoa Idosa - Módulo 1

Tipos de Abuso à Pessoa Idosa

7 Diferentes tipos de Abuso

- Físico
- Sexual
- Emocional ou Psicológico
- Exploração Material ou Financeira
- Negligência
- Autonegligência
- Abandono

Curso de Formação de Cuidas à Pessoa Idosa - Módulo 1

Direitos da Pessoa Idosa

- ✓ Independência;
- ✓ Participação;
- ✓ Assistência;
- ✓ Auto-realização;
- ✓ Dignidade

Resolução 161/1997 - Assembleia da Assembleia Geral das Nações Unidas (1997)

Curso de Formação de Cuidas à Pessoa Idosa - Módulo 1

Em Portugal...

- Envelhecimento Populacional**
 - 2 020 126 pessoas idosas (14/10/2011, ISTAT)
 - 128,4 pessoas idosas para cada 100 jovens (14/10/2011, ISTAT)
 - Índice dependência de idoso - 28,1% (14/10/2011, ISTAT)
- Fatores Socioeconómicos**
 - Risco de Pobreza - 21% (INE, 2011)
- Maior apoio e dependência da família**



Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Abuso Físico

Definição

- Uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade
- A submedicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Page 20

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Abuso Sexual

- Violação
- Atos sexuais não consentidos

Potenciais Manifestações

- Lesões cutâneas nos órgãos genitais
- Ilícito, anáfora ou irritação e aproximação ou ao toque e a realização dos cuidados de higiene
- Marcas de mordedura humana nos órgãos genitais

Potenciais Indicadores

Page 21

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Exploração Material ou Financeira

Definição

- Uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Page 22

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Abuso Físico

- Bater,
- Escofetejar,
- empurrar, cuspir,
- sub ou sobre medicação,
- constrangimento físico,
- alimentação à força,
- sanções inapropriadas

Potenciais Manifestações

- Equimoses
- Cortes, lacerações, arranhões,
- Feridas de cabelo,
- Rituais
- Perda de dentes
- Queimaduras
- Lesões nos olhos

Potenciais Indicadores

Page 23

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Abuso Emocional ou Psicológico

Definição

- Infilção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais.
- A humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Page 24

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Exploração Material ou Financeira

- Subtraição dos fundos financeiros,
- Remoção de material de propriedade
- Criação para assinatura para passagem de propriedades ou bens e alteração de testamento

Potenciais Manifestações

- Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento;
- Assinatura forçada de cheques/documentos,
- Lavandamento de dinheiro de contas bancárias
- Coação legal de uma pessoa idosa com incapacidade cognitiva

Potenciais Indicadores

Page 25

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Abuso Sexual

Definição

- Contacto sexual de qualquer tipo, não consentido por uma pessoa idosa.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Page 26

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Abuso Emocional ou Psicológico

- Humilhação
- Intimidação
- ameaças de abandono
- ridicularização
- causar medo e ansiedade
- Culpa
- abuso verbal
- impedir contacto social
- Negar direitos básicos

Potenciais Manifestações

- Sintomas de desespero ou desespero
- Labilidade emocional
- Depressão
- perda de apetite
- Alterações do sono
- Isolamento
- Medos excessivos

Potenciais Indicadores

Page 27

Curso de Formação de Idosos 3ª Fase (Eduar100204)

Negligência

Definição

- Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.

Potenciais Manifestações

Potenciais Indicadores

Page 28

Negligência

- Ignorar necessidades físicas e psíquicas
- Falta em proporcionar o acesso a serviços essenciais (saúde, social, educacionais)
- Não permitir o acesso a equas condições para as atividades de vida diária

Potenciais Manifestações

- Higiene pobre
- Vestir inadequadamente face as condições ambientais
- Situação de situações perigosas por ausência de supervisão
- Ausência de contacto de saúde
- Denúncia
- Desnutrição
- Quedas de peso
- Falta de higiene pessoal

Potenciais Indicadores

Abandono

Definição

- A deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidado

Avaliação

Autonegligência

Definição

- Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança.

Abandono

Potenciais Indicadores

- Abandono no hospital
- Abandono em casa
- Isolamento físico do idoso

Avaliação

- O processo de envelhecimento não é individual, ou seja, não varia de indivíduo para indivíduo

- Verdadeiro

- Falso ✓

Autonegligência

Potenciais Manifestações

- Falhas sistemáticas na toma da medicação essencial
- Higiene deficiente,
- uso de roupa inadequada às condições meteorológicas,
- desidratação, má nutrição ou perda de peso,
- desinteresse pela vida
- acumulação de lixo

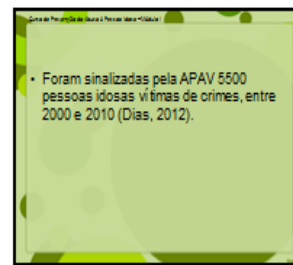
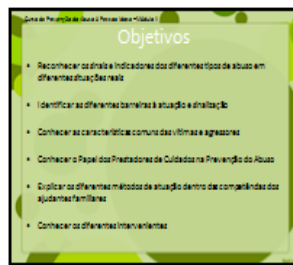
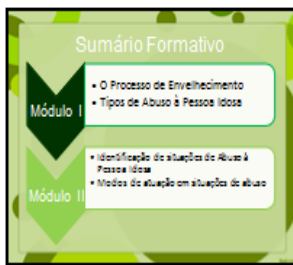
Continuidade de Cuidados

Avaliação

- A Saúde Mental não é um factor de risco para o abuso à pessoa idosa

- Verdadeiro

- Falso ✓



Características do Agressor

- Sexo Masculino (Abuso Físico)
- Sexo Feminino (Negligência)
- Distúrbios Mentais
- Comportamentos Aditivos
- Hostilidade
- Problemas Financeiros
- Stress: Sobrecarga do Cuidador
- Falta de formação/experiência na prestação de cuidados

Pessoa Idosa

- Perda de Memória ou Situações de Demência
- Não está informado sobre os seus direitos em situações de crime
- Isolamento Social
- Dependência do Prestador de cuidados
- Aceita a Violência como uma realidade existencial

Colocados Pelos Profissionais

- Inexistência e desconhecimento de normas concretas quanto à confidencialidade
- Medo de represálias
- Não querem envolverse em questões legais
- Desconhecimento dos recursos disponíveis
- Sentimento de impotência
- Falta de tempo para o atendimento adequado das pessoas idosas

Consequências na Pessoa Idosa

- **Mortalidade:** Taxas até 500% superiores do que pessoas que não sofrem abuso (Lachs, et al. 2000; National Institute on Aging, 2002)
- **Stress:** Níveis mais altos de stress psicológico do que em outras pessoas idosas (Gero, et al. 2000; Berg, 2002)
- **Saúde:** Problemas osteo-articulares, problemas digestivos, depressão ou ansiedade, dor crónica, tensão arterial elevada e problemas (Dyer, et al. 2002; Stein & Barak-Correa, 2002)

Pessoa Idosa

Não reconhece a existência de vitimização

- Tem possíveis represálias
- Tem medo de trazer problemas para o agressor
- Sentimento de culpa e responsabilidade pela situação
- Sentimento de vergonha
- Existência de chantagem emocional
- Pensamento de que ninguém acreditará

Atitudes

Certos profissionais têm atitudes culturais desfavoráveis ou perigosas

Obstáculos

Colocados Pelos Profissionais

- Falta de formação adequada
- Inexistência de protocolos de identificação, avaliação e intervenção
- Dificuldade em assumir que as famílias das pessoas idosas nem sempre lhes garantem protecção, apoio e bem-estar
- Incredulidade

Papel dos Profissionais

- **O Apoio Demitológico**
 - Promover e contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso
 - Reforçar ou criar o conhecimento, mantendo o indivíduo no maior espaço de tempo possível, no seu meio familiar e comunitário
 - Evitar o agravamento de situações, deterioração ou outra situação que prejudique a violência quotidiana

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Papel dos Profissionais

- **Apoio Domiciliário**
 - Promover a solidariedade Inter e Intra - familiar
 - Assegurar o reforço da confiança e autonomia, de forma a estimular a sua participação na resolução dos seus próprios problemas e na sua vida social e cultural da comunidade

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Atuação Profissional

- **Perante situações de abuso:**
 - Confrontar: Falar abertamente e prestar apoio
 - Discutir a situação com outros profissionais
 - Encaminhar
 - Denunciar

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Se a pessoa idosa consegue verbalizar

Alguém leva coisas suas sem o seu consentimento ou permissão?

Fode contar com alguém para o ajudar? Que tipo de ajuda?

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Intervenções

Todas as respostas e intervenções deverão considerar e priorizar a segurança da Pessoa Idosa

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

O que pode fazer?

- Não descartar informação dada por uma pessoa idosa apenas por possuir algum tipo de défice cognitivo
- Identificar possíveis indicadores de abuso ou alterações comportamentais
- Mesmo que não suspeite de abuso, coloque questões

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Se a pessoa idosa consegue verbalizar

Costuma visitar ou ser visitado por amigos ou familiares? Quando foi a última vez?

Está preocupado com as suas finanças?

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Intervenções

Reconhecer Sinais

Perguntar

Relatar e Referenciar

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Se a pessoa idosa consegue verbalizar

"Sente-se Seguro?"

"Alguém o magoa ou lhe mete medo?"

Curso de Formação de Técnicos de Apoio à Pessoa Idosa - 1022016

Trabalho em Equipa Multidisciplinar

"Só juntos conseguimos fazer tão pouco; Juntos conseguimos fazer tanto!"

Helen Keller

TRABALHO EM EQUIPE



"Equipas Multidisciplinares... são agora um pilar nos programas de prevenção do abuso à Pessoa Idosa"

(Dr. Rosalei Vitor)

- A quem posso recorrer?
- Cuidados de Saúde Primários
 - APAV
 - Forças de Segurança
 - Ministério Público



- Caso Prático 1
- Sr. Bernardo (88 Anos), casado, vivia na própria casa. É reformado e gosta de jogar golfe e viajar frequentemente.
 - O seu filho, David, foi morar com ele após ter perdido o emprego e não estar a conseguir encontrar um novo emprego.
 - O Sr. Bernardo descobriu recentemente que o seu filho usou o seu cartão para transferir 22.000€ para a conta dele, sem que este soubesse.
 - O Sr. Bernardo confrontou o David e exigiu que lhe repusesse o dinheiro. Este encolheu-o a uma parede e ameaçou-o que contaria ao resto da família que este o tinha abusado durante a infância.



- Perceber o papel de cada um
- Construir Relações
 - Formação Cruzada
 - Criação de protocolos operacionais e de cooperação
 - Participação em equipas locais multidisciplinares

- Caso Prático 2
- A Dona Elvira (33 anos) cuida do seu avô, o Sr. Salomão, de 94 anos, que necessita de cuidados constantes.
 - É levado ao hospital por se encontrar prostrado e com 3 úlceras por pressão. Uma delas é profunda ao ponto de ser visível a prótese da anca que colocou recentemente.

**APÊNDICE IX – ARTIGO PUBLICADO NA PUBLICAÇÃO DA
UCC**

O que fazer em situações de abuso?

Não há soluções mágicas! Há no entanto, no geral, decisões que Podem ser tomadas

- Falar abertamente com a pessoa e propor apoio
- Discutir a situação com outros profissionais
- Encaminhar para instituição ou serviço adequado
- Denunciar a situação, se houver indício de crimes públicos



Não há portas erradas, uma abre a outra! Não feche os olhos!

Unidade de Cuidados na Comunidade



ACES Loures-Odivelas

Publicação Periódica

PROCURO NOVOS DONOS

Os hospitais portugueses estão cheios de idosos abandonados pelas suas famílias. Divulgue esta mensagem antes que esta fotografia seja a sua.

Ligue 702 20 00 77 (dias úteis 10-13H / 14-17H)

www.apav.pt

APAV Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ENCONTROU-SE

Os hospitais portugueses estão cheios de idosos abandonados pelas suas famílias.

Divulgue esta mensagem antes que esta fotografia seja a sua.

www.apav.pt

Ligue 702 20 00 77 (dias úteis 10-13H / 14-17H)

APAV Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

O que é o abuso à pessoa idosa?

O abuso à pessoa idosa está definido como sendo um “acto único ou repetido de falta de acções apropriadas, que ocorre entre qualquer relação onde existe uma expectativa de confiança e verdade, e que causa lesão física ou psicológica a uma pessoa idosa ou viola os seus direitos humanos ou civis” (OMS, 2002)

Tipos de Abuso à Pessoa Idosa

- Físico
- Psicológico ou Emocional
- Sexual
- Material ou Financeiro
- Negligência
- Auto-negligência
- Abandono



PROTECT SENIORS

Take a stand against **ELDER ABUSE.**

Factores de Risco

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| • Idade | • Solidão |
| • Saúde Física e Dependência | • Falta de Suporte Social |
| • Saúde Mental | • Factores Socioeconómicos |
| • Coabitação | |

Torna-se importante numa avaliação inicial da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, avaliar a presença dos factores de risco para o fenómeno do abuso à pessoa idosa. Através de um projecto de Mestrado que decorreu na UCC “Nostra Pontinha” entre Outubro de 2014 e Janeiro de 2015 foi possível constatar que praticamente todas as pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário, tinha presentes mais que um factor de risco.



Características da Vítima

- Sexo Feminino
- Altos níveis de Dependência
- Demência
- Depressão
- Coabita com Familiares
- Isolamento Social

Características do Agressor

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| • Sexo Masculino (Abuso Físico) | • Hostilidade prévia |
| • Sexo Feminino (Negligência) | • Problemas financeiros |
| • Distúrbios Mentais | • Stress (Sobrecarga do Cuidador) |
| • Comportamentos Aditivos | • Falta de formação |

Papel do Enfermeiro na Prevenção Primária

- Realizar formação adequada na área temática
- Identificação dos Factores de Risco
- Identificação da vítima
- Avaliar as condições físicas, psicológicas e económicas da pessoa idosa
- Avaliar as condições gerais do cuidador familiar / familiares
- Avaliar situações de abuso com recurso a instrumentos de avaliação
- Capacitar o cuidador familiar



Cuidar em Parceria com o Cuidador Familiar

No sentido de evitar o surgimento ou recorrência de situações de abuso à pessoa idosa, o enfermeiro deverá identificar as necessidades do cuidador familiar, no sentido de o capacitar para o cuidado à pessoa idosa.

**APÊNDICE X – COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NO 1º
ENCONTRO SOBRE ENVELHECIMENTO NO SÉCULO XXI**

COMUNICAÇÃO LIVRE

1 . IDENTIFICAÇÃO

Nome: Miguel Aires Soares

Categoria Profissional: Enfermeiro

Estudante do 5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Local de trabalho:

Hospital do Mar – Grupo Luz Saúde

E-mail: enf.msoares@gmail.com

Telefone: 917031268

Nome: Idalina Delfina Gomes

Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Telemóvel: 969 670 667

Email: idgomes@esel.pt

2. TÍTULO

“PREVENÇÃO DO ABUSO À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO FAMILIAR – PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SUPORTADO NUM MODELO DE PARCERIA COM A PESSOA IDOSA E CUIDADOR FAMILIAR”

3. RESUMO

O abuso à pessoa idosa representa uma violação grave dos direitos humanos que conduz a custos elevados, quer sejam de natureza individual, social, económica e de saúde (Krug et al., 2002;WHO, 2004).

Organizações internacionais como a OMS (2004) têm vindo a reconhecer o abuso à pessoa idosa como um dos problemas mais graves de saúde pública deste século, de que Portugal não é exceção. No ultimo ano Em Portugal

12,3% das pessoas com mais de 60 anos sofreu abuso físico, emocional, financeiro, sexual ou negligência no domicílio (Gil et al , 2014).

A melhoria das condições de vida têm permitido o aumento da esperança de vida mas acarretou também um acréscimo das doenças crónicas e da dependência nas pessoas idosas. O aumento do índice de dependência na pessoa idosa exige um maior apoio da família, no entanto, esta sofreu grandes alterações nas últimas décadas, o que dificulta o desenvolvimento desta tarefa (Sequeira, 2010). Cuidar de uma pessoa idosa dependente torna-se uma tarefa exigente implicando a abdicação de hábitos e formas de estar na vida pelo familiar cuidador, podendo surgir, quando não existem os apoios necessários, situações de stress, sobrecarga, isolamento, que podem originar situações de abuso ao idoso (Gonçalves, 2006).

Compete aos enfermeiros da comunidade atuar em todos os níveis de prevenção de situações de abuso à Pessoa Idosa, através da avaliação das necessidades dos clientes e respetivos cuidadores familiares. Deverá assim intervir no sentido de assegurar a segurança do cliente e garantir a manutenção da sua saúde, bem como a capacitação do cuidador familiar de forma a garantir a prevenção de situações de abuso à pessoa idosa por sobrecarga do cuidador.

Numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Concelho de Odivelas verificou-se que esta ação de prevenção estava comprometida pela inexistência de um modelo estruturado de intervenção nesta área.

Assim desenhamos um projeto de intervenção com os seguintes objetivos:

- Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.
- Desenvolver cuidados de enfermagem em parceria com à pessoa idosa e o familiar cuidador para prevenir o abuso à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Recorreu-se à **metodologia** de trabalho de projeto, visando a resolução de um problema. O projeto desenvolveu-se segundo as seguintes etapas: identificação do problema e diagnóstico; planificação de estratégias e programação de atividades; execução das atividades; avaliação do trabalho; E foi desenvolvido no período de Outubro de 2014 a Fevereiro de 2015. Os participantes foram Pessoas idosas dependentes em contexto familiar e respetivos familiares cuidadores e enfermeiros.

Apos o diagnóstico da situação e identificação do problema e de necessidades, foram realizadas sessões de formação e análise das práticas em contexto de trabalho com o intuito de capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção de situações de abuso. Realizaram-se também projetos de cuidados junto de familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes, tendo como critérios de seleção a existência de fatores de risco de abuso à pessoa idosa. Os critérios para a definição do risco foram obtidos pela revisão da literatura e pelo *Índice de Avaliação de Maus Tratos e Abuso a Idosos* (Gonçalves, Fernandes e Martins,2009)

Como **principais resultados salientamos** a formação, análise e reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem, de que resultaram intervenções em parceria com os idosos e familiares cuidadores, visando prevenir a sobrecarga e stress do cuidador e assim capacitá-los para melhorar o cuidado de si, nomeadamente em situações de negligência não intencional. Além disto, a equipa de enfermagem desenvolveu competências para identificar os fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa dependente e intervir nestas situações, preservando a dignidade e segurança da pessoa idosa, e assim contribuir para a prevenção primária e secundária deste fenómeno.

Em conclusão, a utilização de um modelo de intervenção em parceria permite aos enfermeiros compreender as principais necessidades da pessoa idosa dependente e respetivo cuidador familiar, bem como desenvolver intervenções em parceria, individualizadas, onde se inclui a informação, a sugestão e a negociação e mobilização de recursos para ajudar a superar os problemas, melhorar o suporte familiar e evitar o precipitar do comportamento abusivo.

Considera-se importante alargar este tipo de intervenção e formação a outras equipas que atuem no mesmo contexto. O despiste, análise, diagnóstico e abordagem do abuso de idosos em seio familiar deve ser um ponto fundamental de intervenção dos profissionais de saúde na comunidade.

4. PALAVRAS-CHAVE

Pessoa Idosa Dependente; Prevenção; Abuso; Enfermagem; Cuidador Familiar

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAV (2009). *Estatística APAV 2009*. Bureau Veritas . Disponível em:

http://apav.pt/quality/images/Quality_booklet_PT.pdf

Araújo, L. F., & Lobo Filho, J. G. (2009). Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 22 (1), 153-160.

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.

Ferreira-Alves, J., Santos, A. J., (2010) Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of The Portuguese Survey (AVOW Project) Portugal: Universidade do Minho, Braga

1 - Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Nicolau R. (2014) Envelhecimento e violência. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2014 [citado em 12 nov 2014]. Disponível na Internet: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>

Gomes, I. D. (2007). O conceito de parceria na interação enfermeiro / doente idoso: da submissão à acção negociada. In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau

Krug, Etienne G., James A. Mercy, Linda L. Dahlberg, e Anthony B. Zwi (2002), “The world report on violence and health”, *The Lancet*, 360, pp. 1083-1088

World Health Organization (2002) *The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse*. WHO, Geneva. Acedido 10 de Maio de 2014. Disponível em: <http://tinyurl.com/2uzjgx9>

World Health Organization (2004) *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. WHO, Geneva. Acedido 12 de Junho de 2014. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_vip_02.1.pdf

WHO (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide - Main Report*. Geneva: World Health Organization. Acedido em Junho de 2014. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/elder_abuse/en/index.html.

