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

Relatório de Estágio

Consulta Domiciliária de Enfermagem a Pessoas Idosas que Vivem Isoladas

Patrícia Raquel Caseiro Marques

Lisboa

2023

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

Relatório de Estágio

Consulta Domiciliária de Enfermagem a Pessoas Idosas que Vivem Isoladas

Patrícia Raquel Caseiro Marques

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva

Lisboa

2023

“Wish I could, I could've said goodbye
(..)
If I knew it would be the last time
I would've broke my heart in two
Tryna save a part of you”

Aaron Raitiere, Hillary Lindsey, Natalie Hemby, Stefani Germanotta

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria da Graça Melo e Silva, pelo rigor, apoio incondicional, compreensão, disponibilidade e constância

Aos meus colegas mestrandos, quando o pouco se torna muito, pelo suporte permanente numa jornada que termina, mas com a oportunidade de manter as amizades aqui construídas

À Enfermeira Claúdia, pelo ânimo perseverante, pela força de querer mais e melhor para os seus utentes, pelo exemplar papel de Enfermeiro Especialista, não poderia ter melhor tutora nesta jornada

Aos utentes a quem tive o privilégio de prestar cuidados, principalmente aos que aceitaram participar neste estudo, que tão bem me acolheram e receberam nas suas casas, levo de vós todas as amáveis palavras e afáveis sorrisos

Aos restantes profissionais da Unidade de Saúde, por me fazerem sentir parte integrante da vossa equipa, sendo esta a verdadeira palavra que vos define, pois apesar de todos os contratempos trabalham juntos e arduamente para o mesmo objetivo

À minha família, principalmente aos meus pais, a minha âncora neste mar revolto que é a vida, pela educação concedida e por tudo o que sou… Hoje e sempre, ser-vos-ei eternamente grata

Ao Ruben, pelo amor que me dá e que se transforma em força, para me manter focada nos objetivos a alcançar e nunca me deixar desistir, permitindo-me aprender que a seu lado tudo é possível e que o nosso caminho está apenas no início da linda história de amor que estamos a contruir

A ti avó, pelo teu brilho no olhar ao dizer que sou enfermeira, que esse brilho, agora no céu, seja perpétuo, tanto como a saudade imensa que sinto por nunca mais te poder ter aqui desde que partiste, tão repentinamente, dias após terminar este meu estágio… A ti te dedico este meu trabalho, o último que me viste iniciar, mas não tiveste a oportunidade de me o ver concluir…

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Science

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

RESUMO

O envelhecimento populacional, facto incontestável da atualidade, coloca vários desafios a nível político e social.

Em Portugal, a população idosa suscita cada vez mais cuidados, no entanto, as respostas existentes estabelecem uma perspetiva interventiva ao invés de apostar na prevenção, como é percetível na organização da prestação de cuidados ao nível dos CSP, que assenta substancialmente num contacto com pessoas idosas com diagnóstico clínico de doença crónica não transmissível ou em situação de doença aguda.

Simultaneamente, e de forma agravante, existem ainda várias regiões com baixa densidade populacional, nas quais tanto a acessibilidade como a literacia em saúde são diminuídas, e onde maioritariamente residem Pessoas Idosas, muitas vezes sozinhas ou acompanhadas do cônjuge também idoso.

Face ao exposto, e no âmbito da realização de estágio em USF numa região com as características anteriormente citadas, foram prestados cuidados de enfermagem especializados com incidência na Pessoa Idosa e adulto em processo de envelhecimento, bem como recebida e administrada formação aos pares e restante equipa multidisciplinar, num processo que estimulou a aquisição de competências, comuns e específicas, como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, congregando o modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner (2001). Surge ainda a realização de um projeto de investigação que impulsionou o desenvolvimento de habilitações conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem e incidiu na avaliação das necessidades em saúde de Pessoas Idosas daquela região, com idade igual ou superior a 75 anos, que vivam sozinhos ou com cuidador familiar também idoso.

Em suma, todas as experiências anteriormente citadas e posteriormente desenvolvidas, revelam a imperiosidade de o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica proceder a uma avaliação multidimensional da Pessoa Idosa e adulto, contribuindo para o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado e centrado no utente, perspetivando a PBE assente na promoção da saúde, prevenção da doença e deteção precoce de possível agudização das comorbilidades previamente instaladas, tendo como resultado ganhos em saúde para a pessoa e comunidade.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa; Cuidado Centrado na Pessoa; Enfermagem Domiciliar; Enfermagem Rural; Acessibilidade de Cuidados Primários

ABSTRACT

Population aging, an undeniable fact today, poses several challenges at a political and social level.

In Portugal, the elderly population increasingly requires more care, however, existing responses establish an intervention perspective rather than focusing on prevention, as can be seen in the organization of care provision at the PHC level, which is substantially based on contact with people elderly women with a clinical diagnosis of chronic non-communicable disease or in a situation of acute illness.

At the same time, and aggravatingly, there are still several regions with low population density, in which both accessibility and health literacy are reduced, and where the majority of elderly people live, often alone or accompanied by an elderly spouse.

In view of the above, and as part of the internship at USF in a region with the previously mentioned characteristics, specialized nursing care was provided with a focus on the Elderly Person and adult in the aging process, as well as training received and administered to peers and the rest of the team multidisciplinary, in a process that stimulated the acquisition of common and specific skills, as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, bringing together Benner's socio-professional development model (2001). A research project was also carried out that boosted the development of qualifications leading to a Master's degree in Nursing and focused on assessing the health needs of Elderly People in that region, aged 75 years or over, who live alone or with elderly family caregiver.

In short, all the experiences previously mentioned and subsequently developed, reveal the imperative of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing to carry out a multidimensional assessment of the Elderly Person and adult, contributing to the development of an individualized and user-centered care plan, perspective of EBP based on health promotion, disease prevention and early detection of possible worsening of previously established comorbidities, resulting in health gains for the person and community.

Key words: Elderly Person; Person-Centered Care; Home Nursing; Rural Nursing; Primary Care Accessibility

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL 12

1.1. Envelhecimento, Saúde e Doença Crónica 12

1.2. Envelhecer em Casa: Contexto Rural 14

1.3. O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Contexto Domiciliário 17

1.4. Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa 20

2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO 24

2.1. Justificação e Pertinência do Projeto 24

2.2. Finalidade, objetivos e atividades planeadas 25

3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS 27

3.1. Cuidar da pessoa adulta em processo evolutivo de envelhecimento e Pessoa Idosa/família em qualquer contexto de doença aguda/crónica 27

3.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados em contexto domiciliário 31

3.3. Desenvolvimento do estudo de investigação – "As Necessidades em Saúde das Pessoas Idosas que Vivem Isoladas" 33

3.3.1. Objetivos 33

3.3.2. Tipo de Estudo e Participantes 33

3.3.3. Procedimentos 34

3.3.4. Considerações éticas 35

3.3.5. Instrumento de recolha de dados 35

3.3.6. Apresentação dos resultados ... 36

3.3.6.1. Caracterização da população ... 36

3.3.6.2. Resultados ... 36

3.3.7. Discussão e Limitações ... 39

3.3.8. Conclusão ... 41

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM .. 43

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS ... 47

6. RFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ... 49

7. ANEXOS ... 58

7.1. Anexo I – Aplicação da Entrevista Easycare ... 59

7.2. Anexo II – Questionário – Sobrecarga Familiar de Zarit ... 65

8. APÊNDICES ... 66

8.1. Apêndice I – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido ... 67

8.2. Apêndice II – Poster – Webinar "A evidência científica na intervenção clínica" ... 71

INTRODUÇÃO

A longevidade representa uma conquista, mas também um dos problemas de destaque no século XXI, remetendo ao designado paradoxo do envelhecimento, pois o benefício do aumento generalizado da esperança média de vida, resulta em implicações e desafios à sociedade atual (Rodrigues, 2018).

Cumulativamente ao processo de envelhecimento, acentuam-se riscos em termos de autonomia, por declínio físico e funcional, bem como maior predisposição ao desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, e vulnerabilidade por alterações laborais e sociais que podem dar origem a dependência económica e limitada sociabilidade, por discriminação ou estigmatização desta faixa etária (Fontinele & Duque, 2021; Romana, et al., 2019). Estes, podem ainda ser agravados pela aglomeração do fenómeno designado como êxodo rural, culminando em regiões com menor densidade populacional, sendo a população presente mais envelhecida (Padeiro, 2021).

A sustentabilidade dos sistemas de saúde enfrenta uma pressão nunca experienciada, não só em termos de segurança social, através de reformas e pensões, mas também ao nível de cuidados de saúde prestados a pessoas cada vez mais idosas e com maior índice de comorbilidade, sendo emergente uma revisão dos alicerces daqueles, considerando a equidade entre gerações (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

Nesta perspetiva, decorre a Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas, entre 2020 e 2030, uma estratégia liderada pela WHO em colaboração com outras organizações no sentido de atender à criação de ambientes amigáveis à Pessoa Idosa, combater o preconceito e integrar cuidados não só a longo prazo, mas também centrados nas suas necessidades particulares (WHO, 2020). Em associação, surge o conceito de "ageing in place", remetendo à contínua capacidade de permanecer na própria residência e comunidade, no decorrer do processo de envelhecimento, de forma segura e o mais independente possível (Fonseca, 2021).

Apesar do reconhecimento da necessidade de investimento em ações que potencializem a saúde e independência da Pessoa Idosa ao longo dos anos, é determinante que este se verifique na prática, pois atualmente consiste apenas em cuidados básicos, no que diz respeito a doença aguda ou crónica já instalada (Machado, Mota, Brás, & Anes, 2021).

Neste contexto, surge a conceção de uma contemporânea abordagem à Pessoa Idosa em ambiente domiciliário, decorrente da experiência em contexto de estágio e a organização deste respetivo relatório. Deste modo, verifica-se inicialmente um enquadramento teórico e conceptual, reunindo a melhor e mais recente evidência científica relativamente à questão do envelhecimento demográfico e o seu impacto na sociedade, assim como a incidência de doenças crónicas associadas. Em seguida surge a perspetiva particular da problemática analisada em contexto rural, vinculada aos cuidados de enfermagem em domicílio, defendidos por distintas políticas sociais e de saúde desenvolvidas ao longo dos anos face à temática e, por fim, culmina com a descrição do modelo de CCP, guia para o exercício da profissão.

Por conseguinte, será caracterizado o contexto de intervenção, com menção da problemática em estudo e justificação da escolha, bem como exposição da finalidade, objetivos e atividades cumpridas, de entre as quais se integra a prestação de cuidados de enfermagem especializados não só à Pessoa Idosa em domicílio, mas também a pessoas adultas em processo de envelhecimento aquando das respetivas consultas de vigilância de saúde, promovendo a aquisição e desenvolvimento de competências para obtenção do título profissional como Enfermeiro Especialista, de acordo com o que se encontra regulamentado pela OE.

Seguidamente, integra-se a questão metodológica do projeto desenvolvido, discriminando a metodologia utilizada com destaque para a população, critérios de inclusão e exclusão, recolha de dados, implicações éticas, sendo ainda referidos os procedimentos decorrentes dos objetivos propostos e diferenciação de cada atividade previamente planeada contribuindo, academicamente, para conclusão do 2º ciclo de estudos do ensino superior, conducente ao grau de mestre.

Em última instância, procede-se a uma análise reflexiva de todo o percurso realizado, enunciando aspetos positivos e negativos, mas também considerando tanto o conhecimento e habilidades assimiladas como aquelas que carecem de aperfeiçoamento, culminando com a apresentação das considerações finais, perspetivas futuras e, por fim, as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O desenvolvimento de competências e conhecimentos para uma intervenção especializada no domínio da disciplina de Enfermagem, através de elevados níveis de raciocínio e julgamento clínico, bem como a decorrente tomada de decisão em contexto de respostas humanas aos diferentes processos de saúde doença, apenas se torna possível pela PBE. Como o próprio nome indica, aglomera a perícia clínica com os recursos disponíveis às preferências das pessoas a cuidar, com base na melhor e mais recente evidência científica.

Como tal, decorrente da pesquisa em bases de dados através de várias plataformas, aborda-se a questão do envelhecimento demográfico e o seu impacto em termos de saúde, assim como a sua estreita relação com a multimorbilidade, doença crónica e a perspetiva do envelhecimento em contexto rural, expõem-se, em seguida, a conceção da prestação de cuidados em ambiente domiciliário, finalizando com a abordagem do modelo de CCP, orientador do exercício da profissão de enfermagem.

1.1. Envelhecimento, Saúde e Doença Crónica

O envelhecimento populacional é uma realidade incontestável mundialmente, resultado de progressos científicos e tecnológicos que alcançaram a melhoria das condições de vida e acesso a cuidados de saúde, fenómeno com maior incidência nos países desenvolvidos como é o caso de Portugal, que se encontra entre os cinco mais envelhecidos do mundo, pelo aumento expressivo da população idosa mensurável através de um índice de envelhecimento elevado, atualmente, 182 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021; Padeiro, 2021).

Simultaneamente, agravou-se o fenómeno do duplo envelhecimento, caracterizado pela redução da população jovem, acentuada no grupo entre os zero e 14 anos, cerca de menos 15,3%, e o aumento da população idosa, com um crescimento na ordem dos 20,6%. Esta será uma tendência crescente e transversal a todas as regiões do país, prevendo-se no ano de 2080, um número mínimo de 2,5 milhões de pessoas idosas e no máximo cerca de 3,3 milhões. (PORDATA, 2021; Rodrigues, 2018).

A magnitude do conceito de envelhecimento recebe a influência de diversos fatores, sendo eles físicos, sociais ou contextuais, e caracteriza-se por ser natural e inevitável como processo inato do ciclo de vida, bem como uma experiência dinâmica,

heterogénea e individual, pois cada pessoa envelhece de maneira particular (Almeida, Tavares, & Ferreira, 2021; Faria, Ramalho, Nunes, & Fernandes, 2020). Patenteia-se a redefinição de papéis e posições sociais, a necessidade de lidar com o luto pela perda de familiares e amigos próximos e ainda a aceitação de um corpo envelhecido que implica um exercício de dupla reflexão, observar e aceitar o contraste com a sua imagem enquanto jovem, numa sociedade que estereotipa e discrimina a Pessoa Idosa sendo-lhe limitada a possibilidade de participar na comunidade, posição esta designada por idadismo (Bezerra, Nunes, & Moura, 2021; Marques, Simões, Rosa, & Silvestre, 2021).

A evidência revela que a redução da interação social, a perda do cônjuge, viver só, ou mesmo que acompanhado sentir-se só, bem como a falta de valores sociais e a ausência de compromissos, geram sofrimento e diminuem a sensação de bem-estar, traduzindo-se numa maior vulnerabilidade da Pessoa Idosa. No entanto, esta faixa etária apresenta maior capacidade de seleção quanto a objetivos e atividades, que apesar de, em menor número, são mais significativas e de qualidade (Fonseca, 2021; Marques, Simões, Rosa, & Silvestre, 2021).

Resultante do aumento da idade, a nível biológico, surgem alterações fisiológicas pelo processo de senescência das células responsável pelo declínio físico e funcional progressivo no desempenho das suas AVD e AIVD, pois associado ao envelhecimento mal sucedido, coloca esta população suscetível à manifestação de síndromes geriátricas (fragilidade, instabilidade postural, imobilidade, incontinência de esfíncteres, iatrogenia, insuficiência da comunicação, cognitiva e familiar) comuns no que concerne à sua elevada frequência mas apresentações clínicas diferenciadas, com implicações na qualidade de vida que seriam possivelmente prevenidas quando diagnosticadas e tratadas previamente através de uma avaliação global da Pessoa Idosa (Pinto, 2022; Romana, et al., 2019).

Cumulativamente às alterações anteriormente mencionadas e pela sua fragilidade e vulnerabilidade, a Pessoa Idosa apresenta maior risco de desenvolvimento de doenças não transmissíveis ou designadas crónicas, sendo estas definidas como de longa duração, resultado de uma combinação de fatores fisiológicos, genéticos, ambientais e comportamentais (WHO, 2021), para vários autores, coloca-se como uma condição que simboliza sofrimento prolongado e acompanha a díade Pessoa Idosa/família, requerente de uma constante e progressiva adaptação e gestão do seu processo de saúde doença.

A condição crónica conduz ao aumento da procura de cuidados de saúde, agravada perante um quadro de grande complexidade ou acumulação de duas ou mais doenças da mesma tipologia, alguns autores defendem a existência de pelos menos três patologias, introduzindo-se desta forma o conceito de multimorbilidade, com uma prevalência de 38,8% na população idosa, em maior número no sexo feminino por associação a fatores biológicos particulares e comportamentos de procura de saúde que representam um maior reporte. Mundialmente, encontra-se associada a cerca de 60% da mortalidade, sendo que mais de metade dessa percentagem se refere a mortes prematuras, ou seja, antes de atingir os 70 anos de idade (Fontinele & Duque, 2021; Melo, et al., 2019).

Segundo a DGS (2006), constitui um erro caracterizar o envelhecimento como patológico, dado que esta é uma fase do ciclo de vida como qualquer outra, existindo a possibilidade de ser saudável ou patológico decorrente de fatores agravantes do estado de saúde da pessoa. A Pessoa Idosa é um ser complexo, com particularidades pessoais, clínicas e sociais, dispondo um desafio contínuo ao atendimento das suas necessidades e consecução de medidas para um envelhecimento ativo e saudável (Gomes, Cruz, & Almeida, 2021; Gomes, Cruz, & Almeida, 2021a).

O envelhecimento ativo é uma conceção amplamente discutida e desenvolvida por várias organizações, constituindo-se como um método de otimização das oportunidades em saúde, participação, segurança e melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, permitindo um envelhecimento bem sucedido e considerado saudável na medida em que, segundo a WHO (2020), promove o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional com efeito direto na interação das capacidades intrínsecas da Pessoa Idosa com o meio envolvente e influência significativa na qualidade de vida. Esta, por sua vez, diz respeito ao conjunto harmonioso de satisfações pessoais, obtidas no seu quotidiano, em consideração por aspetos físicos, psicológicos e sociais, resultando numa sensação de se sentir bem e viver de forma independente (Oliveira, Souza, Rodrigues, Fett, & Piva, 2019; Carmona-Torres, et al., 2021).

1.2. Envelhecer em Casa: Contexto Rural

Em Portugal, além do fenómeno do envelhecimento populacional, encontra-se associado um outro designado como êxodo rural, que diz respeito ao movimento

migratório de jovens ativos das áreas rurais para urbanas, resultando num litoral dinâmico e densamente povoado contrariamente a um interior marcado pelo despovoamento e ausência de perspetivas económicas (Padeiro, 2021).

As regiões do Alentejo e Centro do país são aquelas em que mais se intensifica esta situação, patenteada pelos maiores índices de envelhecimento e dependência, correspondente à relação entre população idosa e população em idade ativa, de que há registo, emergindo constrangimentos no que diz respeito à acessibilidade pela sua particular dispersão geográfica e isolamento, destacando-se ainda a iliteracia predominante na população mais envelhecida (PORDATA, 2021).

Atualmente são inúmeras as notícias que anunciam a questão do isolamento da população idosa, no âmbito da operação "Censos Sénior", a GNR sinalizou mais de 44 mil idosos sozinhos, isolados ou em situação de vulnerabilidade predominantemente em zonais rurais, interior norte e Alentejo (Trigueirão, 2020).

A manifestação psicológica do isolamento social, como acontecimento particular e complexo, tem vindo a aumentar na população idosa, a evidência científica demonstra que cerca de um terço da população idosa portuguesa sofre de isolamento social, com prevalência no sexo feminino (Anes, et al., 2021; Calado, Caetano, Coelho, & Ferrito, 2021; Goes, Lopes, Oliveira, Fonseca, & João, 2019).

A Pessoa Idosa em situação de solidão revela limitações funcionais com alterações ao nível das AVD e participação social, originando sentimentos de tristeza, medo e aumento da sensibilidade a expressões faciais de dor, assim como maior ativação do córtex visual em resposta a imagens sociais negativas e, consequentemente, mais propícias ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva como fadiga, ansiedade, hostilidade e alterações do padrão de sono, relacionando-se ainda com maior deterioração da capacidade cognitiva e risco de desenvolvimento de síndrome demencial. Segundo a WHO (2021), uma em cada 10 Pessoas Idosas pode sofrer de distúrbios psicológicos, verificando-se um aumento da sua incidência, e representando a segunda causa mais comum de incapacidade, apenas ultrapassada pelas doenças cardiovasculares (Oliveira, Souza, Rodrigues, Fett, & Piva, 2019; Rico-Uribe, Caballero, Martín-María, Cabello, & Ayuso-Mateos, 2018; Yanguas, Pinazo-Henandis, & Tarazona-Santabalbina, 2018).

Quanto à literacia, esta representa um fator importante na prevalência da multimorbilidade da Pessoa Idosa, uma vez que, pela menor capacidade de aceder a informação sobre promoção de saúde e hábitos de vida saudável, verifica-se como limitante na prevenção de doenças crónicas, pelo que, coincidentemente, idosos que residam em áreas rurais ou mais desfavorecidas apresentam multimorbilidade cerca de 10 a 15 anos antes, do que aqueles que habitam noutras zonas, resultado da dupla condicionante, diminuta oferta de serviços de saúde e menor acessibilidade aos mesmos (Melo, et al., 2019; Romana, et al., 2019; WHO, 2018).

Apesar das circunstâncias anteriormente retratadas, é expectável que o SNS reúna condições para que o processo de envelhecimento constitua uma oportunidade de a Pessoa Idosa viver com maior independência, de maneira mais saudável e durante um período de tempo superior. Porém, se por um lado é promovido o envelhecimento ativo para que a Pessoa Idosa mantenha a sua capacidade e participação na comunidade, por outro torna-se evidente a facilidade com que esta pessoa é descredibilizada perante as suas decisões no decurso do seu processo de saúde doença, em detrimento da opinião de familiares e profissionais de saúde (Marques, Simões, Rosa, & Silvestre, 2021).

No entanto, idade avançada não é sinónimo de défice cognitivo, a Pessoa Idosa é um sujeito com personalidade jurídica, detendo poder e autonomia de decisão sobre a sua saúde, garantindo primariamente intervenções de empoderamento e concordância com a sua subjetividade, mesmo que apresentem algum grau de dependência. Realça-se desta forma a distinção entre os conceitos de autonomia e independência, pois o primeiro refere-se à capacidade de autodeterminação e o segundo diz respeito à necessidade de terceiros para desempenhar tarefas do quotidiano (Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Martins, Guerra, & Azeredo, 2021; Rebelo, 2019).

A evidência científica retrata que a maioria da população idosa manifesta preocupações relacionadas com o envelhecimento e a deficiência corporal, o que indica a apreensão de uma potencial incapacidade de administrar as suas AVD (Heyn, Brembo, Eide, Hafskjold, & Sundling, 2021), equacionando a casa como o instrumento crucial na integração do envelhecimento em sociedade, constituindo-se como elemento que garante maior qualidade de vida a esta população, o que comprova a preferência destas pessoas em permanecer no seu domicílio mesmo com algum grau de incapacidade para satisfazer as suas necessidades, dada a sensação de independência conferida pelo

ambiente familiar, conforto e segurança (Goes, Lopes, Oliveira, Fonseca, & João, 2019; Cunha, Mendonça, Morais, Fernandes, & Letra, 2020), desta forma a institucionalização surge como a última alternativa. Nesta impera a rotina, o fator tempo, a quebra do ambiente familiar, predomina a organização e a racionalidade escasseando o direito à opinião, as reais e individuais necessidades culminando num sentimento de perda de intimidade com impacto negativo na satisfação com a vida, conduzindo à experiência de exclusão, tristeza e solidão (Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Rebelo, 2019).

Por conseguinte, envelhecer em casa é uma perspetiva defendida por diversos autores e entidades, de entre os quais surge o conceito contemporâneo de *ageing in place*, que reflete a alteração paradigmática ao nível das políticas sociais como facilitadoras do envelhecimento de maneira a preservar a autodeterminação, autoestima e confiança com destaque para o privilégio da manutenção ou criação de ambientes respeitosos quanto à evolução da capacidade intrínseca da Pessoa Idosa, possibilitando a permanência desta no seu meio local (Fonseca, 2021), dado que o ambiente e os contextos em que a Pessoa Idosa se insere apresentam uma estreita relação podendo apoiar ou inibir a sensação de conforto e segurança, contribuindo para um envelhecimento saudável e independente (Brandão, Ribeiro, Afonso, & Paúl, 2019; Lamâs, et al., 2020).

1.3. O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Contexto Domiciliário

As Pessoas Idosas devido ao seu processo de envelhecimento e fragilidade, complexidade do seu estado de saúde pelos múltiplos diagnósticos de doenças crónicas e consequente multimorbilidade, incorrem numa maior probabilidade de recorrer a serviços de urgência e potenciais internamentos hospitalares, eventos estes que condicionam os resultados em saúde culminando num declínio adicional da funcionalidade e qualidade de vida (Goes, Lopes, Oliveira, Fonseca, & João, 2019; Dyer, et al., 2022).

Os serviços de urgência e emergência apesar de experienciarem uma crescente superlotação, muitas vezes pela crescente afluência da população idosa, não são adequados às necessidades específicas de saúde destas pessoas pela sua condição de multimorbilidade, uma vez que apenas respondem a problemas de índole aguda e, naquelas pessoas, o objetivo das intervenções associadas não incluem a cura, mas sim a

minimização do impacto de doenças crónicas nas várias dimensões do ciclo de vida (Goes, Lopes, Oliveira, Fonseca, & João, 2019).

A prevalência do modelo organizacional centrado na gestão e tratamento da doença reporta uma centralidade nos resultados produzidos através de indicadores de saúde que, apesar de importantes para a gestão das instituições, dissipa a atenção dos cuidados de saúde centrados na pessoa, uma vez que estes não se repercutem em termos de registos. Deste modo, a permanência do paradigma biomédico e de cuidados centrados em resultados, continuará a repercutir-se em aglomerada afluência aos serviços de urgência com sucessivos internamentos que indiciará a momentos de maior fragilidade e com perdas ao nível da sua qualidade de vida (Dyer, et al., 2022; Machado, Mota, Brás, & Anes, 2021).

Deste modo permite-se a afirmação de que os serviços e sistemas de saúde em Portugal não estão devidamente adequados às preferências e necessidades da população idosa, sendo preciso uma reestruturação dos mesmos para que se tornem mais integrativos e universais, atendendo a condições complexas como a multimorbilidade e perda da capacidade funcional. Esta perspetiva é reforçada pela evidência de que futuramente as Pessoas Idosas viverão mais sozinhas pelas alterações na dinâmica familiar, tal como verificar-se-á maior solicitação e necessidade de redes de suporte por aumento da prevalência dos problemas de saúde, alguns dos quais passíveis de serem prevenidos (Acosta-Benito, Rodríguez-Fernández, Barrio-Cortes, & Garcia-Pliego, 2018; Coelho, 2017).

A conjuntura global da atualidade relativamente ao envelhecimento populacional em Portugal, suscita a consciência clínica e crítica para a imprescindibilidade de que se formule uma resposta efetiva às necessidades de cuidados e, neste aspeto, a evidência científica é clara, destacando com distinta importância os cuidados prestados em domicílio, não só devido às Pessoas Idosas com maiores carências, que não possuem apoio informal, mas também pela redução da institucionalização e admissões hospitalares contribuindo para a diminuição da morbilidade, mortalidade e, consequentemente, melhoria da qualidade de vida (Acosta-Benito, Rodríguez-Fernández, Barrio-Cortes, & Garcia-Pliego, 2018; Coelho, 2017).

De salientar que, no âmbito da saúde da Pessoa Idosa, não existe um programa ou consulta de enfermagem estruturada, uma vez que a vigilância desta faixa etária

baseasse nas consultas de vigilância de algumas doenças crónicas como a diabetes *mellitus*, tratamentos de situações agudas em sala de tratamentos e um esporádico contacto para cumprimento do plano nacional de vacinação (Machado, Mota, Brás, & Anes, 2021).

A inexistência de uma consulta dedicada à Pessoa Idosa impede primariamente a definição dos reais e significativos problemas destas pessoas, destacados como a progressiva incapacidade a nível funcional, quer de atividades diárias ou sociais, contribuindo para a ausência na identificação de grupos de risco o que, consequentemente, atrasa o diagnóstico precoce de problemas que indiciem sobre declínio físico e funcional da pessoa, negligenciando as síndromes geriátricas e a atuação adequada e em tempo útil dos profissionais, que ainda carecem de formação nesta temática, podendo levar forçosamente à não adesão do regime terapêutico estabelecido por não reconhecerem concordância com os seus problemas de saúde (Machado, Mota, Brás, & Anes, 2021)

A consulta de enfermagem designadamente diz respeito a um ato em saúde perante o qual o enfermeiro, por meio de metodologia científica e do processo de enfermagem, procede à avaliação da situação clínica da pessoa realizando diagnósticos de enfermagem que auxiliam o planeamento dos cuidados a prestar, sendo continuamente reavaliados e adaptados às necessidades verificadas. Quando se refere a consulta de enfermagem domiciliária esta ocorre no domicílio ou residência habitual e permanente da pessoa, sendo a sua duração adequada de uma hora, sem contabilizar o período de deslocação (OE, 2021).

Por conseguinte, importa ainda ressaltar as divergências entre envelhecimento normal e patológico, com a definição de estratégias que promovam a adaptação às alterações decorrentes do envelhecimento objetivando primordialmente a assistência integral da Pessoa Idosa e família, sendo esta parceira no cuidado, de maneira contínua, quer em situações de índole crónica ou fim de vida e ainda promover ações de educação para a saúde em qualquer nível, permitindo o empoderamento da Pessoa Idosa como sujeito autónomo relativamente à própria saúde e que este preserve a sua independência, essencial à manutenção do autocuidado (Martins, Faria, & Ribeiro, 2021).

Atendendo às síndromes geriátricas conhecidas, aos problemas de natureza económica e social e outros demais precedentes do envelhecimento devido à sua elevada

frequência como, por exemplo, a polimedicação e os acidentes domésticos, é necessária uma abordagem holística no cuidado à Pessoa Idosa, compreendendo a avaliação física, cognitiva, social, ambiental, financeira e espiritual ao convergir na definição de um plano terapêutico que visa a manutenção da capacidade funcional e promoção da participação social da Pessoa Idosa, permitindo a diminuição do risco de eventuais internamentos hospitalares e institucionalização (Martins, Faria, & Ribeiro, 2021).

Desta forma é primordial que o enfermeiro estabeleça uma avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, sendo para tal imprescindível deter conhecimento sobre os instrumentos de recolha de dados adaptados à população geriátrica e validados em Portugal, bem como reconhecer as redes de suporte familiar, social e comunitário garantido a monitorização da condição de saúde destas pessoas de acordo com as suas reais e sentidas necessidades (Martins, Faria, & Ribeiro, 2021).

1.4. Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa

O conceito de cuidado centrado no utente tem sido amplamente discutido ao longo de várias décadas, sempre em oposição ao modelo biomédico que imperava anteriormente, pelo que no ano de 1977, a WHO preconizou a participação dos utentes nos seus cuidados, porém esta abordagem permaneceu fracamente implementada e com benefícios inconclusivos. Investigadores apontavam para, ao invés de uma abordagem direcionada ao utente, seria necessário que esta fosse centrada na pessoa, surgindo em primeira instância em contexto de cuidados à Pessoa Idosa (Eklund, et al., 2019).

O envelhecimento, fenómeno inevitável, universal e individual como qualquer outra fase do ciclo de vida deverá ser abordado pelos profissionais de Enfermagem de forma holística considerando ainda a subjetividade da Pessoa Idosa, com base no modelo de CCP (Wolstenholme, Ross, Cobb, & Bowen, 2016). Este garante a adequação ao contexto na medida em que se centra na integração do enquadramento conceptual da profissão de enfermagem pela perspetiva do utente enquanto pessoa e recetor de cuidados, através da compreensão da experiência de vida, valores e preferências pessoais, sendo para tal imprescindível a adoção de estratégias e a aquisição de competências relacionais e de autoconhecimento pelos intervenientes. Apenas desta forma é possível afirmar que existe um atendimento efetivo das respostas humanas aos processos de saúde doença

que intenta cuidados mais individualizados, personalizados e adequados às necessidades particulares de cada pessoa (McCormack & McCance, 2016).

Contrariamente ao que acontece no cuidado centrado no utente em que o objetivo do cuidado se centra, em suma, numa vida meramente funcional, o CCP confere e tem a finalidade de garantir uma vida significativa de acordo com a experiência e preferências da pessoa (Eklund, et al., 2019).

A conceção teórica de CCP, desenvolvida por McCormack e McCance em 2006, com atualizações sucessivas até à presente data, conceptualiza e reestrutura os cuidados de enfermagem auxiliando os profissionais na operacionalização e entendimento das dimensões da centralidade da pessoa e família, colocando-os como essência dos mesmos e, desta forma, proporciona maior literacia, logo em consequência, mais segurança e estabilidade na tomada de decisão quanto à adequabilidade dos cuidados (Slater, McCance, & McCormack, 2017; Wolstenholme, Ross, Cobb, & Bowen, 2016).

Este modelo integra quatro conceitos a um nível macro contextual, sendo eles referidos como: Aptidões do profissional de enfermagem; Ambiente da prestação de cuidados; Processo de cuidados e, por fim, Resultados esperados. Quanto às aptidões do enfermeiro, são entendidas como: a competência profissional, habilidades interpessoais e de comunicação, bem como evidência de valores, crenças e autoconhecimento. Todas estas dimensões são cruciais para o CCP, uma vez que é na relação entre enfermeiro-utente que se encontra a essência da profissão, pelo que o profissional deve encontrar-se dotado de capacidade em comunicar com clareza e eficácia, seja de forma verbal, gestual ou escrita, manifestando demonstrações de respeito e empatia, o que concede abertura ao diálogo e interação, procede o estabelecimento de relações de confiança com benefício para os utentes e estreita relação com o conceito de qualidade (McCormack & McCance, 2016).

Em relação ao pré-requisito “Ambiente”, este não se cinge apenas ao espaço físico envolve também a cultura contextual existente. A génese do CCP motivou a alteração do foco do cuidar enaltecendo o valor e qualidade dos cuidados, favorecendo a adaptação de ambientes com benefício terapêutico, ao implementar obrigatoriamente a autodeterminação da pessoa reconhecendo-a como agente ativo no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde e ao compromisso dos prestadores de cuidados com base na experiência dos utentes, de acordo com a cultura de eficácia clínica. Para além do

referido, a cultura contextual é determinada perante a partilha de valores e eficácia, através da noção de compromisso e melhoria contínua da equipa no desempenho das funções a que se dispõem que remete à inovação, capacidade de aprendizagem perante o erro, maximizando o potencial individual e oferecendo estimulação e perspetiva de crescimento profissional (McCormack, Dewing, & McCance, 2011).

Quanto ao processo de cuidados, neste converge a dotação de uma presença simpática e a providência de cuidados holísticos com inclusão de valores e crenças do utente, fundamental na medida em que possibilita ao enfermeiro compreender como aquele garante significado à experiência vivida e de que forma as suas crenças predizem comportamentos de saúde, facilitando a identificação de potenciais falhas entre a sua compreensão e o processo de saúde doença, o que possibilita a participação informada na partilha de decisões negociadas entre os intervenientes (McCormack & McCance, 2016).

No que concerne aos resultados esperados, perspetiva-se a sensação de envolvimento do utente agregada ao sentimento de bem-estar, através da existência de um ambiente e relação terapêutica previamente estabelecidos coexistindo um processo de partilha da tomada de decisão com base em relações colaborativas e uma liderança que conduza à PBE e inovação (McCormack & McCance, 2016).

A mobilização do modelo descrito, no contexto da prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa, enquanto ambiente de cuidados, remete para o domicílio do utente, local privilegiado na recolha de dados e avaliação das necessidades da Pessoas Idosas, cuidadores, espaço físico e contexto de vida. No que concerne aos pré requisitos equaciona-se as competências adquiridas pelos profissionais em termos de comunicação, priorização de cuidados e tomada de decisão e, no processo de cuidados centrados verifica-se a relação terapêutica desenvolvida entre enfermeiro e Pessoa Idosa, assim como a estabilização de compromisso entre ambos e a envolvência do utente na prestação de cuidados holísticos trabalhando de acordo com os seus valores e crenças, por fim, quanto aos resultados esperados considera-se a experiência da pessoa como agente ativo do seu processo de saúde doença (José & Gomes, 2021; McCormack & McCance, 2016).

A conceptualização dos cuidados de enfermagem tendo como referencial teórico o CCP, esclarece a importância do autoconhecimento e colaboração dos intervenientes,

permitindo a mudança na cultura de cuidados, perspetivando a existência de pessoas mais proativas no seu processo de saúde doença, obtendo cuidados mais individualizados e traduzindo-se como ganhos em saúde e melhor qualidade de vida.

2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

O local onde foi desenvolvido o estágio, e respetivo projeto, insere-se numa das regiões onde imperam os valores mais elevados do índice de envelhecimento, mais propriamente na zona do Alentejo, numa unidade ao nível da prestação de CSP que conta com mais de oito mil utentes, na sua grande maioria com 65 ou mais anos de idade, congregando extensões de saúde em quatro freguesias de concelho, algumas com mais de 30 quilómetros de distância do centro urbano.

Esta organização tem como visão a prestação de cuidados de saúde de proximidade e com qualidade, acessíveis e adaptados às necessidades dos utentes perspetivando uma conceção holística da pessoa em qualquer fase do ciclo de vida, independentemente das suas particularidades através da promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria contínua da qualidade (SNS, 2022).

Neste contexto, o valor de índice de dependência surge como um dos mais elevados a nível regional e nacional, com um valor na ordem dos 63.35% e 45.68%, respetivamente, no que se refere ao índice de dependência de idosos (SNS, 2022).

2.1. Justificação e Pertinência do Projeto

Um trabalho de projeto, através de determinada metodologia, constitui-se como o alicerce entre a teoria e a prática, permitindo organizar a resolução de um problema que instigue preocupação nos intervenientes, através de um conjunto de operações decorrentes de um processo dinâmico, induzindo à tentativa de intervenção e mudança da realidade (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Neste seguimento, verifica-se como uma atividade intencional, com resposta ao objetivo inicial, que pressupõe autonomia e iniciativa dos intervenientes, implica autenticidade, envolve a execução de tarefas complexas, tem um carácter faseado e de longa permanência, sendo constituída primeiramente pela elaboração do diagnóstico de situação, onde consta a problemática em estudo e a justificação do referido projeto, bem como a análise do contexto onde se insere. Posteriormente é realizado o planeamento das atividades, por meio de objetivos e identificação de estratégias, em seguida a execução daquelas para atingir o proposto e, decorrente destas, realiza-se a sua avaliação, sendo por fim elaborada a divulgação dos resultados obtidos (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Internacionalmente, a evidência é clara ao demonstrar que a Pessoa Idosa pela sua maior vulnerabilidade e comorbilidades associadas, encontra-se mais predisposta à hospitalização, porém decorrente de um internamento hospitalar, tendencialmente se verifica uma repercussão multidimensional que culmina na diminuição da capacidade funcional e perceção da qualidade de vida (Tavares, Nunes, & Grácio, 2021). Em associação averigua-se a precariedade das respostas sociais quer a nível formal, através da RNCCI ou ERPI, ou informal considerando a indisponibilidade dos cuidadores, o que conduz a um aumento do período de internamento e consequentes riscos (Dias, 2022; Tavares, Nunes, & Grácio, 2021), deste modo é imprescindível alicerçar e consolidar a eficácia da prestação de cuidados primários prevenindo situações semelhantes.

Face ao exposto, a motivação que gerou a realização deste projeto consiste numa preocupação particular com a temática, dado residir em zona rural e, frequentemente, verificar a notória precariedade dos CSP, pelas mais variadas razões: escassos recursos, área geográfica extensa, entre outros, culminando numa diminuição da vigilância em saúde, em particular da população mais idosa, frágil, com doenças crónicas associadas, menor rede social e diminuída capacidade de se deslocar a grandes centros urbanos, sendo que, quando essa deslocação acontece por problemas de saúde vão ao encontro de soluções em ambiente hospitalar, porém na sua grande maioria, seriam facilmente solucionados em contexto de CSP.

Este projeto, considerando a perceção da exacerbação breve e futura das limitações anteriormente referidas, perspetiva uma forma de conceder os melhores cuidados a prestar à população idosa em Portugal, no sentido de alcançar a vigilância efetiva e ativa do processo de saúde doença, com resultados na capacitação daquele público-alvo e respetivos familiares, bem como a melhoria contínua e qualidade dos cuidados prestados, sendo eles individualizados e centrados na pessoa.

2.2. Finalidade, objetivos e atividades planeadas

Considerando a intencionalidade de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Idosa com doença aguda, crónica ou crónica agudizada e respetiva família, através de competências de compreensão e resolução de problemas, o presente relatório conta com os seguintes objetivos específicos:

1) Cuidar da pessoa adulta em processo de envelhecimento e Pessoa Idosa/família em qualquer contexto de doença aguda ou crónica, com capacidade de reflexão e atuação perante situações complexas, integração de conhecimentos e princípios humanistas, atendendo às responsabilidades éticas e sociais inerentes ao exercício da profissão;

Este objetivo dirigiu o planeamento das seguintes atividades: - Realizar consultas de enfermagem no âmbito da saúde do Adulto/Idoso; - Colaborar no atendimento aos utentes em contexto de sala de tratamentos e vacinação;

2) Prestar cuidados de enfermagem especializados em ambiente domiciliário da Pessoa Idosa com maior dificuldade na deslocação ao centro urbano;

Considerando este objetivo as atividades planeadas foram: - Assegurar a acessibilidade e prestação de cuidados de proximidade; garantir a manutenção da autonomia da Pessoa Idosa em domicílio;

3) Desenvolver estudo exploratório numa perspetiva de investigação aplicada e dirigida à compreensão e resolução de problemas concretos, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa e seus familiares.

De modo a atingir o objetivo anteriormente enunciado foram planeadas as atividades seguintes: - Desenvolver um protocolo de investigação de acordo com as orientações da Comissão de Ética da respetiva unidade; - Realizar entrevistas para esclarecimento do estudo, obtenção de consentimento e posterior colheita de dados; - Elaborar projeto de investigação com recurso a aplicativo estatístico SPSS.

3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS TAREFAS REALIZADAS

3.1. Cuidar da pessoa adulta em processo evolutivo de envelhecimento e Pessoa Idosa/família em qualquer contexto de doença aguda/crónica

Para Benner (2001), o enfermeiro considerado perito é aquele que desenvolve habilidades e capacidades ao longo do tempo partindo de um suporte educacional e de múltiplas experiências profissionais congregando harmoniosamente o designado saber e saber fazer, sendo que o primeiro retrata o instrumento pelo qual é predito um determinado fenómeno e o segundo implica a habilidade que permite desenvolver certa área de saber.

Neste sentido, considerando a justificação e pertinência do tema, a oportunidade de desenvolver as habilidades referidas ocorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários na região do Alentejo, com maior incidência na prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas adultas nas mais diversas fases do seu processo de envelhecimento em contexto de consulta de vigilância programada, e maioritariamente a Pessoa Idosa quer naquela mesma situação, por assistência a evento agudo em sala de tratamentos e em contexto domiciliário ou vacinação.

Numa fase inicial, realizei a adaptação a um novo contexto, equipa e comunidade, sendo sempre muito bem recebida por todos os elementos. A presença da enfermeira orientadora, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma pessoa experiente, conhecida e reconhecida pela sua competência na comunidade, foi uma vantagem neste processo de integração e determinante na transmissão de confiança aos utentes perante a minha presença, sendo ela uma profissional constante no processo de cuidados, tendo criado uma relação terapêutica prévia. A comunicação e, a utilização de estratégias e elementos linguísticos, foram ferramentas essenciais para potenciar a relação com os utentes: atentar ao tom e entoação de voz durante o diálogo, a escolha de vocabulário adequado a cada utente, a postura adotada particularmente ao nível do olhar, a avaliação do momento apropriado para qualquer tipo de contacto físico (Campos, 2018) foram alguns dos constituintes utilizados e que garantiram sucesso na criação de uma relação empática e segura com todos os utentes aos quais foi necessária a realização de qualquer intervenção terapêutica.

O diagnóstico de uma doença crónica coloca o utente perante novas exigências e uma constante adaptação, existindo em certos casos a necessidade de apoio familiar,

social e profissional, portanto a realização de consultas a utentes com patologia crónica, neste caso concreto da Diabetes *Mellitus*, é um desafio, uma vez que, apesar do seu diagnóstico resultar da combinação entre fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais, a coordenação de cuidados direcionados à gestão do controlo de sintomatologia e redução de risco, de modo a minimizar complicações a longo termo, exige uma estruturação de cuidados que implica a envolvência da pessoa e dos profissionais de saúde.

Durante a realização das consultas foi notável que a maioria dos utentes com controlo glicémico inadequado tinham também um comportamento de adesão comprometido, dado que muitas vezes referiam e se focavam apenas nas suas limitações, como por exemplo, relativamente ao exercício físico: "*chego muito cansado do trabalho, só tenho um dia de folga e não tenho disposição para fazer exercício físico*" ou "*as minhas limitações não me deixam mexer (dores, diminuição da mobilidade)",* quanto à alimentação e regime dietético mencionavam: "*gosto de comer algo ao ver televisão e acabo por ingerir alimentos menos saudáveis, batatas fritas ou frutos secos salgados por exemplo*" ou "*passo muitas horas sem comer porque não tenho tempo*", e em relação ao regime medicamentoso indicavam "*tenho de tomar a medicação de manhã e esqueço-me..*" ou "*o medicamento que tomo faz-me mal..*".

A evidência demonstra a veracidade desta problemática (Horta, Quaresma, & Lucas, 2022), a baixa adesão ao regime terapêutico, isto é alimentar, exercício físico e medicamentoso, obriga a que o Enfermeiro Especialista tenha a competência necessária à compreensão do fenómeno, e encontre estratégias para colmatar estas dificuldades.

Perante as afirmações anteriores, e após a formulação de diagnósticos de enfermagem, foi realizado um plano de cuidados individualizado com uma abordagem centrada na pessoa, considerando o seu ambiente social, recursos económicos, literacia, ideais e preferências pelo que relativamente às questões do exercício físico foi sugerido ao utente com apenas um dia de folga alternativas, visualizando este momento como algo prazeroso, em lazer e não como obrigação. Foi também sugerido a pessoas com mobilidade condicionada que executassem exercícios de baixa intensidade ou apenas localizados considerando que, nas que mencionavam dor, esta era adequadamente avaliada e, em caso de necessidade, medicada com auxílio do médico de família. Quanto à alimentação foram facultadas sugestões de alimentos mais saudáveis e com baixo

índice glicémico, substituindo açúcares por especiarias, assim como aconselhadas refeições ligeiras e rápidas para evitar as oscilações no valor glicémico. Em relação à medicação foram descritas estratégias para evitar o esquecimento, em exemplificação, a disposição dos comprimidos em locais estratégicos e a nível do olhar, e ainda realizada conferência com o clínico nas situações em que não existia aderência ao medicamento por sobreposição de alguns efeitos secundários, sendo precedida da sua substituição.

Posteriormente, após um contacto informal com um dos utentes anteriormente referidos era notória a adesão deste às sugestões manifestadas em consulta. O envolvimento e valorização do papel ativo do utente na gestão da sua doença conferiu-lhe motivação para agir perante o seu estado de saúde, garantindo alterações benéficas não só a curto prazo como evidenciado, mas certamente também a longo curso.

Em contexto de sala de tratamentos, foram prestados cuidados de enfermagem a uma Pessoa Idosa diabética que, devido à insulina que realizava ter sofrido uma rutura em stock nas farmácias, houve a necessidade de proceder à sua substituição. Dado não estar familiarizado com o procedimento num dispositivo diferente, durante o primeiro contacto foi proporcionada disponibilidade e abertura para ouvir as suas dúvidas e dificuldades, posteriormente ao seu esclarecimento com linguagem adequada ao recetor da informação, procedi à explicação de como seria administrado o novo medicamento, exemplificando e repetindo as vezes necessárias para assimilar esta habilidade, concedi ao utente para que fosse este a exemplificar de acordo com indicações verbais, avaliando se o fazia adequadamente, posteriormente o próprio realizou a administração da medicação corretamente.

A educação para a saúde influencia a compreensão da informação fornecida através da introdução de estratégias que capacitem o utente e lhe confiram motivação para a ação, traduzindo-se na melhoria significativa relativamente à autogestão da doença e, consequentemente, da qualidade de vida complementada com ganhos em saúde. Cumulativamente, contribui para a elevação dos padrões de qualidade, melhoria de indicadores clínicos e redução da morbilidade associada à doença (Gregório, 2019; Horta, Quaresma, & Lucas, 2022; Lima, 2021).

Como Enfermeiro Especialista, pela proximidade e conhecimento adquirido, é preponderante determinar os fatores preditivos de interferir na aquisição de competências para o autocuidado e gestão da doença, por exemplo: a idade, capacidade

funcional alterada ou diminuição da acuidade visual, possibilitando o desenvolvimento de intervenções individualizadas e orientadas à pessoa e suas particularidades. O Enfermeiro Especialista, como elemento diferenciador da equipa, deve reger o seu exercício pela melhor e mais recente evidência, como as orientações emanadas pela NICE (2017), referindo no que concerne à pessoa com multimorbilidade, esta deve ser previamente identificada, dadas as alterações que se manifestam por menor qualidade de vida, maior utilização dos serviços de saúde, sendo estes utentes frequentemente polimedicados com risco acrescido de eventos adversos e de interação dos vários medicamentos. Desta forma, devido à referida condição é importante explorar e discutir os seus objetivos e prioridades permitindo um adequado planeamento de intervenções mais individualizadas, como a possibilidade de rever ou iniciar outra medicação que mais se adequa às escolhas e preferências da pessoa, sempre ajustado consoante as circunstâncias, sendo aquela responsável e agente ativo no seu processo de cuidado.

O processo de envelhecimento é inevitável e quanto mais idade a pessoa tem, maior é a probabilidade de ser confrontada com a vivência de um processo de luto, seja por cônjuge, familiares ou amigos. Esta pode não ser a única perda, dada a reestruturação familiar que frequentemente conduz a uma quebra na vinculação, sendo este um momento de transformação muito particular e singular a cada pessoa, não só após, mas também decorrente da maneira como ocorre tal evento.

Muitas vezes, apesar do principal motivo da consulta estar direcionado à patologia crónica da pessoa, essa condição fica para segundo plano quando outras questões centram a sua atenção como aconteceu durante uma das consultas de vigilância da pessoa com diabetes a uma Pessoa Idosa que se encontrava a gerir um processo de luto há três anos, pelo falecimento do seu cônjuge. Encontrava-se muito entristecida uma vez que, este acontecimento implicou ainda alterações na relação com a sua filha e neta, porém a sua rede social vizinha é quem lhe presta apoio, particularmente em termos de refeições. Mesmo durante a consulta, foi dado espaço para a expressão de sentimentos, transmitindo uma sensação de conforto e segurança para a partilha da sua experiência, assim como compreensão, respeito e empatia pela sua vivência, possibilitando simultaneamente a avaliação da necessidade de uma intervenção mais seletiva ou dirigida (DGS, 2019).

O processo de luto ocorre em resposta a uma alteração na vida da pessoa e implica a transição de vários estadios psicológicos até culminar no estado de adaptação, porém nem sempre este é harmonioso e progressivo tendo em conta fatores intra e interpessoais, bem como situacionais (DGS, 2019). Neste sentido, os enfermeiros são intermediários do referido processo, estabelecendo uma relação terapêutica com a finalidade de cuidar pelo que devem conhecer e valorizar os aspetos inerentes à situação adotando uma postura de escuta ativa e interesse, cumprindo a sua obrigação de preservação da dignidade e garantindo o acompanhamento adequado às necessidades manifestadas pela pessoa enlutada (Alves, 2020).

3.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados em contexto domiciliário

Foram ainda realizadas visitas domiciliárias que permitiram uma maior proximidade da população idosa residente em áreas mais distantes do centro urbano ou que teriam maior dificuldade de acesso aos cuidados por meios próprios, sendo aqueles os principais recetores deste tipo de cuidado. Os cuidados prestados neste contexto incidiam maioritariamente no desempenho de procedimentos técnicos, no entanto em certas situações, simultaneamente era realizada a avaliação necessária ao encaminhamento de utentes para a ECCI, uma equipa multidisciplinar que assiste utentes com necessidades de cuidados específicas como fragilidade ou limitação funcional, situações acometidas por muitos idosos que beneficiariam de um acompanhamento particular e individualizado às suas características. No seguimento desta perspetiva, a prestação de cuidados no domicílio, permitiu ainda a aplicação do estudo de investigação adiante descrito.

Esta experiência profissional conferiu-me uma nova visão da transição entre prestar cuidados num ambiente formal e disciplinado, no qual as pessoas se adaptam ao contexto e a prestação de cuidados no ambiente do próprio, em que este se encontra familiarizado com o espaço e não o profissional de saúde, sujeito a uma maior complexidade no exercício da sua profissão pela imprevisibilidade e diversidade das situações com as quais se poderá deparar.

A título de exemplo, decorrente das visitas domiciliárias a uma Pessoa Idosa que tinha frequentemente lesões traumáticas nos membros inferiores algumas com sinais

inflamatórios exacerbados e, de forma oportunista durante a execução da tarefa de realização dos pensos, decorria a colheita de dados sobre o seu contexto e a origem das referidas lesões. Estas surgiam aquando da alimentação dos animais por a utente não utilizar vestuário que protegesse os membros inferiores e embater nas vedações em arame. Neste caso, com indicação preventiva, foi discutida a possibilidade de solicitar que outra pessoa realizasse essa tarefa, ou que fossem encurtados e arredondados os elementos que infligem as lesões e ainda a tentativa de utilizar vestuário que conferisse uma maior proteção. Em situação de nova lesão, realizado ensino quanto à necessidade de manter a ferida limpa e protegida até ser alvo de cuidados. Após algumas visitas, verificou-se a diminuição da incidência de lesões e a utente até adquiriu um produto, compatível com a sua situação financeira, que a auxiliava a cicatrizar alguma ferida que eventualmente surgisse por atuar imediatamente após se lesionar.

O domicílio do utente constitui-se como um contexto privilegiado para ambos os intervenientes, pela sensação de conforto da pessoa ao estar num ambiente familiar, mas também pela oportunidade que o enfermeiro tem de avaliar outros fatores, socioculturais e ambientais, que afetam a eficácia dos cuidados (Pinto, 2016). No caso específico referido anteriormente, apenas através da prestação de cuidados de enfermagem em ambiente domiciliar foi possível analisar as circunstânicas habitacionais daquela Pessoa Idosa, permitindo a adaptação dos cuidados à sua realidade e limitações.

A NICE (2016) emitiu orientações quanto à padronização de cuidados de qualidade prestados à Pessoa Idosa no seu domicílio, ao mencionar que as visitas devem ter uma duração adequada, não menos de 30 minutos, para não colocar em causa a dignidade e segurança da pessoa, pelo que, aquando da necessidade de visitas mais curtas, deve ser cuidadosamente explicado e previamente combinado. Existem orientações que remetem à impreterível constância dos elementos da equipa, promovendo o CCP e permitindo que tanto o utente e os profissionais se conheçam, melhorando a comunicação entre ambos, a sensação de segurança e confiança por parte da Pessoa Idosa, assim como a compreensão pelos profissionais das preferências e necessidades individuais daquela pessoa, sendo estas discutidas de forma a desenvolver um atendimento eficaz e adequado, inclusive ao identificar necessidade de avaliação e apoio por parte de outro profissional garantindo uma maior independência da Pessoa Idosa durante mais tempo. A NICE (2016) manifesta ainda a pertinência de uma regular avaliação das necessidades

em períodos de seis semanas, permitindo a deteção e precoce resolução de eventual problema e, após este, pelo menos, anualmente, porém, em caso de internamento hospitalar ou deterioração do estado clínico aquela avaliação deve ser repetida.

A visitação domiciliária permitiu ainda verificar a diminuta oferta de serviços sociais na comunidade que auxiliem as Pessoas Idosas a permanecerem nas suas habitações mesmo quando existem ligeiras alterações nas AVD ou AIVD. As duas instituições existentes com resposta de apoio ao domicílio na região estavam permanentemente preenchidas, mesmo com valores dispendiosos para utentes com recursos financeiros limitados, verificando-se ainda o acréscimo da dificuldade para a prestação de cuidados por familiares, uma vez que se encontraram geograficamente distantes, situações em concordância com o que consta na evidência científica, dada a região do Alentejo ser pouca atrativa à população mais jovem culminando com a limitativa oferta de serviços sejam eles de saúde ou sociais (Cunha, Mendonça, Morais, Fernandes, & Letra, 2020).

3.3. Desenvolvimento do estudo de investigação – "As Necessidades em Saúde das Pessoas Idosas que Vivem Isoladas"

3.3.1. Objetivos

A investigação em enfermagem tem um carácter sistemático, busca uma resposta a determinada pergunta com intencionalidade de explicar um fenómeno, potencializando o aperfeiçoamento do conhecimento em Enfermagem (ICN, 2012), deste modo o presente estudo teve como objetivo a descrição das necessidades em saúde de Pessoas Idosas/cuidador familiar idoso que vivem no seu domicílio, em ambiente rural e citadino, sozinhas ou com apoio de um cuidador familiar/informal idoso.

3.3.2. Tipo de Estudo e Participantes

No presente estudo foi utilizada a tipologia quantitativa, constituindo-se ainda como um estudo transversal, descritivo e exploratório.

A seleção de participantes levou a uma população composta por 12 pessoas idosas, de entre as quais três também eram cuidadores familiares, em que o método de recrutamento fez-se através de reconhecimento do profissional de saúde que desempenhou o papel de elo, e que aceitou a responsabilidade de intermediário entre o participante e o investigador.

Como critérios de inclusão do grupo de pessoas idosas verifica-se: idade igual ou superior a 75 anos; residente no concelho e estar inscrita na unidade de saúde; viver em domicílio familiar sozinho ou com apoio de um cuidador familiar/informal idoso; multimorbilidade. Os critérios de inclusão para o grupo de cuidadores foram: idade igual ou superior a 70 anos e ser cuidador não remunerado, familiar/informal, em contacto regular, no mínimo uma vez por semana.

Como critérios de exclusão para cuidadores estabeleceu-se a existência de limitações graves de linguagem, audição e comorbilidade relevante, como exemplo, doença grave, mental ou outra perturbação do desenvolvimento.

3.3.3. Procedimentos

Como procedimento foi aplicada uma entrevista semiestruturada, impressa em papel e aplicada face a face com os participantes, sempre pelo mesmo investigador, em que o agendamento desta privilegiou em primeira instância o domicílio do utente, ou na sua impossibilidade, em sala apropriada na Unidade, assegurando privacidade e conforto.

As entrevistas foram conduzidas separadamente com a Pessoa Idosa e o cuidador familiar/informal, existindo momentos conjuntos, quando adequado, e em caso de necessidade, repartíveis em dois momentos, para reduzir a sobrecarga avaliativa.

Relativamente ao armazenamento de dados previamente recolhidos, estes foram utilizados estritamente para fins académicos e científicos, em formato físico, e serão guardados por um período de dois anos, acedido apenas pelo investigador principal e orientador, sendo posteriormente destruídos, em triturador de papel. Já na configuração digital, apenas estarão presentes no computador pessoal do investigador principal, protegido com palavra-passe.

A cobertura de todos os custos essenciais ao desenvolvimento do projeto de investigação ficou a cargo do investigador principal, exceto quando o utente se deslocou à Unidade, estando desta forma os custo imputados ao próprio e, salvo aqueles que são inerentes ao serviço, como a deslocação em viatura da organização aos domicílios, no entanto em ambos os casos, todas as deslocações foram executadas de forma oportunista, aquando a necessidade de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde.

3.3.4. Considerações éticas

Destacando a obrigação, como enfermeira, na salvaguarda dos direitos humanos seja na prestação de cuidados ou na inclusão de um trabalho de projeto, foi submetida à comissão de ética, um parecer solicitando autorização para a realização deste trabalho, tendo sido obtida a sua aprovação.

Durante a realização do presente estudo, tanto o anonimato como a confidencialidade dos participantes foram respeitadas, sem a recolha de dados que possibilitassem a sua identificação. Neste contexto, foi ainda desenvolvido um protótipo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice I), através do qual foi realizada a explicação dos objetivos do estudo, a manutenção do anonimato e a escolha voluntária de participar, podendo cancelar em todo e qualquer momento a sua adesão, concedendo por fim alguns contactos para esclarecer eventuais dúvidas que pudessem surgir.

3.3.5. Instrumento de recolha de dados

No âmbito do presente estudo, foi utilizado para a Pessoa Idosa e respetivo cuidador familiar/informal também idoso, o sistema de avaliação designado por *Elderly Assessment System - Easy-Care*, consiste num instrumento que avalia a perceção da pessoa sobre as suas capacidades e, para além dos dados sociodemográficos, encontra-se organizado em oito grupos (Visão, audição e comunicação; Cuidar de si; Mobilidade; Segurança; Local de residência e finanças; Manter-se saudável; Saúde mental e bem-estar; Administração de medicação), com o número mínimo de quatro questões e máximo de 13 questões. As dimensões avaliadas permitem uma avaliação multidimensional ao nível da perceção sobre as capacidades da Pessoa Idosa, assim como qualidade de vida e riscos sociais, caracterizando diversos domínios, o que possibilita globalmente verificar o grau de apoio necessário às AVD e, especificamente, a existência de risco de rutura de cuidados e de quedas (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). Foi concedida autorização para a sua utilização pelo respetivo autor.

Nos participantes que também desempenhavam o papel de cuidadores, foi ainda avaliada a sobrecarga de cuidados em diferentes níveis com a aplicação da entrevista de Zarit de 12 itens, apreciando a perceção da sobrecarga em cinco dimensões: saúde psicológica, bem-estar emocional, vida social e familiar, finanças e grau de controlo sobre

a própria vida. Cada item poderia variar tendo como respostas as opções: Nunca; Raramente; Por vezes; Muito frequente; Quase sempre, remetendo a uma escala graduada de zero a quatro, respetivamente. A sua pontuação vai de zero a 48, sendo que de zero a 10 corresponde a um grau de sobrecarga leve, de 10 a 20 inclusive subentende-se um nível de sobrecarga moderado e, com valores superiores a 20 considera-se sobrecarga elevada (Gratão et al., 2019).

Foi pedida autorização para a sua utilização a MAPI Research Trust, que revelou não ser necessário, dado este ser um projeto não financiado.

3.3.6. Apresentação dos resultados

3.3.6.1. Caracterização da população

A população é constituída por 12 utentes da Unidade onde decorreu o estágio, viviam em domicílio na comunidade, com idades compreendidas entre os 75 e os 91 anos de idade. Predominou o sexo feminino com uma percentagem de 66,7%. A média de idades situa-se nos 81 anos, com um desvio padrão de 4,619 (Anexo I – Tabela I).

3.3.6.2. Resultados

A apresentação dos resultados obtidos acompanha a ordem disposta conforme a entrevista *EasyCare*, antecedidos da referência às seguintes dimensões: Informação pessoal; Visão, audição e comunicação; Cuidar de si; Mobilidade; Segurança; Local de residência e finanças; Manter-se saudável; Saúde mental e bem-estar; Administração de medicação.

Informação pessoal - A maioria dos utentes residia em área urbana, no entanto, 41,7% dos inquiridos residia em área rural, sendo que 83,3% habitavam em comunhão com o seu cônjuge e apenas duas pessoas eram viúvas, uma viva só e outra com família alargada. No respeitante às habilitações literárias, 83,3% tinham até quatro anos de escolaridade. Todos os entrevistados eram reformados e 58,7% refere que o seu rendimento se encontra no limite das suas necessidades. Relativamente ao nível de funcionalidade nas AVD e AIVD, apenas quatro participantes não necessitavam da ajuda de terceiros (Anexo I – Tabela I).

Visão, audição e comunicação – Cerca de 30% dos inquiridos mencionou que, mesmo com dispositivos de auxílio, como óculos ou aparelhos auditivos, ainda apresenta alguma dificuldade nestas funções sensoriais, apenas em relação à fala nenhum reportou

qualquer dificuldade ou alteração em termos de compreensão do recetor da mensagem transmitida. A utilização de telefone/telemóvel é uma competência cada vez mais adquirida pelas Pessoas Idosas, apenas uma delas manifestou alguma dificuldade no seu manuseamento (Anexo I – Tabela II).

Cuidar de si - Em termos de AVD, particularmente na questão da aparência e higiene pessoal, 25% dos entrevistados apresentava dificuldade quer na utilização da banheira/duche, quer na atividade vestir-se, porém todos conseguiam lavar as mãos e a face de forma independente. A presença de alterações cutâneas foi um problema frequente (Anexo I – Tabela III).

No que se refere à atividade alimentar-se, apenas um dos inquiridos respondeu que necessitava de algum auxílio e só duas pessoas referiram dificuldade no processo de mastigação, apesar da maioria revelar problemas com a sua boca ou dentes. Nas AIVD como preparação de refeições e realização de tarefas domésticas, um terço das pessoas necessitava de alguma ajuda (Anexo I – Tabela III).

Relativamente à eliminação, a incontinência urinária foi a mais prevalente. No entanto, foram referidas alterações na eliminação intestinal por três participantes. Apesar do referido, a sanita ou cadeira sanitária era utilizada, apenas uma pessoa necessitava de auxílio (Anexo I – Tabela III).

Mobilidade - Mais de 90% não apresenta dificuldade em transferências da cama para a cadeira, mesmo que 25% manifestasse problemas com os pés e necessidade de apoio ao deslocar-se dentro do domicílio e, ainda 20% apresentar alguma limitação em subir e descer escadas. No entanto, a percentagem de ocorrência de quedas nos últimos 12 meses é referida por 41,7% da população. As AIVD, ir às compras e deslocar-se a serviços públicos, representa uma dificuldade para quase metade das Pessoas Idosas inquiridas, 41,6% e 33,3%, respetivamente (Anexo I – Tabela IV).

Segurança - Todos os participantes referiam sentir-se seguros seja dentro ou fora da sua habitação, sem ameaça ou assédio por parte de alguém. Apenas duas pessoas já se sentiram discriminadas por alguma razão e a totalidade mencionou ter alguém que pudesse prestar auxílio em caso de doença ou emergência (Anexo I – Tabela V).

Local de residência e finanças - Na generalidade, 83,3% encontravam-se satisfeitos com o seu local de residência e mais de 90% inclui a sua habitação entre os níveis de Excelente, Muito Boa e Boa. Financeiramente, 75% dos inquiridos conseguia gerir o seu

dinheiro, mas mais de metade, 58,3% gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que poderia eventualmente ter direito (Anexo I – Tabela VI).

Manter-se saudável - Quanto à prática de exercício físico apenas três pessoas o fazem regularmente. Metade da população manifestou dispneia, três pessoas em repouso, duas a dormir e uma a subir/descer escadas. Quanto a consumos, apenas uma pessoa fuma e nenhuma apresentou a noção de ingerir demasiadas bebidas alcoólicas (Anexo I – Tabela VII).

Muitos dos entrevistados expressaram preocupação com a sua vacinação e verificação recente de valores tensionais 91,7% e 50,3%, respetivamente, exceto com o peso em que 66,7% referiram não ter isso em atenção e aqueles que o demonstravam seria em relação ao aumento e excesso de peso, cerca de 33,3% (Anexo I – Tabela VII).

Saúde mental e bem-estar - A maioria dos utentes, 75%, manifestou ter tempo para realizar atividades de lazer ou aprendizagens importantes para os próprios, referindo também que a sua saúde se encontrava entre: Muito Boa (16,7%); Boa (23%); Razoável (50%) (Anexo I – Tabela VIII).

No entanto, a sensação de estar só constitui uma realidade presente para uma em cada quatro dos entrevistados ainda que metade dos entrevistados tinha a agravante de estar a passar por uma perda recente ou estar perante um processo de luto. Também 50% dos inquiridos referiu sentir-se incomodado por estar mais em baixo, deprimido ou desesperado bem como preocupação quanto a perdas ou falhas de memória.

Relativamente ao sono, 66,7% dos utentes revelava problemas em dormir no mês anterior e quase a totalidade manifestou queixas álgicas: Muito suaves (8,3%); Suaves (58,3%); Moderadas (25%) (Anexo I – Tabela VIII).

Quando questionados acerca do nível de satisfação com a vida, 75% referiu que se encontrava satisfeito e responde que se sente feliz durante a maior parte do tempo mesmo que 25% afirme medo de que algo de mau lhe aconteça e que 58,3% sinta que a sua vida é vazia (Anexo I – Tabela VIII).

Administração de medicação - 41,7% precisa de ajuda para obter regularmente os seus fármacos e 23% mencionam dificuldade em retirá-los das embalagens. A grande maioria 83,3% reporta a toma de medicamentos conforme a prescrição médica, porém 33,3% acredita que aquela seria mais eficaz se administrada de forma diferente (Anexo I – Tabela IX).

No que concerne à sobrecarga por parte dos cuidadores também idosos, foram ainda aplicados os questionários de Sobrecarga Familiar de Zarit de 12 itens a três Pessoas Idosas, tendo os resultados obtidos demonstrado níveis moderados de sobrecarga em dois participantes, com totalizando 10 e 20 pontos, e ainda um participante com nível elevado, perfazendo um total de 29 pontos. De referir que, as questões relativas à perda de privacidade e vida social prejudicada, foram as que obtiveram uma pontuação mais elevada (Anexo II).

3.3.7. Discussão e Limitações

A população é maioritariamente residente em área urbana, no entanto verifica-se uma considerável percentagem de residentes em ambiente rural, não tendo sido possível entrevistar mais utentes nesta zona por alguns constrangimentos mais adiante explicitados.

O analfabetismo ainda é uma realidade nesta faixa etária, este estudo demonstra uma relação entre precaridade e diminuição da literacia, pois os entrevistados mais abonados eram aqueles que possuíam grau de escolaridade mais elevado, possibilitando afirmar que, neste contexto, a literacia encontra-se proporcional ao rendimento auferido, mesmo que todos se encontrem igualmente reformados.

Decorrente do estudo, manifesta-se uma maior necessidade de suporte primeiramente ao nível das AIVD, perante esta o enfermeiro poderá intermediar entre utentes e instituições, como por exemplo farmácias ou serviços de apoio domiciliário, de forma a garantir a satisfação das necessidades avaliadas.

Constata-se que muitas das Pessoas Idosas entrevistadas vivem apenas com os seus cônjuges partindo do princípio de que se encontram na mesma faixa etária e, na qual a necessidade de cuidados de qualquer tipo está presente, pois apenas quatro, prescindiam de ajuda em AVD ou AIVD, sendo a higiene pessoal e vestir-se aquelas em que se denota uma maior necessidade de apoio. Este é um critério a atentar pelo profissional de enfermagem na medida em que reporta uma importante e regular necessidade de avaliação das necessidades destes utentes possibilitando a deteção precoce da deterioração do estado de dependência da pessoa.

Em termos de capacidade visual e auditiva verifica-se a existência de défices mesmo com a utilização de dispositivos adaptados ao efeito e alterações ao nível da

mobilidade, que poderia eventualmente explicar a exacerbada percentagem de ocorrência de quedas e a presença de alterações cutâneas em metade dos entrevistados, assim como dificuldade na mastigação proveniente de problemas ao nível da mucosa oral e dentes, deste modo o enfermeiro poderá conferenciar com o médico de família afim de auxiliar no encaminhamento a consultas de especialidade como oftalmologia, otorrino e estomatologia de maneira a diminuir o impacto destas alterações intervindo também através de uma ação educativa na prevenção de acidentes e quedas, adaptando o discurso e estratégias às particularidades de cada utente.

Considerando a eliminação, a incontinência urinária é a referida com mais frequência, no entanto também se retratam problemas como a obstipação, compete ao enfermeiro esclarecer estes utentes relativamente a alterações decorrentes do processo de envelhecimento que podem levar a diferenças no padrão de eliminação vesical e intestinal, assim como orientar a pessoa perante possíveis intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas.

As alterações de mobilidade referidas anteriormente associadas a queixas de dispneia poderão ser o fator limitante na prática de exercício físico, apesar de este não se encontrar incontido na faixa etária em estudo, tal como a despreocupação em termos de peso, pois possivelmente viveram numa época em que os alimentos escasseavam e eram racionados por famílias muito numerosas, porém o enfermeiro deve intervir na promoção da prática de exercício físico adaptado à pessoa e suas limitações, bem como transmitir informação relativa a alimentação saudável e equilibrada mas essencialmente sobre hidratação muitas vezes desvalorizada pela população mais envelhecida.

Relativamente à saúde mental e bem-estar, existem parâmetros a atentar pelo enfermeiro perante a elevada percentagem de entrevistados que manifestaram sensação de se sentir sós, a vivência de uma vida vazia e transição de processos de luto. Deste modo, poderão contribuir para criar e manter uma relação terapêutica e empática com o utente, garantir cuidados de maior proximidade de forma a minimizar os impactos do isolamento social com ganhos em saúde e qualidade de vida desta população, contribuindo para o envelhecimento saudável no domicílio, uma vez que manifestamente os aspetos relativos ao local de residência, finanças e segurança são aqueles com resultados mais positivos.

Quanto à preparação e administração de medicamentos, a sua avaliação pelo profissional de enfermagem é preponderante permitindo verificar as razões que levam à não adesão do regime medicamentoso pela Pessoa Idosa, interferindo de forma a auxiliar neste sentido através do esclarecimento de eventuais dúvidas e ainda, em colaboração com o clínico em caso de necessidade, na substituição de fármacos.

O estudo contou com algumas limitações, primeiramente pela tardia resposta em termos de aceitação do local como campo de estágio, tendo este iniciado apenas a 7 de outubro quando seria previsto o seu início a 26 de setembro. A ausência de uma viatura afeta à Unidade verificou-se como um fator limitante na realização de maior número e mais longínquas visitas domiciliárias, impedindo desta forma a capacidade de reunir maior número de participantes, uma vez que no mínimo, estaria prevista a integração de 20 pessoas. A reestruturação da Unidade pela saída de médicos e o início de um novo ano civil colocou novos objetivos e prioridades a atender, circunscrevendo a realização de novas ações de formação, além daquela realizada no princípio da aplicação do estudo.

3.3.8. Conclusão

Este estudo permitiu evidenciar défices em termos de grande parte das AIVD, nas AVD, em particular higiene pessoal e vestir-se, alterações sensoriais em termos de visão e audição, uma elevada taxa de queda nos últimos 12 meses, uma considerável percentagem de Pessoas Idosas em processo de luto, com dores corporais e problemas de sono, bem como risco de não adesão ao regime medicamentoso.

O Enfermeiro Especialista deverá ter capacidade de aplicar instrumentos de avaliação, interpretar os resultados obtidos e com os mesmos, considerando a Pessoa Idosa como agente ativo no seu processo de cuidados, discutir e planear as intervenções consideradas necessárias, executando-as e reavaliando-as posteriormente, sempre com o objetivo de obter ganhos em saúde e qualidade de vida a estes utentes.

Decorrente da presente investigação, e de acordo com a evidência científica, a realização de uma avaliação multidimensional na Pessoa Idosa, principalmente ao nível dos CSP, torna-se cada vez mais pertinente, pelo exponencial aumento da população idosa que vive sozinha ou apenas com o seu cônjuge, dadas as suas características e comorbilidades associadas, permitindo que permaneçam no seu domicílio pelo maior período de tempo possível com qualidade de vida através da averiguação do estado de

saúde e funcional destes utentes, deteção precoce de eventuais problemas e a adequação de reais respostas às suas necessidades em saúde.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM

A Enfermagem, disciplina caracterizada por um corpo de conhecimento multifacetado com particularidades específicas, e práxis clínica que reúne na sua essência a relação entre enfermeiro e pessoa recetora de cuidados, agrega conhecimento proveniente da melhor e mais recente evidência científica, pensamento crítico, raciocínio clínico e julgamento profissional na tomada de decisão objetivando a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa.

Os enfermeiros, profissionais com competência científica, técnica e humana, a quem os utentes mais expressam as suas preocupações na prestação de cuidados em qualquer nível de prevenção (Decreto-Lei n.º104/98, 1998), ganham particular destaque pela sua responsabilidade na obtenção de ganhos em saúde com base no enquadramento conceptual considerando os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, com a finalidade de alcançar a qualidade do exercício através da satisfação do utente, promovendo a sua saúde e prevenido potenciais complicações visionando a readaptação funcional, o autocuidado e o bem estar, contribuindo desta forma para a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

O Enfermeiro Especialista assume um acréscimo de responsabilidade no domínio de competências comuns (OE, 2019) e específicas (OE, 2018) para o desempenho da profissão, com o acúmulo de exercer uma prática avançada na medida em que lhe confere conhecimentos especializados, capacidade na antecipação e gestão de situações complexas integrando também a educação e investigação, planeamento, gestão, implementação e avaliação de programas (ICN, 2020).

A supervisão clínica, por parte de um Enfermeiro Especialista, revela particular destaque neste processo, pois a colaboração formal auxilia a compreensão e desenvolvimento de competências, confere encorajamento e suporte tanto a nível pessoal como profissional (Albuquerque, 2021), características estas que descrevem integralmente esta experiência enquanto profissional supervisionada por uma enfermeira que, desde a fase inicial, concedeu todo o apoio no progresso científico e académico, bem como, ao nível da perícia clínica na sua área de atuação.

As competências comuns a qualquer Enfermeiro Especialista dizem respeito à generalidade de habilidades que garantem uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados através de um suporte ao exercício profissional especializado por meio da investigação, formação e assessoria. Estas foram evidenciadas ao longo do percurso académico através do exercício profissional de acordo com as normas e princípios deontológicos e ético legais (Decreto-Lei n.º104/98, 1998), respeitando direitos humanos em termos de segurança, identificando de forma antecipatória potenciais riscos no domicílio dos utentes, e privacidade mantendo a informação decorrente da prestação de cuidados cingida à equipa, demonstrando assim competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Na equipa, o Enfermeiro Especialista é aquele que exerce uma prática avançada de enfermagem, considerado um agente que dinamiza e facilita a aprendizagem dos pares com competência para avaliar as necessidades e implementar estratégias formativas com impacto na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados dando resposta às necessidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional (OE, 2018).

Aquando da prestação de cuidados estes foram sempre geridos de acordo com os recursos disponíveis, existindo coordenação com a equipa pluridisciplinar, privilegiando a sua adequabilidade e qualidade, colaborando nas decisões coletivas e promovendo motivação para continuar pelo que se considera a evidência de competências na área da gestão dos cuidados.

Pela presença nas diversas ações de formação e ministração de outra semelhante, expondo o projeto de investigação em curso, demonstrando participação ativa na partilha de informação em contexto informal, planeamento de projetos que visam a melhoria dos cuidados de enfermagem, identificando necessidades e estabelecendo prioridades manifestamente se verificaram competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

A capacitação dos enfermeiros através da construção de conhecimento é determinante no exercício da profissão, pois confere maior capacidade de análise crítica, segurança na ação e facilidade na resolução de problemas inerentes ao cuidado. Garante ainda um aprofundamento do estado da arte, repercutindo-se numa visão mais ampla e refletida sobre e na ação, o que promove aumento do capital intelectual, melhoria na

qualidade dos cuidados prestados e induz a mudanças. No decorrer do estágio, no âmbito do Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso, promovido pela ESEL, tive a iniciativa de desenvolver um poster científico (Apêndice II) que foi um dos cinco selecionados para exposição.

Perante a consciencialização enquanto pessoa e profissional de saúde bem como reconhecimento da existência de limites, a rentabilidade das oportunidades para aprender e ensinar, assim como a dinamização para incorporar novos conhecimentos no contexto da prática que enaltece os ganhos em saúde permite identificar competências na área de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O profissional é considerado perito, não apenas quando detêm conhecimento, mas também quando é ouvido e reconhecido pelos pares, pois a sua intervenção tem credibilidade sendo esta uma vantagem (Nunes, 2010). Na conceção de Benner (2001) o enfermeiro perito suporta a sua ação na experiência, não apenas em princípios orientadores, compreendendo de forma holística e intuitiva a situação com a adoção de uma posição integrante e ativa perante a mesma atuando de maneira fluída e eficaz.

Em alicerce do disposto anteriormente, agregando a elaboração de um projeto de investigação que confere a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos mais aprofundados, manifesta-se a capacidade de resolução de situações complexas em diferentes contextos e áreas de atuação, solucionando-as apesar da sua limitação ou incompletude com distinção na comunicação de raciocínios e conclusões subjacentes de forma clara e inequívoca, adaptada ao recetor independentemente do mesmo, demonstrando uma capacidade autónoma de orientação e estudo para desenvolvimento pedagógico futuro (Decreto-Lei n.º157/2018, 2018).

Relativamente às competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, apesar de complementares, existe ainda maior particularidade considerando cada área de especialidade, neste caso, será feita menção às respeitantes em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

A prestação de cuidados de enfermagem em estágio regeu-se pelo privilégio da humanização e adequabilidade dos mesmos, quer em ambiente institucional ou domiciliário, particularmente à Pessoa Idosa e pessoa adulta com doença crónica em processo de envelhecimento, através da identificação de necessidades destas e/ou dos seus cuidadores/familiares, estabelecendo uma relação terapêutica empática e

envolvendo-os no seu processo de cuidados. Posteriormente, e com o seu apoio, foi realizado o planeamento de intervenções com o objetivo de promover o bem-estar e qualidade de vida, reconhecendo as possíveis complicações e impacto da doença crónica na vida da pessoa, ainda para mais se esta se encontrar numa fase mais avançada do processo de envelhecimento, de forma a antecipar a agudização.

De entre as referidas intervenções foi dado particular destaque a ações de educação, sustentada na PBE, fomentando estratégias de autogestão personalizada e promoção da saúde nas pessoas com maior incapacidade crónica decorrente de doença prolongada, uma vez que esta gestão é reconhecida como geradora de stress, pelo que, a noção de "ter conhecimento para agir" associado a estratégias de *coping*, auxiliam neste sentido. Perante outras situações de prestação de cuidados foi relevante o favorecimento de processos de adaptação, como exemplo em situações de luto e alterações terapêuticas, mobilizando conhecimentos em medidas farmacológicas e não farmacológicas visando simultaneamente a cultura de segurança em variados contextos, assim comprova apetência na habilidade de otimizar o ambiente terapêutico e cuidar da pessoa e família a vivenciar processos de saúde doença complexos resultante de doença crónica (OE, 2018).

Quanto à maximização preventiva e/ou interventiva no que concerne ao controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, apesar de não ter sido particularmente trabalhada, houve cuidado na atualização da melhor evidência quanto a diretrizes de âmbito local, regional e nacional estimulando, a definição de estratégias em diversos contextos, ao estabelecer circuitos e procedimentos na salvaguarda do cumprimento das mesmas (OE, 2018).

Em suma, considerando ambos os critérios descritos tanto a nível de atribuição do título de especialista, bem como conducentes ao grau de mestre de acordo com o disposto nos respetivos regulamentos, verifica-se o empenho na aquisição e domínio das competências legisladas por meio de um processo de aprendizagem contínuo, sendo aquele posteriormente consolidado através de exercício profissional futuro e consequente experiência obtida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa, em poucas décadas, será predominante a nível nacional, e com maior relevo no interior do país, pelo que se prevê similarmente, um acréscimo das necessidades de cuidados de saúde, no entanto não são cuidados indiscriminados exige-se que sejam acessíveis e adequados às particularidades e necessidades manifestadas pela referida faixa etária.

Os cuidados de enfermagem prestados a pessoas com idade avançada, em que esta acarreta inúmeras alterações físicas, psicológicas e sociais as quais induzem a um processo de aceitação, adaptação e ainda cumulativamente associada a estilos de vida menos saudáveis, conduz à manifestação de doenças crónicas ou até mesmo multimorbilidade, devem garantir o apoio necessário que facilite estes inúmeros processos de transição, integrando a pessoa e família no planeamento de cuidados, e através da definição de estratégias para manutenção e gestão do regime terapêutico previamente determinado.

O enfermeiro, em especial o Enfermeiro Especialista, como profissional que zela pelo bem-estar, saúde e interesses dos utentes e aquele que cuida, tem o dever de fazer prevalecer os direitos dessas pessoas principalmente as mais vulneráveis, onde se enquadram as pessoas mais idosas e ainda de promover a criação de programas e políticas de saúde indicadas às exigências e demandas que considere pertinentes por meio da sua prática baseada na melhor e mais recente evidência, utilizando os meios necessários à sua demonstração.

A experiência em ambiente de estágio permitiu uma maior abrangência naquilo que se define como conhecer o contexto de vida das pessoas, ouvir os relatos das suas vivências e experiências de vida e de saúde, ter a oportunidade de ser recebida nos seus domicílios, tudo isto possibilitou o desenvolvimento de um trabalho dirigido e personalizado.

A permanente atualização de conhecimentos decorrentes da evidência científica por meio de reuniões formativas e a partilha de saberes com os pares e equipa, quer de maneira formal ou informal, ganha destaque nas relações interpessoais criadas, garantindo a existência de uma equipa coesa e empenhada que trabalha para o mesmo objetivo, o bem-estar das pessoas de quem cuidam, pelo que foi extremamente gratificante pertencer e sentir como sendo parte integrante deste coletivo de trabalho.

A realização de um estudo de investigação foi um processo contínuo de aquisição de conhecimentos permitindo explorar a vertente de pesquisa e domínio de plataformas estatísticas pertinentes à demonstração de resultados fidedignos de vários fenómenos, imprescindível ao desenvolvimento de competências técnicas tanto a nível pedagógico para obtenção do grau de mestre como profissional na atribuição do título de especialista.

Como resultado, o presente documento expressa não apenas dados objetivos daquilo que presentemente se destaca a nível científico, e que vai de encontro à experiência na prática de cuidados, mas representa ainda a necessidade pessoal e profissional de evidenciar o que pode e deve ser desenvolvido no que concerne aos cuidados de enfermagem centrados na Pessoa Idosa, perante as suas particularidades e interesses pessoais, em perspetiva de uma melhor manutenção do seu estado de saúde, com ressalto nas síndromes geriátricas e prevenção de agudização da doença crónica.

Em suma, prezo pelo desenvolvimento de mais estudos científicos, abordando a temática em questão, concedendo destaque à importância de um sistema de saúde que possibilite a oportuna identificação de grupos de risco e o diagnóstico precoce de situações que indiciem o declínio funcional da Pessoa Idosa, conduzindo a um maior investimento em programas de saúde específicos e dedicados a esta faixa etária, geradores de mudanças como há décadas foi visível perante a implementação de vários programas de saúde, nomeadamente, materna e infantil.

Por fim, defendo uma renovada visão da Pessoa Idosa como ser autónomo, que existe para além da doença crónica e do idadismo, que pertence e contribui igualitariamente para todas as gerações, que merece viver os seus últimos anos com dignidade e qualidade de vida, pois infelizmente para muitos “já foram alguém na história” e nesta “história” não são ninguém.

6. RFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Albuquerque, J. (2021). *Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/39577

Almeida, M., Tavares, J., & Ferreira, J. (Coord.) (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.* Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Alves, J. (2020). *Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com a pessoa em processo de luto*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde] Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/33513

Anes, E., Ferreira, A., Veiga, C., Lopes, I., Cordeiro, V., & Brás, M. (2021). Solidão e Isolamento nos Idosos em Portugal: Revisao Sistemática da Literatura*, Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 509-518. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2128

Bezerra, P., Nunes, J., & Moura, L. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, *34*, 1-9. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661

Cabral, M., (Coord.) Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-08/processos-de-envelhecimento-em-portugal.pdf

Calado, E., Caetano, N., Coelho, S., & Ferrito, C. (2021). Intervenções para mitigar a solidão na pessoa idosa: revisão narrativa*, Cadernos de Saúde*, *12*(Especial), 58-59. http://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10259

Campos, C. (2018). A Comunicação Terapêutica enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLOGOS*, *15*(1), 91-101. https://doi.org/10.25752/psi.9725

Carmona-Torres, J., Cobo-Cuenca, A., Pozuelo-Carrascosa, D., Latorre-Román, P., Párraga-Montilla, J., & Laredo-Aguilera, J. (2021). Physical Activity, Mental Health and Consumption of Medications in Pre-Elderly People: The National Health Survey 2017, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), 1-16. http://doi.org/10.3390/ijerph18031100

Coelho, C. (2017). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa (1974-2031)*. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas] Repositório Universidade Nova. http://hdl.handle.net/10362/20421

Cunha, C., Mendonça, V., Morais, E., Fernandes, J., & Letra, I. (2020). Using Mobile Devices and Apps to Assist the Elder Population in Rural Areas and Generate Business Opportunities. *IBIMA Business Review, 2020*(2020), 1-14. http://hdl.handle.net/10198/23510

Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de Abril. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Ministério da Saúde. *Diário da República n.º93/1998, Serie I-A 1998-04-21*, 1739-1757. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º157/2018, de 16 de Agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da república n.º157/2018, Serie I de 2018-08-16*, 4147-4182. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html

Direção Geral da Saúde (DGS). (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Divisão de Doenças Genéticas, Cróncias e Geriátricas. Lisboa. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. Norma n.º 003/2019. Departamento da Qualiade na Saúde.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf

Dias, E., & Pais-Ribeiro, J. (2018). Estratégias de Coping de idosos institucionalizados. *REAS Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *10*(4), 1710-1718. http://doi.org/10.25248/REAS213_2018

Dias, I. (2022). Falta de apoios sociais e "esquecimento" das famílias deixa idosos abandonados. *Diário de Notícias*. https://www.dn.pt/sociedade/falta-de-apoios-sociais-e-esquecimento-das-familias-deixa-idosos-abandonados-15539756.html

Dyer, S., Suen, J., Williams, H., Inacio, M., Harvey, G., Roder, D., . . . Caughey, G. (2022). Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. *BMC Geriatric*, *22*(579), 1-18. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03131-2

Eklund, J., Holmstrom, I., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Hoglander, J., . . . Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling, 102*(1), 3-11. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029

Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (Coord.) (2020). *Visões sobre o Envelhecimento.* IPBeja Editorial. http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos. 15*, 1-38. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place. Envelhecimento em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/07/Ageing-in-Place_Envelhecimento-em-casa-e-na-comunidade_digital.pdf

Fontinele, S., & Duque, E. (2021). A relação entre a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas. Em M. Bermúdez, *Luces en el camino: Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* 2445-2466.

https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32790/1/ebooks_978_84_1377_322_3_2445_2466.pdf

Goes, M., Lopes, M., Oliveira, H., Fonseca, C., & João, M. (2019). Quality-of-life Of The Elderly Residing In A Very Low Population Density Rural Area. *Research Square.* http://doi.org/10.21203/rs.2.16529/v1

Gomes, I., Cruz, D., & Almeida, I. (2021). Nurses Perception of the Characteristics of an Age-Friendly Primary Health Care Centres. *New Trends in Qualitative Research, 8*, 694 - 700. https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

Gomes, I., Cruz, H., & Almeida, I. (2021a). Unidade de Saúde Familiar Amiga das pessoas idosas: perceção dos enfermeiros sobre os cuidados. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 34*, 1 - 9. https://doi.org/10.5020/18061230.2021.13433

Gratão, A. C. M., Brigola, A. G., Ottaviani, A. C., Luchesi, B. M., Souza, É. N., Rossetti, E. S., (...) Pavarini, S. C. I. (2019). Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dementia & neuropsychologia*, *13*(1), 122–129. https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-010015

Gregório, V. (2019). *Formar para Educar em Diabetes: Formação de Enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico (IP) de Setúbal, Escola Superior de Saúde (ESS). Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. I.P. Beja, ESS. I.P. de Portalegre, ESS. I.P. Castelo Branco, ESS Dr. Lopes Dias]. Repositório do IPBeja. http://hdl.handle.net/20.500.12207/4879

Heyn, L., Brembo, E., Eide, H., Hafskjold, L., & Sundling, V. (2021). Older persons` expressed worries during nursing care at home: Do health complexity and nature of nursing care in the visit matter? *Patient Education and Counseling, 104*(10), 2418-2424. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.019

Horta, C., Quaresma, G., & Lucas, P. (2022). Adherence to Therapeutic Regimen for People with Diabetes Through the Implementation of Continuous Quality Improvement Projects – Scoping Review. *New Trends in Qualitative Research. 13*, 1-11. http://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e678

International Council of Nurses (ICN).(2012). *Combater a Desigualdade: Da Evidência à Ação – Closing the gap: from evidence to action.* (S. Severino, Trad.) Ordem dos Enfermeiros. Genebra, Suiça. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

International Council of Nurses (ICN). (2020). *GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING 2020.* Geneva, Suiça. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Portal do INE*. Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

José, H., & Gomes, I. (2021). Teorias e/ou Modelos de Enfermagem no Desenvolvimento do Cuidado Gerontogeriátrico. Em M. Almeida, J. Tavares, & J. Ferreira, Competências em Enfermagem Gerontogeriátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado. 95-114. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Lamâs, K., Bolenius, K., Sandman, P., Bergland, Â., Lindkvist, M., & Edvardsson, D. (2020). Thriving among older people living at home with home care services—A cross-sectional study. Journal of Advanced Nursing. *76*, 917-1089. http://doi.org/10.1111/jan.14307

Lima, P. (2021). *Fatores associados à adesão ao regime terapêutico nas Pessoas com Diabetes Tipo 2*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda] Biblioteca Digital do Instituto Politécnico da Guarda. http://hdl.handle.net/10314/5341

Machado, D., Mota, M., Brás, M., & Anes, E. (2021). Programas e Respostas à Saúde do Idoso em Portugal. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*, 501-508. http://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2104

Marques, R., Simões, P., Rosa, B., & Silvestre, M. (2021). Idosos autónomos: uma reflexão ética. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. *37*(5). 482-488 http://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i5.13232

Martins, R., Guerra, M., & Azeredo, Z. (2021). Solidão percepcionada por idosos utentes da unidade de cuidados de saúde primários da Covilhã. Em J. Pinheiro, *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares 1*, 179-189. Centro de Desenvolvimento

Académico, Universidade da Madeira. http://doi.org/10.34640/universidademadeira2021martinsguerraazeredo

McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Nursing and Health Care Theory and Practice.* John Wiley & Sons.

McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development*. Online Journal of Issues in Nursing, 16*(2). http://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man03

Melo, L., Braga, L., Leite, F., Bittar, B., Oséas, J., & Lima, K. (2019). Fatores associados à multimorbilidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 22*, 1-11. http://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180154

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). Home care for older people. *NICE National Institute for Health and Care Excellence*. https://www.nice.org.uk/guidance/qs123

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Multimorbilidade. *NICE National Institute for Health and Care Excellence.* https://www.nice.org.uk/guidance/qs153

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, *17*, pp. 3-9. http://hdl.handle.net/10400.26/9215

Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República n.º135/2018, Série II de 2018-07-16*, 19359-19370. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º140/2019, de 6 de fevereiro Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República N.º26/2019, Série II de 2019-02-06*(26), 4744-4750. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Ordem dos Enfermeiros (2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º53/2021,* 1-11. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Oliveira, L., Souza, E., Rodrigues, R., Fett, C., & Piva, Â. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother*, *41*(1). 36-42. http://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129

Padeiro, M. (2021). Recomposições territoriais do envelhecimento em Portugal. Em L. Cunha, P. Santana, L. Lourenço, N. Santos, & P. Nossa, GEOGRAFIA, TURISMO E TERRITÓRIO - LIVRO DE HOMENAGEM A FERNANDA DELGADO CRAVIDÃO, 221-242 Imprensa da Universidade de Coimbra. http://doi.org/10.14195/978-989-26-2058-9

Pinto, M. (2016). *Consulta de Enfermagem Domiciliária* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. http://hdl.handle.net/10400.14/21289

Pinto, M. (2022). As Grandes Síndromes Geriátricas. *Revista da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 1*, 23-27. https://spgg.com.pt/UserFiles/File/N1_Revista_SPGG.pdf

PORDATA. (2021). CENSOS 2021: conheça Portugal. https://www.pordata.pt/Portugal

Rebelo, M. (2019). *Promover o envelhecimento ativo: o desafio da institucionalização sob o olhar do enfermeiro* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Ciências Sciais] Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/30422

Rico-Uribe, L., Caballero, F., Martín-María, N., Cabello, M., & Ayuso-Mateos, J. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLOS ONE*, *13*(1). 1-21. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde.* Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, Portugal.

Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M., Gonçalves, S., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Médica Portuguesa*, *32*(1). 30-37. http://doi.org/10.20344/amp.11227

Slater, P., McCance, T., & McCormack, B. (2017). The development and testing of the Person-centered Practice Inventory - Staff (PSCPI-S). *International Journal for Quality in Health Care,* 29, 541-547. http://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066

Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2022). *BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Serviço Nacional de Saúde. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070672/Pages/default.aspx

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Quality of life and well-being of elderly people: an exploratory study in Portuguese population. *Revista de Saúde Pública*, *37*(3). 364-371. http://doi.org/10.1590/s0034-89102003000300016

Tavares, J., Nunes, L., & Grácio, J. (2021). Hospitalized older adult: predictors of functional decline. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *29*, 1-10. http://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399

Trigueirão, S. (2020). Meio milhão de idosos vivem sozinhos em Portugal. A maioria são mulheres. *Público*. https://www.publico.pt/2020/06/23/sociedade/noticia/meio-milhao-idosos-vivem-sozinhos-portugal-maioria-sao-mulheres-1921576

World Health Organization (WHO). (2018). Health System Review Phase I Final Report. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 1-41. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345635/WHO-EURO-2018-3046-42804-59733-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y

World Health Organization (WHO). (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true

World Health Organization (WHO). (2021). *Noncommunicable diseases.* World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Wolstenholme, D., Ross, H., Cobb, M., & Bowen, S. (2016). Participatory design facilitates Person Centered Nursing in service improvement with older people: a secondary directed content analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *26*, 1217-1225. http://doi.org/10.1111/jocn.13385

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. (2018). The complexity of loneliness*. Acta Biomedica*, *89*(2), 302-314. http://doi.org/10.23750/abm.v89i2.740

7. ANEXOS

7.1. Anexo I – Aplicação da Entrevista Easycare

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Sexo	Masculino	4	33,3		
	Feminino	8	66,7		
Idade	75	1	8,3	81,67	4,619
	77	1	8,3		
	78	1	8,3		
	79	2	16,7		
	81	2	16,7		
	82	1	8,3		
	84	1	8,3		
	86	1	8,3		
	87	1	8,3		
	91	1	8,3		
Área de Residência	Urbana	5	41,7		
	Rural	7	58,3		
Estado Civil	Casado	10	83,3		
	Viúvo	2	16,7		
Ano Educação Formal	1-4 anos	10	83,3		
	5-12 anos	2	16,7		
Rendimento no fim mês	Justa necessidades	7	58,3		
	Sobra algum	5	41,7		
Com quem vive?	Em casal	10	83,3		
	Família alargada	1	8,3		
	Sozinho	1	8,3		
Situação Profissional	Reformado	12	100		
Cuida alguém?	Sim	6	50		
	Não	6	50		
Tem alguém a prestar-lhe cuidados	Sim	8	66,7		
	Não	4	33,3		

Tabela I – Informação Pessoal

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Consegue ver (c/óculos se usar)	Sim	8	66,7		
	Com dificuldade	4	33,3		
Consegue ouvir (c/prótese auditiva se usar)	Sim	8	66,7		
	Com dificuldade	4	33,3		
Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?	Não	12	100		
Consegue utilizar o telefone?	Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números	11	91,7		
	Com alguma ajuda	1	8,3		

Tabela II - Visão, audição e comunicação

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	Sem ajuda	10	83,3		
	Ou precisa de ajuda para manter aparência pessoal	2	16,7		
Consegue vestir-se	Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores)	9	75		
	Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda)	3	25		
Consegue lavar as mãos e a cara?	Sem ajuda	12	100		
Consegue utilizar banheiro ou duche?	Sem ajuda	9	75		
	Ou precisa de alguma ajuda	3	25		
Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	Sem ajuda (limpar o chão, etc)	2	16,7		
	Com alguma ajuda (consegue fazer tarefas mais ligeiras)	6	50		
	Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica	4	33,3		
Consegue preparar as suas refeições?	Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas)	5	41,7		
	Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas	4	33,3		
	Ou não consegue preparar refeições	3	25		
Consegue alimentar-se?	Sem ajuda	11	91,7		
	Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc)	1	8,3		
Tem algum problema com sua boca ou dentes?	Não	2	16,7		
	Sim	10	83,3		
Tem dificuldade em mastigar (se usar dentadura, com ela)?	Não	10	83,3		
	Com alguma dificuldade	2	16,7		
Consegue tomar os seus medicamentos	Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas)	10	83,3		
	Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou lembrar de os tomar)	2	16,7		
Já teve problemas com a sua pele?	Não	6	50		
	Sim	6	50		
Tem acidentes com a sua bexiga?	Não tem acidentes	8	66,7		
	Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia)	4	33,3		
Tem acidentes com os seus intestinos?	Não tem acidentes	9	75		
	Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana)	1	8,3		
	Ou tem acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister	2	16,7		
Consegue utilizar a sanita?	Sem ajuda (consegue chegar à sanita, despir o necessário, limpar-se e sair)	11	91,7		
	Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se)	1	8,3		

Tabela III – Cuidar de Si

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira se estiverem ao lado uma da outra?	Sem ajuda	11	91,7		
	Com alguma ajuda	1	8,3		
Tem problemas com os seus pés?	Não	9	75		
	Alguns problemas	3	25		
Consegue deslocar-se dentro de casa?	Sem ajuda	9	75		
	Com alguma ajuda	3	25		
Consegue subir e descer escadas	Sem ajuda	8	66,7		
	Com alguma ajuda	3	25		
	Ou não consegue subir e descer escadas	1	8,3		
Nos últimos doze meses caiu alguma vez?	Não	7	58,3		
	Uma vez	5	41,7		
Consegue andar no exterior? (sair de cada e caminhar na rua)	Sem ajuda	9	75		
	Com alguma ajuda	2	16,7		
	Ou não consegue andar no exterior	1	8,3		
Consegue ir às compras?	Sem ajuda (trata de todas as suas compras)	7	58,3		
	Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras	4	33,3		
	Ou não consegue ir às compras	1	8,3		
Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos	Não tem dificuldade	8	66,7		
	Com alguma ajuda	4	33,3		

Tabela IV – Mobilidade

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Sente-se seguro dentro da sua casa?	Sim	12	100		
Sente-se seguro fora da sua casa?	Sim	12	100		
Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?	Não	12	100		
Sente-se discriminado(a) por alguma razão?	Não	10	83,3		
	Sim	2	16,7		
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou emergência?	Sim	12	100		

Tabela V - Segurança

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
De uma forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência?	Sim	10	83,3		
	Não	2	16,7		
Em geral, diria que a sua habitação é:	Excelente	1	8,3		
	Muito boa	5	41,7		
	Boa	5	41,7		
	Razoável	1	8,3		
Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?	Sim	9	75		
	Não	3	25		
Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?	Não	7	58,3		
	Sim	5	41,7		

Tabela VI – Local de residência e finanças

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Pratica exercício físico regularmente?	Sim	3	25		
	Não	9	75		
Fica com falta de ar durante as atividades normais?	Sim, em repouso	3	25		
	Sim, à noite	2	16,7		
	Sim, a subir/descer escadas	1	8,3		
	Não	6	50		
Fuma tabaco (cigarros, cachimbo, etc)?	Não	11	91,7		
	Sim	1	8,3		
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?	Não	12	100		
A sua tensão arterial foi verificada recentemente?	Sim	7	58,3		
	Não	5	41,7		
Tem alguma preocupação com o seu peso?	Não tem preocupações	8	66,7		
	Com o excesso de peso	4	33,3		
Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia?	Sim	11	91,7		
	Não	1	8,3		

Tabela VII – Manter-se saudável

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Consegue realizar atividades de lazer que sejam importantes para si?	Sim	9	75		
	Não	3	25		
De uma forma geral, diria que a sua saúde é:	Muito boa	2	16,7		
	Boa	3	25		
	Razoável	6	50		
	Fraca	1	8,3		
Sente-se sozinho(a)?	Nunca	9	75		
	Por vezes	1	8,3		
	Frequentemente	1	8,3		
	Sempre	1	8,3		
Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto?	Não	6	50		
	Sim	6	50		
Teve alguns problemas em dormir no mês passado?	Não	4	33,3		
	Sim	8	66,7		
Teve dores corporais no mês passado?	Não	1	8,3		
	Sim, muito suaves	1	8,3		
	Sim, suaves	7	58,3		
	Sim, moderadas	3	25		
No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?	Não	6	50		
	Sim	6	50		
No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Não	7	58,3		
	Sim	5	41,7		
Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?	Não	6	50		
	Sim	6	50		
Sente-se em geral, satisfeito com a sua vida?	Sim	9	75		
	Não	3	25		
Sente que a sua vida é vazia?	Não	5	41,7		
	Sim	7	58,3		
Tem medo que alguma coisa má lhe vá acontecer?	Não	9	75		
	Sim	3	25		
Sente-se feliz durante a maior parte do tempo?	Sim	9	75		
	Não	3	25		

Tabela VIII – Saúde Mental e Bem-estar

	Variável	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?	Não	7	58,3		
	Sim	5	41,7		
Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?	Sim	10	83,3		
	Não	2	16,7		
Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?	Sim	9	75		
	Não	3	25		
Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?	Não	8	66,7		
	Sim	4	33,3		

Tabela IX – Administração de medicamentos

7.2. Anexo II – Questionário – Sobrecarga Familiar de Zarit

	Cuidador A	Cuidador B	Cuidador C
Sente que, por causa do tempo que dedica ao seu familiar, não tem tempo suficiente para si próprio?	0	3	3
Sente-se stressado/a por ter de tomar conta do seu familiar e de tentar cumprir outras responsabilidades familiares ou profissionais?	4	0	4
Sente-se zangado/a quanto está com o seu familiar?	3	0	0
Sente que o seu familiar prejudica presentemente os seus relacionamentos com os outros elementos da família ou amigos?	3	0	1
Sente-se nervoso/a quando está com o seu familiar?	3	0	0
Sente que a sua saúde foi prejudicada devido ao seu envolvimento com o seu familiar?	1	0	3
Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	3	2	4
Sente que a sua vida social foi prejudicada por estar a tomar conta do seu familiar?	4	1	3
Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	4	0	2
Sente-se indeciso/a quanto ao que fazer em relação ao seu familiar?	4	0	0
Sente que deveria estar a fazer mais pelo seu familiar?	0	1	0
Sente que poderia fazer melhor ao tomar conta do seu familiar?	0	3	0
SCORE	**29**	**10**	**20**

8. APÊNDICES

8.1. Apêndice I – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Parte informativa

O estudo – "As Necessidades em Saúde das Pessoas Idosas que Vivem Isoladas" – para o qual pedimos a sua colaboração, é realizado por Patrícia Raquel Caseiro Marques e decorre no âmbito do Projeto de Estágio "Consulta Domiciliária de Enfermagem a Pessoas Idosas que Vivem Isoladas", integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este estudo é orientado pela Professora [redacted], docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pela Enfermeira [redacted], da Unidade de Saúde [redacted].

O objetivo deste estudo é avaliar as necessidades em saúde das pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos, que vivem sozinhas em domicílio familiar, residentes no concelho de [redacted] e inscritos na [redacted]. Será realizada individualmente uma entrevista semiestruturada para recolher dados biográficos, sociais e clínicos. Prevemos que cada entrevista tenha a duração de 30 a 45 minutos e poderão decorrer no domicílio ou no local que achar mais adequado.

Os dados obtidos são anónimos e confidenciais e, em momento algum, é registado o seu nome ou morada. Apenas o investigador principal e os orientadores terão acesso aos mesmos. Garantimos o sigilo em todo o processo e que os dados serão utilizados apenas no âmbito restrito deste estudo. Quando divulgados no futuro (relatório de estágio, eventos científicos e artigos científicos) não será possível identificar os participantes.
Afirmamos que, em caso de recusa ou suspender a sua participação em qualquer momento, se assim o desejar, não existirá prejuízo na sua assistência de saúde estando assegurados os melhores cuidados, no respeito pelos seus direitos fundamentais.

Durante o estudo serão respeitadas as recomendações das Declarações de Helsínquia, Tóquio e Convenção de Oviedo. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Administração [redacted].

A sua colaboração neste estudo deverá ser voluntária, o que significa que só deve participar se realmente quiser e, mesmo aceitando participar, sinta-se livre para interromper se assim o entender. Não existe lugar a qualquer contrapartida ou pagamento.

Após tomar conhecimento, com o que está mencionado neste documento, solicitamos que confirme a sua aceitação em participar no estudo.

Se necessário esclarecimento, no âmbito da prestação de dados pode recorrer ao encarregado de proteção de dados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (DOP@esel.pt) e ao EDP da ARS [redacted]

Em caso de reclamação, no âmbito da proteção de dados poderá recorrer ao contacto da Autoridade Nacional de Controlo de Dados Pessoais (https://www.cnpd.pt/).

Grata pela sua atenção e disponibilidade.

[redacted], _____/_____/_____

Assinatura do investigador n.º cédula profissional
(Tel. [redacted])

_____ _____

Assinatura do orientador n.º cédula profissional
(Tel. [redacted])

_____ _____

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Parte declarativa do profissional que entrega o consentimento

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

_____/_____/_____ Assinatura: _____

Nº Cédula Profissional: _____

Unidade de Saúde [redacted]

Contacto Institucional do profissional de saúde - [redacted]

Peço que leia atentamente todo o conteúdo do presente documento. Não hesite em solicitar mais informações para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Verifique se todas as informações estão em conformidade com o acordado. Se tudo estiver correto, poderá assinar este documento.

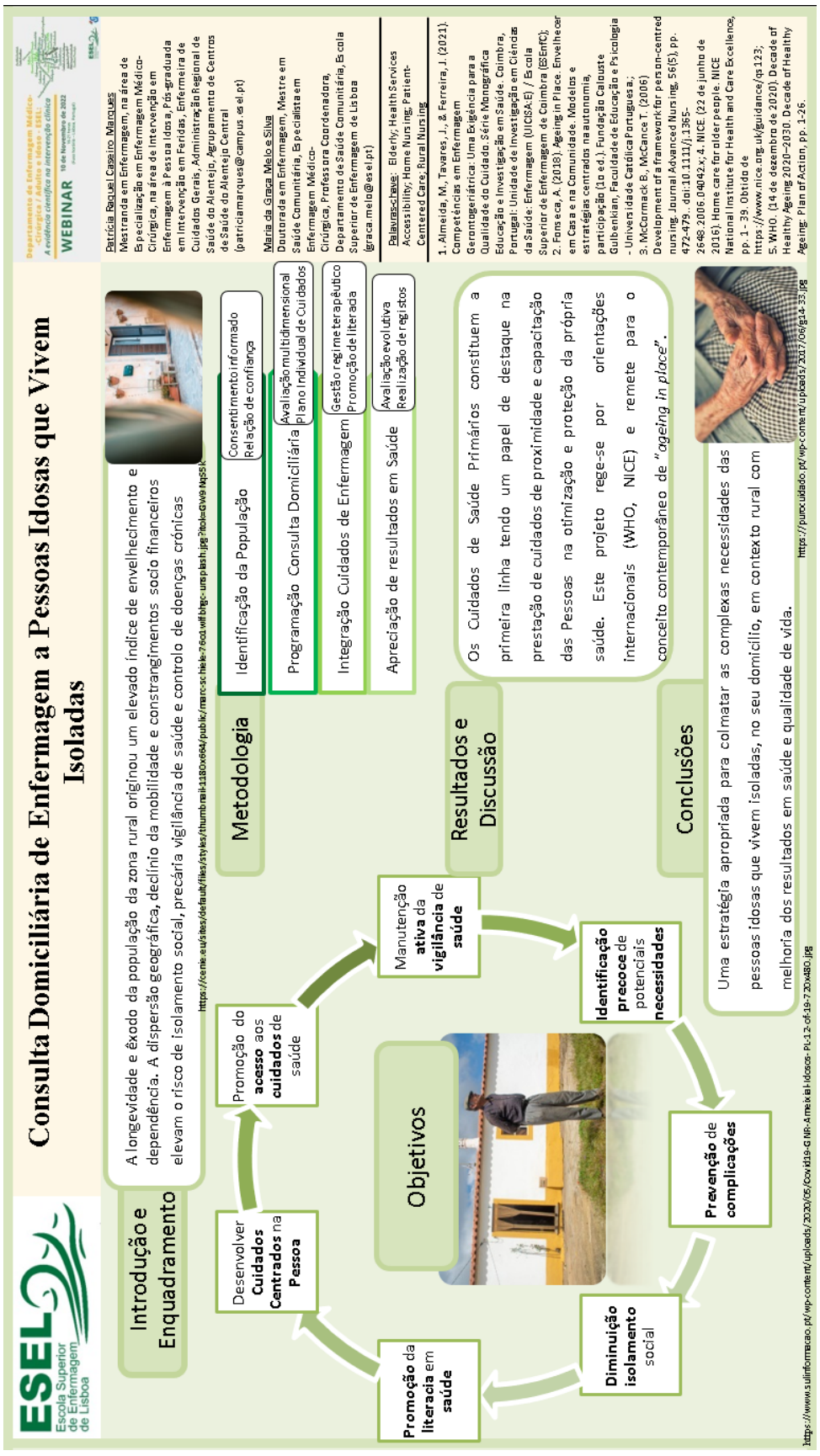
Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo profissional de saúde que acima assina. Constato que a participação neste estudo é voluntária e não acarreta riscos. Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas foi obtida resposta esclarecedora, bem como facultado o tempo necessário para refletir sobre esta proposta, dada a garantia de que não haverá prejuízo para os meus direitos em termos de assistência e prestação de cuidados, no caso da minha recusa. Autorizo/Não autorizo

(riscar o que não interessa) participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma
voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e que os resultados obtidos serão divulgados nos meios mencionados, com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

[redacted], _____/_____/_____

Assinatura do Participante

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 4 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO – UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

8.2. Apêndice II – Poster – Webinar "A evidência científica na intervenção clínica"