



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

**Avaliação da Fragilidade na Pessoa Idosa Hospitalizada:
Uma Intervenção de Enfermagem Promover o Cuidado-
de-Si no Âmbito da Pandemia por SARS-COV-2**

Sónia Cristina Alexandre Mendonça Brás



**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Avaliação da Fragilidade na Pessoa Idosa Hospitalizada:
Uma Intervenção de Enfermagem Promover o Cuidado-
de-Si no Âmbito da Pandemia por SARS-COV-2**

Sónia Cristina Alexandre Mendonça Brás



Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes



**Lisboa
2022**

“...Se toda a gente fizesse o que pode, o mundo estaria com certeza melhor”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes, pela sua disponibilidade, pelas palavras de motivação, e por nunca me ter deixado desistir

Às Enfermeiras Isabel Almeida e Tânia Franco, pelas aprendizagens que me proporcionaram, pelo vosso apoio, e por me terem mantido à tona

Às equipas com quem me cruzei, e a todas as pessoas idosas que comigo colaboraram nesta aprendizagem

À Andreia, à Sonia M., à Teresa e em especial à Lurdes por me terem acompanhado em todo este percurso

À minha família pela sua presença

Aos meus pais por sempre me terem apoiado nos caminhos que decidi seguir

Aos meus

... Jorge, por estares ao meu lado, e seres o meu porto de abrigo ...

....ao meu filho Rodrigo pelos seus abraços

RESUMO

O envelhecimento da população portuguesa e a pandemia que vivenciamos por SARS-CoV-2 com fortes repercussões na pessoa idosa despertou nos para desafio da avaliação da fragilidade nesta população como uma intervenção para prevenir complicações na pessoa idosa.

Este relatório retrata o percurso desenvolvido ao longo do ensino clínico, que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar e num serviço de medicina de um Hospital de Lisboa, que tinha como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa. O quadro conceptual utilizado foi o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021). A metodologia de projeto foi a selecionada.

Durante este percurso foram várias as atividades desenvolvidas: elaboração de um estudo caso, suportado no Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021); revisão *scoping* intitulada “As implicações na funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2: uma revisão *scoping*”; avaliação da fragilidade na pessoa idosa, num serviço de medicina. Perspetivar na equipa de enfermagem o seu conhecimento acerca da prevenção da fragilidade, permitiu-nos elaborar um guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2 e na apresentação de uma comunicação livre no *Webinar* do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso da ESEL.

Este projeto contribuiu para o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista na área da avaliação da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada: intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. Demonstrando ainda, a necessidade de realização de estudos sobre a temática fragilidade, em contexto hospitalar, quer de forma isolada, quer no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2.

Palavras-chave: pessoa idosa, avaliação da fragilidade, SARS-CoV-2

ABSTRACT

The aging of the Portuguese population and the pandemic that we are experiencing by SARS-CoV-2 with strong repercussions on the elderly awakened us to the challenge of assessing frailty in this population as an intervention to prevent complications in the elderly.

This report portrays the path developed during clinical education, which took place in a Family Health Unit and in a medical service of a Lisbon Hospital, which aimed at acquiring and developing skills as a master and specialist nurse in medical-surgical nursing, area elderly person. The conceptual framework used was the Partnership Model by Gomes (2016, 2021). The methodology used was the intervention project.

During this journey, several activities were carried out: elaboration of a case study, supported by the Partnership Model of Gomes (2016, 2021); scoping review entitled “The implications for the functionality of the hospitalized elderly person, in the context of the SARS-CoV-2 pandemic: a scoping review”; assessment of frailty in the elderly, in a medical service. Perspective in the nursing team their knowledge about the prevention of frailty, allowed us to elaborate a guide of nursing interventions, for the prevention of frailty in the elderly, in the context of the SARS-CoV-2 pandemic and in the presentation of a free communication at the ESEL Medical-Surgical/Adult and Elderly Nursing Department Webinar.

This project contributed to the development of skills as a master and specialist nurse in the area of frailty assessment in hospitalized elderly people: nursing intervention to promote Care-of-the-Self in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. It also demonstrates the need to carry out studies on the subject of fragility, in a hospital context, either in isolation or in the context of the SARS-CoV-2 pandemic.

Keywords: elderly person, frailty assessment, SARS-CoV-2

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - percentagem

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLxVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CFS – Escala Clínica de Fragilidade

DGS – Direção-Geral de Saúde

DR – Diário da República

EC – Ensino clínico

EEMC – Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMCVPI – Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Et al – and others (e outros)

INE – Instituto Nacional de Estatística

nº - número

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

PI – pessoa idosa

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TFI – Indicador de Fragilidade Tilburg

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. O Envelhecimento e o conceito de fragilidade.....	16
1.2. Instrumentos de avaliação da fragilidade	19
1.3. Avaliação da fragilidade em contexto hospitalar, na conjuntura da pandemia por SARS-CoV-2	20
1.4. O Modelo de Parceria de Gomes.....	23
CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	26
2.1. Metodologia	26
2.2. Considerações éticas.....	29
CAPÍTULO III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	30
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	10
Apêndice I – Análise SWOT	
Apêndice II – Plano de ação com objetivos gerais, objetivos específicos, atividades e indicadores de avaliação	
Apêndice III – Consentimento esclarecido aos participantes (pessoas idosas)	
Apêndice IV – Consentimento esclarecido aos participantes (enfermeiros)	
Apêndice V – Plano da sessão de formação desenvolvida na USF X	
Apêndice VI – Sessão de formação desenvolvida na USF X	
Apêndice VII – Revisão <i>Scoping</i>	
Apêndice VIII – Consentimento do autor que validou o IFT para Portugal	
Apêndice IX – Resultados da aplicação do IFT no Serviço de Medicina	
Apêndice X – Guião de colheita de dados 2º o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021)	
Apêndice XI – Estudo de caso desenvolvido no Serviço de Medicina	

Apêndice XII – Guião de intervenções de enfermagem na prevenção na fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, no context da pandemic por SARS-CoV-2

Apêndice XIII – Guião para a narrative reflexiva dos enfermeiros

Apêndice XIV – Plano da sessão de formação desenvolvida no Serviço de Medicina

Apêndice XV – Sessão de formação desenvolvida no Serviço de Medicina

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração do hospital da Região de Lisboa

Anexo II – Índice Fragilidade de Tilburg

ANEXO III – Declaração de participação no Angelini University Award 2020/2021

ANEXO IV – Declaração de apresentação de comunicação livre no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Adulto e Idoso, ESEL

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivos gerais, específicos e actividades.....	27
Quadro 2. Objetivo geral 1 e objetivos específicos.....	30
Quadro 3. Objetivo geral 2 e objetivos específicos.....	36
Quadro 4. Objetivo geral 3 e objetivos específicos.....	49
Quadro 5. Categorias e subcategorias das narrativas dos enfermeiros.....	51

INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do percurso académico do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, durante o Ensino Clínico, que tinha como finalidade desenvolver competências enquanto enfermeira mestre e especialista. Encontra-se assim, de forma reflexiva, o percurso efetuado na implementação do projeto de estágio designado de “Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2”.

O interesse por esta área manifestou-se por uma necessidade de contribuir para a adequação e melhoria dos cuidados de enfermagem, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, na prevenção da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, uma vez que se trata de uma situação de saúde nova.

As Projeções de População Residente 2018-2080 do INE (2020) prevê que em Portugal o “número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões” (p.1). O Índice de Envelhecimento, antecipa em 2080, um aumento de 159 idosos para 300, por cada 100 jovens, como consequência do aumento da população idosa e do decréscimo da população jovem. Ainda as mesmas projeções referem que o Índice de Envelhecimento só irá estabilizar “na proximidade de 2050, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais” (INE, 2020, p.1). Perante uma população cada vez mais idosa há que repensar as nossas práticas de prestação de cuidados à pessoa idosa, uma vez que esta população apresenta um aumento da fragilidade e conseqüentemente mais vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas, que aumentam a necessidade de recorrer a serviços de saúde, pela alteração da sua funcionalidade (Bessa, 2016).

A fragilidade, pelas conseqüências que acarreta ao nível da pessoa idosa, é uma situação de saúde a que se deve ter atenção ao nível da prevenção.

Embora o conceito de fragilidade não seja recente, o consenso quanto ao significado ainda não foi encontrado. Duarte et al (2015) ressaltam que “a origem deste conceito tem a sua génese nas abordagens de cariz biológico, que constituem o ponto de partida para o estudo desta problemática” (p. 872). Faller et al (2019) definem a fragilidade como um processo dinâmico em que ocorre redução das

funções físicas, psicológicas e/ou sociais, associadas ao envelhecimento. Para Correia (2017) este conceito define-se como “um estado de elevada suscetibilidade a consequências adversas para a saúde, como incapacidade, dependência, quedas e mortalidade” (p.6). Nesta perspetiva a fragilidade emerge assim causada por um evento de *stress*, que origina alterações na pessoa idosa, sejam elas de dimensão física, psicológica ou social, o conceito de fragilidade adotado, vai assim de encontro ao de Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee e Schols (2010).

As consequências da fragilidade têm-se feito notar, particularmente nas pessoas idosas no contexto da pandemia. Na literatura internacional, dos estudos mais recentes, salienta-se os de Hewitt et al (2020) que realizaram um estudo de corte observacional, em que se estabeleceu a prevalência de fragilidade em doentes com COVID-19, estabelecendo a sua relação com a mortalidade e os tempos de internamento. Estes autores, concluíram ainda, que na maioria das pessoas idosas hospitalizadas por COVID-19, quando se recorria à aplicação de escalas de fragilidade, o prognóstico era mais célere e correto, do que pela idade ou comorbilidades. Salienta-se assim, que os resultados obtidos por estes autores, apoiam o recurso a escalas de avaliação da fragilidade, para a tomada de decisão de cuidados, nos doentes hospitalizados por COVID-19. Outro estudo que se evidenciou foi o de De Smet et al (2020), que desenvolveram um estudo observacional retrospectivo onde se pretendeu determinar a associação entre a fragilidade e a mortalidade a curto prazo em pessoas idosas hospitalizadas por COVID-19, chegou à conclusão que sendo o seu prognóstico pior à partida, as pessoas idosas e frágeis, podem beneficiar de hospitalização, desde que hajam recursos suficientes disponíveis, quando com COVID-19. Em Portugal, dos estudos mais recentes, salientam-se os de Verde (2019) realizado em contexto comunitário em que o autor aplicou o Indicador de Fragilidade de Tilburg (TFI), verificando que 75% da sua população, após aplicado o TFI é considerada como frágil, e o de Santiago (2019) que através de um estudo quantitativo correlacional-descritivo, analisou as determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa em comunidade, concluindo que as pessoas idosas, do seu estudo, apesar de frágeis sob ponto de vista biológico, não o eram sob ponto de vista social.

Os resultados destes estudos alertam-nos para a importância de continuar a aprofundar esta problemática, no sentido de encontrar as melhores soluções para a prevenção da fragilidade em todas as dimensões qualquer que seja o contexto e

tendo ganho mais dimensão no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2 que surgiu no final de 2019.

A COVID-19 pode ir desde formas assintomáticas, com poucos sintomas ou mesmo provocar uma síndrome respiratória aguda grave. Os dados mundiais referentes à COVID-19 demonstraram que a taxa de mortalidade, aumenta a partir dos 60 anos e que com o aumento da faixa etária, aumenta também a taxa de mortalidade, (Hammerschmidt, 2020; De Smet et al, 2020). Sendo premissa que com a idade, aumenta o número de mortes, também se constata, que esta ocorre principalmente em pessoas idosas com doenças crónicas (Hammerschmidt, 2020), “a imunossenescência aumenta a vulnerabilidade às doenças infetocontagiosas e os prognósticos para aqueles com doenças crónicas são desfavoráveis” (p.3).

Em Portugal, os dados da DGS (2022) sobre a COVID-19, demonstram que, embora as faixas etárias com maior número de casos não sejam as das pessoas com mais de 65 anos, o mesmo não se pode dizer quanto à caracterização dos óbitos, uma vez que a maioria ocorreu nas faixas etárias dos mais de 70 anos. Tendo estes dados em conta, mais do que promover o isolamento social das pessoas idosas, como futuros enfermeiros especialistas, precisamos intervir nos fatores que aumentam a fragilidade da pessoa idosa e que podem aumentar a suscetibilidade à doença, de modo a quebrar essa corrente de infeção e promovendo o cuidado e vida da pessoa idosa. O que passa necessariamente por avaliar a fragilidade das pessoas idosas nomeadamente no contexto de internamento.

Assim, a pertinência deste projeto, assenta na intervenção ao nível da avaliação da fragilidade em que pretendemos recorrer ao uso de uma escala de avaliação, que permita avaliar as dimensões em que ela interfere na pessoa idosa aquando da hospitalização. Para que seja possível desenvolver intervenções para prevenir a fragilidade e simultaneamente promover o Cuidado-de-Si, com o objetivo de diminuir o declínio funcional da pessoa idosa com SARS-CoV-2. Avaliada a situação, identificado um diagnóstico, deverá ser estabelecido um plano de intervenção em parceria com a pessoa idosa e avaliados os resultados do plano de intervenção. A pessoa idosa não pode ser excluída do seu processo de intervenção, ela tem um projeto de vida e saúde que deve ser respeitado e tido em conta nas intervenções a planear (Gomes, 2016, 2019, 2021). Ainda a mesma autora, reforça que para existir parceria deve-se “estabelecer uma verdadeira interação entre os

parceiros, o que implica, à partida, o conhecimento do Outro e a atenção para com ele, de modo a serem criadas sinergias entre ações e decisões que possam beneficiar os intervenientes” (Gomes, 2013, p. 79). As pessoas idosas precisam de ser incluídas ativamente no seu tratamento e recuperação; a avaliação da fragilidade, tendo por base a promoção do Cuidado-de-Si, A Intervenção em parceria permite adequar as intervenções e fazer com que as mesmas sejam aceites pela pessoa idosa se for tido em conta o seu projeto de vida e saúde e a sua opinião for respeitada.

A finalidade deste projeto é desenvolver competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, e família, potencialmente frágil, ou não, nos diferentes contextos de prestação de cuidados, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, visando a promoção do Cuidado- de- Si. Para isso definiram-se os seguintes objectivos:

- Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade em contexto domiciliário, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, visando a diminuição da predisposição ao SARS-CoV-2;

- Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com SARS-CoV-2 e sua família, nomeadamente na prevenção da fragilidade em contexto hospitalar utilizando a parceria como intervenção de enfermagem,

- Contribuir como mestre e enfermeira especialista para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar, na prevenção da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada em contexto de pandemia.

O projeto foi desenvolvido com base numa metodologia de projeto, identificando uma necessidade e implementando intervenções, que visam ir de encontro à necessidade identificada, de modo a orientar o profissional de saúde, na sua prática de cuidados.

Este relatório é composto por cinco capítulos

Da introdução consta a área de desenvolvimento do projeto, os objetivos a que nos propomos, bem como a metodologia por nós utilizada para a concretização do mesmo. O segundo capítulo é composto pela revisão da literatura, indicando a evidência científica disponível sobre a temática. No terceiro capítulo é desenvolvida

a metodologia utilizada para a concretização do projeto e as considerações éticas tidas em conta. Do quarto capítulo, constam as atividades e competências desenvolvidas para atingir os objetivos definidos, bem como o contributo que deram para a melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito da prevenção da fragilidade, à pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. Por último, no quinto capítulo, surgem as considerações finais, compostas por uma análise crítica e reflexiva sobre as competências adquiridas na realização do EC.

Para a elaboração deste relatório e respetivas referências bibliográficas, seguiu-se a norma da *American Psychological Association* (APA, 6ª ed).

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, iremos proceder a revisão da literatura, abordando o envelhecimento, o conceito de fragilidade, os instrumentos de avaliação da fragilidade, a fragilidade em contexto hospitalar em contexto de pandemia por SARS-CoV-2 e o Modelo de Parceria para a promoção do Cuidado-de-Si de Gomes (2016, 2021).

1.1. O Envelhecimento e o conceito de fragilidade

O envelhecimento da população e o conseqüente aumento da longevidade levanta-nos novos desafios, pois com eles surgem também o aumento das comorbilidades e as alterações específicas do processo de envelhecimento. Surge assim a necessidade de que essas alterações não influenciem pela negativa a vida das pessoas idosas, sendo necessário intervir quer a nível da saúde, quer a nível social (Coelho, 2014). Condições adversas como desnutrição, deficiência cognitiva, e doenças crónicas, para além do processo de envelhecimento em si, contribuem para a fragilidade da pessoa idosa (Ritt et al, 2016). A fragilidade pode ser provocada por um evento causador de *stress*, evento este que pode causar: quedas, *delirium*, incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Coelho, 2014; Lowthian, 2016; Carneiro et al, 2017).

Assim, para Coelho (2014) “A fragilidade merece particular destaque, pelo facto de colocar em risco a manutenção da independência, da qualidade e da dignidade de vida das pessoas mais velhas” (p. 16). A DGS (2022) no seu site define pessoas idosas frágeis, como “pessoas idosas com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia”. Os autores (Maciel et al, 2016; Nicholson et al, 2016), referem que os critérios de fragilidade na pessoa idosa, são preditores de um aumento no número de dias de internamento, de institucionalização, e na perda de função após um internamento hospitalar, bem como da sua mortalidade.

Lana (2013) salienta que os profissionais de saúde na área da geriatria e gerontologia relacionam a fragilidade a vários fatores, tais como: o envelhecimento, as comorbilidades, as incapacidades, a dependência funcional, a institucionalização, o declínio cognitivo, os sintomas depressivos, uma baixa condição socioeconómica e a solidão. Assim dada a complexidade deste conceito e das suas implicações na

pessoa idosa importa que os enfermeiros na área da saúde da pessoa idosa tenham bem definido o conceito de fragilidade.

A fragilidade para Carneiro et al (2017) é definida como uma síndrome multidimensional, pois ela engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais. Já Correia (2017, p. 13) define-a como

um estado clínico caracterizado por um aumento da vulnerabilidade à inadequada resolução ou reposição da homeostasia depois de um evento causador de stress, ou seja, é um estado de elevada suscetibilidade a consequências adversas para a saúde como incapacidade, dependência, quedas e mortalidade.

O conceito de fragilidade, erradamente encontra-se conotado à pessoa idosa, mas é de salientar que nem todas as pessoas idosas são frágeis. A maioria das pessoas idosas que são classificadas com fragilidade encontra-se na faixa etária dos mais de 80 anos.

Vários são os autores que referem a existência de vários modelos conceituais de fragilidade, mas nenhum deles reúne consenso (Coelho, 2014; Nguyen, 2015; Correia, 2017, Santiago, 2019). Fried et al (2001) desenvolveram, o modelo biológico. Este modelo propõe que a fragilidade se traduz a nível físico, através do fenótipo de fragilidade, sendo este composto por diversos elementos tais como: fraqueza muscular, lentidão, exaustão, perda de peso involuntária e baixa atividade física (Coelho, 2014; Correia, 2017). O foco de atenção, neste modelo, centra-se na deterioração dos sistemas músculo-esquelético, imunológico, hormonal, metabólico, bem como do sistema nervoso central e autónomo, e ainda nas manifestações corporais, como é o caso da sarcopenia (Coelho, 2014; Correia, 2017).

Mitnitski, Mogilner, MacKnight e Rockwood (2002), são os autores do modelo de acumulação de défices, que propõe que a fragilidade “é definida como um estado não específico, resultante do efeito cumulativo da conjugação de défices multidimensionais relacionados com o envelhecimento” (Coelho, 2014, p. 17). Os défices podem ser representados por doenças ou alterações funcionais, ao nível das atividades de vida diárias.

O modelo integral de fragilidade, desenvolvido por Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee e Schols (2010), define a fragilidade como sendo o resultado das perdas em pelo menos um dos domínios. Este modelo demonstra a mudança constante, para além de refletir a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais

(Santiago, 2019), surgindo operacionalizado através do Indicador de Fragilidade de Tilburg.

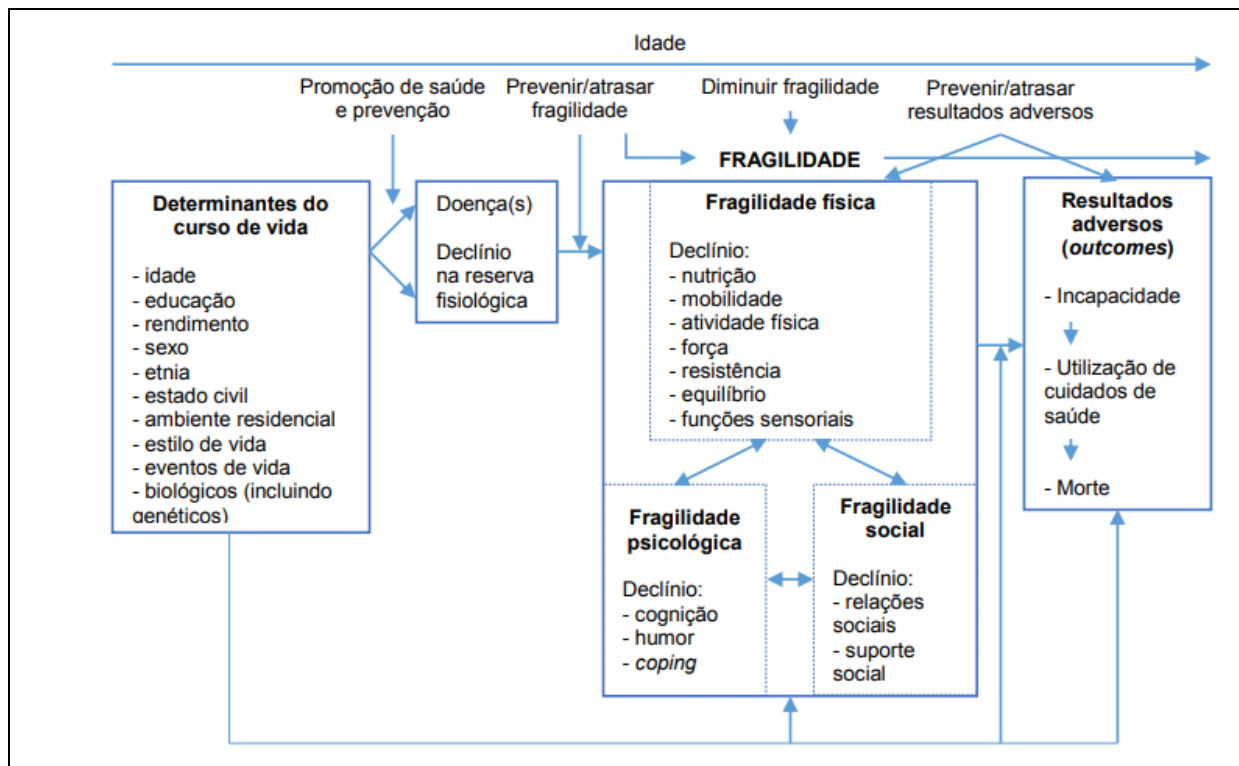


Figura 1. Modelo integral de fragilidade de Gobbens, Luijckx, et al. (2010). Fonte: Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010c). Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*, 14(3), 175-181. Doi: [10.1007/s12603-010-0045-6](https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6)

Este modelo defende assim, que a fragilidade é consequência de uma perda em um ou mais domínios, seja ele físico, psicológico ou social, sendo influenciado por diversas variáveis, que podem levar à incapacidade, ao recurso a cuidados de saúde, ou até à morte (Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee e Schols, 2010). Demonstra ainda, que emerge de uma abordagem holística à pessoa, que a fragilidade não é só resultado de incapacidades físicas, mas também consequência das doenças e dos determinantes do curso de vida, e que a fragilidade poderá ser de ordem física, psicológica e social. Pinto e Coutinho (2014) suportado por trabalhos desenvolvidos pela União Europeia na área da fragilidade, recomenda dois pontos-chave: o primeiro será avaliação da fragilidade através da aplicação de escalas, e o segundo que “a fragilidade pode ser potencialmente prevenida e tratada através de modalidades específicas, como a atividade física, suplementação

proteica e de vitamina D e redução das polifarmácias” (p. 172), pelo que se torna fundamental avaliá-la.

1.2. Instrumentos de avaliação da fragilidade

Owen et al (2020) salientam que a pandemia por SARS-CoV-2, obrigou profissionais de saúde por todo o mundo a tomar decisões sobre a abordagem a seguir, os escalonamentos de cuidados, o direito a entrar numa unidade de cuidados intensivos. No entanto, a escolha pela idade tem-se revelado uma escolha não fundamentada, com a obtenção de maus resultados. No Reino Unido o NICE aconselha o recurso à CFS (Escala Clínica de Fragilidade) para orientar a decisão clínica das pessoas idosas nas unidades de cuidados intensivos, porque as que obtêm índices de fragilidade menores, obtêm melhores resultados (Aliberti et al, 2021).

Os instrumentos existentes para avaliar a fragilidade na pessoa idosa são diversos. Em 2019, Faller et al fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre os instrumentos usados na avaliação da fragilidade e em países que estes estariam traduzidos e validados. Estados Unidos da América, China, Inglaterra, Bélgica, Canada, Austrália, Taiwan, Holanda, Brasil, Colômbia, França, Coreia do Sul, México, Alemanha, Espanha, Itália, Roménia, Japão, Dinamarca, Polónia e Portugal, foram os países visados neste estudo de Faller et al (2019). Poderíamos descrever diversos dos instrumentos existentes para a avaliação da fragilidade, mas iremos apenas frisar dois deles, que nos pareceram de mais fácil aplicação e obtenção dos resultados. Um desses instrumentos é o Indicador de Fragilidade de Tilburg. Ele é composto por 15 questões divididas em 3 domínios diferentes: o físico, o psicológico e o social. O *score* superior a cinco identifica a pessoa idosa como sendo frágil.

Este instrumento de avaliação da fragilidade encontra-se já validado para Portugal, por Coelho (2014). Rolfson et al (2006) construíram a escala de Fragilidade de Edmonton, composta por nove domínios, sendo eles: a cognição, o estado geral de saúde, a independência funcional, o suporte social, o uso de medicamentos, a nutrição, o humor, a consciência e o desempenho funcional. Neste instrumento, *scores* superiores a sete, demonstram que a pessoa idosa é já considerada frágil. Faller et al (2019) na sua revisão sistemática da literatura refere que a Escala de Fragilidade de Edmonton, embora se encontre traduzida para língua

portuguesa, ainda não se encontra validada para a população portuguesa. Não podemos deixar passar sem referir, em Portugal, o trabalho de Coelho (2014) que validou para Portugal o Indicador de Fragilidade de Tilburg (TFI).

Lourenço e Perez (2020) ressaltam que no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, “uma avaliação da fragilidade pode ajudar a garantir que as decisões sobre cuidados com a saúde não sejam tomadas com base na idade de uma pessoa, mas sejam individualizadas, fundamentadas em uma avaliação holística” (p. 78). Daí a pertinência do recurso a instrumentos de avaliação da fragilidade. O que importa é que se proceda à tomada de decisão com base em avaliações, e na evidência científica e reflexiva, ao invés de recorreremos a um conhecimento empírico.

1.3. Avaliação da fragilidade em contexto hospitalar, na conjuntura da pandemia por SARS-CoV-2

Meide, Olthuis e Leget (2015) referem que a literatura faz referência a que a vulnerabilidade das pessoas idosas hospitalizadas é cada vez mais compreendida em termos físicos, e muitas vezes referida como fragilidade, o que do seu ponto de vista é um conceito redutor, uma vez que a reduz a uma componente física, ignorando por completo, o que um ambiente hospitalar pode provocar na pessoa idosa. Um internamento hospitalar está associado a um aumentar de dependências, sendo ainda caracterizado por sentimentos de vulnerabilidade e experiências angustiantes. À que ter em conta que a hospitalização não afeta só o domínio físico, mas também o psíquico e o social.

Importa referir que, em Portugal, a maioria dos estudos sobre a avaliação da fragilidade em pessoas idosas, são implementados na comunidade, dando pouca relevância à população que necessita recorrer a cuidados de saúde diferenciados.

As pessoas idosas frágeis, apresentam maior necessidade de cuidados de saúde, por esse motivo, a fragilidade, através da sua avaliação, deverá ser vista, como um ponto de partida, ao planeamento e execução dos cuidados de saúde às pessoas idosas (Lourenço et al, 2018).

Na literatura, existe descrição, de uma série de desafios que influenciam os cuidados necessários, em relação à fragilidade, em contexto hospitalar, (Nicholson et al, 2017), que são: a gestão de condições complexas, a incerteza do planeamento de cuidados, a segurança do paciente e a transição segura de cuidados. A gestão de condições complexas, segundo o mesmo autor, muitas vezes não se coaduna

com os rácios enfermeiro/paciente, competências, carga de trabalho e ritmo acelerado, o que se pode traduzir numa subvalorização do tempo necessário para prestar cuidados a pessoas idosas com fragilidade.

O agravamento das comorbilidades leva à incerteza do planeamento de cuidados à pessoa idosa frágil, por uma necessidade constante de atualização, por parte dos profissionais de saúde. Ao nível da segurança do paciente, evidencia-se que a pessoa idosa frágil perde gradualmente as suas reservas, tornando-se vulnerável a mudanças drásticas e repentinas na saúde, desencadeadas por pequenos eventos, tais como uma infeção, alterações terapêuticas ou do seu meio ambiente. A hospitalização, por sua vez, aumenta o risco de queda, o risco de úlceras por pressão, e o declínio, seja ele físico ou cognitivo. Ainda Nicholson et al (2017) refere que nos hospitais, nem sempre as equipas de profissionais de saúde, têm a capacidade de lidar, com pessoas idosas com défice cognitivo, pela falta de tempo ou de competências necessárias para estimular as capacidades que a pessoa idosa possui, acabando por a substituir na satisfação das suas necessidades. Se à hospitalização da pessoa idosa, adicionarmos a pandemia por SARS-CoV-2, aumentamos também o risco de infeção por esta se encontrar mais suscetível. Portela e Cebola (2021) referem que “Na inexistência de uma cura ou tratamento eficaz conhecido, todas as potenciais terapêuticas, intervenções mitigadoras e estratégias de prevenção que possam reduzir a incidência ou gravidade da infeção são de extrema importância, especialmente nesta população mais vulnerável” (p. 65).

As mesmas autoras, alertam que para além do processo inflamatório provocado pelo SARS-CoV-2, esta infeção provoca alterações gastrointestinais, que interferem no estado nutricional da pessoa idosa. Tendo presente que a desnutrição tem um papel importante no conceito de fragilidade, através da perda de massa muscular e da força, a pessoa idosa apresenta-se assim num estado de vulnerabilidade. A intervenção nutricional diminui assim o risco de fragilidade.

Mais do que influenciada pela idade, a doença por SARS-CoV-2, é-o pela fragilidade, uma vez que a maioria das pessoas frágeis apresenta comorbilidades, e assim sendo um risco aumentado da doença (COVID-19) evoluir para estados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Barros et al, 2021). Da mesma revisão da literatura há ainda a salientar que apresentando a pessoa idosa frágil, maior risco de mortalidade quando internada por COVID-19, se deverá apostar no seu conforto, ao

invés de apostar em procedimentos invasivos. As suas taxas mais elevadas de mortalidade estão essencialmente relacionadas com a sua funcionalidade e com o seu declínio cognitivo (Rodríguez et al, 2020).

Em 2019, Sousa et al, no seu estudo, verificaram que as pessoas idosas hospitalizadas apresentavam patologias várias, encontravam-se polimedicadas, dependentes na satisfação das suas atividades de vida diária e frágeis. Perante os dados que se encontraram sugere-se que conhecendo a pessoa idosa no seu todo, será mais fácil estabelecer planos de cuidados adequados, e um acompanhamento mais pormenorizado, tendo em vista a recuperação ou a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada.

A transição de cuidados, em contexto de pandemia ou não, é assumida como de extrema importância, do hospital para os cuidados de saúde primários e vice-versa. A manutenção e adequação de cuidados de saúde é fundamental em pessoas idosas frágeis, ela e a sua família deverão ser envolvidas em todo o processo de cuidados.

A individualização do plano de cuidados, poderá ser feita através da avaliação da fragilidade. Esta avaliação beneficia na previsão dos resultados do uso de terapêuticas, e contribui para a formulação de políticas de saúde adequadas às pessoas idosas (Nguyen et al, 2015). O processo de fragilidade, se compreendido a nível social, permite identificar os grupos de pessoas idosas que vão necessitar de cuidados de saúde adicionais.

Da revisão da literatura salienta-se ainda que, De Smet et al (2020) refere no seu estudo comparativo sobre doentes com COVID-19, ter chegado à conclusão de que as pessoas idosas mais velhas, têm também maiores índices de fragilidade, além de que foram a faixa etária onde ocorreu o maior número de mortes.

Por este motivo, importa que na prevenção da fragilidade, através da sua avaliação, o enfermeiro se suporte num modelo teórico, para o estabelecimento e execução das suas intervenções tendo-se optado pelo Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021).

1.4. O Modelo de Parceria de Gomes

O modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021), pressupõe uma intervenção de enfermagem, baseada numa relação de cuidados, com o intuito de promover o Cuidado-de-Si. Esta parceria defende o estabelecimento de uma relação, na qual se pretende conhecer a pessoa idosa, no seu todo, quais as suas vontades, desejos, crenças, bem como o significado que atribui às suas experiências, ou quando ela não tem capacidades para o fazer, através da sua família, de modo a construir uma ação conjunta, com a finalidade de promover o Cuidado-de-Si, ou do Outro, quando o próprio não é capaz de o fazer.

Esta autora refere ainda que este processo é constituído por cinco fases: o revelar-se, o envolver-se, o capacitar ou possibilitar, o comprometer-se e por fim o assumir o Cuidado-de-Si ou o assegurar o Cuidado-do-Outro.

Para que ocorra este processo de parceria, o enfermeiro tem de ver a pessoa idosa como “um ser de projeto e de cuidado” (Gomes, 2016, p. 229), pois permite-lhe ter em atenção o potencial desta para o Cuidado-de-Si. A mesma autora refere que “a estratégia para a construção do processo de parceria no cuidado de enfermagem resulta na construção de uma ação conjunta, que visa capacitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si” (p. 229). Quando o próprio não tem capacidade para tal, passa por capacitar a família, ou a pessoa significativa, a assumir ou a assegurar o Cuidado-de-Si, tendo sempre presente que o cuidado deve ser centrado na pessoa idosa, para que os cuidados se direcionem o mais possível, de encontro ao que será o projeto de vida e saúde desta.

Retornando às cinco fases que compõem este modelo, na primeira fase, designada de **revelar-se**, “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de um projecto e de cuidados” (Gomes, 2016, p. 231). Nesta fase o enfermeiro, dá-se a conhecer e em simultâneo tenta conhecer a pessoa idosa, no que concerne ao projeto de vida e saúde, das suas potencialidades e reais capacidades, para isso utiliza as competências que detém na área da comunicação, mostrando disponibilidade e questionando sempre antes de agir para que se estabeleça uma relação de reciprocidade. A segunda fase, **envolver-se**, desenvolve-se uma relação de confiança, em que o enfermeiro consegue ir de encontro à pessoa idosa. Nesta fase obtém-se os conhecimentos sobre a pessoa idosa, bem como os que ela detém. Pretende-se que nesta fase se desenvolvam

ações que visam “encontrar a forma de ajudar à realização da pessoa idosa a partir dos conhecimentos e recursos de ambos os parceiros no contexto de cuidados” (Gomes, 2016, p. 233).

A terceira fase tem um duplo significado, se é que assim se pode dizer, ela é caracterizada pelo **capacitar**, ou pelo **possibilitar**. Pelo capacitar, quando é o próprio, que adquire conhecimentos e estabelece em parceria os objetivos face às suas necessidades e vontades. O enfermeiro é responsável pela partilha e mobilização de conhecimentos, para que a pessoa idosa possa assim assumir o controlo do Cuidado-de-Si. O possibilitar, ocorre quando o próprio não tem capacidade para fazer o descrito anteriormente e em que a família, ou pessoa significativa, é chamada a assumir o lugar que seria da pessoa idosa, isto é, o cuidador é capacitado para prestar cuidados com base no que era o projeto de vida e saúde da pessoa idosa, suportando as suas decisões, bem como nos conhecimentos que lhe são transmitidos pelo enfermeiro e que o ajuda então a assumir o Cuidado-do-Outro.

A quarta fase, designada de **comprometer-se**, caracteriza-se pelos esforços do enfermeiro e da pessoa idosa, em atingir os objetivos delineados pelos dois em conjunto. Pretende-se assim, que as ações desenvolvidas permitam que a pessoa idosa faça uma transição do que é uma capacidade potencial, para uma capacidade real, “ou promover a saúde e fazer com que o idoso possa prosseguir a sua trajetória de vida, comprometendo-se o enfermeiro com o cuidado da pessoa idosa” (Gomes, 2016, p. 236).

Por último, a quinta fase, **assumir o controlo** do Cuidado-de-Si, ou também designada de assegurar o Cuidado-do-Outro. Na primeira designação a pessoa idosa assume todo o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde. É ela que toma as decisões com base nas informações que lhe foram dadas, que faz a gestão da sua situação, atingindo o seu conforto e bem-estar. No assegurar o Cuidado-do-Outro, o enfermeiro assegura que a família, ou pessoa significativa, adquira a capacidade de cuidar do Outro, tendo por base o seu projeto de vida, e responsabilizando-se que todo o cuidado prestado seria igual, ao que a pessoa idosa prestaria a si própria.

Este modelo permite-nos assim conhecer a pessoa idosa como um todo, demonstrando respeito pelo que são as suas vontades e crenças, sem no entanto, nos descurarmos de lhe transmitir as informações para que as suas decisões

sejam as corretas, ao longo daquela que é a trajetória que decide fazer para pôr em prática o seu projeto de vida e saúde. Demonstra o respeito pelo outro, e pelas suas decisões, e pressupõe ainda, um planeamento de cuidados baseado na pessoa idosa, mas estabelecido numa parceria, em que todos os elementos são parte ativa, e que se tentam complementar com um objetivo comum, que a pessoa idosa tenha capacidades e competências para promover o Cuidado-de-Si.

Tal como no Modelo de Parceria (Gomes, 2016), Lana (2013) defende que, quer o enfermeiro, quer os restantes profissionais de saúde, devem desenvolver a sua prestação de cuidados junto à pessoa idosa e seus familiares, apoiando-a nas suas decisões, ajudando-a num processo educativo que vá de encontro às suas necessidades individuais.

Em suma, a avaliação da fragilidade nas pessoas idosas hospitalizadas, é de extrema importância no contexto que vivenciamos, a pandemia por SARS-CoV-2, pois ela permite-nos intervir ao nível da prevenção, de modo a que a pessoa idosa potencialize as suas capacidades, podendo assim promover o Cuidado-de-Si, em parceria com a equipa de saúde, que lhe presta cuidados, durante a sua hospitalização.

CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Neste capítulo, pretende-se dar a conhecer a metodologia do projeto, as suas finalidades, objetivos e considerações éticas tidas em conta na realização do mesmo.

2.1. Metodologia

A metodologia utilizada foi a metodologia de projeto, esta caracteriza-se pela identificação de um problema, ou de uma necessidade, para o estabelecimento de um plano que permita no futuro alcançar os objetivos a que nos propomos na área de intervenção definida (Schneider e Flach, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2013, p. 2), numa proposta de Pedro Salvada, especifica que qualquer projeto de enfermagem deverá incluir as seguintes etapas: identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planejar e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas; standardizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso.

Segundo, Ruivo et al (2010), a metodologia de projeto, divide-se em 5 etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, e por fim, a divulgação dos resultados, para a disseminação de conhecimento científico que daí deriva.

A primeira etapa, diagnóstico da situação, identificou uma necessidade, que neste caso foi a prevenção da fragilidade num serviço de medicina de um hospital da região de Lisboa, uma vez que se observou que no estágio de observação da Opção II, não estava instituída uma escala de avaliação da fragilidade, para a implementação de medidas preventivas. Perante esta perspetiva, elaborou-se um projeto com os seguintes objetivos gerais:

Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade em contexto domiciliário, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, visando a diminuição da predisposição ao SARS-CoV-2; Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na prevenção da fragilidade em contexto hospitalar utilizando a parceria como intervenção de enfermagem; e

Contribuir como mestre e enfermeira especialista para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada em contexto da pandemia.

O planeamento ocorreu durante a elaboração do projeto da Opção II, tendo como ponto de partida uma análise SWOT (ApêndiceI). Para além dos objetivos gerais, foram também delineados objetivos específicos e atividades que levassem à concretização destes (ApêndiceII).

Quadro 1. Objetivos gerais, específicos e atividades

Objetivo Geral	Objetivos específicos	Atividades
1. Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade em contexto domiciliário, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, visando a diminuição a predisposição ao SARS-CoV-2	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as estratégias dos enfermeiros para promoção dos cuidados em parceria, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa; - Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade na PI no domicílio, em contexto de pandemia; - Contribuir para a implementação do Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa, USF X 	<ul style="list-style-type: none"> - Percecionar o que a equipa da USF faz em relação à fragilidade da pessoa idosa, em contexto domiciliário para promover o Cuidado-de-Si; - Desenvolver cuidados à pessoa idosa, prevenindo a sua fragilidade, em contexto domiciliário; - Implementação do Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa
2. Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família,	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia - Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade na pessoa idosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma revisão scoping - Aplicação de uma escala de avaliação da fragilidade - Elaboração de um plano de cuidados, suportado no Modelo de Parceria, para prevenção da fragilidade,

<p>nomeadamente na prevenção da fragilidade em contexto hospitalar utilizando a parceria como intervenção de enfermagem</p>	<p>hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, realizando uma avaliação sistemática da fragilidade com recurso a o indicador de fragilidade de Tilburg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para o desenvolvimento na equipa de enfermagem de competências para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. <p>Implementação do Indicador de Fragilidade de Tilburg .</p>	<p>em contexto de pandemia por SARS-CoV-2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniões de orientação tutorial - Elaboração de um guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2
<p>3. Contribuir como mestre e enfermeira especialista para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, em contexto da pandemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a equipa de enfermagem no projeto de intervenção de enfermagem - Promover a adesão ao projeto, Instituições Amigas das Pessoas Idosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar na equipa de enfermagem o seu conhecimento acerca da prevenção da fragilidade - Formação da equipa, através de sessões de formação - Participação em eventos científicos - Reunir com a chefia do serviço para verificar disponibilidade de aderir ao Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas

A fase de execução do projeto, ocorreu num primeiro período do Ensino Clínico (EC), numa USF de um ACES da região de Lisboa, no período de 24 de

novembro a 18 de dezembro de 2020. O segundo período, o EC decorreu de 4 de janeiro a 16 de abril de 2021, num serviço de medicina de um hospital da região de Lisboa. O serviço é composto por 28 camas, sendo todas consideradas de enfermaria e para internamento de doentes com COVID-19. Nos meses de março e abril, sete dessas camas transformaram-se em 6 camas de unidade de intermédios, e nessa altura deixaram de ser COVID.

Por fim, a fase de divulgação dos resultados, culmina com a avaliação dos resultados obtidos na fase de execução, através da elaboração deste relatório e de um artigo que pretendemos publicar, na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

2.2. Considerações éticas

Na execução do projeto foi garantido, que todas as atividades delineadas tinham em linha de conta os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem (Lei n.º 156/2015). Obtivemos o parecer positivo, do Conselho de Administração e da Comissão de ética do hospital em questão, após reunião no dia 22 de fevereiro de 2021. Foi pedido consentimento esclarecido, livre e informado à pessoa idosa hospitalizada (Apêndice III) no serviço de medicina em questão para participar no projeto, bem como o consentimento esclarecido, livre e informado dos enfermeiros (Apêndice IV), cumprindo os princípios éticos para assegurar o anonimato, o respeito pela autodeterminação e intimidade, garantia de proteção contra qualquer desconforto ou prejuízo e um tratamento justo e equitativo, no caso da pessoa idosa hospitalizada. E finalmente, que no caso dos enfermeiros não interferiria com as funções desempenhadas pelos mesmos.

CAPÍTULO III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO: OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste subcapítulo descrevo de forma reflexiva as atividades desenvolvidas, bem como as aprendizagens e competências adquiridas, no âmbito dos estágios, numa USF e num serviço de medicina de um hospital da região de Lisboa. Usou-se como linha orientadora para a sua estruturação, os objetivos gerais específicos delineados e as atividades que foram delineadas para os atingir.

Quadro 2. Objetivo geral 1 e objetivos específicos

Objetivo geral 1	Objetivos específicos
Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade em contexto domiciliário, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, visando a diminuição a predisposição ao SARS-CoV-2	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as estratégias dos enfermeiros para promoção dos cuidados em parceria, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa• Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade na pessoa idosa no domicílio, em contexto de pandemia• Contribuir para a implementação do Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa na USF X

Atividade 1: Percecionar o que a equipa da USF faz em relação à fragilidade da pessoa idosa, em contexto domiciliário para promover o Cuidado-de-Si

A fragilidade, sendo um conceito recente e não consensual, apresenta uma concordância numa das suas características, que é o facto de se traduzir numa vulnerabilidade aumentada a fatores de *stress*, causados por deficiências em vários sistemas inter-relacionados que levam a um declínio na reserva homeostática e na resiliência. Uchmanowicz (2014) refere que o conceito de fragilidade poderá ajudar as equipas de saúde e de investigadores a compreender a heterogeneidade e as

desigualdades das trajetórias de saúde do envelhecimento, e oferecer aos profissionais ferramentas úteis para o cuidado ao utente. A prevenção da fragilidade contribui assim para prevenção, institucionalização, hospitalização e mortalidade da pessoa idosa. No ensino clínico, nas visitas domiciliárias, observou-se que avaliação da fragilidade, é facilitada pelas relações de proximidade entre os enfermeiros da USF e os seus utentes, constatando-se que estes se conheciam pelos seus nomes próprios. O conhecimento por parte do enfermeiro, sobre todo o agregado familiar do seu utente era evidente, o que no período de tempo em que decorreu o ensino clínico, se pôde verificar por diversas vezes. O benefício do enfermeiro de família é sem dúvida evidente, permite um maior conhecimento, bem como uma maior proximidade, o que leva à criação de planos de cuidados que têm intervenção direta do próprio utente. Durante a visita domiciliária, também foi possível visualizar a necessidade do enfermeiro em validar o conhecimento que os cuidadores das pessoas idosas dependentes apresentavam. Foi demonstrada disponibilidade para os ajudar na sua prestação de cuidados e na aquisição de novos conhecimentos. Foram esclarecidas as suas dúvidas, dando-lhes espaço para se manifestarem, sem os apressar nas suas exposições, permitindo assim um maior conhecimento de ambos, bem como um estabelecimento de uma relação de confiança e de parceria nos cuidados. Nestas visitas domiciliárias foi bem visível o capacitar do cuidador para cuidar da pessoa idosa, tal como é defendido por Gomes (2016, p. 233), que define o capacitar como o “construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir”. O enfermeiro especialista dotado de conhecimento sobre a pessoa idosa e sua família, e suportado em evidência científica, agiliza a equipa na elaboração de planos de cuidados individualizados, com base nas necessidades identificadas; e na implementação de projetos – USF Amiga das Pessoas Idosas, com vista à melhoria e adequação de cuidados à pessoa idosa na comunidade.

Ao realizar esta atividade desenvolvi competências ao nível do domínio da melhoria de cuidados, proporcionando um ambiente terapêutico e seguro, gerindo “os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica” (D.R, 2ª Série, 2018, p. 19361).

O ensino clínico abrangeu o período de vacinação da gripe, tendo sido possível verificar as estratégias que foram desenvolvidas para manutenção das

regras que vigoram atualmente, tendo em conta a pandemia que vivenciamos. O conhecimento que o enfermeiro detém do utente e família permite um contacto telefónico para conhecimento da pessoa. Contacto esse que possibilita ao enfermeiro tomar conhecimento sobre a vontade do utente em que lhe seja ministrada a vacina da gripe; vontades essas que são respeitadas, e o agendamento da vacinação, evitando aglomerações de utentes na USF. Esses contactos ficam registados em SClínico, o que permite a qualquer elemento da equipa multidisciplinar verificar o que foi decidido entre o utente e o seu enfermeiro, bem como se apresenta algum tipo de necessidade que possa carecer de cuidados por parte da equipa multidisciplinar.

Ao ter participado no planeamento da vacinação na USF possibilitou participar na gestão de cuidados de enfermagem, otimizando os recursos da equipa, sempre em articulação com a mesma.

Atividade 2: Desenvolver cuidados à pessoa idosa, prevenindo a sua fragilidade, em contexto domiciliário

Para concretização desta atividade, participei nas consultas efetuadas nas diferentes etapas do ciclo de vida, uma vez que o envelhecimento é influenciado desde o nascimento, pelos comportamentos e atitudes que se tomam, até à idade em que a pessoa é já considerada idosa. As diferentes consultas permitem desenvolver como competências, práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, tal como preconizado pelo perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (DR, 2ª série, 2019).

A realização de um estudo de caso, possibilitou estabelecer uma relação de cuidado mais profunda com uma das utentes da USF, pondo em prática o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021). O tomar consciência das cinco fases que compõem este modelo e constatar ainda que sem uma relação de reciprocidade a informação que pretendemos obter pode-nos ser escondida, foi uma mais-valia, uma vez que foi a primeira vez que de modo consciente coloquei este modelo em prática. O estudo de caso realizado, possibilitou conhecer melhor a pessoa idosa no seu contexto domiciliário, podendo assim desenvolver competências de observação, análise e avaliação multidimensional. O dar-me a conhecer à pessoa, e conhecê-la permitiu-me estabelecer um plano de cuidados, realizado com base no projeto de vida da pessoa idosa, bem como negociar com ela as intervenções a serem

definidas. Relevo a importância do conhecimento do outro e da negociação. O enfermeiro para além de promover a tomada de decisão da pessoa idosa em consciência, deve ainda munir-la de conhecimento para que este a tome tendo em conta as suas necessidades e conhecimentos. A informação permite que a pessoa idosa possa ter consciência das suas necessidades, bem como das estratégias que deve criar para que se possa capacitar para o Cuidado-de-Si.

A realização do estudo de caso à pessoa idosa, proporcionou ainda à aplicação de diversas escalas, o que nos possibilitou conhecer a singularidade do processo de envelhecimento do cliente e as suas necessidades e potencialidades. Para isso optei por aplicar as escalas sugeridas pelo projeto GERMI (s.d.). Uma vez que o projeto se realiza no âmbito da fragilidade, utilizei o Indicador de Fragilidade de Tilburg, por estar já traduzido e validado para a população portuguesa, sendo também o que era utilizado na USF. O primeiro contato com este instrumento permitiu-me verificar a sua aplicação e quais as dificuldades que poderia ter na sua implementação, tendo obtido a supervisão da orientadora da USF.

Na apreciação da pessoa idosa e família identificámos em parceria com estes os seguintes diagnósticos de enfermagem: fragilidade relacionada com cansaço físico e psíquico – provocado pela sua prestação de cuidados ao esposo, exaustão do prestador de cuidados e isolamento social. Deste modo, houve a necessidade de reforçar a educação para a saúde relacionados com a prática de cuidados diária (higiene e uso de sanitário), e encaminhamento para a assistente social, de modo a que se pudesse restabelecer e lhe fossem fornecidos os apoios existentes ao seu dispor na comunidade, para manter a prestação de cuidados ao esposo, como foi expressamente manifestado pela senhora a quem realizámos o estudo de caso.

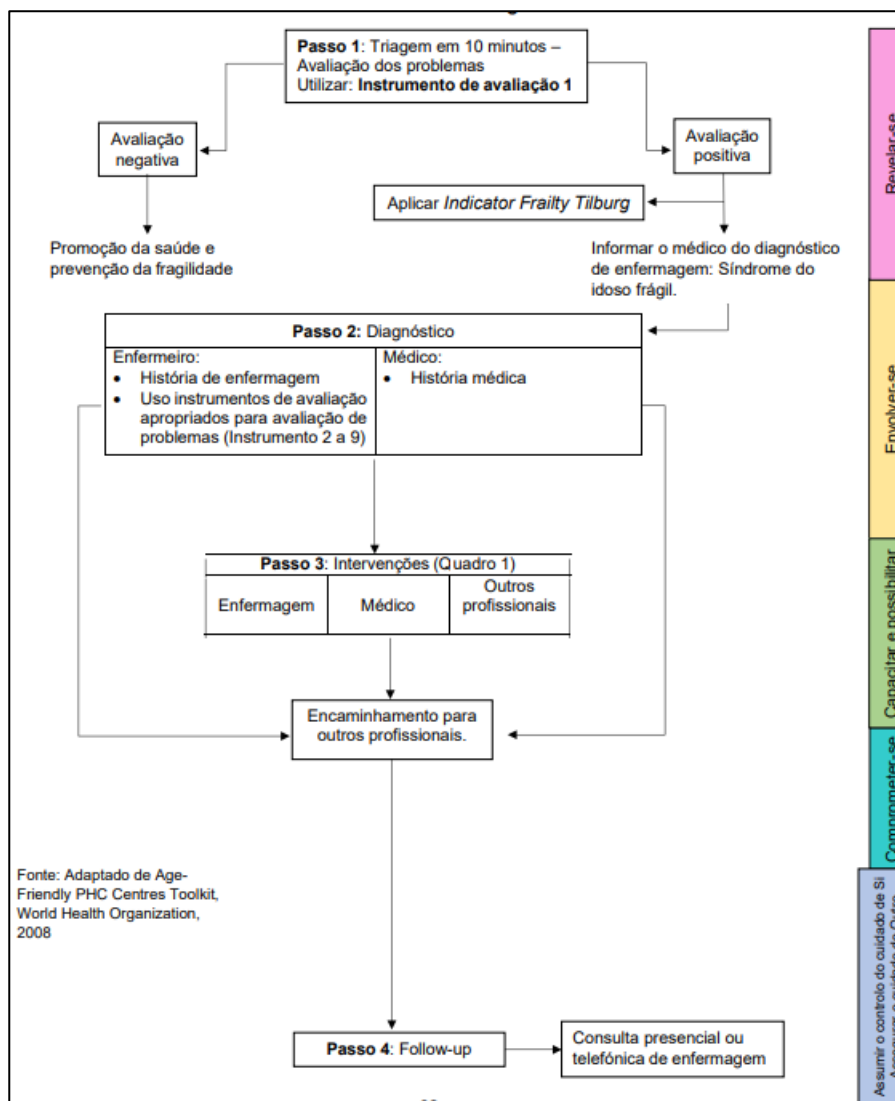
A prevenção da fragilidade é da responsabilidade da equipa multidisciplinar, que deverá avaliar precocemente e com regularidade, recorrendo à utilização de instrumentos validados. A constituição de um plano de intervenção de cuidados, entre o enfermeiro e a pessoa idosa, será a base de trabalho para que se possa prevenir a fragilidade, através do uso de recursos, bem como da dotação de conhecimentos à pessoa idosa, para que possa ser ela a decidir, com base no que são as suas vontades e conhecimentos, de modo a concretizar o seu projeto de vida.

Assim, tivemos a oportunidade de desenvolver competências de enfermeira especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do

desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, tendo sempre como princípio a proteção da pessoa idosa a quem estava a prestar cuidados, bem como, do domínio da gestão de cuidados, uma vez que articulei, entre a pessoa idosa e a equipa multidisciplinar.

Atividade 3: Implementação do Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa

Outra das atividades desenvolvida durante o decorrer do ensino clínico na USF, foi contribuir para a implementação do “Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa na USF X”, desenvolvido pela equipa de investigação que está a desenvolver o projeto “Centro de saúde amigo das pessoas idosas” (Gomes, I., Almeida, I., Alves, P., Cruz, H., 2019), mais especificamente do seu fluxograma de intervenção em parceria com a pessoa idosa para prevenção e controlo da fragilidade.



Fluxograma de intervenção em parceria com a pessoa idosa para prevenção e controlo da fragilidade, tendo por base o modelo de parceria de Gomes, 2021 (in Cruz, 2021)

Pôde-se constatar, que numa época em que os profissionais referem ter pouca disponibilidade para efetuar os registos que necessitam, e dar visibilidade aos seus cuidados, este fluxograma permite-nos fazer um despiste rápido das pessoas idosas, que apresentaram maior propensão para a fragilidade, através de um instrumento de avaliação mais curto, que consoante o resultado da avaliação nos permite saber se as nossas intervenções podem apenas serem desenvolvidas no sentido da promoção da saúde e prevenção da fragilidade, ou se teremos de aplicar o Indicador de Fragilidade de Tilburg, e comunicar à restante equipa multidisciplinar, os resultados obtidos, de modo a serem desenvolvidas intervenções adequadas à pessoa idosa. Este fluxograma, propõe ainda que se faça um *follow up à posteriori*,

através da consulta de enfermagem, seja ela presencial ou telefônica. Aquando da realização do estudo de caso, constatou-se que para se conseguir obter as informações necessárias, é fundamental ser estabelecida com a pessoa idosa uma relação de parceria (Gomes, 2016), caso contrário as respostas serão evasivas, não se conseguindo daí obter resultados. Ficou a sugestão de que inicialmente as consultas de enfermagem de *follow-up* deveriam ser presenciais, para que a díade enfermeiro/pessoa idosa se conheça, e consiga estabelecer uma relação de confiança, o que vai de encontro a Gomes et al (2019) que considera que a primeira abordagem à pessoa idosa, no sentido de estabelecer uma consulta telefônica, deve efetuar-se de modo presencial, e nessa circunstância pedir o seu acordo e consentimento. Esta atividade permitiu desenvolver competências no domínio da melhoria contínua de cuidados, uma vez que evidenciei a capacidade de desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua nomeadamente com a implementação do fluxograma apresentado acima.

A operacionalização do “Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa na USF X”, estimulou o querer contribuir de forma ativa para colmatar alguma necessidade sentida por parte da equipa de enfermagem, na área da fragilidade. Após reflexão em conjunto com a Enfermeira Orientadora, e visto que vivemos momentos de pandemia, concluiu-se que seria interessante fazer uma revisão da literatura sobre o Isolamento da pessoa idosa, no contexto pandémico por SARS-CoV-2. Foi utilizada uma metodologia expositiva, uma vez que tivemos de optar por apresentar à equipa sob a forma de PowerPoint® (com áudio), porque no dia da apresentação constatou-se a indisponibilidade de vários elementos terem um período de tempo disponível em comum. Esta situação terá impedido o enriquecimento que poderia ter ocorrido através da partilha de ideias, e da reflexão sobre a nossa prática diária.

Quadro 3. Objetivo geral 2 e objetivos específicos

Objetivo geral 2	Objetivos específicos
Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia

<p>do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na prevenção da fragilidade em contexto hospitalar utilizando a parceria como intervenção de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, realizando uma avaliação sistemática da fragilidade com recurso ao indicador de fragilidade de Tilburg • Contribuir para o desenvolvimento na equipa de enfermagem de competências para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. Implementação do Indicador de Fragilidade de Tilburg.
--	---

Atividade 4: Realização de uma revisão *scoping*

Atualmente deparamo-nos com um aumento significativo de produção científica. Perante isto surge a necessidade de realizar revisões da literatura como meio de revisar o estado da arte, sobre uma determinada temática, independentemente do modo como é feita (Vilelas, 2020).

O mesmo autor, revela-nos que “as revisões *scoping* fornecem informação ampla e aprofundada em vez de focada, sobre toda a literatura existente, independentemente dos desenhos do estudo, sejam qualitativos ou quantitativos” (p. 125). Assim, as revisões *scoping* caracterizam-se por nos demonstrar a amplitude de um determinado tema, para que se possa disseminar conhecimento ou identificar lacuna na área da temática em causa. Servem ainda, para “esclarecer um conceito complexo e refinar as pesquisas subsequentes” (Vilelas, 2020, p. 126), sendo muitas vezes o ponto de partida para uma revisão sistemática da literatura.

Foi com esta premissa, que demos início a esta atividade quando começámos a formulação do nosso projeto. *The Joanna Briggs Institute* (2017) preconiza que uma revisão *scoping* se divida em diversas fases, sendo elas: definição do título, criação de objetivos, formulação da questão de investigação, pesquisa em bases de dados científicas por estudos relevantes, seleção dos estudos de acordo com os

objetivos anteriormente definidos e por último um mapeamento dos dados obtidos, descrevendo, analisando, resumindo e por último concluindo.

A temática há muito estava escolhida, a avaliação da fragilidade, como ponto de partida para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, em contexto de pandemia por SARS-CoV-2. A questão de partida encontrava-se desenhada, “Quais as intervenções de enfermagem para prevenção da fragilidade (C) na pessoa idosa (P) hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2 (C)?”. No entanto, ao efetuarmos a pesquisa no motor de busca EBSCO Host, sempre que adicionávamos o conceito SARS-CoV-2, ficávamos sem resultados. Tendo presente que Siqueira et al (2004) afirmam que a pessoa idosa frágil considera que a sua saúde e manutenção da capacidade de realizar de modo autónomo e independente a execução das suas atividades de vida diária, é o ponto de maior importância, afunilámos a temática para um conceito inerente à fragilidade, a funcionalidade.

Demos então início ao novo processo de realização de uma *scoping*, desta vez como tema as implicações na funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2: uma revisão *scoping* (Apêndice 7). A questão de partida desenhada foi, “**Quais as implicações na funcionalidade (C), da pessoa idosa (P) hospitalizada no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2 (C)?**” (Apêndice VII). Apresenta-se então estruturada segundo o *The Joanna Briggs Institute* (2017). Utilizou-se o motor de busca EBSCO Host, que nos permitiu o acesso a diferentes bases de dados de conhecimento. Selecionámos a MEDLINE complete, a CINHALL complete e MedicLatina. Desta vez com a obtenção de resultados, ainda que aquém do que expectávamos, mas justificado pela temática recente.

Esta atividade permitiu-nos enquanto EEMCVPI, desenvolver competências de investigação comprovadas pelo recurso e elaboração da revisão *scoping*, com o intuito de mudar práticas na equipa de enfermagem, implementando cuidados baseados na evidência científica mais recente.

Para além disso era expectável ser um dinamizador de evidência científica, concluindo que mais investigações deveriam ser realizadas, abrangendo as áreas da funcionalidade e fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, em contexto de pandemia por SARS-CoV-2. Uma vez que são as pessoas idosas que sofrem mais alterações na sua funcionalidade e qualidade de vida, ao que se soma o

desconhecido, as consequências de um isolamento imposto e auto-imposto, levam a situações de isolamento social e solidão, contribuindo desta forma para a fragilidade social e psicológica.

Atividade 5: Aplicação de uma escala de avaliação da fragilidade

Esta atividade consistiu na aplicação de um instrumento de avaliação da fragilidade (IFT), com o objetivo de identificar a prevalência da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, no serviço de medicina, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, no período de 4 de janeiro a 16 de abril de 2021, para realização do diagnóstico da situação.

Para tal, começámos por efetuar uma pesquisa da literatura de modo a identificarmos uma escala de avaliação da fragilidade que correspondesse aos objetivos propostos no projeto e que nos permitisse verificar a prevalência de fragilidade no serviço de medicina.

Optámos por selecionar o Indicador de Fragilidade de Tilburg (IFT), uma vez que já se encontrava validado e traduzido, para Portugal, por Coelho (2014) (ANEXO I). A opção pelo mesmo deveu-se ao facto de permitir efetuar uma caracterização das pessoas idosas frágeis de forma holística, uma vez que perspetiva a fragilidade em três domínios (físico, psicológico e social). O IFT é uma escala composta por duas partes (A e B), num total de vinte cinco questões. A parte A é constituída por dez itens que compõem as determinantes da fragilidade: dados sociodemográficos, estilos de vida, comorbilidades, acontecimentos de vida e satisfação com o ambiente habitacional do indivíduo.

A parte B apresenta-se dividida nas três dimensões (física, psicológica e social), num total de quinze itens. A dimensão física inclui oito questões sobre: saúde física, perda de peso inexplicável, dificuldade na marcha, dificuldade em manter o equilíbrio, problemas de audição e visão, falta de força nas mãos e cansaço físico. A dimensão psicológica é constituída por quatro questões: cognição, sintomas depressivos/ansiosos e estratégias de *coping*. Por sua vez a dimensão social, é composta por três itens: morar sozinho, relações sociais e apoio social. Na parte B, fazem-se os cálculos do *score* total e parcial de cada dimensão. O ponto de corte na versão validada para português dá-se no *score* 6, o que se traduz por a pessoa idosa apresentar fragilidade se obtiver *scores* iguais ou maiores que 6. Quanto maior o *score*, maior será o grau de fragilidade.

Para a utilização do IFT, solicitámos autorização ao autor, que realizou a validação e tradução da escala para português. Para a aplicação do instrumento de avaliação, foram também cumpridos os requisitos éticos pelo que foi obtido o consentimento do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do hospital X, da ARSLxVT, tendo sido obtido o parecer favorável. Obtivemos ainda, o consentimento esclarecido, livre e informado dos participantes; cumprindo os princípios éticos para assegurar o anonimato, o respeito pela autodeterminação e privacidade, garantia de proteção contra qualquer desconforto ou prejuízo e um tratamento justo e equitativo. Todos os participantes deram o seu consentimento por escrito.

Para a aplicação do IFT a pessoas idosas hospitalizadas, optou-se por fazer uma seleção dos participantes por conveniência e tendo em conta o que refere Ribeiro (2010), “que a amostra não probabilística também pode ser designada de conveniência, uma vez que a amostra é escolhida por conveniência do investigador”. O mesmo autor alude ainda que “uma amostra na área da saúde é uma amostra sequencial”. Designa a amostra em que as unidades constituintes são escolhidas estritamente na base “primeiro que aparece, primeiro escolhido” (p. 44). A nossa escolha de uma amostra de conveniência deveu-se ao facto de estarmos a realizar um ensino clínico, num serviço de medicina, de um hospital da região de Lisboa, com um espaço de tempo definido e assim incluímos no estudo todas as pessoas idosas que eram elegíveis, tendo em conta os critérios de inclusão (pessoas idosas – com 65 anos ou mais, hospitalizadas, no serviço de medicina à data de implementação do projeto; pessoas idosas com capacidade cognitiva, de audição e de comunicação oral, pessoas idosas que aceitem participar no estudo) e exclusão (pessoas idosas que não cumpram os critérios de inclusão; pessoas idosas que não aceitem participar no estudo), à medida que nos foram surgindo durante o ensino clínico, no serviço de medicina.

Deste modo, aplicámos o IFT numa amostra de conveniência de catorze pessoas idosas que se encontravam hospitalizadas (no período de 25 de fevereiro a 16 de abril de 2021). Os critérios de inclusão delineados foram pessoas com mais de 65 anos, que se encontravam hospitalizadas no serviço de medicina, e que tivessem capacidade cognitiva, de audição e de comunicação oral. Para avaliação da capacidade cognitiva foi realizada uma avaliação com a aplicação do *Mini-Mental State Examination de Folstein*. A análise estatística dos dados resultantes da

aplicação da IFT foi realizada utilizando estatística descritiva efetuada através do *Software Microsoft Excel*®.

Resultados

Da análise dos dados, resultou a seguinte característica da amostra: 57,1% dos participantes eram mulheres e 42,9% eram homens. No entanto, estes últimos (55,5%) apresentavam-se mais frágeis que as mulheres (44,5%). Da amostra verificou-se ainda que a média de idades é de 78 anos, bem como a mediana, e a faixa etária com maior percentagem de participantes é a dos 75 aos 84 anos de idade com 64,3%, é também nela que se encontra a maior percentagem de idosos frágeis com 66,7%. Quanto ao estado civil, os casados e os viúvos representavam 42,9%, são as pessoas idosas casadas que apresentavam um valor maior de fragilidade com 44,5%. Quanto à escolaridade 71,4% frequentou entre 1 a 4 anos, e o mesmo se repete no grupo de idosos frágeis com 66,7%.

Quando questionados sobre o valor do rendimento mensal do agregado familiar, na amostra total de idosos o intervalo entre 501 e 750€ representa 35,7%, mas já quando verificámos o das pessoas idosas considerados frágeis estes distribuem-se por dois intervalos, 501 a 750 €, e o de 1001 a 1500€, cada um deles com 33,3%.

No que diz respeito à perceção que a pessoa idosa tem do seu estilo de vida, o grupo de idosos considerados frágeis, referiu que não é nem muito nem pouco saudável (66,7%), seguindo-se a resposta saudável com 22,2%. Quanto à questão se apresentam duas ou mais doenças crónicas, a percentagem que refere sim, nos idosos frágeis é de 77,8%, enquanto na amostra total é de 71,8%.

Os dados por nós obtidos vão ao encontro dos estudos realizados por Duarte e Paúl (2015); Preto et al (2018); Santiago (2019) e Verde (2019), em que as pessoas idosas frágeis caracterizam-se como tendo idades mais avançadas (mais de 75 anos), com baixa escolaridade (1º ciclo), de nacionalidade portuguesa, e com presença de duas ou mais doenças crónicas. A maioria encontrava-se também num baixo estrato económico. No entanto, o sexo da pessoa idosa frágil do nosso estudo difere dos estudos referidos anteriormente, apresentando-se os homens como mais frágeis em comparação com as mulheres. Muñoz et al (2018) argumentam, que na comunidade as mulheres apresentam-se como mais frágeis pela sua maior longevidade. Os mesmos autores referem que, a nível hospitalar se passa o

contrário, aqui os homens são considerados os mais frágeis pelo facto de serem os que mais recorrem aos serviços hospitalares e utilizarem o regime de internamento. Os resultados por nós obtidos podem ser uma causalidade devido à nossa amostra de conveniência, ou suportados pelos resultados de Muñoz et al (2018).

A prevalência de fragilidade na amostra é de 64,3%. Das catorze pessoas idosas, a quem foi aplicado o IFT, apenas cinco não se encontravam no *score* de fragilidade. Quanto à distribuição do *score* de fragilidade, o *score* de 10, apresentava uma percentagem de 21,4%, enquanto o *score* 9 e 11 alcançavam 14,3%, respetivamente. Em comparação com Verde (2019), que realizou o seu estudo a nível da comunidade, através do IFT para verificar a prevalência da fragilidade na população de USF X, as pessoas idosas a quem aplicámos o IFT apresentaram *scores* de fragilidade mais elevados.

As pessoas idosas hospitalizadas apresentam *scores* mais elevados de fragilidade, condicionados pela presença de uma doença aguda, que segundo a literatura pode ser o factor desencadeante da fragilidade, e da exposição relativamente recente ao vírus SARS-CoV-2.

No domínio da fragilidade física verificámos que o cansaço físico, a perda de peso, a dificuldade na marcha, a falta de equilíbrio e as dificuldades de visão se salientam, enquanto no estudo de Verde (2019) destacaram-se os mesmos itens, com exceção para a perda de peso que não era significativa, e em que a dificuldade de audição se salientava, enquanto nos dados do estudo por nós realizados surge a dificuldade na visão. No nosso estudo o item perda de peso surge, provavelmente associado à doença por COVID-19, sendo uma manifestação desta. No domínio da fragilidade psicológica, “o sentir-se nervoso no último mês” é referido por todos os participantes. Referem ainda que conseguem lidar com os problemas, no entanto, a mesma percentagem admite ter-se sentido em baixo no último mês. A pandemia por SARS-CoV-2, levou ao isolamento das pessoas idosas, motivado pelos estados de confinamento que vivenciamos, promovendo assim sentimentos de solidão, depressão e ansiedade. Andreasen et al (2015), concluíram, que sentimentos relacionados com nervosismo e ansiedade afetam claramente as pessoas idosas frágeis, mas que no seu estudo se destaca ainda o facto das mesmas referirem sentir-se desiludidas e cansadas, sem forças para lidar com os seus problemas, o que vai ao encontro dos dados por nós obtidos, e aos autores de estudos portugueses que realizaram estudos na comunidade (Verde, 2019; Santiago, 2019).

Já no domínio da fragilidade social, apenas se salienta o item que a pessoa idosa sentia falta de pessoas à sua volta. Também Andreasen et al (2015), no seu estudo referem que se constata a necessidade de estar rodeado da família e de amigos, sentindo-se a pessoa idosa, muitas das vezes, solitária. Os mesmos autores realçam que a solidão e a tristeza são expressadas pela pessoa idosa frágil, e que agudizaram durante a pandemia por SARS-CoV-2, com a promoção contínua da restrição de contatos, e com o isolamento das suas redes familiares e sociais.

Dos dados por nós obtidos podemos constatar que mais de metade das pessoas idosas internadas, no serviço de medicina, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, apresentava um índice de fragilidade.

A implementação de escalas de avaliação da fragilidade, poderá promover a intervenção precoce por parte das equipas multidisciplinares, para que se minimize as consequências da fragilidade na pessoa idosa, mais vulnerável por si só ao SARS-CoV-2. A apresentação destes dados à equipa de enfermagem poderá ajudar a perceber a importância da aplicação da escala para identificação das pessoas idosas frágeis e desenvolvem competências nas equipas para intervir na prevenção da fragilidade e promoção da funcionalidade da pessoa idosa internada.

Atividade 6: Elaboração de um plano de cuidados, suportado no Modelo de Parceria, para prevenção da fragilidade, em contexto de pandemia por SARS-CoV-2

Durante a prestação de cuidados, mais especificamente na tomada de decisão, o enfermeiro necessita identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individualmente, e/ou da sua família. Após a identificação dessas necessidades, são prescritas intervenções que visam evitar o risco, a deteção dos potenciais problemas o mais precocemente possível e a identificação dos problemas reais que deverão ser resolvidos ou minimizados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No Regulamento nº 141/2019, verifica-se que são competências do EEMCVPI, a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, sendo esta baseada em princípios, valores e normas deontológicas e a gestão na equipa, de práticas de cuidados que preconizem a segurança, privacidade e dignidade da pessoa idosa. Para o desenvolvimento destas competências optou-se

pela realização de um estudo de caso, durante a prestação de cuidados no ensino clínico.

Tendo presente a premissa de que a pessoa idosa com síndrome de fragilidade é definida como tendo um estado dinâmico de equilíbrio instável afetando um ou mais domínios de saúde. Constata-se que podem estar presente fatores como ansiedade, apoio social e conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis, depressão, desnutrição, equilíbrio prejudicado, estilo de vida sedentário, exaustão, força muscular diminuída, astenia, imobilidade, intolerância à atividade, isolamento social, quedas, mobilidade diminuída, obesidade e tristeza, Ihe surjam associados (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Assim sendo, para abordar estas situações sobre o ponto de vista do cuidado de enfermagem, importa perceber em que modelos nos apoiamos pelo que optámos pelo Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021), por se tratar de um modelo com o qual nos identificamos, que dá primazia ao conhecimento da pessoa idosa, bem como do seu projeto de vida, incluindo a pessoa em todo o processo de tomada de decisão.

Para um melhor conhecimento da pessoa idosa foi elaborado um guia de colheita de dados (Apêndice X), com base no modelo anteriormente referido, de modo a facilitar ainda a recolha de informação, bem como a sua organização. Na fase do revelar-se e envolver-se é muito importante o conhecer a pessoa idosa e familiar e as suas necessidades e potencialidades pelo que o uso de escalas de avaliação geriátrica pode ajudar a objetivar em algumas dimensões esses conhecimentos. Assim a identificação de escalas que permitam uma melhor caracterização da pessoa idosa, traduzido num conjunto de intervenções de enfermagem que se encontrem direcionadas para os resultados obtidos torna-se necessária. Albuquerque (2015) salienta que “Os instrumentos de avaliação geriátrica pretendem, grosso modo, estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e uma avaliação clínica adequada, que irão servir de base para a tomada de decisões sobre a intervenção” (p.14).

A seleção da Sra. A, para o estudo de caso (Apêndice XI), sucedeu por se tratar de uma pessoa idosa, internada num serviço de medicina e com um internamento no mês anterior por SARS-CoV-2. A Sra. A. apresentava um cansaço que era visível quando comunicava connosco, para além de se apresentar deprimida.

Num primeiro contato com a Sra. A., tal como evidenciado no Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021), apresentei-me, pelo meu nome próprio, identificando-me como aluna de Mestrado EMCVPI, dando-me a conhecer e demonstrando-me disponível para a escutar e simultaneamente conhecê-la, identificando as suas necessidades e capacidades. Assim que se estabeleceu uma relação de confiança e empatia, abordei a Sra. A. no sentido de ser ela o meu foco de atenção. Após esclarecida sobre o projeto a implementar no âmbito do EC, foi obtida a aprovação da Sra. A. e o seu consentimento por escrito.

Uma vez que nos encontrávamos em contexto de pandemia e não existiam visitas, a relação de confiança e partilha, que se estabeleceu entre mim e a Sra. A. foi evidente, sendo a própria a querer partilhar toda a informação e expectativas que tinha, bem como as suas maiores preocupações e medos.

A elaboração do plano de cuidados foi suportada pelo Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021). Este permitiu-nos que prestássemos cuidados à pessoa idosa frágil, através do conhecimento da mesma e do seu projeto de vida, a sua situação de doença, contexto familiar e social onde se inseria, de modo a que pudéssemos intervir de uma forma holística e individualizada.

O Modelo de Parceria concebe que a pessoa idosa seja parte interveniente ativa no seu plano de cuidados, uma vez que tem por base o seu projeto de vida. Ao utilizarmos este modelo importa ter em atenção as necessidades e capacidades da pessoa idosa, preconizando que lhe são dadas ferramentas e informação adequada para que a própria em consciência possa tomar as suas decisões.

A Sra. A. para além do diagnóstico de fragilidade apresentou ainda outros diagnósticos que contribuíram de modo ativo para a sua fragilidade, tais como, alteração do humor relacionado com a depressão ligeira, a mobilidade física prejudicada por cansaço a pequenos esforços e como consequência a dependência para a satisfação das suas atividades de vida diária e instrumentais, risco de défice de ingestão nutricional relacionado com a sua perda ponderal de peso, a gestão da terapêutica inadequada e ainda o risco de queda associado às suas quedas repetitivas, que tiveram como consequência fraturas ósseas.

Com estes diagnósticos identificados, deu-se início à negociação de intervenções com as quais a Sra. A. se identificasse de modo a conseguirmos toda a sua colaboração, tal como é defendido pelo Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021). Das intervenções que se estabeleceram que a Sra. A., e que ela quis colocar

logo em prática, destaca-se a mudança do local de prestação de cuidados do leito para a casa de banho, não se pretendeu que o fizesse de modo imediato, inicialmente apenas efetuou transferência para o cadeirão, no dia seguinte deslocou-se então em cadeira sanitária, para que conseguisse realizar a sua higiene sentada, uma vez que o seu cansaço e astenia não lhe permitiam deslocar-se e permanecer de pé. Outra intervenção estabelecida foi a recuperação de um *hobbie* que lhe desse conforto, a Sra. A. começou novamente a pintar mandalas como gostava de fazer no seu contexto domiciliário. Todas as intervenções planeadas pretenderam ir de encontro às suas necessidades. Com o cumprimento das intervenções estabelecidas, a Sra. A. manifestou então o receio sobre o regresso a casa. De modo a minimizar a sua preocupação, válida que era, foi estabelecido contato com a assistente social, que em conjunto com o familiar da Sra. A identificou na comunidade quais os recursos que se encontravam ao dispor e que em parceria com a equipa de enfermagem, melhor se adequavam às suas necessidades.

O recurso a instrumentos de colheita de dados e a aplicação de escalas de avaliação permitem ao EEMCVPI, um maior conhecimento sobre a pessoa idosa, bem como a adequação das intervenções de enfermagem à mesma, indo de encontro ao que é enunciado no Regulamento nº 429/2018, em que se preconiza que o EEMC, conceba planos de intervenção, os implemente, e avalie, de modo a minimizar e prevenir as complicações que podem advir da doença aguda ou crónica, com o objetivo de auxiliar na adaptação aos processos de transição.

A elaboração do instrumento de colheita de dados, com base no Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021) e o recurso à utilização de escalas que se encontram validadas para a população portuguesa, permitiu-nos prestar cuidados à pessoa idosa com fragilidade, a partir de um plano de cuidados, onde a pessoa idosa foi incluída e se tornou parte ativa, com o intuito de minimizar as consequências do internamento para a sua pessoa.

O Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021) permitiu-nos sistematizar de modo sequencial todo o processo de enfermagem, sem saltar passos, para que não ocorresse perda de informação. O facto de incluir a pessoa idosa em todo o processo de decisão possibilita-lhe ser parte ativa deste e tomar as suas decisões baseadas em conhecimento.

Este modelo orientou-nos de forma a termos presente que a pessoa idosa é o nosso foco. Promoveu ainda o estabelecimento de uma relação de confiança

enfermeiro/pessoa idosa, permitindo um melhor conhecimento sobre o nosso foco, a importância que dá às coisas e o modo como as percebe e vivencia.

O guia de implementação do Modelo de Parceria (Gomes, 2021), permitiu-nos uma esquematização, para que nada faltasse ao enfermeiro na relação de parceria, de forma a ter ao seu dispor todas as informações para a promoção do Cuidado-de-Si.

O Modelo de Parceria de Gomes (2016,2021), tem a vantagem de ver a pessoa idosa como um todo, mas sem no entanto se esquecer que ela é parceira em todo o processo. É ela que determina quais os seus objetivos, tendo em conta o seu projeto de vida e saúde, ao enfermeiro cabe muni-la de ferramentas para que possa alcançar em plenitude o seu Cuidado-de-Si.

Atividade 7: Reuniões de orientação tutorial

Para a concretização do projeto foram necessárias várias reuniões de orientação tutorial com a Professora orientadora da ESEL, e com a enfermeira orientadora do local do ensino clínico. Ambas se demonstraram sempre disponíveis para me apoiar e aconselhar, principalmente nos momentos em que me encontrava mais desmotivada, uma vez que o contexto de pandemia, alterou as nossas rotinas, implicando uma adaptação quase diária às novas circunstâncias.

A reflexão ação foi a metodologia utilizada. A reflexão das práticas, como um constructo para a melhoria de cuidados, e neste caso concreto, para a realização de cuidados especializados. Peixoto e Peixoto (2016), suportam que “anexo à enfermagem, a reflexão apresenta-se como ferramenta vital para a aprendizagem” (p. 122), pressupõe-se que o EEMCVPI reflete sobre as suas experiências, pensando sobre elas, e avaliando-as, de modo que consigam reconhecer as suas forças e fraquezas. Estas reuniões de orientação tutorial permitiram isso mesmo, que tomasse consciência das experiências vivenciadas em contexto clínico, refletindo nelas de modo a que todas elas se constituíssem momentos de aprendizagem.

Wilson (2009) reforça a ideia, de que a supervisão clínica permite ao EEMCVPI a sua evolução a nível profissional e pessoal. O mesmo autor, constata ainda que a supervisão clínica, pressupõe uma melhoria das nossas práticas através da reflexão, e que permite ainda um conhecimento sobre nós próprios; o que pude constatar nestas reuniões de orientação tutorial. Além da reflexão sobre os

cuidados, era-me requerido que justificasse as atividades planeadas e qual a sua pertinência para alcançar as tão desejadas competências de EEMCVPI e de mestre.

De referir ainda que as reuniões de orientação tutorial, permitiram o cumprimento das atividades por mim planeadas, para o cumprimento do projeto elaborado na unidade curricular Opção II, no âmbito do Mestrado e Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa.

Atividade 8: Elaboração de um guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2

Mandora et al (2020) referem que as pessoas idosas hospitalizadas por COVID-19, experimentaram várias limitações e problemas, logo no momento da alta. Constatando-se a necessidade de os enfermeiros analisarem criticamente as estratégias de informação que utilizam, encontrando soluções para as melhorar, reforça-se a ideia de que identificar o risco de fragilidade nas pessoas idosas hospitalizadas permite uma intervenção, durante o internamento, com vista ao momento da alta e a adequação de estratégias baseadas nas necessidades.

Assim sendo, no decorrer do EC, verificou-se a necessidade de criação de um guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, com o objetivo de sistematizar ideias (pelos elementos que detém já o conceito de fragilidade e para os que ainda não tinham contactado com o conceito), ficarem com um ponto de referência.

A OE (2012) refere que o enfermeiro constata que “a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (p. 12).

Deste modo, o guião tem a pretensão de despertar e motivar a equipa de enfermagem para o conceito de fragilidade e da necessidade de a prevenirmos na pessoa idosa hospitalizada, por esta se encontrar mais predisposta a fatores de risco. Lyndon (2019) refere que dada a natureza multifactorial da fragilidade, para uma intervenção eficaz é necessário que se avaliem os fatores de risco, para uma abordagem holística e multidimensional. Assim como o conceito de que a abordagem à fragilidade, deve ser efetuada por uma avaliação geriátrica abrangente. Essa avaliação permite uma identificação precoce da fragilidade, o seu

diagnóstico e uma gestão eficaz, que permitam a melhoria dos resultados e até mesmo o retardar do *status* de fragilidade, diminuindo também os custos dos cuidados de saúde.

Para que fosse de fácil entendimento, o guião encontra-se estruturado da seguinte forma: objetivo, âmbito, enquadramento teórico (englobando o conceito de fragilidade, a fragilidade e o SARS-CoV-2, instrumentos de avaliação da fragilidade e o Modelo de Parceria de Gomes), intervenções, seguindo-se as conclusões e as referências bibliográficas.

O EEMCVPI tem competências no planeamento de programas de melhoria contínua, agilizando a elaboração de guias orientadores de boas práticas (DR, 2ª série, 2019), e foi isso que se pretendeu demonstrar com a elaboração deste guião, que teve como suporte as várias revisões da literatura que se efetuaram desde a realização do projeto na UC – Opção 2, até ao período pós EC, com o intuito de recolher toda a evidência científica que pudesse surgir. Foi também tido em conta, o estudo de caso realizado durante o EC, no serviço que serviu de base para a confirmação dos diagnósticos demonstrados na literatura e suas respetivas intervenções.

Mas para justificar a necessidade de implementação de um guião de intervenções na prevenção da fragilidade da pessoa idosa por SARS-CoV-2, suportámo-nos nos resultados obtidos na aplicação do IFT no serviço, bem como na análise de conteúdo das narrativas dos enfermeiros do serviço.

Foi com base nas competências de EEMCVPI, que pudémos desenvolver o guião de intervenções, ao termos desempenhado o papel de formador na avaliação, diagnóstico e prevenção da fragilidade, tendo como foco a pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2.

Quadro 4. Objetivo geral 3 e objetivos específicos

Objetivo geral 3	Objetivos específicos
Contribuir como mestre e enfermeira especialista para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção da fragilidade,	<ul style="list-style-type: none">• Envolver a equipa de enfermagem no projeto de intervenção de enfermagem• Promover a adesão ao projeto, Instituições Amigas das Pessoas Idosas

na pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia	
--	--

Atividade 9: Identificar na equipa de enfermagem o seu conhecimento acerca da prevenção da fragilidade

Vilelas (2020) define o instrumento de recolha de dados como um recurso a “que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação” (p. 331). O mesmo autor refere que “o instrumento sintetiza em si todo o trabalho prévio de investigação, resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar, e portanto as variáveis ou conceitos utilizados” (p. 331). Assim sendo, foi pedido a oito enfermeiros, que fizessem análises reflexivas, por escrito, tendo em conta uma situação concreta que no âmbito da fragilidade já faziam bem, ou que ainda não faziam, ou ainda que precisavam de melhorar nas pessoas idosas que identificavam como frágeis. Isto porque, só ao agruparmos toda a informação semelhante, após serem consultadas diferentes pessoas é que a perspetiva individual de cada uma delas se torna valiosa, por se inserir então numa perspetiva mais ampla, como refere Vilelas (2020), “o valor do dado reside não só no seu alcance individual, mas na possibilidade de ser integrado num conjunto maior” (p. 332).

Essa reflexão foi promovida com base num enunciado elaborado anteriormente (Apêndice XIII). Este enunciado foi construído sob as diretrizes do Modelo Reflexivo de Schön (1983), tendo o intuito de ajudar os enfermeiros a sustentar a sua tomada de decisão, suportada em conceitos e constructos teóricos da disciplina de enfermagem, ajudando assim a desenvolver a consistência do seu agir profissional. Assim, o objetivo era que cada um dos enfermeiros participantes descrevesse e analisasse uma situação clínica vivenciada por si, perante pessoas idosas internadas com Covid19, segundo o modelo reflexivo de Johns (1995). A prática reflexiva pode contribuir para problematizar e aprofundar a compreensão que o enfermeiro faz da pessoa idosa, e o modo como o processo de cuidados (colheita de dados, diagnóstico e planificação de intervenções, intervenção e avaliação) espelha um pensamento de enfermagem.

Segundo Benner (2001) os enfermeiros têm cinco estádios, que vão desde iniciado a perito, passando por iniciado avançado, competente, e proficiente. Para a seleção dos enfermeiros tivemos em conta estes cinco estádios de modo a obtermos narrativas reflexivas, de enfermeiros com estádios de práticas diferentes, mas que traduzissem a realidade da prestação de cuidados no serviço.

Dos oito enfermeiros abordados, apenas um se recusou a participar alegando motivos pessoais (doença de familiar próximo) e outro enfermeiro acabou por não entregar a sua narrativa reflexiva.

Para se proceder à análise das narrativas reflexivas utilizou-se a metodologia de Bardin (2016). A referida autora, explana que a análise de conteúdo se organiza em três polos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a sua interpretação.

Primeiramente efetuou-se uma leitura flutuante, de onde se retiraram as primeiras ideias. De seguida procedeu-se à exploração do material, esta permitiu encontrar as primeiras unidades de contexto, bem como as unidades de registo. Bardin (2016) refere-nos que “tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.” (p. 133). A terceira fase consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Da análise de conteúdo às narrativas dos enfermeiros, surgiram nove categorias identificadas de forma indutiva: avaliação da funcionalidade, conhecer a pessoa idosa doente, conhecer a situação de doença e a doença (Covid-19) e sua evolução, adequação de intervenções de enfermagem, instrumentalização do Autocuidado, tomada de decisão na ação, impacto do isolamento imposto, sentimentos e alterações na comunicação.

Quadro 5. Categorias e subcategorias das narrativas dos enfermeiros

Categoria	Subcategoria
Avaliação da Funcionalidade	Limitação ao nível da necessidade respiratória
	Dependência para as atividades de vida diárias
Conhecer a Pessoa Idosa doente	Observação do doente
	Conhecer as vontades e os hábitos da pessoa idosa
	Capacidade para realização das atividades de vida diária
Conhecer a situação de doença, a doença (Covid-19) e sua evolução	Avaliação da situação
	Avaliação dos sinais de evolução rápida associados à evolução da doença (SARS-CoV-2)
Adequar as intervenções	Promover a vida da Pessoa Idosa até à morte
	Monitorização constante da evolução do doente
	Promover o conforto na pessoa idosa
	Estabelecer contacto com a família em função da avaliação e evolução da situação de doença
Instrumentalização Autocuidado	Promover o autocuidado higiene como uma obrigação
Tomada de decisão na ação	Tomada de decisão permanente
	Prevenção da fragilidade física e emocional
Impacto do Isolamento imposto nas pessoas idosas	Impacto do ambiente estranho (isolado)
	Isolamento dos entes queridos
	Ansiedade devido a falta de comunicação
	Medo e solidão
Sentimentos	Envolvimento emocional
	Dificuldade em lidar com a morte em pessoas conscientes
	Lidar com o medo do doente
	Questionamento sobre as suas decisões
Alterações na	Dificuldade na comunicação oral

comunicação	Alteração da Inter-relação pessoal com equipamento de protecção
--------------------	---

Na categoria **avaliação da funcionalidade** salienta-se a referência à dependência para as atividades de vida diária, traduzindo uma limitação da funcionalidade a nível respiratório, bem como a promoção do repouso para melhorar a funcionalidade futura.

A categoria **conhecer a pessoa idosa**, traduz-se por uma observação da pessoa idosa, identificando as suas vontades e hábitos, “manifestou sempre vontade e intencionalidade em manter os hábitos usuais” (N1). É necessária uma avaliação da capacidade por parte da pessoa idosa para realizar as suas atividades de vida diária. Otter et al (2021) refere que para os enfermeiros o encorajar a pessoa idosa a realizar as suas atividades de vida diária é visto como um ponto de partida para a pessoa idosa recuperar a sua autoconfiança e assumir a sua autogestão. Outro elemento que ressalta é a valorização, pelo enfermeiro, da comunicação não-verbal para conhecimento da pessoa idosa. Os participantes salientam que é necessário, que se dê ênfase a esta valorização para que se possa verificar a concordância entre comunicação verbal e não-verbal, e para a colheita de informações quando a pessoa idosa não consegue expressar verbalmente. Exemplo disso refere um participante, “quando prestamos cuidados a um doente ao longo do tempo vamos começando a entender e perceber quando aquela pessoa está bem ou melhor, sem a necessidade da utilização da comunicação verbal que neste caso, está comprometida pela utilização de VNI” (N4).

Conhecer a situação de doença, a doença (Covid-19) e sua evolução é outra das categorias que emergiu. Esta caracterizou-se pelo reconhecimento dos enfermeiros da importância de avaliar a situação, ter conhecimento sobre os diagnósticos da pessoa idosa doente, bem como conhecimento do próprio acerca da sua situação de doença e o envolvimento da pessoa idosa na sua prestação de cuidados, como sendo fundamental (Otter et al, 2021). Nesta categoria os enfermeiros referiram ainda ser muito importante avaliar a dependência física das pessoas idosas, bem como a necessidade de avaliar os sinais de evolução rápida associados à evolução da doença por SARS-CoV-2, de modo a identificar situações em que exista necessidade de transferir a pessoa idosa para o serviço de medicina intensiva, referiu um enfermeiro “ importante era estar atento às pessoas idosas para

perceber e necessidade de ser referenciado para o serviço de medicina intensiva”(N1).

Outra categoria que emergiu foi a **adequação das intervenções de enfermagem**, em que para realização das mesmas os participantes salientaram a experiência como uma influência notória. O enfermeiro sente a necessidade de partilhar a informação com a pessoa idosa, de modo a que esta seja uma participante ativa do seu plano de cuidados. Por se tratar de uma situação nova, este contexto de pandemia, existe uma necessidade constante de partilhar experiências, de modo a adequar permanentemente os seus comportamentos e intervenções, monitorizando de modo contínuo a evolução de doença da pessoa idosa, e assegurando assim o seu cuidado para evitar o agravamento da situação respiratória (traduzida por uma dificuldade respiratória marcada). Esta necessidade de partilhar experiências encontra-se refletida quando o enfermeiro refere “partilhei com alguns colegas. Partilhei com a minha própria família...”(N5) ou “é importante comunicar com os colegas e avaliar, em equipa, a necessidade de colaboração com especialidades como Psicologia em clientes internados e infetados com o vírus SARS-CoV-2”(N6). Este assegurar do cuidado faz-se pela adequação das intervenções de enfermagem ao conhecimento sobre a pessoa idosa doente, e à situação em que esta se encontra. Contudo, foi ainda referido que a presença do enfermeiro demonstra segurança à pessoa idosa que se encontra hospitalizada, e que é da sua competência informar para ajudar a pessoa idosa a enfrentar a gravidade e a realidade da sua situação. O enfermeiro é também o responsável por estabelecer o contacto com a família em função da avaliação de evolução da situação de doença.

Fazem ainda parte da adequação das intervenções de enfermagem, a necessidade de reforçar o potencial da pessoa idosa. Para isso, é necessário promover o conforto na pessoa idosa como expressa este participante: “para o doente os cuidados que prestei resultaram num maior conforto e apesar de difícil, uma maior colaboração que é necessária para realizar desconexões do VNI” (N4). Devido à evolução rápida da doença por SARS-CoV-2, e muitas vezes fatal, o enfermeiro deve ainda promover a vida da pessoa idosa até à morte. O promover o encontro familiar, é visto pelos enfermeiros como a promoção da sua vida, são exemplo disso, “nesta altura contactou-se a filha, que era a familiar de referência para o vir visitar” (N2), “sugeri que falasse com a família e recusou ... não queria

preocupar ou não se sentia capaz ... (...) falei com a família antes e depois da morte. Estavam em quarentena não podiam estar presentes” (N5).

Da categoria **instrumentalização do Autocuidado**, depreende-se o reconhecimento do enfermeiro sobre a sua imposição acerca da necessidade de promover o autocuidado higiene como uma obrigação, promovendo uma reflexão sobre a necessidade real disso em função do contexto da pessoa.

Na categoria **tomada de decisão na ação**, é revelada uma tomada de decisão permanente, em que o enfermeiro se vê de modo contínuo a ter de rever as suas decisões, sujeitas a um qualquer tipo de alteração, que pode ocorrer num espaço de segundos. Os participantes alertam também para a necessidade de prevenir a fragilidade, seja ela física ou emocional, “as minhas decisões foram sempre congruentes para com o fim desejado, a estabilidade clinica do utente em período crítico da doença o maior tempo possível que permitisse a sua recuperação mais rápida ou o não agravamento clinico” (N1).

A categoria **impacto do isolamento imposto** surge associado aos tempos de pandemia. Ela traduz-se pelo impacto do ambiente estranho na pessoa idosa hospitalizada, bem como no isolamento desta em relação aos seus entes queridos. Os participantes expressaram: “já não basta o ambiente estranho, pessoas desconhecidas, estar fechado num quarto” (N2), “e ainda para agravar tudo o resto, a ausência de ver um ente querido” (N2) ou “senti que se a família estivesse ali, mais perto em presença física, poderia ser diferente...” (N5). Este isolamento é então gerador de medo e solidão, devido à ausência de visitas. Revela-se ainda que, o isolamento leva a ansiedade devido à falta de comunicação. Zazzara (2020) refere que, o isolamento da pessoa idosa no seu internamento hospitalar, surge como uma intervenção de proteção da equipa multidisciplinar e dos outros doentes, descrevendo ainda que o tempo gasto a vestir o equipamento de proteção individual, também contribuiu de forma significativa, para esse isolamento, mas pode ter um efeito duplo se por um lado se pretende proteger por outro pode fragilizar psicologicamente a pessoa idosa.

Os **sentimentos** dos enfermeiros neste contexto foi também uma das categorias identificadas. Eles traduzem-se de diversos modos, desde um envolvimento emocional por parte do enfermeiro, passando pela sua dificuldade em lidar com a morte em pessoas conscientes. Os enfermeiros referem também a sua impotência ao lidar com o medo da pessoa idosa doente. Por ser uma doença que

ao início se sabia tão pouco sobre ela, e sobre as suas consequências, os enfermeiros viviam uma realidade em que constantemente questionavam as suas decisões, e em que estas se iam baseando nas suas experiências vivenciadas recentemente, bem como na sua observação contínua da pessoa idosa, de modo a fazerem uma gestão dos sinais e sintomas da doença. Por outro lado os participantes referem também, realização pessoal por realizar cuidado de qualidade “senti-me realizada do ponto de vista profissional, pois sei que prestei os melhores cuidados e que aquela pessoa durante o tempo que cuidei dela esteve confortável” (N4).

Outra categoria que surgiu da nossa análise de conteúdo foi **alterações na comunicação**, manifestada por dificuldade na comunicação oral, por parte da pessoa idosa hospitalizada por Covid-19, devido ao seu cansaço, a articulação de sons que é uma exigência extra que leva a um agravamento da dificuldade respiratória sentida. Por parte do enfermeiro, o uso de equipamento de proteção individual é também um fator dificultador. Os enfermeiros referem intervenções para melhorar esta situação como: o reforço da comunicação verbal e a partilha de informação, como uma quebra do silêncio instalado. Sendo uma doença que afetou toda a população, surge também o lidar com valores e culturas diferentes, que podem ser uma barreira linguística ou de costumes a serem respeitados, que tem de ser ultrapassada. Por fim, ainda de salientar que a sobrecarga de trabalho foi referenciada como um contributo à dificuldade na comunicação oral, pela indisponibilidade de tempo para escutar o Outro, que se pode constatar na seguinte afirmação: “infelizmente, devido à necessidade de isolamento e ao facto de estar responsável por mais do que um quarto durante o turno da manhã, foi, por , difícil organizar o tempo de forma a conseguir comunicar mais com os clientes” (N6).

O equipamento de proteção individual surge como promotor de alteração da Inter-relação pessoal, uma vez que é visto como obstáculo que não permite uma comunicação eficaz entre ambas as partes. Não podemos esquecer que as pessoas idosas nesta fase, podem já apresentar alterações ao nível da visão e da audição, e que o simples facto de não puderem visualizar os lábios do seu interlocutor, poder fazer com que se percam na mensagem que lhe está a ser transmitida. A ausência de comunicação não-verbal emerge assim como promotor da alteração das relações interpessoais. As máscaras e o tempo “racionado”, dificultam as relações interpessoais enfermeiro/pessoa idosa, e esta constatação verifica-se nas narrativas

dos enfermeiros, traduzindo-se em afirmações tais como: “era evidente que a comunicação verbal era praticamente unilateral e a comunicação não-verbal tinha muitos constrangimentos: eu equipada com EPI’s e o Senhor A.M. de expressão inacessível de olhos fechados” (N3) ou “o senhor A.M. verbalizava poucas palavras, por vezes impercetíveis devido à máscara” (N3).

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências enquanto mestre e enfermeira especialista, no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais concretamente ao nível do suporte da prática clínica em evidência científica (DR, 2ª série, 2019). Pressupõe-se que o enfermeiro mestre e especialista investiga e colabora em estudos de investigação, tendo para isso identificado anteriormente lacunas de conhecimento com relevância para se tornarem em oportunidades de investigação. Tendo sido identificado que no serviço, onde se realizou o ensino clínico, o tema da fragilidade não se encontrava desenvolvido, permitiu-me identificar quais as práticas de enfermagem desenvolvidas pela equipa, para satisfazer as necessidades reais sentidas por esta, e pelos idosos a seu cargo, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, em que todas as realidades eram desconhecidas. Esta atividade permitiu-me desenvolver competências ao nível da análise de narrativas. Silva e Amendoeira (2018) referem que a narrativa “como técnica de produção de dados, permite-nos identificar na perspetiva dos profissionais, atributos definidores de conceitos relacionados com a natureza da ação em enfermagem” (p. 29). Assim, inicialmente elaborou-se um guião de reflexão, que surgiu como ponto de partida à reflexão do enfermeiro, sobre a sua prática de cuidados à pessoa idosa, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. E ainda competências na análise de conteúdo, uma vez que se tratou de uma investigação qualitativa.

Através da análise de conteúdo efetuada à informação obtida, através das narrativas reflexivas dos enfermeiros nesse contexto, apresentam-se novos dados, que merecem ser tidos em conta, quando formulamos os cuidados à pessoa, tendo em vista a prevenção da sua fragilidade, no contexto de pandemia que continuamos a vivenciar.

Atividade 10: Formação da equipa, através de sessões de formação

O EEMCVPI deve basear a sua *praxis* clínica em evidência científica. Para tal, precisa atuar como um elemento facilitador de aprendizagem na equipa onde se

insere (Regulamento 140/2019). Fazer um diagnóstico formativo das necessidades da equipa, para *a posteriori* atuar como formador, favorecendo os processos de aprendizagem e competências dos enfermeiros.

Na literatura, a formação de adultos, é designada de andragogia. Esta metodologia pressupõe a troca de ideias e experiências entre os adultos (Knowles, 1990). O mesmo autor refere que a andragogia pressupõe a criação de climas favoráveis à aprendizagem, seguido de um planeamento de aprendizagem, em que o próprio adulto participa, efetuando-se um diagnóstico das necessidades, tendo em vista a formulação de objetivos, que serão concretizados através de atividades, que sejam operacionalizadas, e que culminem com um novo diagnóstico das necessidades formativas. Foi partindo deste pressuposto, que se planeou a formação à equipa do serviço de medicina.

De salientar ainda, que um momento de formação não é obrigatoriamente um momento formal, existem aprendizagens em registos informais que nos permitem a partilha de informações, a adequação de cuidados e a aquisição de novos conhecimentos que podem ocorrer nas passagens de turno, em conversas informais, ou até nos períodos de lazer. Eraut (2004) e Júnior e Mourão (2011) alertam-nos para que estejamos disponíveis a estas novas aprendizagens, uma vez que a aprendizagem informal contribui de forma significativa para que possamos compreender as diferentes situações com que nos deparamos, na nossa prática de cuidados. Assim sendo, a primeira abordagem por mim desenvolvida foi através de conversas nas passagens de turno, fazendo um diagnóstico da situação, o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a prevenção da fragilidade à pessoa idosa hospitalizada. Pude constatar que a temática era uma necessidade formativa, e que a equipa demonstrava interesse pelo tema, que alguns confessaram não conhecer.

Posteriormente reuni-me com a equipa em pequenos grupos, onde dei a conhecer o projeto, e o que pretendia com a sua implementação. Após a aprovação do projeto pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética, foi então apresentado o mesmo de modo formal a toda a equipa, através da aplicação LOOM®, uma vez que, à época, não era permitida a permanência de mais de dez pessoas na mesma sala. As contingências a que a pandemia nos obrigou, permitiram que a formação pudesse ser acedida pelos enfermeiros, no local que desejassem, à hora que lhes fosse mais conveniente. Foi então enviado a toda a

equipa, um *e-mail* no dia 10 de março de 2021, com dois links, um para a apresentação da formação, outro para a avaliação da formação, e o plano da sessão formativa.

A sessão intitulava-se Apresentação do Projeto “Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2”. A formação teve a visualização de vinte enfermeiros, mas apenas nove responderam às questões de avaliação sobre a sessão de formação. A sessão assentou num método expositivo, uma vez que não houve a possibilidade de interação na sua apresentação, de modo a que se conseguisse abranger o maior número de profissionais possíveis. Tendo por base, os princípios da andragogia, foram então proporcionados *a posteriori*, momentos informais, em que existiram trocas de ideias, partilhas de conhecimentos e ideias, bem como esclarecimento de dúvidas. Vários elementos da equipa confidenciou ainda, tratar-se de uma temática a valorizar, tendo em conta a população que se encontrava internada naquele serviço, com a chefia a querer dar continuidade ao projeto.

Ao expor uma temática anteriormente desconhecida pela maioria dos elementos da equipa, fui um veículo de transmissão de conhecimentos, estimulando e promovendo a aquisição de conhecimentos, por parte destes, permitindo a partilha de experiências.

Atividade 11: Participação em eventos científicos

O enfermeiro mestre e EEMCVPI deve demonstrar conhecimentos que lhe “permitam e constituam a base de desenvolvimento (...), em muitos casos em contexto de investigação” (Dec-Lei nº74/2006, p. 2246). Para colocar em prática esta competência, surgiu a primeira oportunidade de participar no concurso *Angelini University Award! 2020/2021*, sobre o mote de Soluções em Crises de Saúde – identificar, gerir e cuidar, com o projeto “Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2”. Esta participação permitiu-nos chegar a uma fase eliminatória onde foram apurados os semifinalistas, o que se tornou numa experiência muito gratificante. Este projeto reportava, a aplicação do IFT, em contexto de hospitalização, uma análise de conteúdo às narrativas dos enfermeiros sobre as suas práticas em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, no âmbito da

fragilidade; e da necessidade de criação de um guião de intervenções para prevenção da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2.

O EEMCVPI para desenvolver competências de especialista e mestre deverá ainda ser capaz de transmitir as suas conclusões e conhecimentos aos seus pares, sejam eles especialistas ou não, de modo claro e sem deixar dúvidas que possam provocar ambiguidades (Dec-Lei nº 74/2006), o que dá o mote à segunda participação em eventos científicos. Desta feita, participámos no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso da ESEL, “Formação, Investigação e Exercício Clínico”, realizado no dia 10 de Novembro de 2021, em que apresentámos uma comunicação livre intitulada “Prevenir a fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. Promoção do Cuidado-de-Si”. Esta foi uma experiência enriquecedora, uma vez, que se tratou da transmissão de conhecimento científico num evento científico.

Através do concurso, e da comunicação livre, foram desenvolvidas competências enquanto Mestre e EEMCVPI, uma vez que foi possível partilhar com os pares, conhecimentos que foram adquiridos ao longo da concretização do projeto. A partilha dos resultados obtidos através da investigação realizada com a aplicação do IFT, e a análise de conteúdo às narrativas dos enfermeiros, contribuíram para a disseminação dos conhecimentos obtidos, com o intuito de melhorar a prática de enfermagem, em relação à pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2.

No futuro pretende-se ainda proceder à escrita de um artigo, para publicação dos dados obtidos da análise das narrativas, para disseminação do conhecimento adquirido através destas.

Atividade 12: Reunir com a chefia do serviço para verificar disponibilidade de aderir ao Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas

Esta atividade não se desenrolou como planeado. Devido à pandemia, que vivenciamos, houve a necessidade do serviço onde decorreu o ensino clínico, em contexto hospitalar, se tornar um serviço covid. Devido a essa situação, e toda a contingência que implicou, a que se juntou ainda a falta de enfermeiros, ocorreu apenas uma reunião com a chefia. Foi-lhe apresentado o que seria um serviço Amigo das Pessoas Idosas, e que implicações teria a adesão a este projeto.

O feedback obtido por parte da chefia de enfermagem do serviço, foi positivo, no entanto foi-me transmitido que embora houvesse vontade, não existiriam ainda as condições necessárias para a colocação deste projeto em prática. Apenas foi nomeado um enfermeiro, para dar continuidade à implementação da avaliação da fragilidade na pessoa idosa, de modo a preveni-la.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é uma constatação nos últimos anos. Com o mesmo, surge também o aumento da longevidade (INE, 2020) e subsequentemente o aumento das comorbilidades e todas as alterações específicas do processo que lhe são inerentes.

Uma das alterações que pode surgir associada ao processo de envelhecimento é a fragilidade. Este é um conceito amplamente discutido, mas que nos dias de hoje ainda não encontra consenso quanto à sua definição. No entanto, verifica-se que a pessoa idosa não pode ser avaliada só na sua dimensão física, pois fatores psicológicos e sociais influenciam a sua autonomia e independência, bem como a sua autodeterminação.

Freire et al (2017) frisam que os profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa idosa devem estar aptos a reconhecer fatores associados à fragilidade, de modo a direcionar e aprimorar as suas práticas. Os mesmos autores referem ainda, que a tomada de decisão do profissional deve-se centrar na pessoa idosa de modo holístico e não apenas numa das suas dimensões.

Assim sendo, no atual contexto de pandemia é importante uma especial atenção às pessoas idosas frágeis uma vez que essa situação provoca um acréscimo de vulnerabilidade para SARS-CoV-2. A este propósito, Nicholson et al (2017) salientam que os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer e dar resposta às necessidades das pessoas idosas com fragilidade. Para que isso aconteça, deverá haver uma avaliação objetiva da fragilidade das pessoas idosas através do uso de uma escala, de modo a intervirmos e a delinear medidas ou intervenções que nos permitam atuar ao nível da prevenção. Esta ideia também é suportada por Andreasen et al (2015), que acrescentam ainda, que um instrumento de avaliação multidimensional que identifique a fragilidade, suporta uma melhoria da prestação de cuidados.

Com este intuito desenvolvemos um projeto, com a finalidade de desenvolver competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, na prestação de cuidados à pessoa idosa hospitalizada e família, potencialmente frágil ou não, nos diferentes contextos de prestação de cuidados, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, visando a promoção do Cuidado-de-Si.

Foi desenvolvido através de uma metodologia de projeto, que pressupõe a identificação de uma necessidade ou problema e na formulação de um plano para que possamos intervir e verificar os resultados obtidos com a nossa intervenção (Ruivo et al, 2012; OE, 2013; Schneider e Flach, 2017) e ainda na disseminação de conhecimento científico que daí derivou (Ruivo et al, 2012; OE, 2013).

A implementação deste projeto ocorreu em dois tempos diferentes, inicialmente numa USF de um ACES da região de Lisboa e posteriormente num serviço de medicina de um hospital, também da região de Lisboa.

Durante o desenvolvimento do projeto foi notória a necessidade de nos basearmos numa evidência científica atual, suportados por um modelo teórico de enfermagem, neste caso, o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021), perspetivando a pessoa idosa como um todo e tendo presente o seu projeto de vida e saúde. Sem qualquer um deles não é possível desenvolvermos competências enquanto EEMCVPI.

Sobre competência, Fleury e Fleury (2001) definem-na como sendo “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.” (p. 188). Partindo desta premissa o projeto permitiu-nos adquirir competências como EEMCVPI, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das atividades profissionais.

No EC que decorreu na USF pude prestar cuidados à pessoa idosa, tendo presente a prevenção da sua fragilidade, promovido através da realização de um estudo caso, desenvolvendo competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e ainda do domínio da gestão de cuidados. Participar de forma ativa em programas de melhoria da qualidade, aplicando o fluxograma de intervenção com a pessoa idosa para prevenção e controlo da fragilidade, tendo por base o Modelo de Parceria de Gomes 2021. E ainda, promovendo aprendizagens profissionais ao desenvolver formação sobre o isolamento da pessoa idosa, em contexto pandémico por SARS-CoV-2.

No serviço de medicina, manteve a aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, durante a prestação de cuidados, demonstrando tomadas de decisão baseadas em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando a pessoa no seu todo e ainda fomentando na equipa

práticas de cuidados que privilegiassem a segurança, a privacidade e dignidade da pessoa idosa.

Durante este percurso, foram ainda demonstradas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, através da criação de um guia de colheita de dados segundo o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021) e de um guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, com base na aplicação do IFT e no tratamento dos dados que daí surgiram.

No domínio da gestão de cuidados, foram prestados cuidados à pessoa idosa, tendo em vista a prevenção da sua fragilidade, participando de um processo de enfermagem suportado pelo Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021). Otimizando sempre a tomada de decisão em parceria com a pessoa idosa e supervisionando a delegação de tarefas, de modo a proporcionarem-se cuidados que garantissem a qualidade destes e a segurança da pessoa idosa. Efetuou-se ainda a liderança da equipa no que respeita à temática da fragilidade, uma vez que esta não se encontrava anteriormente implementada no serviço.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, adquiriram-se competências suportadas em evidência científica e exemplo disso foi a realização da revisão *scoping* sobre “As implicações na funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2: uma revisão *scoping*”, tendo-se concluído que é necessária uma avaliação da funcionalidade para a implementação de intervenções durante o internamento da pessoa idosa e que no contexto de pandemia por SARS-CoV-2, situações de isolamento levam a perdas na capacidade de manter a satisfação das atividades de vida diária. De salientar ainda, que embora a literatura deixe claro que é necessário a aplicação de instrumentos de avaliação para implementar as intervenções, nada é dito sobre as mesmas, sendo assim necessário mais estudos de investigação sobre a temática, que tenham em conta a situação pandémica.

Identificou-se também na equipa de enfermagem o seu conhecimento acerca da prevenção da fragilidade. Após submetido o projeto à Comissão de Ética e este ser aprovado, pediram-se narrativas reflexivas a um grupo de enfermeiros, tendo-se efetuado uma análise de conteúdo *à posteriori*, segundo Bardin. Desta análise surgiram nove categorias, que são elas a avaliação da funcionalidade, o conhecer a pessoa idosa doente, o conhecer a situação de doença, e a doença, o adequar as

intervenções, a instrumentalização do autocuidado, a tomada de decisão na ação, o impacto do isolamento nas pessoas idosas, os sentimentos e as alterações na comunicação. Podendo-se concluir que, os enfermeiros sentem uma necessidade constante de adequar as suas intervenções à pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia, por SARS-CoV-2, com base no conhecimento que têm da pessoa e da própria doença em si, com a necessidade de uma tomada de decisão constante. O isolamento e o recurso aos EPI's, provocam alterações na comunicação que nem sempre conseguem ser minimizadas. Verificou-se ainda um maior envolvimento emocional por parte dos enfermeiros, querendo lidar com o medo da pessoa idosa, do lidar com a sua morte, gerindo ainda a situação familiar dos doentes e acabando por questionar se as suas decisões foram as mais corretas.

Neste domínio, promoveu-se ainda a formação da equipa na temática da fragilidade e qual a importância da sua avaliação, para que se possam implementar e promover intervenções em parceria com a pessoa idosa, tendo como objetivo a prevenção da fragilidade.

Assim sendo, os objetivos propostos no início deste estágio foram assim cumpridos, uma vez que foram desenvolvidas competências nas diferentes áreas de domínio do EEMCVPI, competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão de cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O projeto de implementação permitiu ainda, enquanto futura enfermeira especialista, contribuir para a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos à problemática da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada. Tema este, ainda pouco discutido e evidenciado ao nível dos cuidados, ressaltando ainda, que em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, os fatores predisponentes para a fragilidade aumentam, podendo mesmo ocorrer um agravamento. Assim sendo, a avaliação da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, deverá ser enraizada nos nossos hábitos de prestação de cuidados de enfermagem, de modo a que possamos contribuir de forma ativa para a prevenção da mesma.

Como contributos futuros, pretendo transpor este projeto para a minha prática diária de cuidados, no serviço onde presto cuidados de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada. E elaborar um artigo, com a pretensão de o publicar na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2009). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Formasau. Coimbra
- Albuquerque, C. (2015). *Carlos Manuel De Sousa Albuquerque Avaliação Geriátrica : Selecção E*. Retrieved from [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/31412/1/Avaliacao Geriatica_FMUC_2015_Carlos Albuquerque.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/31412/1/Avaliacao_Geriatica_FMUC_2015_Carlos_Albuquerque.pdf)
- Aliberti, M. J. R., Szlejf, C., Avelino-Silva, V. I., Suemoto, C. K., Apolinario, D., Dias, M. B., ... Hangai, R. K. (2021). COVID-19 is not over and age is not enough: Using frailty for prognostication in hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(5), 1116–1127. <https://doi.org/10.1111/jgs.17146>
- Andreasen, J., Lund, H., Aadahl, M., Gobbens, R. J. J., & Sorensen, E. E. (2015). Content validation of the Tilburg Frailty Indicator from the perspective of frail elderly. A qualitative explorative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 392–399. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.08.017>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bessa, B. M. L. (2017). A fragilidade social: um contributo para a compreensão da síndrome de fragilidade em pessoas idosas. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18685>
- Carneiro, J., Cardoso, R., Durães, M., Guedes, M., Santos, F., Costa, F., & Caldeira, A. (2017). Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(4), 780–785.
- Certo, A., Sanchez, K., Galvão, A., & Fernandes, H. (2016). Modelo artigo AESA. 1(1), 2182–9314.
- Coelho, T. F. M. (2014). Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator). Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.
- Correia, A. L., & Veríssimo, M. (2017). Síndrome de Fragilidade no Idoso. 1– 57.
- Cruz, H.D.T. (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em parceria para o cuidado de si (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República I Série – A, (nº 60 - 24 de Março de 2006), 2242-2257.
- De Smet, R., Mellaerts, B., Vandewinckele, H., Lybeert, P., Frans, E., Ombelet, S., ... Laurent, M. R. (2020). Frailty and Mortality in Hospitalized Older Adults With COVID-19: Retrospective Observational Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 928-932.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.008>
- Direção-Geral de Saúde (2020). Relatório situação epidemiológica em Portugal, Covid 19. Consultado a 9/10/2020 em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/219_DGS_boletim_20201007.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2022). Relatório de situação e+idemiológica em Portugal, covid-19. Consultado a 15/03/2022 em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/03/738_DGS_boletim_20220310_pdf-383kb.pdf
- Duarte, M., & Paúl, C. (2015). Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol*, 18(4), 871–880. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00871.pdf
- Eraut, M. (2006). Learning contexts. *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00115.x>
- Faller, J. W., do Nascimento Pereira, D., de Souza, S., Nampo, F. K., de Souza Orlandi, F., & Matumoto, S. (2019). Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(4), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216166>
- Fleury, M.T.L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição especial, 183–196. Doi: 10.1590/S1415-65552001000500010.
- Fonseca C., Lopes M., Mendes D., Parreira P., Mónico L., Marques C. (2019) Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science*, vol 1016. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener,

- J.,McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=11253156&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acedido em: 05 de dezembro de 2019.
- Germi. (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*, 14(3), 175-181. Doi: [10.1007/s12603-010-0045-6](https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6)
- Gomes, I.D. (2009). Cuidado de Si a Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Lisboa Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa: Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: A natureza da parceria entre o e o doente idoso no domicílio. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.
- Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si : património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem*, 23, 7–16. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-7-16.pdf
- Gomes I. (2021) Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32
- Hammerschmidt, K. S. de A., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- Herdman, T.H., Kamittsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Hewitt, J., Carter, B., Vilches-Moraga, A., Quinn, T. J., Braude, P., Verduri, A., ... Guaraldi, G. (2020). The effect of frailty on survival in patients with COVID-19

- (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(8), e444–e451. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30146-8)
- Knowles, M. (1990). *L'Apprenant Adulte: Vers un Nouvel Art de la Formation*. Paris: Les Éditions D'Organisation.
- Lana, L.D. (2013). Fragilidade no idoso internado e o significado de fragilidade para a equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre
- Lyndon, H., Latour, J. M., Marsden, J., Campbell, S., Stevens, K., & Kent, B. (2019). The holistic assessment and care planning in partnership intervention study (HAPPI): A protocol for a feasibility, cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3078–3087. <https://doi.org/10.1111/jan.14106>
- Lourenço, R.A., Moreira, V. G., Mello, R. G. B., Santos, I.S., Lin, S. M., Pinto, A.L.F, et al. (2018). Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 12(2), 121–135. <https://doi.org/10.5327/z2447-211520181800023>
- Lourenço, R.A., Perez, M. P. (2020). Será a fragilidade e não a idade cronológica o elemento prognóstico essencial no paciente idoso com COVID-19? *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 14(2), 77–78. <https://doi.org/10.5327/z2447-2123202020v14n2edt1>
- Lowthian, J. (2017). How do we optimise care transition of frail older people? *Age and Ageing*, 46(1), 2–4. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw171>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Destaque Informação à Comunicação Social, 1-21
- Johns, C. (1995). *Achieving effective work as a professional activity*. In: J. Schober, S. Hinchliff (Eds.), *Towards advanced nursing practice: key concepts for health care*. London: Arnold.
- Coelho Junior, F. A., & Mourão, L. (2011). Suporte à aprendizagem informal no trabalho: uma proposta de articulação conceitual. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 12(6), 224–253. <https://doi.org/10.1590/s1678-69712011000600010>
- Maciel, G. M. C., Santos, R. S., Santos, T. M., Menezes, R. M. P., Vitor, A. F., Brandão de Carvalho Lira, A. L. (2016). Avaliação da fragilidade no idoso pelo

- enfermeiro: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 6(3). <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1010>
- Mandora, E., Comini, L., Olivares, A., Fracassi, M., Cadei, M. G., Paneroni, M., ... Vitacca, M. (2021). Patients recovering from COVID-19 pneumonia in sub-acute care exhibit severe frailty: Role of the nurse assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 952–960. <https://doi.org/10.1111/jocn.15637>
- Meide, H. V. D., Olthuis, G., & Leget, C. (2015). Why frailty needs vulnerability: A care ethical perspective on hospital care for older patients. *Nursing Ethics*, 22(8), 860–869. <https://doi.org/10.1177/0969733014557138>
- Mitnitski, A. B., Mogilner, A. J., MacKnight, C., & Rockwood, K. (2002). The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index. *Mech Ageing Dev*, 123(11), 1457-1460. doi: Pii S0047-6374(02)00082-9. Doi 10.1016/S0047-6374(02)00082-9
- Munõz, R. L. de S., Brito, C. C., Nascimento, D. de B., Marroquin, S. S., & Gomes, G. S. L. F. (2018). FRAGILIDADE EM IDOSOS INTERNADOS Screening of the Fragility Condition in. *Salusvita*, 37(1), 61–75.
- Nguyen, T., Cumming, R. G., & Hilmer, S. N. (2015). A review of frailty in developing countries. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 19(9), 941–946. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0503-2>
- Nicholson, C., Morrow, E. M., Hicks, A., & Fitzpatrick, J. (2017). Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015>
- Ordem dos enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul Da Ordem Dos Enfermeiros, 1–11. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaborac%27o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de

- enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário Da República*, 2.^a Série, N.º 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750.
- Otter, C. E. M., Smit, J., Hagedoorn, E. I., Keers, J. C., de Man-van Ginkel, J. M., & Schoonhoven, L. (2021). Nurses' perceptions of self-management and self-management support of older patients during hospitalization. *Geriatric Nursing*, 42(1), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.013>
- Owen, R. K., Conroy, S. P., Taub, N., Jones, W., Bryden, D., Pareek, M., ... Banerjee, J. (2020). Comparing associations between frailty and mortality in hospitalised older adults with or without COVID-19 infection: A retrospective observational study using electronic health records. *Age and Ageing*, 50(2), 307–316. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa167>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (11), 121- 132. Doi: 10.12707/RIV16030.
- Pinto, M. J. do C. P., Coutinho, S. C. S. N. (2014). Síndrome de fragilidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD de Psicología*, 1, 171–176. <https://doi.org/10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.020>
- Portela, V., Cebola, M. (2021). Prognóstico da COVID-19 em idosos institucionalizados e com desnutrição, fragilidade e sarcopenia: revisão de escopo. *Acta Portuguesa de Nutrição*24, 64-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2412>
- Preto, L. S. R., Conceição, M.d. C. D. d, Amaral, S. I. S., Figueiredo, T. M., & Preto, P. M. B. (2018). Fragility and associated risk factors in independent elderly people living in rural areas. *Journal of Nursing Reference*. 16, 73–84. Doi: 10.12707/RIV17078.
- Regulamento nº 122 (2011). Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série (Nº 35 de 18 de fevereiro de 2011), 8648-8653.

- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ªed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Ritt, M., Rádi, K. H., Schwarz, C., Bollheimer, L. C., Sieber, C. C., & Gassmann, K. G. (2016). A comparison of frailty indexes based on a comprehensive geriatric assessment for the prediction of adverse outcomes. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(7), 760–767. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0644-3>
- Rodríguez, J.G., Muñoz, J.M., Muela, F.J., García-Prendes, C.G., Rivera, M.M., & Armas, L.G. (2020). Variables associated with mortality in a selected sample of patients older than 80 years and with some degree of functional dependence hospitalized for COVID-19 in a Geriatrics Service. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 55(6), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.07.002>
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526–529. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl023>
- Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & estudantes do 7º CLE. (2010) Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos. 15. 1-37. Schneider, D. R., Flach, P. M. V. (2017). Como construir um projeto de intervenção? Eixo de instrumentos. Aberta
- Santiago, A. M. A.(2019). Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social apresentada ao Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre. Coimbra
- Schneider, D.R., Flach, P.M.V. (2016). Como construir um projeto de intervenção? Eixo de instrumentos. Aberta.
- Silva, I.B., Amendoeira, J. (2018). O uso da narrativa no paradigma da investigação qualitativa. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*(6), N.º 2, 2018, pp. 29 – 40, DOI: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- The Joanna Briggs Institute (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Łoboz-Rudnicka, M., Manulik, S., Łoboz-Grudzień, K., & Gobbens, R. J. J. (2014). Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg frailty indicator for optimizing care of polish patients with

frailty syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 9(June), 997–1001.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S64853>

Verde, B. C. C. (2019). Prevenção da fragilidade: cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar. Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa. ESEL. Lisboa.

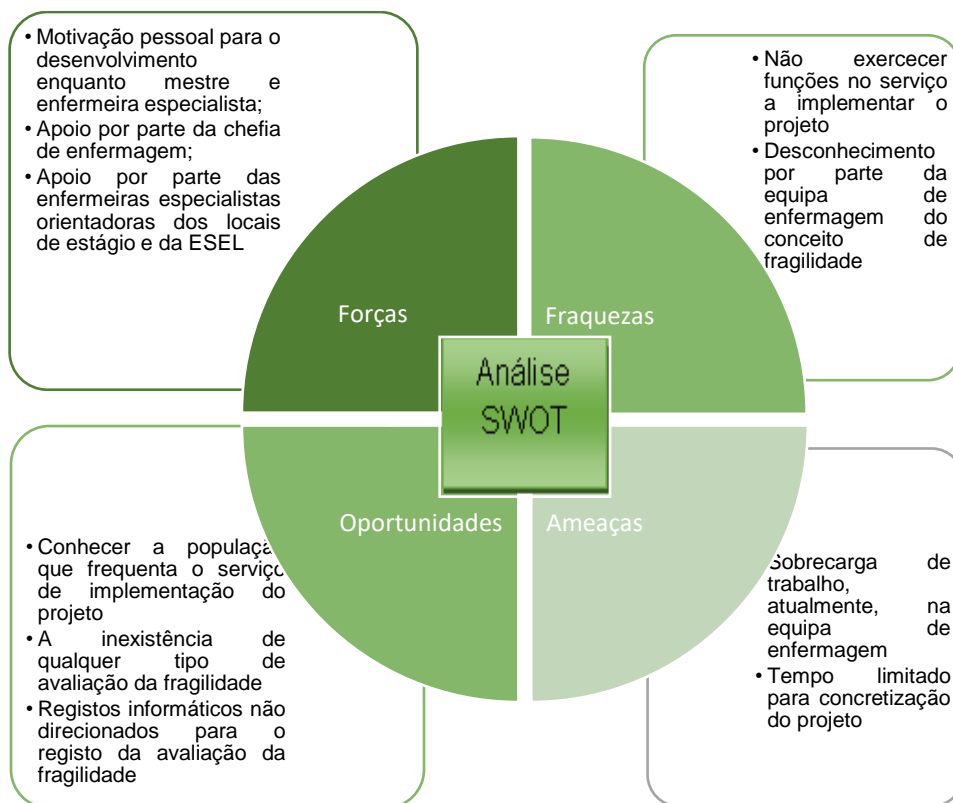
Vilelas, J. (2020). Investigação – O processo de construção do conhecimento. (3ªed.). Lisboa: Edições Silabo.

Zazzara, M. B., Penfold, R. S., Roberts, A. L., Lee, K. A., Dooley, H., Sudre, C. H., ... Lochlainn, M. N. (2021). Probable delirium is a presenting symptom of COVID-19 in frail, older adults: A cohort study of 322 hospitalised and 535 community-based older adults. *Age and Ageing*, 50(1), 40–48.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa223>

APÊNDICES

Apêndice I – Análise SWOT

Análise Swot: diagnóstico da situação para implementação do projecto de intervenção: Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2



**Apêndice II – Plano de ação com objetivos gerais, objetivos específicos,
atividades e indicadores de avaliação**

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade em contexto domiciliário, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, visando a diminuição a predisposição ao SARS-CoV-2

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Local de estágio
<p>- Identificar as estratégias dos enfermeiros para promoção dos cuidados em parceria, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa;</p> <p>- Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade na PI no domicílio, em contexto de pandemia;</p> <p>- Contribuir para a implementação do Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa, USF X</p>	<p>- Percecionar o que a equipa da USF faz em relação à fragilidade da pessoa idosa, em contexto domiciliário para promover o Cuidado-de-Si;</p> <p>- Desenvolver cuidados à pessoa idosa, prevenindo a sua fragilidade, em contexto domiciliário;</p> <p>- Implementação do Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa</p>	<p>- Apresenta o projeto de estágio à Chefia de Enfermagem do Serviço, e à Enfermeira Orientadora Especialista em Médico-Cirúrgica</p> <p>- Aplicação do instrumento de avaliação da fragilidade</p> <p>- Reflexão das aprendizagens</p> <p>- Estudo de caso realizado</p>	<p>Professora Orientadora da ESEL</p> <p>Computador Internet</p> <p>Acesso VPN da ESEL</p> <p>Impressora</p> <p>Local de estágio</p>

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na prevenção da fragilidade em contexto hospitalar utilizando a parceria como intervenção de enfermagem

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Local de estágio
<p>- Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia</p> <p>- Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, realizando uma avaliação sistemática da fragilidade com recurso a o indicador de fragilidade de Tilburg</p> <p>- Contribuir para o desenvolvimento na equipa de enfermagem de competências para a prevenção da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. Implementação do</p>	<p>- Realização de uma revisão scoping</p> <p>- Aplicação de uma escala de avaliação da fragilidade</p> <p>- Elaboração de um plano de cuidados, suportado no Modelo de Parceria, para prevenção da fragilidade, em contexto de pandemia por SARS-CoV-2</p> <p>- Reuniões de orientação tutorial</p> <p>- Elaboração de um guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2</p>	<p>- Apresenta o projeto de estágio à Chefia de Enfermagem, e à Enf^a Orientadora Especialista em Médico-Cirúrgica</p> <p>- Registo das formações realizadas</p> <p>- Reflexão das aprendizagens</p> <p>- Existência de estudos de caso;</p> <p>- Aplicação do instrumento de avaliação da fragilidade, e análise dos dados</p> <p>- Guião de intervenções de enfermagem, para prevenção da fragilidade na pessoa idosa, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2</p>	<p>Professora Orientadora da ESEL</p> <p>Enfermeira orientadora do local de estágio</p> <p>Computador Internet</p> <p>Acesso VPN da ESEL</p> <p>Legislação</p> <p>Impressora</p> <p>Local de estágio</p> <p>Disponibilidade da equipa</p>

Indicador de Fragilidade de Tilburg			
-------------------------------------	--	--	--

Objetivo Geral 3: Contribuir como mestre e enfermeira especialista para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Local de estágio
<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a equipa de enfermagem no projeto de intervenção de enfermagem - Promover a adesão ao projeto, Instituições Amigas das Pessoas Idosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar na equipa de enfermagem o seu conhecimento acerca da prevenção da fragilidade - Formação da equipa, através de sessões de formação - Participação em eventos científicos - Reunir com a chefia do serviço para verificar disponibilidade de aderir ao Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento de colheita dados das narrativas dos enfermeiros no diagnóstico de situação, e análise dos resultados - Registo sobre as sessões de formação - Fornece à equipa, material científico - Resultados da pesquisa - Registo da reunião - Registo da nomeação 	<ul style="list-style-type: none"> Professora Orientadora da ESEL Enfermeira orientadora do local de estágio Computador Internet Acesso VPN da ESEL Legislação Impressora Local de estágio Disponibilidade da equipa

Apêndice III – Consentimento esclarecido aos participantes (pessoas idosas)

Consentimento esclarecido aos participantes

Exmo. (a) Sr. (a), pede-se a sua colaboração num estudo cujo título é “*Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2*”. Com o objetivo de promover o Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade, através da avaliação da fragilidade, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem.

A sua colaboração far-se-á através do preenchimento de uma escala de avaliação da fragilidade.

Os dados obtidos serão tratados de modo confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados, Lei nº 58/2019. A sua colaboração é voluntária, motivo pelo qual poderá negar o seu consentimento em qualquer momento.

Disponível para responder a qualquer questão que lhe surja através do seguinte correio eletrónico: soniacbras@campus.esel.pt.

Almada, ____ de _____ de _____

Assinatura do investigador do estudo

Declaro participar de forma voluntária neste estudo, após me ter sido dada toda a informação sobre a natureza deste projeto, tendo sido esclarecido sobre os aspetos importantes. Fui informado (a) que a qualquer momento poderei recusar a minha participação no estudo em questão.

Almada, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Apêndice IV – Consentimento esclarecido aos participantes (enfermeiros)

Consentimento esclarecido aos enfermeiros

Exmo. (a) Sr. (a), pede-se a sua colaboração num estudo cujo título é “*Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2*”. Com o objetivo de promover o Cuidado-de-Si à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade, através da avaliação da fragilidade, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, em contexto hospitalar.

A sua colaboração far-se-á através da elaboração de uma narrativa.

Os dados obtidos serão tratados de modo confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados, Lei nº 58/2019. A sua colaboração é voluntária, motivo pelo qual poderá negar o seu consentimento em qualquer momento.

Disponível para responder a qualquer questão que lhe surja através do seguinte correio eletrónico: soniacbras@campus.esel.pt.

Almada, ____ de _____ de _____

Assinatura do investigador do estudo

Declaro participar de forma voluntária neste estudo, após me ter sido dada toda a informação sobre a natureza deste projeto, tendo sido esclarecido sobre os aspetos importantes. Fui informado (a) que a qualquer momento poderei recusar a minha participação no estudo em questão.

Almada, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Apêndice V – Plano da sessão de formação desenvolvida na USF X

Plano de Sessão de Formação

Tema da Sessão	A fragilidade na pessoa idosa – isolamento social
População Alvo	Enfermeiros
Formador	Sónia Brás
Orientadoras de estágio	Enf. ^a [REDACTED]
Docente	Prof ^a Dr. ^a Idalina Gomes
Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de Enfermagem da USF [REDACTED], para a importância do isolamento social, no âmbito do seu projecto “USF Amiga das Pessoas Idosas”, na área da fragilidade
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">• Contextualizar a situação atual• Identificar a fragilidade como síndrome geriátrica• Apresentar as conclusões do estudo de caso, segundo o fluxograma do manual de intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa, no âmbito do projecto “USF Amiga das Pessoas Idosas”• Definir isolamento social e as suas implicações
Resultados Esperados	No final da sessão é esperado que os formandos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Identificar a fragilidade como síndrome geriátrico.• Identificar uma pessoa idosa em isolamento social
Pré-requisitos	Enfermeiros USF
Duração	30 Minutos
Data	18 de Dezembro de 2020
Local	Sala de reuniões da [REDACTED]


Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador e do tema	Expositivo	Computador Portátil	Diagnostico inicial	5
	Apresentação dos objetivos gerais e específicos				
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: <ul style="list-style-type: none"> • Contextualização da Sessão de Formação (no contexto do projeto de estágio) • A fragilidade • Estudo caso , com base no fluxograma do Manual de intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade nas pessoas idosas, [REDACTED] • Modelo de parceria de Gomes • O isolamento social 	Expositivo e Interrogativo	Computador Portátil	Formativa	20
Conclusão	Síntese	Expositivo	Computador Portátil	Sumativa	5
	Referências Bibliográficas				

Apêndice VI – Sessão de formação desenvolvida na USF X



Sumário

- Objetivos gerais e específicos
- Contextualização do momento
- Fragilidade
 - Conceito
 - Abordagem
- Estudo de Caso
 - Modelo de Parceria
- Isolamento social
 - Conceito
 - Consequências
 - Intervenções
- Referências Bibliográficas




Objetivos

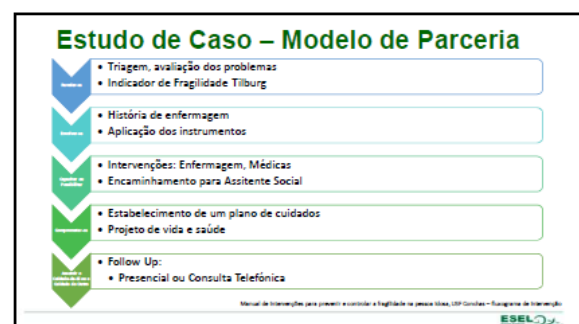
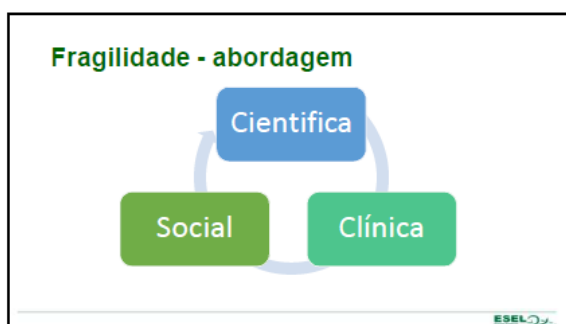
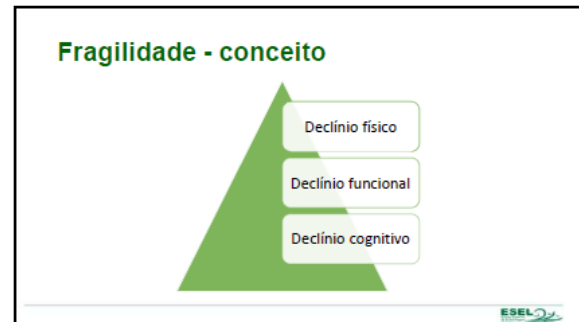
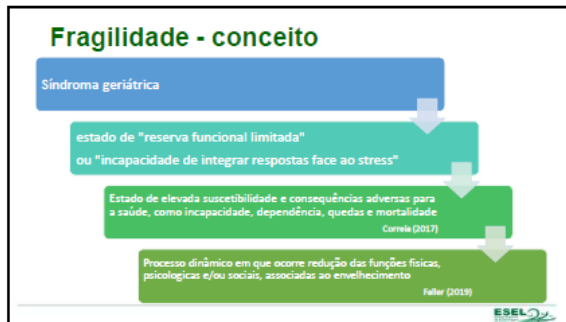
Geral:

- ✓ Sensibilizar a equipa de Enfermagem da USF [redacted] para a importância do isolamento social, no âmbito do seu projecto "USF Amiga das Pessoas Idosas", na área da fragilidade

Específicos:

- ✓ Contextualizar a situação atual
- ✓ Identificar a fragilidade como síndrome geriátrica
- ✓ Apresentar as conclusões do estudo de caso, segundo o fluxograma do manual de intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa, no âmbito do projecto "USF Amiga das Pessoas Idosas"
- ✓ Definir isolamento social e as suas implicações





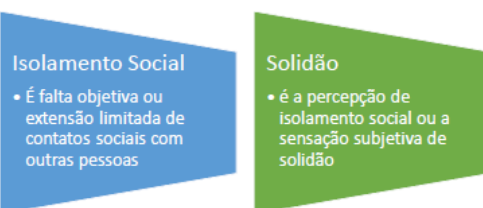
Estudo de Caso ...



Isolamento social

Definição
Consequências
Estratégias

Isolamento social - definição



Isolamento social - definição



Isolamento social

O auto-isolamento está a afetar desproporcionalmente os cidadãos mais velhos, nomeadamente aqueles cujo único contato social se encontra fora das suas casas e se restringe a redes comunitárias, religiosas (e.g., centros de dia, locais de culto), mas também todos os outros que vivem em lares e instituições de acolhimento, cujas condições de funcionamento atual têm sido amplamente discutidas nos meios de comunicação social.

Henriques et al (2020)



Isolamento social - Consequências

Achatamento da curva

Desacelaramento do número de novos casos

Isolamento social está associado à depressão, ansiedade e ideação suicida

Regulador, para modular o efeito da dor social, afetando potencialmente as doenças cardiovasculares

Banerjee et al (2020)



Isolamento social - Consequências

Maiores taxas de mortalidade por doença cardiovascular

um risco 30% maior de doença arterial coronária ou acidente vascular cerebral

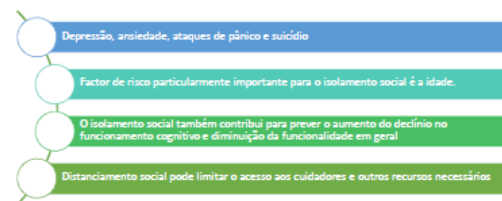
associado a um risco 50% maior de desenvolver demência

risco aumentado de 26% de mortalidade por todas as causas

Banerjee et al (2020); Donovan e Blazer, 2020



Isolamento social - Consequências



Tyrrell et al (2020)



Isolamento social - Consequências

Um nível mais alto de isolamento social relacionadas com o COVID-19 está associado a níveis mais altos de problemas de sono entre adultos mais velhos

Perda de liberdade

Maior dependência dos meios de comunicação social

Grossman (2020); Fitzgerald et al (2020)

ESELO

Isolamento social - Consequências

- O isolamento social está associado a uma taxa de mortalidade geral 35% maior do que aqueles indivíduos que têm apoio social.
- No contexto do COVID-19, evidenciam-se taxas mais altas de isolamento social
- Políticas de permanência em casa
- Políticas restritas de visitantes em hospitais
- Intoxicação digital

Banerjee et al (2020); Silva et al (2020)

ESELO

Isolamento social - Consequências

Os profissionais que prestam assistência aos idosos necessitam perceber a maneira que os mesmos se comunicam, já que o isolamento social pode ser percebido não só pela comunicação verbal, mas também pela não verbal, a exemplo de expressões faciais, gestos, comportamento, queixas físicas e inclusive, tentativas de suicídio

Cavalcanti et al (2016)

ESELO

Isolamento social - estratégias

- Atualmente, não há evidências para o uso de intervenções farmacológicas para reduzir a solidão ou o isolamento
- Estilo de vida saudável: boa alimentação, atividade física, excluir hábitos tabágicos e alcoólicos
- Telemedicina
- Grupos de apoio de familiares e de profissionais

Donovan e Blazer (2020); Kluge (2020); Silva et al (2020); Fitzgerald (2020)

ESELO

Após o fim do surto causado pelo COVID-19, será possível visualizar os danos psicológicos causados na população como consequência do atual cenário, mostrando que esse desgaste mental pode ser comparado aos mesmos sentimentos provenientes de catástrofes naturais e cenários de guerra pelos quais a sociedade passa por stress, tensão, ansiedade, frustração, insegurança relacionada com o futuro e pelo medo da morte.

Silva et al (2020)



Referências Bibliográficas

- Arrighi, R., & Nelson, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 15(1), e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30051-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30051-9)
- Banerjee, I., Buchfelder, G., Sara, B., & Szonyi, M. (2020). Social isolation as a predictor for mortality: implications for COVID-19 prognosis. 1–21. <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20046548>
- Carriado, A., Corchuelo, A., Fernandez-Riva, M., & Salazar-Gonzalez, A. (2020). COVID-19: Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Lockdown in Spain. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1146–1152. <https://doi.org/10.1016/j.amgerp.2020.08.005>
- Cavalcanti, K. F., Mendes, L. M. J., Pôrto, S. F. D., Moutão, R. P., Pereira, R. J., & Melo, R. F. D. (2016). O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Anosar da Gerontologia*, 14(1), 105–116. <https://doi.org/10.11606/issn1981-3181.140105>
- Chatterjee, R., & Intarsis, S. K. (2020). Intergenerational Support Programs: A Way to Prevent Social Isolation During the COVID-19 Crisis. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.16444>
- Comissão, C. (2011). *Prevenção do declínio funcional e do síndrome da fragilidade em pessoas idosas*. 2011.
- Costa, A. L., & Veríssimo, M. (2017). Síndrome de Fragilidade no Idoso. 1–57.
- Denoux, A. L., & Blazer, D. (2016). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1213–1214. <https://doi.org/10.1016/j.amgerp.2016.08.005>
- Felício, J. W., do Nascimento Pereira, D., de Souza, S., Nampio, S. E., de Souza, C. R. F., de Almeida, S. M., et al. (2019). *Instrumentos for the detection of depression in older adults*. *Revista Brasileira de Geriatria*, 23(1), 1–23. <https://doi.org/10.1590/s1981-3181.2018.010020>
- Rogersick, D. A., Natta, V., & Isaacs, D. (2016). *Comprehension of physical disability arising from the COVID-19 pandemic: An Australian perspective*. *Ageing & Health*, 28(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/0898010116666666>



Referências Bibliográficas

- Gomes, I. D. (2013). *Prevenir o cuidado de si: A natureza da parceria entre o paciente idoso no domicílio*. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-115). Loures: Lucidiana.
- Gomes, I. D. (2019). *Prevenir o cuidado de si: parâmetro da enfermagem para o desempenho sustentado, bem-estar e saúde das populações*. *Personas (Enfermagem)*, 23(1), 7–16. Retrieved from <https://www.enfermagem.com.br/revista/2019/01/07/prevenir-o-cuidado-de-si>
- Grossman, E. S., Hoffman, Y. S. G., Patel, V., & Shiva, A. (2021). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and Individual Differences*, 166(August 2021), 110071. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110071>
- Henriques, A., & Dias, I. (2020). As duas faces do isolamento das idosas em tempo de pandemia: quem “achata” e quem “curva” de solidão? *Do Emergência de um Novo Virus Humano à Disseminação Global de Um Novo Doença – Diálogo Por Condições de Vida* (COVID-19), 27(2), 1–15.
- Kilgus, H. H. P., & Regional, D. (2020). *Declaração - idosas correm o maior risco com COVID-19, mas todas devem agir para evitar a propagação da comunidade*.
- Santos, R. O. P., Gonçalves, A. M., Pereira, B. C., Cellari, T. M., Araújo, W. C. T., Pinheiro, D. P., & Wetzka, L. E. (2016). Elderly people living alone. *Psicoterapia (Rio de Janeiro)*, 20(3), 448. <https://doi.org/10.15323/psic20312448>
- Tyrrell, C. J., & Williams, K. N. (2020). The Perils of Social Distancing: implications for Older Adults in the Context of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 214–216. <https://doi.org/10.1037/tra0000340>
- USF Conchas (s.d.). *Manual de intervenções para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa*. USF Conchas



Apêndice VII – Revisão *Scoping*

As implicações na funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2: uma revisão *scoping*

Objetivo: Explorar e mapear a evidência sobre as implicações na funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada no âmbito da pandemia.

Questão: Quais as implicações na funcionalidade (C), da pessoa idosa hospitalizada (P) no âmbito da pandemia por COVID 19 (C)?"

Palavras-Chave: Elderly; Hospitalization; Functionality; COVID 19.

Background

Vivemos hoje tempos de pandemia por SARS-CoV-2. A literatura evidencia que a população idosa é a mais vulnerável a este vírus, por apresentar maior número de doenças crônicas, sejam elas do foro cardíaco ou respiratório, ficando assim mais vulneráveis a processos infecciosos (Nascimento, 2020).

Para que possamos intervir na prevenção da fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, optámos por nos focarmos nas alterações provocadas pelo internamento na sua capacidade funcional. A pessoa idosa frágil, segundo Siqueira et al (2004), vê como ponto de maior importância para a sua saúde a manutenção da sua capacidade em realizar de modo autónomo e independente a capacidade de execução das suas atividades de vida diária, bem como a sua autodeterminação.

Assim sendo, quando nos aludimos à funcionalidade, estamos a referir-nos “à capacidade da pessoa para realizar as atividades da vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo, desta maneira, as dimensões física, emocional e cognitiva” (DGS, 2019, p. 5). A mesma norma expõe a importância da avaliação da funcionalidade, pois as intervenções à pessoa idosa, na prevenção do declínio da sua funcionalidade devem ter em conta o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico, para a definição de tratamentos e cuidados.

A DGS (2019) inclui nos fatores preditores de declínio funcional a hospitalização, a idade avançada, a desnutrição, o declínio da função imunológica, a incapacidade e o compromisso cognitivo.

A hospitalização contribui de modo significativo para o declínio da funcionalidade da pessoa idosa, com a diminuição ao nível da sua qualidade de vida e um aumento do risco de mortalidade, bem como num aumento dos custos dos

cuidados de saúde (Helvik, 2013). A American Care (2019) refere-se à hospitalização como representando um risco de alteração nas pessoas idosas do seu estado funcional devido à doença aguda, à diminuição da sua mobilidade, por repouso no leito, mas ainda faz referência às úlceras por pressão, dor, desidratação e desnutrição, à terapêutica e aos procedimentos invasivos a que são sujeitas.

Mudge et al (2019) reconhecem que a funcionalidade, ou o seu declínio, é uma das cinco complicações da hospitalização, as restantes serão o *delirium*, a incontinência, as quedas e as lesões por pressão.

Gregorevic (2016) salienta 30 a 40% das pessoas idosas no momento da alta hospitalar apresentam uma nova incapacidade, que pode persistir e que as torna dependentes de outros e com necessidade de manter cuidados de saúde.

Sabendo que a hospitalização por si só pode ter graves consequências na pessoa idosa e que a pandemia por SARS-CoV-2 promove o isolamento como forma de não propagação da doença a pessoa idosa vê-se assim perante uma situação que agrava ainda mais, as consequências da sua hospitalização, com um menor tempo na sua prestação de cuidados. Importa por isso questionar que consequências acarreta essa hospitalização?

Por estarmos a vivenciar uma realidade desconhecida até então para nós, pandemia por SARS-CoV-2, tornou-se assim pertinente realizar uma revisão da literatura que nos permitisse explorar e mapear a evidência acerca implicações na funcionalidade, da pessoa idosa hospitalizada, no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, de modo a que possamos adequar as intervenções de enfermagem.

Método de revisão da literatura

Para identificar e explanar o conhecimento científico mais atualizado sobre quais as implicações da hospitalização, na funcionalidade da pessoa idosa, em contexto da pandemia por SARS-CoV-2, optou-se por fazer uma revisão *scoping* da literatura.

A revisão *scoping* proposta foi conduzida de acordo com a metodologia *The Joanna Briggs Institute* para revisões de *scoping*. Partimos primeiro da identificação da questão de investigação, seguindo-se a pormenorização dos métodos de seleção da literatura, bem como o procedimento de extração de dados. Posteriormente realizámos a avaliação dos resultados, tendo em conta a sua pertinência e validade, a sua análise e extração e por fim sintetizando com as conclusões.

Questão de investigação

A formulação da questão de investigação assentou na mnemónica PPC, que se traduz por População (P), Conceito (C) e Contexto (C); por forma a explicitar os objetivos pretendidos na pesquisa dos artigos. A questão de investigação enunciada foi **“Quais as implicações na funcionalidade (C), da pessoa idosa (P) hospitalizada no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2 (C)?”**

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão apresentados na tabela seguinte, foram definidos tendo em conta participantes, conceito, contexto, tipo de estudo, língua e data de publicação, para a seleção dos artigos.

Critérios de inclusão
Tipo de participantes
Os participantes foram pessoas idosas, de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 65 anos.
Tipos de conceito
Estudos publicados, que investiguem a funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada.
Tipos de context
As alterações ocorridas na pessoa idosa hospitalizada, em contexto de pandemia por COVID 19.
Tipos de estudos
Todos os estudos quantitativos, qualitativos e mistos, e ainda artigos de opinião.
Língua
Inglês, português e espanhol.
Data de publicação
O período considerado foram os últimos 2 anos, 1 de janeiro de 2020 a 1 de fevereiro de 2022

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa visou encontrar estudos publicados na língua inglesa, portuguesa e espanhola, em texto integral, tendo-se iniciado de 1 de Janeiro de 2020 a 1 de fevereiro de 2022; adotando uma estratégia de pesquisa com três etapas (*The Joanna Briggs Institute*, 2017).

Foi utilizada uma estratégia de pesquisa com três etapas. Inicialmente, realizámos uma pesquisa no motor de busca Google, relacionada com a “funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada” percebendo deste modo a literatura já existente e que originou as primeiras palavras-chave.

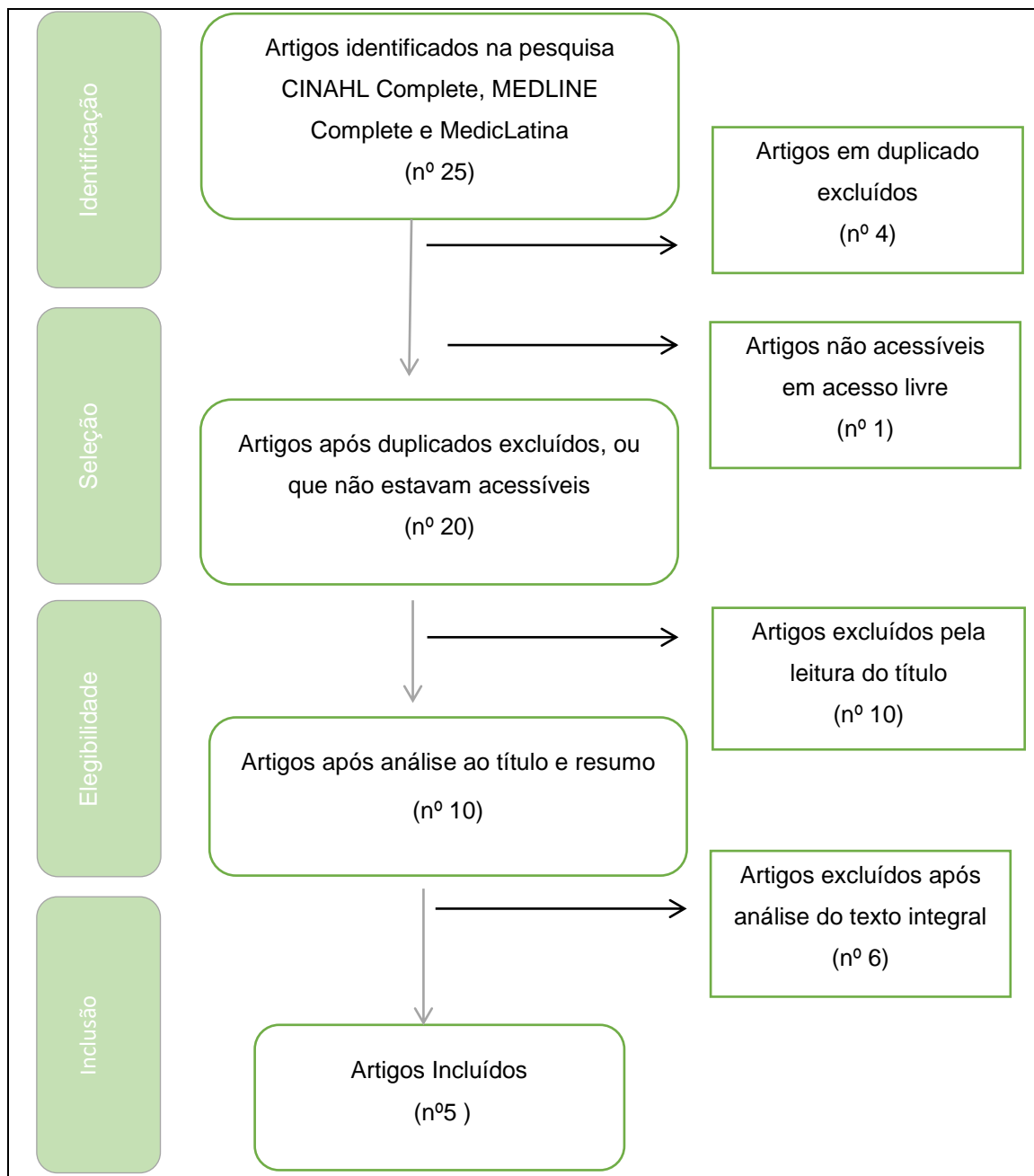
Numa segunda etapa, iniciámos a pesquisa nas bases de dados MedLine, CINHALL e MedicLatina, com as seguintes palavras-chaves: “*elderly*”, “*hospitalization*”, “*functionality*” e “COVID 19”. Após refinamento da pesquisa nas bases de dados, os termos de busca booleana utilizados foram (MH “*Frail Elderly*”) OR (MH *aged, Hospitalized*) OR (MH “*Aged, 80 and over*”) (MH “*Aged*”) OR “*elderly*” **AND** (MH “COVID-19”) OR (MH *COVID-19 Pandemic*) OR (MH *SARS-CoV-2*) OR “*covid 19*” **AND** (MH “*Functional Status*”) OR (MH “*Functional Assessment*”) OR (MH “*Geriatric Functional Assessment*”) OR (“*Physical Functional performance*”) OR “*functionality*”) **AND** (MH “*Hospitalization*” OR (MH “*Hospital Programs*”) OR (MH “*Ancillary Services, Hospital*”).

Para a seleção dos estudos, seguiram-se os critérios de inclusão definidos previamente. Os estudos incluídos, em que os participantes eram pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos (P), as implicações da funcionalidade (C) e em que estas se encontrassem hospitalizadas, no âmbito da pandemia por COVID-19 (C). Foram considerados todo o tipo de estudos, apresentados no período de 2020 a 2022.

Apresentação e discussão dos resultados

Aplicando a estratégia acima descrita obtivemos acesso a 25 artigos, nas bases de dados MedLine, CINHALL e MedicLatina. Foram excluídos 4 artigos por se encontrarem duplicados e outro por não se encontrar em acesso livre. Pelo título foram excluídos 10 artigos e após a leitura integral do texto, mais 6 artigos. Por fim ficámos com 4 artigos.

Fluxograma 1. PRISMA



De seguida apresentam-se os quadros resumo dos artigos que foram alvo da *scoping*.

Artigo nº 1	
Autores	Vallecillo, G., Anguera, M., Martin, N., & Robles, M. J.
Título do estudo	Effectiveness of an Acute Care for Elders unit at a long-term care facility for frail older patients with COVID-19.
Publicação	<i>Geriatric Nursing</i> , Vol. 42
Ano	2021
Tipo de estudo	Observacional
Finalidade do estudo	Descrever a viabilidade e eficácia de uma unidade de cuidados agudos, numa instituição de longa permanência para pessoas idosas frágeis, para reduzir a incapacidade associada ao internamento hospitalar e complicações da COVID-19.
Participantes	Pessoas idosas com ≥ 65 anos, com sintomas de COVID-19, e com score ≥ 5 na Escala Clínica de Fragilidade (CFS), internados entre 14 março e 21 junho 2020.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar: enfermeiros, assistente social, um especialista geriátrico especializado em doenças infeto contagiosas, voluntários unicamente a trabalhar na unidade COVID-19; - Deteção precoce das síndromes geriátricas, promoção de atividades de manutenção da mobilidade e do Autocuidado; - Planos individualizados para cada pessoa idosa.
Considerações éticas	Declaração de Helsínquia. Aprovação pela comissão de ética local.
Implicações na prática	Utilização de escalas para avaliação do grau de dependência, fragilidade, predição da mortalidade, comorbilidades, avaliação do estado cognitivo, da confusão e do <i>delirium</i> ; o declínio funcional era definido por uma diminuição do score da Escala de Barthel; as situações de isolamento levaram a situações de sentimentos de solidão e perdas na realização das atividades de vida diária.

Artigo nº 2	
Autores	Christensen, K. A., Christensen, J., & Eskildsen, S. J.
Título do estudo	Exploring the Ability to Perform Activities of Daily Living and Cognitive Status after Hospitalization with COVID-19: A Multiple Case Study.
Publicação	<i>Occupational Therapy International</i> , 2022, 1–17
Ano	2022
Tipo de estudo	Estudo de caso múltiplo prospectivo
Finalidade do estudo	Explorar a capacidade de realizar AVD e estado cognitivo de pacientes com COVID-19, no momento da alta e após 3 meses.
Participantes	Incluídos pacientes que apresentavam desempenho das AVD diminuído no momento da alta, em comparação com a funcionalidade habitual.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Reabilitação efetuada por terapeutas ocupacionais; - Necessidade de recorrer a instrumentos de avaliação.
Considerações éticas	Diretrizes STROBE.
Implicações na prática	Necessidade de avaliação da funcionalidade, de modo a identificar necessidade de reabilitação, no paciente com COVID-19.

Artigo nº 3	
Autores	Pereira, D. E., Welch, S. A., Montgomery, C. D., Hatcher, J. B., Duggan, M. C., & Ryan Greysen, S.
Título do estudo	Low hospital mobility-resurgence of an old epidemic within a new pandemic and future solutions.
Publicação	<i>Age and Ageing</i> , 50(5), 1439–1441
Ano	2021
Tipo de estudo	Artigo de opinião
Finalidade do estudo	Identificar quatro problemas que surgiram com a imobilidade devida ao COVID-19, e proposta de soluções.
Participantes	-----
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a educação e envolvimento da pessoa; - Otimizar e fornecer equipamento; - Protocolo de treino em todo o hospital; - Colaboração com as principais parte interessadas e especialistas.
Considerações éticas	-----
Implicações na prática	Minimizar as consequências da imobilidade por COVID-19, evitando a propagação da mesma; Evitar retrocesso em relação ao que já existia.

Artigo nº 4	
Autores	Rodríguez-Sánchez, I., Redondo-Martín, M., Furones-Fernández, L., Méndez-Hinojosa, M., Chen-Chim, Saavedra-Palacios, R., & Gil-Gregorio, P.
Título do estudo	Functional, Clinical, and Sociodemographic Variables Associated with Risk of In-Hospital Mortality by COVID-19 in People over 80 Years Old.
Publicação	<i>Journal of Nutrition, Health and Aging</i> , Vol. 25
Ano	2021
Tipo de estudo	Estudo de coorte
Finalidade do estudo	Avaliar o papel dos parâmetros funcionais, clínicos e analíticos na predição de mortalidade em pacientes idosos hospitalizados por COVID-19.
Participantes	499 participantes com 80 ou + anos admitidos num hospital universitário público espanhol entre 4 março e 16 de maio 2020, com diagnóstico de COVID-19 confirmado na admissão.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da pessoa idosa até à alta hospitalar ou óbito; - Estado funcional avaliado através do Índice de Barthel, verificando ainda comorbilidades e polifarmácia.
Considerações éticas	Cumpridas.
Implicações na prática	Estado funcional deteriorado é um forte preditor de risco de morte em pessoas muito idosas, com COVID-19; Polifarmácia só se uso superior a 10 medicamentos; Permite a identificação precoce da mortalidade.

Da análise dos artigos verificámos que são de variados tipos, abrangendo os observacionais, os estudos de caso múltiplo prospetivo, artigo de opinião e um estudo de coorte.

Todos os artigos estão compreendidos no intervalo de tempo delimitado, sendo maioritariamente de 2021 (3) e um de 2022. De salientar ainda que todos os artigos são de estudos realizados fora de Portugal, dois em Espanha, um na Dinamarca e um nos Estados Unidos da América.

Das conclusões a que chegaram destaca-se a necessidade da avaliação da funcionalidade, que as situações de isolamento podem provocar perdas ao nível das atividades de vida diária e que todas as intervenções a implementar durante o internamento da pessoa idosa devem ter o intuito de prevenir o declínio funcional.

Considerações finais

A revisão *scoping* permitiu evidenciar que a temática da funcionalidade, no que diz respeito às suas alterações motivada pela hospitalização da pessoa idosa em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, é ainda escassa e na sua maioria não efetuada por enfermeiros. Para isso as equipas devem ser estimuladas a realizar investigação sobre as suas práticas.

Da literatura evidencia-se a necessidade de aplicação de instrumentos de avaliação, de modo a tomarem-se decisões, mas não ficam explícitas quais as alterações verificadas ao nível da funcionalidade, nem quais as intervenções que foram colocadas em prática para prevenir o declínio desta. De salientar ainda, a referência à necessidade de ter equipas que promovam e estabeleçam protocolos.

Esta revisão *scoping* evidencia a necessidade de estudos de investigação, que tenham em conta as consequências da pandemia SARS-CoV-2, na pessoa idosa e sua funcionalidade, bem como nas intervenções a implementar, com o intuito de minimizá-las.

Referências Bibliográficas

- American Care, A. (2014). Reducing functional decline in older adults during hospitalization: a best practice approach. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(4), 264–265.
- Christensen, K. A., Christensen, J., & Eskildsen, S. J. (2022). Exploring the Ability to Perform Activities of Daily Living and Cognitive Status after Hospitalization with COVID-19: A Multiple Case Study. *Occupational Therapy International*, 2022, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2022/4605989>
- Direção-Geral de Saúde (2019). Norma nº 01/2019, Implementação da tabela nacional de funcionalidade no adulto e idoso. Lisboa, DGS, 1-19. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>
- Gregorevic, K. J., Lim, W. K., Peel, N. M., Martin, R. S., & Hubbard, R. E. (2016). Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.016>
- Helvik, A. S., Selbæk, G., & Engedal, K. (2013). Functional decline in older adults one year after hospitalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 305–310. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.05.008>
- Mudge, A. M., McRae, P., Hubbard, R. E., Peel, N. M., Lim, W. K., Barnett, A. G., & Inouye, S. K. (2019). Hospital-Associated Complications of Older People: A Proposed Multicomponent Outcome for Acute Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 352–356. <https://doi.org/10.1111/jgs.15662>
- Nascimento, M.M. (2020). Covid-19: U3A students' report on the impacts of social isolation on physical and mental health and access to information about the virus during the pandemic. *Educational Gerontology*, 46(9), 499–511. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1795371>
- Pereira, D. E., Welch, S. A., Montgomery, C. D., Hatcher, J. B., Duggan, M. C., & Ryan Greysen, S. (2021). Low hospital mobility-resurgence of an old epidemic within a new pandemic and future solutions. *Age and Ageing*, 50(5), 1439–1441. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab132>
- Rodríguez-Sánchez, I., Redondo-Martín, M., Furones-Fernández, L., Méndez-Hinojosa, M., Chen-Chim, Saavedra-Palacios, R., & Gil-Gregorio, P. (2021). Functional, Clinical, and Sociodemographic Variables Associated with Risk of In-Hospital Mortality by COVID-19 in People over 80 Years Old. *Journal of*

Nutrition, Health and Aging, Vol. 25, pp. 964–970.
<https://doi.org/10.1007/s12603-021-1664-9>

Siqueira, A. B., Cordeiro, R. C., Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos / Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Revista de Saúde Pública*. 38(5), 687–694. Doi: 10.1590/S0034-89102004000500011

The Joanna Briggs Institute (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Vallecillo, G., Anguera, M., Martin, N., & Robles, M. J. (2021). Effectiveness of an Acute Care for Elders unit at a long-term care facility for frail older patients with COVID-19. *Geriatric Nursing*, Vol. 42, pp. 544–547.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.10.004>

Apêndice VIII – Consentimento do autor que validou o IFT para Portugal



Sónia Brás <soniacbras@gmail.com>

Fwd: Pedido de Consentimento para utilização Índice de Tilburg foi traduzido, validado e adaptado para a população portuguesaSÓNIA CRISTINA ALEXANDRE MENDON BRÁS <soniacbras@campus.esel.pt>
Para: Soniacbras@gmail.com

24 de maio de 2022 às 11:59

----- Forwarded message -----

De: [REDACTED]
Date: segunda, 28 de dez de 2020, 12:49
Subject: Re: Pedido de Consentimento para utilização Índice de Tilburg foi traduzido, validado e adaptado para a população portuguesa
To: SÓNIA CRISTINA ALEXANDRE MENDON BRÁS <soniacbras@campus.esel.pt>

Boa tarde,
Agradeço o seu contacto e interesse na utilização do TFI. Tem autorização para utilizar o instrumento.
Ao dispor para qualquer esclarecimento ou colaboração.
Com os melhores cumprimentos,
[REDACTED]

SÓNIA CRISTINA ALEXANDRE MENDON BRÁS <soniacbras@campus.esel.pt> escreveu no dia quinta, 24/12/2020 à(s) 05:22:

Assunto: Pedido de Consentimento para utilização Índice de Tilburg foi traduzido, validado e adaptado para a população portuguesa

Exmo. Senhor Professor Doutor [REDACTED]

O meu nome é Sónia Brás, sou enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital [REDACTED] encontrando-me neste momento a frequentar o 11º Mestrado de Enfermagem, na área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem.

No âmbito deste, pretendo desenvolver um projeto cujo tema é "Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2", sob a orientação da Professora Dr.ª Idalina Gomes.

Por esse motivo, venho solicitar a sua autorização para a utilização do instrumento de avaliação da fragilidade, que por si foi traduzido, validado e adaptado para a população portuguesa do Tilburg Frailty Indicator (TFI).

Desde já grata pela sua disponibilidade, encontrando-me disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Atenciosamente

Sónia Brás

Apêndice IX – Resultados da aplicação do IFT no Serviço de Medicina

Caraterização da amostra

Caraterização sociodemográfica		Amostra		Frágil		Não frágil		
		f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	
Sexo	Masculino	6	42,9	5	55,5	1	20	
	Feminino	8	57,1	4	44,5	4	80	
Idade	65 – 74 anos	4	28,6	2	22,2	2	40	
	75 – 84 anos	9	64,3	6	66,7	3	60	
	≥ 85 anos	1	7,1	1	11,1	0	0	
Estado civil	Casado	6	42,9	4	44,5	2	40	
	Solteiro	1	7,1	1	11,1	0	0	
	Separado	1	7,1	1	11,1	0	0	
	Viúvo	6	42,9	3	33,3	3	60	
Nacionalidade	Portuguesa	13	92,9	9	100	4	80	
	Estrangeira	1	7,1	0	0	1	20	
Escolaridade	0	1	7,1	1	11,1	0	0	
	1 – 4 anos	10	71,4	6	66,7	4	80	
	5 – 10 anos	2	14,3	1	11,1	1	20	
	+ 10 anos	1	7,1	1	11,1	0	0	
Rendimento mensal do seu agregado familiar (€)	≤250	0	0	0	0	0	0	
	251 – 500	2	14,3	0	0	2	40	
	501 – 750	5	35,7	3	33,3	2	40	
	751 – 1000	1	7,1	1	11,1	0	0	
	1001 – 1500	4	28,6	3	33,3	1	20	
	1501 – 2000	2	14,3	2	22,2	0	0	
	≥ 2001	0	0	0	0	0	0	
Estilo de vida: percepção individual	Saudável	5	35,7	2	22,2	3	60	
	Nem muito nem pouco saudável	8	57,1	6	66,7	2	40	
	Não saudável	1	7,1	1	11,1	0	0	
Duas ou mais doenças crónicas e/ou perturbações crónicas	Sim	10	71,4	7	77,8	3	60	
	Não	4	28,6	2	22,2	2	40	
Acontecimentos no último ano	Morte de uma pessoa querida	Sim	3	21,4	2	22,2	1	20
		Não	11	78,6	7	77,8	4	80
	Doença grave em si próprio	Sim	3	21,4	3	33,3	0	0
		Não	11	78,6	6	66,7	5	100
	Doença grave numa pessoa querida	Sim	3	21,4	3	33,3	0	0
		Não	11	78,6	6	66,7	5	100
	Divórcio ou fim de uma relação íntima importante	Sim	1	7,1	1	11,1	0	0
		Não	13	92,9	8	88,9	5	100
	Acidente de viação	Sim	1	7,1	1	11,1	0	0
		Não	13	92,9	8	88,9	5	100
Crime	Sim	0	0	0	0	0	0	
	Não	14	100	9	100	5	100	
Satisfação com o ambiente em sua casa	Sim	13	92,9	8	88,9	5	100	
	Não	1	7,1	1	11,1	0	0	

Prevalência de fragilidade na amostra

Score IFT	Distribuição		Prevalência		
	f_i	$fr_i(\%)$	Resultado	f_i	$fr_i(\%)$
1	0	0	Não frágil	5	35,7
2	0	0			
3	1	7,1			
4	1	7,1			
5	3	21,4			
6	0	0	Frágil	9	64,3
7	1	7,1			
8	1	7,1			
9	2	14,3			
10	3	21,4			
11	2	14,3			
12	0	0			
13	0	0			
14	0	0			
15	0	0			

Perfil da fragilidade:

- Fragilidade Física

Fragilidade física		Amostra		Sem fragilidade		Com fragilidade	
		f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)
Saúde física							
	Sim	7	50	5	100	2	22,2
	Não	7	50	0	0	7	77,8
Perda de peso							
	Sim	9	64,3	1	20	8	88,9
	Não	5	35,7	4	80	1	7,1
Dificuldade na marcha							
	Sim	12	85,7	4	80	8	88,9
	Não	2	14,3	1	20	1	7,1
Falta de equilíbrio							
	Sim	9	64,3	2	40	7	77,8
	Não	5	35,7	3	60	2	22,2
Dificuldade de audição							
	Sim	3	21,4	1	20	2	22,2
	Não	11	78,6	4	80	7	77,8
Dificuldade de visão							
	Sim	10	71,4	3	60	7	77,8
	Não	4	28,6	2	40	2	22,2
Falta de força nas mãos							
	Sim	3	21,4	0	0	3	33,3
	Não	11	78,6	5	100	6	66,7
Cansaço físico							
	Sim	12	85,7	3	60	9	100
	Não	2	14,3	2	40	0	0

- Fragilidade Psicológica

Fragilidade Psicológica		Amostra		Sem fragilidade		Com fragilidade	
		f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)	f _i	fr _i (%)
Problemas de memória							
	Sim	3	21,4	0	0	3	33,3
	Não ou por vezes	11	78,6	5	100	6	66,7
Sentido em baixo no último mês							
	Sim ou por vezes	9	64,3	2	40	7	77,8
	Não	5	55,6	3	60	2	22,2
Nervoso/ansioso no último mês							
	Sim ou por vezes	11	78,6	2	40	9	100
	Não	3	21,4	3	60	0	0
Lidar com os problemas							
	Sim	11	78,6	4	80	7	77,8
	Não	3	21,4	1	20	2	22,2

- Fragilidade Social

Fragilidade Social	Amostra		Sem fragilidade		Com fragilidade	
	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$
Reside sozinho						
Sim	3	21,4	1	20	2	22,2
Não	11	78,6	4	80	7	77,8
Falta de pessoas à sua volta						
Sim ou por vezes	10	71,4	2	40	8	88,9
Não	4	28,6	3	60	1	11,1
Apoio suficiente de outras pessoas						
Sim	11	78,6	5	100	6	66,7
Não	3	21,4	0	0	3	33,3

**Apêndice X – Guião de colheita de dados 2º o Modelo de Parceria de Gomes
(2016, 2021)**

Guião de colheita de dados segundo o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021)

<p align="center">REVELAR-SE</p> <p align="center">“caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro como ser de projecto e de cuidados” (Gomes, 2016, p. 231)</p>		
Dar-se a conhecer à pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A enfermeira apresenta-se à pessoa idosa ✓ A enfermeira explica o que irá acontecer ✓ A enfermeira promove um ambiente que proporcione uma relação de empatia com a pessoa idosa 	
Conhecer a identidade da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer o nome pelo qual a pessoa idosa gosta de ser tratada ✓ Sexo ✓ Idade ✓ Naturalidade ✓ Escolaridade ✓ Actividade profissional ✓ Estado civil 	
Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agregado familiar ✓ Pessoa significativa ✓ Condições habitacionais ✓ Situação económica ✓ Caracterização familiar e Rede de apoio ✓ Actividades de lazer ✓ Conhecer os valores e relações da pessoa idosa ✓ Projeto de vida ✓ Hábitos de vida 	
Conhecer a história da doença da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História de doença atual ✓ Verificar se a pessoa idosa tem conhecimento do seu diagnóstico ✓ Antecedentes pessoais e familiares ✓ Internamentos anteriores e como o vivenciou ✓ Alergias ✓ Estilos de vida ✓ Medicação habitual ✓ Identificar quem faz a gestão terapêutica ✓ Verificar se antes do internamento se sentiu cansado, com perda de forças, ou se apresentou quedas ✓ Avaliar o peso, altura e IMC ✓ Verificar se sente capacidade de satisfazer as suas actividades de vida diária ✓ Perceber qual o significado da doença no projecto de vida 	
<p align="center">ENVOLVER-SE</p> <p align="center">“caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se” (Gomes,</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado de consciência Escala de Comas de Glasgow) ✓ Estado mental (Mini-Mental) 	
Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado afectivo (Escala de Depressão Geriátrica) ✓ Estado sensorial (identificar alterações: visão, audição, fala e tato) ✓ Dor (Escala numérica) ✓ Estado Funcional (Escala de Barthel, Índice de Lawton e Brody, Indicador de Fragilidade de Tilburg) ✓ Estado Nutricional (Mini Nutritional Assesment, identificar problemas na mastigação e deglutição; identificar presença de prótese dentária) ✓ Eliminação (conhecer o padrão da pessoa idosa e as suas medidas adaptativas) ✓ Sono (conhecer o padrão de sono da pessoa idosa, bem como as suas medidas adaptativas) ✓ Risco de Queda (Escala de Morse) ✓ Risco de úlcera de pressão (Escala de Braden) 	
Conhecimento mútuo dos recursos do serviço e da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A enfermeira demonstra disponibilidade ✓ A enfermeira promove a partilha de sentimentos ✓ A enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa, e sua família, face ao seu internamento ✓ A enfermeira identifica as necessidades e potencialidades da pessoa idosa para a promoção do cuidado de si ✓ A enfermeira identifica quais os factores que contribuem para a fragilidade da pessoa idosa ✓ A enfermeira identifica quais os conhecimentos e recursos que a pessoa idosa possui para fazer face à situação ✓ 	
<p>CAPACITAR OU POSSIBILITAR</p> <p>“Capacitar: é construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico... “(Gomes, 2016, p. 233)</p> <p>“ Possibilitar o Cuidado do Outro: é uma experiência de acção onde o enfermeiro e o doente idoso realizam o ser com, partilhando os significados da experiência, assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter para consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia” (Gomes, 2016, p. 235)</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A enfermeira partilha conhecimento sobre a prevenção da fragilidade 	

Partilhar o poder para a construção da acção conjunta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A enfermeira propõe soluções que se adequem às necessidades e vontades da pessoa idosa ✓ A enfermeira articula-se com a restante equipa multidisciplinar de modo a satisfazer as necessidades da pessoa idosa e/ou família ✓ Promove o Cuidado-de-Si, e/ou o Cuidado do Outro 	
<p>COMPROMETER-SE</p> <p>“traduz-se num desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2016, p. 236)</p>		
Suportar o compromisso com a pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A enfermeira valida as intervenções realizadas no promoção do Cuidado-de-Si na prevenção da fragilidade da pessoa idosa ✓ A enfermeira promove na pessoa idosa a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado-de-Si, na prevenção da fragilidade 	
Suportar o compromisso com o Outro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A enfermeira valida as intervenções realizadas no promoção do Cuidado-do-Outro na prevenção da fragilidade da pessoa idosa ✓ A enfermeira promove na família/cuidador da pessoa idosa, a capacidade de assegurar o Cuidado-do-Outro, na prevenção da fragilidade 	
<p>ASSUMIR O CONTROLO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO</p> <p>“Assumir o controlo de si próprio: o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si...”</p> <p>“Assegurar o cuidado do Outro: a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente ...” (Gomes, 2016, p. 236)</p>		
Assumir ou Assegurar o Cuidado-de-Si	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A pessoa idosa encontra-se na posse de informações que lhe permitem tomar decisões relativas ao Cuidado-de-Si, na prevenção da sua fragilidade ✓ A pessoa idosa conhece os recursos que tem à sua disposição, na prevenção da sua fragilidade ✓ A enfermeira reflete sobre a capacidade da pessoa idosa assumir o Cuidado-de-Si 	
Assegurar o Cuidado-de-Si	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A família / cuidador da pessoa idosa encontra-se na posse de informações que lhe permitem tomar decisões relativas ao Cuidado-do-Outro, na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa ✓ A família / cuidador da pessoa idosa conhece os recursos que tem à sua disposição, na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa ✓ A enfermeira reflete sobre a capacidade da família ou pessoa significativa assumir o Cuidado-do-Outro 	

Apêndice XI – Estudo de caso desenvolvido no Serviço de Medicina

ESTUDO DE CASO

Este estudo caso surge como metodologia escolhida para demonstrar as aprendizagens efetuadas, sobre a avaliação da fragilidade à pessoa idosa hospitalizada, em contexto da pandemia por SARS-CoV-2. Como fio condutor para o desenvolvimento deste estudo caso, e consequentes intervenções de enfermagem, optamos pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2016, 2021), em que o autor promove que para existir parceria “há necessidade de estabelecer uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica, à partida, o conhecimento do Outro e a atenção para com ele, de modo a serem criadas sinergias entre ações e decisões que possam beneficiar os intervenientes” (p. 79), o mesmo autor refere que a pessoa idosa deverá ser vista como um ser de projeto e cuidado. Este modelo é constituído por 5 fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do Cuidado-de-Si próprio ou assegurar o cuidado do outro.

REVELAR-SE - “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro como ser de projeto e de cuidados” (Gomes, 2016, p. 231)

Dar-se a conhecer à pessoa idosa. A primeira interação com a Sra. A surgiu no contexto da sua hospitalização no serviço de medicina, com a apresentação por parte do enfermeiro, cumprimentando-a, identificando-se, explicando que enquanto aluno da especialidade seria a pessoa responsável por lhe prestar cuidados nesse turno, e que estaria disponível para esclarecer todas as dúvidas que tivesse, bem como explicar as dinâmicas do serviço. Nas interações seguintes, estabelecida uma relação de confiança, expôs-se o projeto, e obtendo-se o consentimento livre e esclarecido, assinado pela Sra. A, com prontidão e de modo voluntário.

Conhecer a identidade da pessoa idosa. Gosta de ser tratada por Sra. A, tem 83 anos, nacionalidade portuguesa, natural do Porto, e é casada. Como escolaridade fez a 4ª classe, o equivalente atualmente ao 1º ciclo. Durante a sua atividade profissional desenvolveu funções na área da limpeza doméstica, em diferentes domicílios. O rendimento do seu agregado familiar situa-se na categoria de 751 a 1000€.

Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa. A Sra. A é casada há 51 anos, é um segundo casamento por parte do esposo, que tinha anteriormente estado casado durante cinco anos. A Sra. A, diz que ele foi abandonado, e que essa condição terá influenciado a relação actual dos dois. Confessa ainda que há 18 anos que dormem em quartos separados, mas faz questão de frisar que são grandes amigos, embora já tenha vertido muitas lágrimas nesta relação, e que não se imagina sem ele.

Tem 2 filhos, do sexo masculino, sendo que o mais velho é o mais presente, justificando que o mais novo tem menos disponibilidade para os visitar devido aos seus afazeres, e à distância da sua residência.

Dos dois filhos, tem já um casal de netos. O neto, filho do filho mais novo, e com o qual não tem a relação de proximidade de que gostaria, sente que ele é distante dela, mas que atribui isso ao facto de o neto ser muito reservado. Quanto à neta, filha do seu filho mais velho, menciona ter uma relação de grande cumplicidade, uma vez que foi ela a cuidadora da neta na infância, tendo assim estado sempre muito próximas, o que se demonstrou durante o internamento da Sra. A. através do número de telefonemas, bem como das demonstrações de afeto que presenciamos, mesmo sem querer invadir a privacidade da Sra. A.

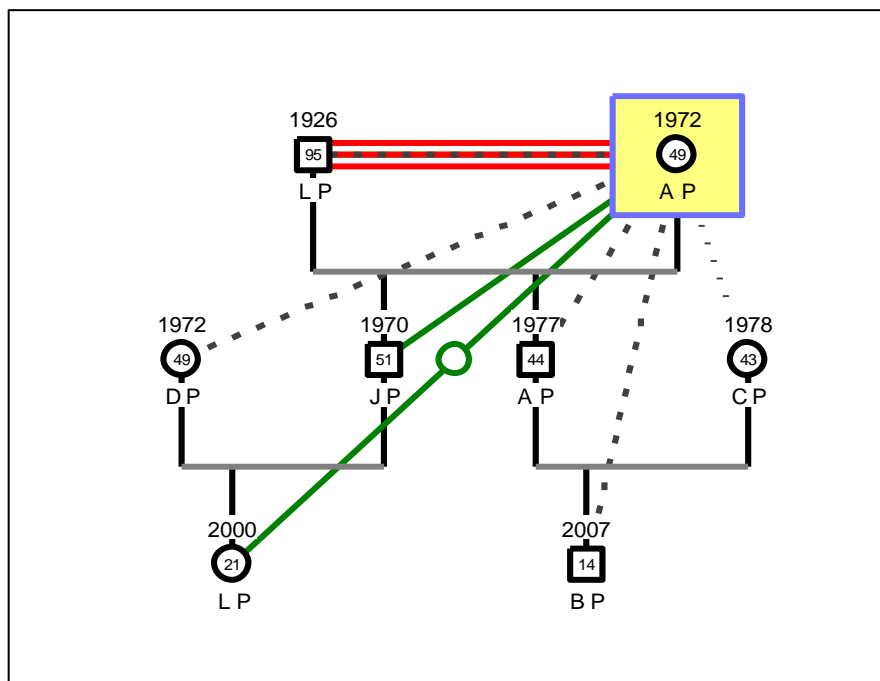
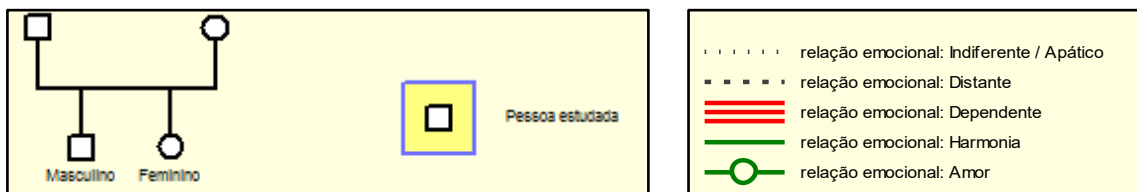


Figura 1 . Genograma da Sra. A

Simbolos do genograma:



A Sra. A reside com o esposo, que é o seu familiar de referência. Residem ambos em casa própria, situada num prédio sem elevador, no 4º andar, desde os seus 24 anos de idade. O seu apartamento é composto por dois quartos, uma sala, uma cozinha, e uma marquise que segundo fez questão de frisar, apanha sol do lado da frente. Na casa de banho tem uma banheira (que admite ser um obstáculo ao seu cansaço atual).

Quanto à sua rede de apoio, a Sra. A ainda se considera autónoma no seu domicílio, quanto o seu autocuidado, delegando apenas a preparação da sua terapêutica ao seu esposo, devido aos seus antecedentes. Segundo a própria vive isolada de contactos sociais, sendo a sua rede familiar quem a acompanha de modo próximo, em particular o seu esposo, o filho mais velho, e a sua neta. A figura seguinte representa o ecomapa da Sra. A.

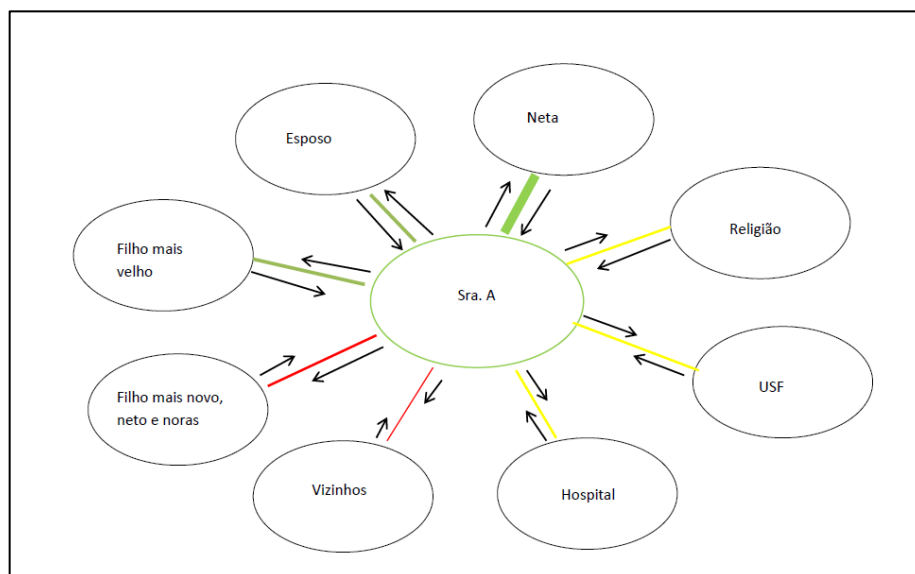


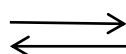
Figura 2. Ecomapa da Sra. A

Símbolos do ecomapa:

Força de ligação



Fluxo de energia



Devido ao cansaço que referiu anteriormente, em domicílio, tem ajuda de uma empregada doméstica de 15 em 15 dias para as lides da casa,

Diz-se católica, mas especifica que não pratica. Acredita que para falar com Deus não precisa de ir à igreja. O esposo faz questão de ir, e ela não condena, referindo que cada um tem as suas necessidades, e que se ele se sente bem como isso, quem é ela para lho negar.

A única atividade que desenvolve fora de casa é ir às compras, é a única coisa que a move a sair de casa. Os seus hobbies são fazer mandalas, sopa de letras e desenhos pontilhados.

A Sra. A lamenta ainda dormir em quarto separado do marido já há 15 anos, descrevendo a sua actual relação com o esposo como uma relação de amizade, mas em que sente falta de uma vida sexual com ele.

Em casa passa muito tempo deitada pelas dores que apresenta na coluna, mas quando se encontra deitada sente a necessidade de “estimular as mãos e o cérebro” (sic). Segundo a própria neste momento, não existe nada que requeira a sua atenção. Embora considere que não é uma pessoa mais doente, do que as outras pessoas da sua idade, sente-se um “fardo” para os seus, sem apresentar qualquer objetivo de vida.

Conhecer a história da doença da pessoa idosa. A Sra. A recorre ao serviço de urgência por apresentar um quadro com 24 horas de evolução de febre, dispneia, anorexia e astenia.

É internada com os seguintes diagnósticos médicos: tromboembolismo pulmonar, hiponatremia, e uma infeção do trato urinário interrogada. O seu diagnóstico atual foi-lhe dito, mas prefere que informem a família, uma vez que não sente capacidade de o transmitir à família, por receio de não compreender bem.

A Sra. A tem de antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial; Dislipidemia; Diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratada; Síndrome Coronário Agudo (SCA) e angioplastia com implantação de 2 stents – descendente anterior e circunflexa, em 2004, tendo tido alta da consulta de Cardiologia de Intervenção em 2014; Portadora de pacemaker por BAV 3º grau desde 2004; Fibrilhação auricular sob controlo de frequência seguida em consulta, sob anticoagulação habitual até internamento recente, altura em que suspendeu (devido aos vários antecedentes de quedas) ficando medicada apenas com AAS; Hipotireoidismo auto-imune; Incontinência

urinária de urgência seguida em consulta de Urologia; Infecções do trato urinário de repetição; Fibroesclerose da mama esquerda, submetida a ressecção de quadrante em 2019; Histerectomia total aos 52 anos, sob terapêutica hormonal durante 5 anos; Síndrome depressivo (alta da consulta de psiquiatria em 2016); Surdez, tonturas e desequilíbrio – seguida na consulta de otorrinolaringologia; Múltiplos traumatismos: 2018 - fratura dos dois punhos após queda da própria altura, fevereiro de 2019 - queda com fratura de 3 costelas à esquerda, 2019 - fratura do ramo isquiopúbico à esquerda, 2019 - traumatismo dorso lombar e da grelha; internamento em 2021 com Hematoma do reto abdominal esquerdo iatrogênico, disfunção tireoideia iatrogênica (amiodarona); Hiponatremia euvolêmica, Infecção do Trato Urinário a Escherichia coli multissensível e Pneumonia a SARS-CoV-2.

Dos internamentos anteriores que vivenciou, refere que foi sempre muito bem “tratada” (sic), mas que de cada vez que foi internada nos últimos anos viu as suas capacidades ficarem mais limitadas. Nega alergias. Não consome álcool ou tabaco.

A terapêutica habitual transpõe-se no quadro que se segue:

Medicamento	Grupo	Via	Dose	Horário
AAS	Analgésicos e antipiréticos	PO	100mg	1 cp ao PA
Bisoprolol	Agentes de bloqueio beta	PO	2,5mg	1 cp ao PA
Metformina	Antidiabético oral	PO	500mg	1 cp ao PA
Ramipril	Inibidores da enzima de conversão da angiotensina	PO	10mg	1cp ao PA
Atorvastatina	Antidislipídemicos	PO	40mg	1cp à noite
Ezetimiba	Antidislipídemicos	PO	10mg	1 cp à noite
Levotiroxina	Hormonas da tiróide e antitiroideus	PO	0.075mg	1cp de manhã
Betmiga	Medicamentos usados na incontinência	PO	50mg	Conforme habitual

	urinária			
Cinchocaína	Anti-hemorroidários	Retal		2x/dia se dor ou hemorróida sangrante
Lactulose	Laxantes osmóticos	PO	7,5ml	SOS

Quadro 1. Medicação habitual da Sra. A no domicílio

O marido é o responsável pela terapêutica desde que há 4 anos, após uma tentativa de suicídio da Sra. A.

Tem história de quedas, que começaram há dois anos. E desde o internamento em março 2021, que se manteve com o cansaço que a limita à não realização de atividades tais como: higiene e deambulação.

Pesa 50kg, mede 1,48m, o IMC = 22,8. Desde fevereiro de 2021 refere perda de peso ponderal de 6 a 7 Kg. A Sra. A menciona ainda que perde peso e o apetite com alguma facilidade. A situação também se agravou com o fato de ter contraído Covid 19, acerca de 1 mês, altura desde a qual refere ter perdido o apetite, o paladar e ainda xerostomia.

Devido às limitações que sente que tem, não projeta para si qualquer tipo de objetivo no futuro, demonstrando-se preocupada como será o seu regresso a casa, mas que o filho mais novo, que tratou de tudo em alturas passadas após um internamento, também deverá estar a fazê-lo desta vez, uma vez que ela se sente muito mais incapacitada.

ENVOLVER-SE - “caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se” (Gomes, 2016, p. 232)

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa.

Para se identificar a singularidade do processo de envelhecimento da Sra. A recorreu-se à aplicação de vários instrumentos que permitem adequação das intervenções de enfermagem à pessoa idosa. Germe (s.d.) refere que o objetivo de uma avaliação geriátrica global “é conhecer com mais precisão o estado do idoso e

seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso”(p.4)

O quadro que se segue sintetiza os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos à Sra. A, posteriormente, irá proceder-se à descrição dos mesmos.

Escala	Avaliação
Escala de Comas de Glasgow	Score 15
Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein	Score 23
Escala de Depressão Geriátrica	Depressão ligeira (score 8)
Escala de dor	0
Índice de Barthel	Score 60
Índice de Lawton e Brody	Independente (score 7) – dependência ligeira
Índice de Katz	Dependência ligeira (score 5)
Classificação Funcional da Marcha de Holden	Marcha independente (superfície plana) (score 4)
Mini Nutricional Assessment (MNA)	Desnutrição (triagem score 4; avaliação global - score 13; total 17 – sob risco de desnutrição)
Escala de Morse	Score 60
Escala de Braden para Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão	Score 14
Indicador de Fragilidade de Tilburg	Score 11 Domínio físico: 8 Domínio psicológico: 3 Domínio social: 0

Quadro 2. Avaliação de Escalas à Sra. A

Durante todas as interações com a Sra. A, obteve sempre um score de 15 na **Escala de Comas de Glasgow** (abertura espontânea dos olhos, comunica verbalmente, e obedece a ordens simples), apresentando-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, bem como colaborante nas limitações que o internamento lhe induzia.

Quanto ao seu estado mental, e após a aplicação do **Mini-Mental State Examination de Folstein**, a Sra. A apresentou um score de 23, o que indica que se apresenta próximo do ponto de corte validado para a população portuguesa por Nunes (2005), segundo Apostolo (2012), que seria de inferior ou igual a 22, estando assim no limiar de pessoas idosas que apresentam alterações cognitivas. No item Orientação obteve uma pontuação de 9 em 10, no item **Retenção** 3 em 3, item **Atenção e calculo** a pontuação foi de 2 em 5. Na **Evocação** a Sra. A obteve uma pontuação de 2 em 3, na linguagem das 8 respostas apenas não acertou uma. Por último na **Capacidade construtiva** não conseguiu concretizar a tarefa que lhe era solicitada.

Na avaliação do humor optou-se por avaliar a **Escala de Depressão Geriátrica**, segundo as indicações do Germi (s.d.), em que a Sra. A obteve uma classificação de 8. Segundo esta escala, quando se obtém scores entre o 6 e o 10 encontramos-nos perante pessoas com um status de depressão ligeira.

Segundo a Orientação da DGS (2010), para além da aplicação de uma escala de dor, o profissional de saúde deverá estar alerta à expressão facial, aos movimentos corporais, às verbalizações ou vocalizações, à alteração das relações interpessoais, e às alterações do estado mental, para uma validação do resultado obtido. Procedeu-se à avaliação da dor, selecionando-se a **Escala Numérica**, tendo por base a Circular Normativa da DGS (2003). A Sra. A classificou a sua dor em zero, o que se traduziu por a doente identificar que não tinha dor. Quanto aos restantes sinais vitais, a Sra. A apresentou-se normocárdica, traçado cardíaco sinusal, normotensa, e sempre apirética.

Quando se avaliou o estado sensorial verificou-se que, usa óculos bifocais, não tem aparelho auditivo, mas ouve mal, havendo por vezes necessidade de repetir as frases, para que a comunicação se dê de modo eficaz. Não apresenta dificuldades na dicção ou articulação de palavras; quanto ao olfato perdeu-o quando esteve infetada com COVID 19 e ainda não o recuperou na totalidade, o que contribui ainda mais para a sua falta de apetite.

Para a caracterização do seu estado funcional optamos por aplicar 4 escalas, são elas: Escala de Barthel, Índice de Lawton & Brody, Índice de Katz, e por último a Classificação Funcional da Marcha de Holden. Na escala de Barthel obteve-se um score de 60, grave dependência. Esta escala identifica o grau de dependência da pessoa idosa para a realização de atividades básicas de vida diária tais como:

comer, higiene pessoal, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Apóstolo, 2012).

No **Índice de Lawton & Brody** que avalia a capacidade para realizar atividades instrumentais tais como: utilização do telefone, fazer compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e por último a responsabilidade de assuntos financeiros a Sra. A obteve um score de 7, classificando-se assim numa dependência ligeira, uma vez que não apresenta capacidade para ser ela a manejar a sua medicação.

O **Índice de Katz** que avalia itens com o banho, o vestir, a utilização da sanita, a transferência (cama/cadeirão), a continência e a alimentação, quando aplicado à Sra. A, esta alcançou um score de 5, o que equivale a uma dependência ligeira, indo de encontro ao score obtido no Índice de Lawton & Brody.

Na **Classificação Funcional da Marcha de Holden**, a Sra. A classificou-se no item 4, que corresponde a uma marcha independente (superfície plana) e que se caracteriza por a pessoa idosa conseguir andar de modo independente em superfícies planas, mas que para superfícies inclinadas, não planas ou escadas fá-lo com supervisão ou ajuda física de outrem.

No **Mini Nutricional Assessment (MNA)** quando realizada a triagem o estado nutricional que se obteve é desnutrição com 4 pontos. Quando avaliada a totalidade do questionário alcançamos novamente o estado de risco de desnutrição com 17 pontos. A Sra. A refere fazer apenas 3 refeições por dia, consome carne e peixe, bem como laticínios, e produtos hortícolas. Menciona ingerir poucos líquidos, no máximo 5 copos por dia. Crê não ter qualquer problema nutricional e consegue comer pela sua própria mão. Ela não apresenta dificuldades na mastigação e na deglutição. Usa prótese dentária superior e inferior, às quais se apresenta adaptada, não apontando qualquer tipo de problema. Durante o internamento as suas glicemias capilares mantiveram-se sempre dentro dos valores expectáveis (80-100mg/dl), em domicílio apresentam-se controladas apenas com a alimentação.

A Sra. A refere que a sua incontinência urinária se acentuou mais no hospital, uma vez que no seu domicílio não necessita usar fralda, conseguindo ir à casa de banho. Quanto ao seu padrão de eliminação intestinal diz que consiste em eliminar

de 2 em 2 dias, sem, no entanto, ter de recorrer a qualquer tipo de medida adaptativa, embora da sua medicação habitual conste o recurso à lactulose.

Quanto ao seu padrão de sono, é constituído por 6 a 8h diárias de sono, salientando que tem dificuldades na indução do sono. Adormece a ver televisão.

Quanto ao risco de queda e risco de úlcera de pressão, optou-se por avaliar a Escala de Morse, e a Escala de Braden respetivamente, uma vez que estas são as utilizadas ao nível da instituição. A DGS, na sua Norma 008/2019, preconiza que a Escala de Morse seja utilizada em ambiente hospitalar, para avaliação do risco de queda em todas as pessoas internadas. O score obtido pela Sra. A foi de 60, o que se traduz por um alto risco de queda. A **Escala de Braden**, avalia o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, sendo constituída por seis dimensões, que são, perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, e por fim fricção e forças de deslizamento. A Sra. A obteve um score de 14, esta pontuação caracteriza-se por um alto risco de desenvolver UP (Orientação da DGS, 2011).

Quanto à avaliação da fragilidade, a escolha recaiu sobre o **Indicador de Fragilidade de Tilburg**. Este divide-se em 2 partes, os determinantes da fragilidade (que nos permite a caracterização da pessoa) e os componentes da fragilidade que nos dão o score de fragilidade da pessoa idosa. Os componentes da fragilidade dividem-se em físicos, psicológicos e sociais. A Sra. A, obteve um score 12, distribuindo-se a pontuação do seguinte modo: no domínio físico 8, domínio psicológico 3 e domínio social 0. O ponto de corte do IFT apresenta-se no 6, o que se traduz por considerar a Sra. A, como frágil.

Conhecimento mútuo dos recursos do serviço da pessoa idosa. Durante as interações com a Sra. A, e após se ter estabelecido uma relação de confiança, através da manifestação de disponibilidade nestas, identifica-se que a pessoa idosa se encontra preocupada como será o seu regresso a casa. Esta ocorreu nos primeiros dias em que a Sra. A permaneceu no leito. Foi-lhe questionada qual a sua vontade, que se fosse seu desejo tínhamos o equipamento necessário para a realização da sua transferência cama/cadeirão e vice-versa, bem como, para realização dos cuidados de higiene na casa de banho do serviço. Uma vez tranquilizada a Sra. A, é informada dos recursos que o serviço possuía a ir de encontro à satisfação das suas necessidades, vontades, identificamos quais as intervenções que já estariam a ser efetuadas por parte da família, e da restante

equipa multidisciplinar do serviço onde se encontrava internada. A quando da sua admissão a Sra. A foi referenciada para o serviço de assistência social, uma vez que à entrada apresentava maiores limitações do que quando no seu domicílio. Em reunião telefónica com a assistente social, tomámos conhecimento, que o filho A.P. se encontrava já em contacto com esta, tendo-lhe sido fornecido o nome e contacto de diversas instituições que prestavam cuidados no domicílio, uma vez que a Sra. A sempre manifestou a vontade de retornar à sua casa, e de não ser institucionalizada. A informação que obtivemos, partilhamo-la com a Sra. A, uma vez que nessa manhã tinha evidenciado uma preocupação crescente com a sua situação futura.

A Sra. A apresenta capacidade de satisfazer ainda as suas necessidades, desde que recorra a equipamento de auxílio, como é o caso de uma cadeira para a sua higiene pessoal, bem como o uso de auxiliares de marcha.

De frisar que a “ansiedade” da Sra. A era compreensível, uma vez que na altura que se encontrava internada, as instituições apresentavam-se as visitas dos familiares suspensas, e que o seu contacto era apenas telefónico, porque possui meios e capacidade para tal.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – “Capacitar: é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico... “(Gomes, 2016, p. 233); “ **Possibilitar o Cuidado do Outro:** é uma experiência de ação onde o enfermeiro e o doente idoso realizam o ser com, partilhando os significados da experiência, assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter para consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia” (Gomes, 2016, p. 235)

Capacitar para a construção da ação conjunta. Nesta fase, em consonância com a Sra. A, foram identificados e estabelecidos objectivos, face à condição de saúde e doença da Sra. A, promovendo a sua adesão a todo o processo terapêutico.

A Sra. A foi informada dos recursos que apresenta à sua disposição, de modo a decidir com base nos apoios que lhe são dados a conhecer. Nesta fase fez-se também uma ponte entre a assistente social hospitalar e a família da Sra. A tendo como representante o filho mais novo desta, que se demonstrou bastante

preocupado em preparar todo o processo de alta da mãe para que esta pudesse retornar à comunidade – seu domicílio, com todos os apoios que necessitasse.

Partilhar o poder para a construção da acção conjunta. Tendo em conta as vontades e necessidades da Sra. A, procurou-se desenvolver um plano conjunto de modo a que esta se envolvesse de modo ativo, para ser parte integrante do plano. Durante as interacções foram-lhe sendo fornecidas informações, para que pudesse decidir de forma consciente o que pretendia, com base nos seus desejos manifestados, bem como nas suas vontades e capacidades.

COMPROMETER-SE “traduz-se num desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2016, p. 236)

Suportar compromisso com a pessoa idosa. O plano de cuidados é a tradução desta fase, com os compromissos assumidos por ambas as partes (pessoa idosa e enfermeira). Encontra-se traduzido no quadro 3, que se encontra mais adiante.

Referencia a que foram identificados 8 diagnósticos de enfermagem, que foram trabalhados em conjunto com a Sra. A ao longo do seu internamento, e que são: alteração do humor, mobilidade física prejudicada, risco de défice de ingestão nutricional, incontinência urinária, gestão da terapêutica inadequada, risco de queda, risco de infecção e fragilidade.

ASSUMIR O CONTROLO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO -
“**Assumir o controlo de si próprio:** o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si...”; “**Assegurar o cuidado do Outro:** a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente ...” (Gomes, 2016, p. 236)

Assumir o Cuidado-de-Si. Esta 5ª e última fase traduz-se por o enfermeiro ter proporcionado competências à pessoa idosa para que esta assuma o Cuidado-de-Si, ainda que em parceria com o seu cuidador, neste caso o esposo.

Ao longo de todo o processo de parceria o enfermeiro estabeleceu uma relação de confiança com a Sra. A, permitindo que esta se revelasse, e se desse a conhecer. Com isso, foi possível a identificação das necessidades da Sra. A, bem como das potencialidades que detinha para as satisfazer. Foram negociadas as intervenções a realizar, permitindo-se sempre flexibilidade, para que estas fossem estabelecidas de comum acordo entre ambas as partes, e houvesse assim uma adesão por parte da pessoa idosa ao seu plano de intervenções.

Uma vez que se verificou, que pelo menos numa fase inicial a Sra. A não conseguiria assegurar o Cuidado-de-Si, foi-lhe proporcionado o recurso a apoios domiciliários.

A não permissão de visitas nesta fase que se vivia da pandemia, não permitiu a interação presencial com a família da Sra. A, o que teria permitido uma maior articulação entre o assegurar e o assumir o controlo do Cuidado-de-Si ou do outro, uma vez que embora possua capacidade de decisão sobre o seu projeto de vida e saúde, não apresentava de momento capacidades para o implementar sozinha.

Quadro 3. Plano de cuidados da Sra. A

Identificar diagnósticos de enfermagem e validá-los	Negociar os resultados esperados a curto, médio e longo prazo	Negociar as intervenções de enfermagem e estabelecer compromissos	Avaliação da capacidade da pessoa / família para garantir o Cuidado-de-Si
Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira – score 8 (Escala de Depressão Geriátrica)	<ul style="list-style-type: none">- identificar os recursos familiares e existentes na comunidade, ao dispor da Sra. A,- identificar atividades, que previnam o isolamento social	<ul style="list-style-type: none">- promover a expressão das emoções da Sra. A;- elogiar a sua autonomia e independência;- sugestão de acompanhamento psicológico;- alertar a equipa multidisciplinar para a necessidade da Sra. A, ser acompanhada, e se necessário a revisão da sua terapêutica- incentivar a manutenção da realização de atividades que lhe dão prazer, tais como, a	<ul style="list-style-type: none">- disponibilidade por parte da enfermeira para implementar a escuta ativa;- manter atividades de distração e socialização;- acompanhar o esposo nas idas ao supermercado- iniciar medicação conforme prescrição médica

		sopa de letras, e a pintura de mandalas	
Identificar diagnósticos de enfermagem e validá-los	Negociar os resultados esperados a curto, médio e longo prazo	Negociar as intervenções de enfermagem e estabelecer compromissos	Avaliação da capacidade da pessoa / família para garantir o Cuidado-de-Si
Mobilidade física prejudicada por cansaço a pequenos esforços, e dependência ligeira nas atividades de vida diárias e instrumentais (Índice de Barthel, Índice de Katz, Índice de Lawton e Brody)	<ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A ser capaz de fazer a sua higiene pessoal, ainda que com a ajuda do seu esposo; - a Sra. A deve ser capaz de deambular, com recurso a auxiliares de marcha, e sob supervisão do esposo 	<ul style="list-style-type: none"> - ensinar e instruir a realização de exercícios ativos, da Sra. A, quando em repouso no leito; - ensinar sobre auxiliares de marcha, e estratégias adaptativas para a satisfação das suas necessidades; - supervisionar e assistir a Sra. A na realização de actividades tais como: higiene pessoal, vestir e despir, uso de sanitário - supervisionar e assistir as transferências da Sra. A 	<ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A deambula com recurso a andarilho, e no domicílio fá-lo-á sob supervisão do esposo; - A Sra. A deve realizar exercícios ativos, quando em repouso no leito; - enquanto se sentir cansada a Sra. A deve realizar a sua higiene sentada

Identificar diagnósticos de enfermagem e validá-los	Negociar os resultados esperados a curto, médio e longo prazo	Negociar as intervenções de enfermagem e estabelecer compromissos	Avaliação da capacidade da pessoa / família para garantir o Cuidado-de-Si
Risco de déficit de ingestão nutricional relacionado com perda ponderal, e com risco de desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar estado nutricional da Sra. A, através da aplicação do Mini Nutricional Assessment (MNA); - avaliar os conhecimentos da Sra. A sobre alimentação saudável; - ensinar e instruir sobre hábitos alimentares mais saudáveis; - reforçar a necessidade de uma ingestão hídrica adequada; - solicitar o apoio da nutricionista para adequar um plano alimentar às necessidades e gostos da Sra. 	<ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A comprometeu-se a melhorar a sua ingestão hídrica; - a Sra. A comprometeu-se a fazer 5 refeições, ainda que não tenha apetite 	<ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A melhorou a sua ingestão hídrica, ainda que a custo; - a Sra. A melhorou a sua ingestão nutricional, ainda que em pequenas quantidades

	A		
Identificar diagnósticos de enfermagem e validá-los	Negociar os resultados esperados a curto, médio e longo prazo	Negociar as intervenções de enfermagem e estabelecer compromissos	Avaliação da capacidade da pessoa / família para garantir o Cuidado-de-Si
Incontinência urinária, manifestada por urgência urinária, e diminuição da mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. A gere o seu reforço hídrico, de modo a não interferir com o seu repouso - incentivar a Sra. A ao uso de arrastadeira - incentivar a Sra. A a deslocar-se ao WC 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. A, solicita a arrastadeira, quando sente urgência urinária, e não tem tempo de se deslocar ao WC; - Ensinar a Sra. A sobre as consequências de usar fralda (maior risco de infecção urinária, risco de maceração); - estimular a micção em períodos regulares para reeducação urinária; - Realização de exercícios de Keguel, informando a Sra. A dos seus benefícios; - ensinar e instruir sobre quais as alturas em que deverá 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. A desloca-se ao WC, com recurso a auxiliares de marcha, não recorrendo ao uso de fralda; - A sra. A efetua a estimulação da micção em períodos regulares para uma reeducação urinária.

		efectuar reforço hídrico, e quais a que deverá fazer uma maior restrição hídrica	
Identificar diagnósticos de enfermagem e validá-los	Negociar os resultados esperados a curto, médio e longo prazo	Negociar as intervenções de enfermagem e estabelecer compromissos	Avaliação da capacidade da pessoa / família para garantir o Cuidado-de-Si
Gestão da terapêutica inadequada relacionada com a polimedicação, a depressão ligeira e as tentativas de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A cumpra a sua terapêutica; - a manutenção da preparação da terapêutica, delegada no esposo da Sra. A; - que o esposo da Sra. A detenha conhecimentos para assegurar o regime terapêutico da Sra. A 	<ul style="list-style-type: none"> - vigiar e despistar sinais e sintomas de interações medicamentosas; - validar o receituário com a Sra. A, e o seu esposo; - ensino sobre o regime terapêutico ao esposo da Sra. A; - identificar situações de não cumprimento da terapêutica pela Sra. A 	<ul style="list-style-type: none"> - providenciar atempadamente o receituário; - esclarecer dúvidas relacionadas com o prontuário, que possam surgir à Sra. A e ao seu esposo - validar com a Sra. A, a delegação da atividade gestão da terapêutica, no seu esposo
Risco de queda relacionado com antecedentes de queda, e	- a inexistência de quedas por parte da Sra. A;	- identificar quais os fatores de risco de queda, existentes no	- A Sra. A compromete-se a retirar os tapetes que possui

<p>avaliado como alto risco de queda (através da escala de Morse)</p>	<p>- perceber as condições de predisposição a quedas no domicílio, da Sra. A</p>	<p>domicílio da Sra. A;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensino à Sra. A sobre a adequação de um ambiente seguro em casa: remoção de tapetes, iluminação adequada, inexistência de fios soltos pelo chão, ou obstrução dos caminhos por objetos; - incentivar a marcha, dando a conhecer os vários auxiliares de marcha que tem à sua disposição; - avaliar periodicamente o risco de queda; - reforçar a necessidade de usar calçado adequado - avaliar os efeitos da terapêutica que possam contribuir para aumentar o risco de quedas da Sra. A 	<p>em casa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Sra. A irá recorrer a um andarilho quando retornar ao domicílio, pelo menos numa fase inicial - A Sra. A irá realizar mais períodos de deambulação, e restringir-se menos ao leito
---	--	---	---

Identificar diagnósticos de enfermagem e validá-los	Negociar os resultados esperados a curto, médio e longo prazo	Negociar as intervenções de enfermagem e estabelecer compromissos	Avaliação da capacidade da pessoa / família para garantir o Cuidado-de-Si
Risco de infecção relacionado com COVID 19, Diabetes Mellitus e infecções urinárias de repetição	<ul style="list-style-type: none"> - prevenir a ocorrência de infecções urinárias - prevenir situações de suscetibilidade a infecções 	<ul style="list-style-type: none"> - ensinar a Sra. A sobre o risco de infecção existente, potenciado pelo seu antecedente pessoal de Diabetes Mellitus; - Informar a Sra. A, sobre a predisposição a infecções, devido à COVID 19; - Ensinar e instruir a Sra. A relativamente às infecções urinárias de repetição, reforçando a necessidade de ingestão de água, otimização dos cuidados de higiene 	- Que a Sra. A seja apta a despistar e vigiar sinais de infecção
Fragilidade relacionada com cansaço físico, dificuldade na	- avaliar a fragilidade através do Indicador de Fragilidade de	- a Sra. A compromettesse em não se restringir ao leito, por	- A Sra. A reconhecer que se encontra numa situação de

<p>marcha, e sentimento de tristeza (Indicador de Fragilidade de Tilburg)</p>	<p>Tilburg;</p> <ul style="list-style-type: none"> - informar a Sra. A sobre as consequências da fragilidade; - incentivar a independência da Sra. A na satisfação das suas atividades de vida diária, bem como das instrumentais; - ensinar e instruir sobre estratégias de estimulação para prevenção da deterioração cognitiva - ensinar e instruir sobre a necessidade de exercício físico, alimentação adequada, hábitos de sono regulares e de qualidade, interação social 	<p>longos períodos, como faz atualmente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A comprometesse a interagir com mais pessoas; - a Sra. A irá manter a realização de atividades de lazer, tais como: sopa de letras e pintura de mandalas; 	<p>fragilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - a Sra. A deverá promover atividades que mantenham as suas capacidades físicas, cognitivas e sociais, demonstrando conhecimentos
---	--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. *Documento de Apoio*, 1, 1–13. <http://docplayer.com.br/1218447-Instrumentos-para-avaliacao-em-geriatria.html>
- Direção-Geral de Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa 09/DGCG
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa - Orientação nº 015/2010 Direção-Geral da Saúde. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–17.
- Direção Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 017, 1–10.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 2017(008), 1–20. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Germi. (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si : património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem*, 23, 7–16. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-7-16.pdf
- Gomes I. (2021) Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32

Apêndice XII – Guião de intervenções de enfermagem na prevenção na fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, no context da pandemic por SARS-CoV-2

GUIÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA FRAGILIDADE NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA, NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

1. Objetivo

Este guião tem como objetivo adequar as intervenções da equipa de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, tendo em vista a prevenção da fragilidade, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2.

2. Âmbito

Este guião terá a sua aplicação no Serviço de [REDACTED], ficando a cargo do enfermeiro, a sua execução. Este surgiu após os resultados obtidos através da aplicação do Indicador de Fragilidade de Tilburg, a catorze pessoas idosas hospitalizadas

Da análise dos dados (APENDICE 1), pode-se verificar que a amostra é constituída por 57,1% de mulheres, e 42,9% de homens. No entanto, os homens (55,5%) apresentam-se mais frágeis que as mulheres (44,5%). Da amostra verifica-se ainda que a faixa etária com maior percentagem de participantes é a dos 75 aos 84 anos com 64,3%, é também nela que se encontra a maior percentagem de idosos frágeis com 66,7%. Quanto ao estado civil, os casados e os viúvos representam 42,9% respetivamente, contudo são os casados que apresentam um valor maior de fragilidade, 44,5%. Quanto à escolaridade, 71,4% frequentou entre 1 a 4 anos e o mesmo se repete no grupo de idosos frágeis com 66,7%.

Quando questionados sobre o valor do rendimento mensal do agregado familiar, na amostra total de pessoas idosas, o intervalo entre 501 e 750€ representa 35,7%, mas já quando verificámos as pessoas consideradas frágeis, estas distribuem-se por dois intervalos, 501 a 750 € e o de 1001 a 1500€, cada um deles com 33,3%.

No que diz respeito à perceção que a pessoa idosa tem do seu estilo de vida, o grupo de idosos considerados frágeis, refere que não é nem muito nem pouco

saudável (66,7%), seguindo-se a resposta saudável com 22,2%. Quanto à questão se apresentam duas ou mais doenças crónicas, a percentagem que refere sim, nos idosos frágeis é de 77,8%, enquanto na amostra é de 71,8%.

A prevalência de fragilidade na amostra é de 64,3%. Das catorze pessoas idosas apenas cinco não são contabilizadas como frágeis. Quanto à distribuição do *score* de fragilidade, o *score* de 10, apresenta uma percentagem de 21,4%, enquanto o *score* 9 e 11 alcançam 14,3%, respetivamente. Verificando-se assim a necessidade de disseminar conhecimento sobre esta temática, na equipa de enfermagem, para as intervenções desta irem de encontro às necessidades reais das pessoas idosas.

3. Enquadramento

Entre 2015 e 2020, “a percentagem de idosos aumentou 1,7 p.p., de 20,7% para 22,4%.” (INE, 2021, p. 24) Como tal, o índice de envelhecimento passou de 163,2, em 2019, para 167,0, pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2021).

“A população mais idosa, com 65 ou mais anos de idade, poderá passar de 2,3 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2019 e 2080. O número de idosos atingirá o valor mais elevado no início da década de 50” (INE, 2020, p. 32). O INE alerta-nos ainda que, o índice de dependência de idosos “poderá mais do que duplicar entre 2019 e 2080, passando de 34,5 para 72,4 idosos por 100 pessoas potencialmente ativas” (INE, 2020, p. 33). Sendo que em 2020, o índice de dependência nos idosos situava-se já em 35 idosos por cada pessoa em idade ativa (INE, 2021).

Com o aumento do número de pessoas idosas, existe também um crescimento, na população, do número de pessoas com síndromes geriátricas.

O acrónimo SPICES surge como uma ferramenta importante na avaliação multidimensional à pessoa idosa, em que se verifica a presença de síndromes geriátricas, estejam elas presentes à entrada da pessoa idosa no hospital, ou não, identificando os fatores de risco existentes. O protocolo SPICES consiste numa avaliação de seis fatores: integridade da pele, problemas alimentares, incontinência vesical e fecal, confusão, evidência de quedas, distúrbios do sono (Aronow, 2014; Lim 2019).

Aronow (2014) chama ainda a atenção para a importância da avaliação dos doentes à entrada no hospital, uma vez que nos possibilitam identificar fatores de risco que podem levar ao aparecimento de síndromes geriátricas, como é o caso da

síndrome de fragilidade, mas que permitem também ao enfermeiro identificar as necessidades das pessoas idosas durante o seu internamento, bem como a curto prazo, no seu regresso ao contexto domiciliário.

3.1. Fragilidade

O Síndrome de fragilidade inclui-se nas síndromes geriátricas, surgiu na década de 80, e até aos dias de hoje ainda não encontro um consenso no seu conceito. No entanto, é aceite que se trata de um estado de maior vulnerabilidade.

Gobbens et al (2010) define fragilidade como um estado dinâmico que afeta o indivíduo, manifestando-se quando ocorre perda num domínio ou mais, seja ele físico, psicológico e/ou social. Ela caracteriza-se por fraqueza muscular, astenia, perda de peso involuntária.

As pessoas idosas frágeis estão mais vulneráveis, levando a incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Uchmanowicz,2014).

Existem fatores preditivos da fragilidade, para os quais devem ser estabelecidas intervenções precocemente, sem nunca ignorar o facto de que condições semelhantes em ambientes diferentes, podem obter resultados diferentes. Os vários instrumentos validados destacam indicadores de fragilidade, que se podem sobrepor, ou não. São indicadores de fragilidade: a dependência para as atividades de vida diárias, a polifarmácia, a incontinência vesical e intestinal, a mobilidade, historial de quedas, delírio, estado cognitivo e pessoas idosas institucionalizadas. Existem ainda escalas que avaliam parâmetros tais como: a idade, alterações visuais, auditivas e de memória, nutrição, depressão, integridade da pele e história de internamentos recentes.

As pessoas idosas são mais vulneráveis a eventos hospitalares adversos relacionados com a fragilidade (Aronow, 2014). O mesmo autor refere ainda que a avaliação precoce da fragilidade permite identificar fatores de risco, bem como estabelecer planos de cuidados adequados, tendo em conta esses mesmos fatores.

Araújo (2017) refere que a fragilidade é uma condição clínica frequente nas pessoas idosas hospitalizadas. A identificação de fatores de risco para a fragilidade e das necessidades das pessoas idosas, no início do internamento, permite-nos que nos articulemos com outros profissionais de saúde e intervêm também ao nível da prevenção da fragilidade na pessoa idosa.

3.2. A fragilidade e o SARS-CoV-2

O SARS-CoV-2 surge em Wuhan, no final de 2019, proliferando-se pelo mundo, sendo declarado pela Organização Mundial de Saúde como pandemia (Covid 19) a 11 de março de 2020.

A Covid 19, é caracterizada por um amplo espectro de gravidade da doença, que pode ir desde a pneumonia grave, ao elevado risco de desenvolver insuficiência respiratória, devido a todo o processo inflamatório grave que causa danos ao nível pulmonar, com necessidade de recorrer a técnicas tais como, oxigenoterapia, ventilação não invasiva e ventilação invasiva, com recurso aos internamentos em unidades de cuidados intensivos (Piers, 2021).

As pessoas idosas, apesar de maior suscetibilidade à infeção por SARS-CoV-2 e com maior risco de gravidade da doença, bem como de mortalidade, obrigaram os países a repensar as suas práticas ao nível dos cuidados de saúde. A idade provou não ser um critério importante, no escalar dos tratamentos, em unidades de cuidados intensivos (Owen, 2020). Aliberti (2021) e Owen (2020) salientam que no Reino Unido, a orientação do NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) era a que se deveria recorrer a escalas de avaliação da fragilidade, ao invés de se olhar apenas para a idade da pessoa, pois estas prediziam a mortalidade a curto prazo, de modo mais eficaz.

3.3. Instrumento de avaliação da fragilidade

Lim (2019), refere que a avaliação da fragilidade requer a utilização de um instrumento que seja validado e confiável para identificar com precisão as pessoas idosas com fragilidade, e que esse instrumento terá de ser aplicado logo à admissão do doente no hospital. Partindo desta premissa, para a avaliação da fragilidade elegemos uma escala já traduzida e validada, para Portugal, por Coelho (2014), o Indicador de Fragilidade de Tilburg (ANEXO1). Esta é dividida em três domínios: físico, psicológico e social.

Esta escala é composta por duas partes (A e B), num total de 25 questões. A parte A é constituída por 10 itens que compõem as determinantes da fragilidade: dados sociodemográficos, estilos de vida, comorbilidades, acontecimentos de vida e

satisfação com o ambiente habitacional do indivíduo, permite-nos uma caracterização da amostra.

A parte B, apresenta-se dividida nas três dimensões (física, psicológica e social), num total de 15 itens. A dimensão física inclui 8 questões sobre: saúde física, perda de peso inexplicável, dificuldade na marcha, dificuldade em manter o equilíbrio, problemas de audição e visão, falta de força nas mãos e cansaço físico. A dimensão psicológica é constituída por 4 questões: cognição, sintomas depressivos/ansiosos e estratégias de *coping*. Por sua vez a dimensão social, é composta por 3 itens: morar sozinho, relações sociais e apoio social. Na parte B, fazem-se os cálculos do *score* total e parcial de cada dimensão. O ponto de corte na versão validada para português dá-se no *score* 6, o que se traduz por a pessoa idosa apresentar fragilidade se obtiver *scores* iguais ou maiores que 6. Quanto maior o *score* maior será o grau de fragilidade.

Com base nos *scores* obtidos na escala de avaliação da fragilidade, e nos diagnósticos de enfermagem identificados, com base nas necessidades identificadas, o enfermeiro deve intervir de modo precoce, com o intuito de prevenir, ou minimizar as consequências da fragilidade na pessoa idosa. Para isso deverá suportar as suas intervenções num modelo teórico, o escolhido foi o Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021).

3.4. Modelo de Parceria de Gomes

A autora do Modelo de Parceria, refere que só existe parceria se conseguirmos “estabelecer uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica, à partida, o conhecimento do Outro e a atenção para com ele, de modo a serem criadas sinergias entre ações e decisões que possam beneficiar os intervenientes” (Gomes, 2013, p. 79). As pessoas idosas precisam de ser parte ativa no seu tratamento e recuperação; a avaliação da fragilidade, tendo por base a promoção do Cuidado-de-Si, vai-nos permitir agir em parceria, e fazer com que além de se adequarem as intervenções, estas sejam à partida bem aceites pela pessoa idosa, porque foram estruturadas tendo por base o seu projeto de vida e saúde e tendo sido tomada em conta a sua opinião.

Este modelo, pressupõe o promover do Cuidado-de-Si, que na impossibilidade de o próprio o fazer, essa responsabilidade é atribuída à sua família e/ou cuidador,

respeitando sempre os desejos do primeiro e a satisfação das suas necessidades, indo de encontro ao seu projeto de vida, designando-se de Cuidado-do-Outro.

O Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021) é composto por cinco fases que são elas: o revelar-se, o envolver-se, o capacitar ou possibilitar, o comprometer-se e por fim o assumir o Cuidado-de-Si ou o assegurar o Cuidado-do-Outro.

Na primeira fase, o revelar-se, o enfermeiro dá-se a conhecer à pessoa idosa hospitalizada, e em simultâneo, tenta conhecer a pessoa idosa, no que respeita ao seu processo de vida e saúde, as suas potencialidades, e as capacidades reais desta (Gomes, 2016).

O envolver-se, segunda fase do modelo, consiste no estabelecimento de uma relação de confiança e reciprocidade. As ações desenvolvidas visam a forma de ajudar à realização da pessoa idosa, a partir dos conhecimentos e recursos de ambos os parceiros no contexto de cuidados” (Gomes, 2016, p. 233).

A terceira fase designa-se de capacitar ou possibilitar, tendo assim um duplo significado conforme se é o próprio que promove o Cuidado-de-Si, ou se é o Outro. Nesta fase o enfermeiro tenta capacitar a pessoa idosa, o seu cuidador, através da partilha de conhecimentos para que esta possa assumir o controlo do Cuidado-de-Si, tendo sempre por base o projeto de vida e saúde da pessoa idosa.

O comprometer-se, é a quarta fase, traduz-se pelos esforços conjuntos entre enfermeiro e pessoa idosa em conseguir atingir os objetivos que ambos delinearam, em mútuo acordo. Pretende-se “promover a saúde e fazer com que o idoso possa prosseguir a sua trajectória de vida, comprometendo-se o enfermeiro com o cuidado da pessoa idosa” (Gomes, 2016, p. 236).

Por fim a última fase designa-se de assumir o controlo do Cuidado-de-Si ou assegurar o Cuidado-do-Outro, conforme seja o próprio a assumi-lo, ou o seu cuidador quando este não tem capacidades para tal. Nesta fase todas as decisões são tomadas com base nas informações obtidas e tem como objetivo que a pessoa idosa assuma todo o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, atingindo assim o seu conforto e bem-estar.

Prevenir a fragilidade e ao mesmo tempo promover o seu Cuidado-de-Si, de modo a diminuir o declínio funcional da pessoa idosa com SARSCoV-2, faz-se através da avaliação da situação, da identificação de um diagnóstico, e do estabelecimento de um plano de intervenção em parceria com a pessoa idosa, e avaliando os resultados do plano de intervenção. No entanto, a pessoa idosa não

pode ser excluída do seu processo de intervenção, uma vez que ela tem um projeto de vida e saúde que deve ser respeitado e tido em conta nas intervenções a planear (Gomes, 2016, 2021).

No seu internamento hospitalar, e no contexto da pandemia, a pessoa idosa, encontra-se mais suscetível ao aparecimento de infeções, bem como, da diminuição das suas capacidades reais, uma vez que se encontra perante mais restrições. A sua fragilidade aumenta, devemos por isso recorrer à utilização de instrumentos de avaliação da fragilidade, que nos permitam a sua verificação, de modo, a que se implementem intervenções que capacitem a pessoa idosa e que contribuam para a prevenção da fragilidade.

4. Intervenções

Com base na evidência científica e no risco de fragilidade da pessoa idosa hospitalizada, surgiu a necessidade de se delinear intervenções de enfermagem, que pudessem ser implementadas no serviço. As intervenções de enfermagem têm como objetivo dar resposta às necessidades da pessoa idosa hospitalizada. O seu ponto de partida é a prevenção da fragilidade na pessoa idosa, ou o despoletar de fatores de risco que aumentem, ou que desencadeiem a fragilidade da pessoa idosa durante a sua hospitalização, e que terá repercussão no seu contexto domiciliário.

Intervenções Gerais

Acolhimento da pessoa idosa no serviço	<ul style="list-style-type: none">- apresentar-se à pessoa idosa, na primeira abordagem a esta, bem como às instalações físicas do serviço;- informar a pessoa idosa sobre como funciona a campainha, localizar os diferentes interruptores de luz da enfermaria- informar a pessoa idosa, com capacidade para utilizar os comandos da cama, de como estes funcionam
Avaliação do doente	- aplicação do instrumento de colheita de dados, suportado pelo Modelo de Parceria de Gomes (2016, 2021) (Apêndice 2)

- avaliar o grau de autonomia da pessoa idosa, através da intervenção “Avaliar Autocuidado” (no SClínico)
- avaliar o risco de queda, com recurso à Escala de Morse, presente em SClínico
- avaliar o risco de úlcera de pressão, com recurso à Escala de Braden, presente em SClínico
- verificar alterações da acuidade visual e/ou auditiva, em caso da pessoa idosa ter consigo as suas próteses, mantê-las acessíveis e estimular o seu uso

As intervenções que se seguem foram delineadas com base nas necessidades da pessoa idosa, mas tiveram também em conta os diagnósticos de enfermagem que habitualmente esta equipa tem por hábito identificar. Contudo, por não existir um diagnóstico de fragilidade no sistema operativo SClínico, houve a necessidade de fazer uma revisão da literatura de modo a que sobressaíssem os diagnósticos de enfermagem mais usuais que estão associados à síndrome de fragilidade, e que foi introduzido nos Diagnósticos de Enfermagem Nanda, como Síndrome do idoso Frágil, em 2013 (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Intervenções específicas

Fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar a fragilidade através do Indicador de Fragilidade de Tilburg; - informar a pessoa idosa hospitalizada sobre as consequências da fragilidade; - incentivar a independência da pessoa idosa hospitalizada na satisfação das suas atividades de vida diária, bem como das instrumentais; - ensinar e instruir sobre estratégias de estimulação para prevenção da deterioração cognitiva; - ensinar e instruir sobre a necessidade de exercício físico, alimentação adequada, hábitos de sono regulares e de qualidade, interação social;
Confusão	- identificar a causa da confusão/desorientação da

pessoa idosa;

- dialogar com a pessoa idosa, promovendo um ambiente calmo, orientando-a no tempo, espaço e pessoa, e para a realidade que a envolve;

- diminuir estímulos do ambiente que envolve a pessoa idosa (correr cortinados, diminuir os barulhos);

- facilitar a presença da pessoa significativa, por intervalos de tempo maiores, junto à pessoa idosa;

- após exclusão de causa orgânica, para o comportamento da pessoa idosa, utilização de contenção química quando prescrita;

- a utilização de contenção física, deverá ter em conta norma de serviço e a Orientação da DGS nº 021/2011

– Prevenção de comportamento dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

Gestão do regime terapêutico

- identificar a terapêutica de ambulatório que a pessoa idosa faz, bem como as doses e horário;

- identificar quem é o responsável pela preparação e administração da terapêutica da pessoa idosa em contexto domiciliário;

- monitorização da dor segundo a Orientação da DGS nº 015/2010 – Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa e idosa, e da Circular Normativa da DGS nº 09/DGCG – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Consoante a monitorização da dor recorrer à medicação farmacológica e às medidas não farmacológicas;

- ensinar, instruir e treinar a pessoa idosa a deambular com suporte de soros;

- sempre que necessário terapêutica endovenosa, o local a puncionar, deverá interferir o menos possível

	<p>com a mobilidade da pessoa idosa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - em pessoas idosas que necessitem de oxigénio, estas não deverão ficar restritas ao leito, mas sim providenciada bala de oxigénio próprio, de modo a que se possa deslocar; - vigiar a pessoa idosa aquando da administração de terapêutica: diurética, hipotensora, hipoglicemiante e psicoativa, tendo sempre presente os efeitos da polimedicação na pessoa idosa.
Risco de úlcera por pressão	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar o risco de desenvolver úlcera por pressão utilizando a escala de Braden, presente em SClínico; - vigiar a pele diariamente; - adequar a dieta e o reforço hídrico à pessoa idosa, tendo em conta os seus antecedentes pessoais e gostos; - posicionamentos com horário a estabelecer, com base na avaliação da escala de Braden; - fazer uso dos dispositivos de alívio de pressão que existem no serviço.
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar o risco de queda utilizando a escala de Morse, presente em SClínico; - as enfermarias e os corredores devem encontrar-se livres de obstáculos e com a iluminação adequada; - as camas devem apresentar-se sempre na altura mais baixa possível, e quando necessário, com as grades elevadas; - o enfermeiro deverá identificar eventuais défices cognitivos e sensoriais, que possam induzir à fragilidade da pessoa idosa.
Autocuidado: alimentar-se	<ul style="list-style-type: none"> - monitorizar o peso e o apetite da pessoa idosa; - identificar os hábitos alimentares e as preferências alimentares da pessoa idosa;
Ingestão nutricional adequada	<ul style="list-style-type: none"> - adequar a dieta, às preferências da pessoa idosa, seus antecedentes pessoais e história de doença

Hidratação

atual, sempre que se justifique solicitar o apoio à dietista de apoio ao serviço;

- identificar alterações da dentição e da deglutição, de modo a adequar a consistência da dieta à pessoa idosa;

- incentivar o uso de prótese dentária pela pessoa idosa, quando ajustada e acessível;

- assegurar um aporte nutricional adequado, recorrendo à oferta de suplementos nutricionais;

- incentivar a ingestão hídrica, fornecendo os fluídos e equipamento, mantendo-os acessíveis;

- em caso de disfagia, efetuar teste e verificar qual a consistência adequada, explicando essa necessidade à pessoa idosa;

- promover o posicionamento adequado para o autocuidado alimentar-se (Fowler), quando possível, estimular o levante para as refeições;

- permitir que a pessoa idosa aceda ao tabuleiro da refeição, logo que este seja distribuído;

- supervisionar/assistir/alimentar a pessoa idosa na refeição;

- estimular a pessoa idosa a alimentar-se ao seu próprio ritmo, auxiliando apenas nas atividades que não consiga realizar;

- promover o uso de utensílios que facilitem o autocuidado alimentar-se;

- evitar interrupções durante o período da refeição;

- promover a presença da família nos períodos da refeição;

- registar a informação relativa à ingestão nutricional e hídrica, no processo clínico da pessoa idosa.

Eliminação Urinária

- conhecer o padrão de eliminação urinária e intestinal da pessoa idosa;

Eliminação Intestinal

- identificar estratégias/medidas adaptativas utilizadas

Autocuidado: Uso do

Sanitário

pela pessoa idosa;

- promover um padrão de eliminação adequado ao doente;

- incentivar uma ingestão hídrica adequada, diminuindo a ingestão de líquidos nas horas que antecedem o período de sono;

- otimizar a dieta, solicitando se necessário a dietista de apoio ao serviço;

- manter o urinol e/ou arrastadeira acessíveis ao doente, ensinando, instruindo e treinando a sua utilização;

- incentivar a pessoa idosa a eliminar no WC, garantindo que terá a assistência necessária, e disponibilizando auxiliares de marcha ou cadeira sanitária para a sua deslocação;

- uso criterioso de fralda (em caso de incontinência, ou caso a pessoa idosa se demonstre ansiosa por não a usar);

- o cateterismo vesical apenas consoante a indicação da Norma da DGS nº 019/2015 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical;

- promover a desalgaliação precoce, verificando diariamente a pertinência da pessoa idosa se manter algaliada;

- promover um ambiente de privacidade;

- disponibilizar bala de oxigénio para a pessoa idosa, se deslocar ao WC;

Em caso de incontinência urinária:

- estimular a micção em períodos regulares para reeducação urinária;

- proporcionar urinol/arrastadeira após administração de diuréticos;

- promover idas ao wc, após as refeições, ingestão de líquidos em quantidade elevada, e após administração de diuréticos;
- realização de exercícios de Kegel, informando a pessoa idosa dos benefícios dos mesmos;

No caso de incontinência intestinal:

- identificar os motivos que desencadearam a incontinência intestinal;
- estabelecer horário regular de dejeção;
- administração de supositório de glicerina diário, ou de 2/2 dias, sempre à mesma hora, para reeducação intestinal;
- responder em tempo útil à solicitação da pessoa idosa, em querer evacuar;
- proporcionar urinol/arrastadeira após administração de laxantes;
- promover idas ao wc, permitindo a privacidade da pessoa idosa.

**Autocuidado:
transferir-se**

- manter o repouso no leito, somente se a situação clínica assim o exigir;
- realizar 1º levante, o mais precocemente;
- se permanência no leito prolongada, iniciar por colocar a pessoa idosa em posição de fowler, ou se a cama permitir em posição de sentada, posteriormente sentar a pessoa idosa, com as pernas pendentes para fora da cama;
- permitir que a pessoa idosa faça carga com os membros inferiores a quando da transferência;
- prevenção de quedas através da manutenção do cadeirão e da cama travados, de modo a evitar quedas;
- promover o uso de calçado ou meias antiderrapantes;

- negociação do tempo de transferência com a pessoa idosa, transmitindo para isso os seus benefícios;
- no posicionamento da pessoa idosa no cadeirão, deverá recorrer-se ao auxílio de almofadas;
- quando a pessoa idosa, deambula com auxiliares de marcha no domicílio, deverá colocar-se o cadeirão cada dia mais distante da cama, de modo a permitir o treino dos auxiliares de marcha;
- na presença de pessoa idosa confusa ou desorientada, deverão utilizar-se imobilizadores.

Autocuidado: Andar

- promover um ambiente adequado, livre de obstáculos, à deambulação da pessoa idosa, na enfermaria;
- promover o uso de calçado ou meias antiderrapantes;
- estimular a deambulação da pessoa idosa, supervisionada ou assistida, por um período, no turno da manhã e da tarde;
- avaliar a necessidade da utilização de dispositivos auxiliares de marcha, ensinando, instruindo e treinando para isso a pessoa idosa;
- disponibilizar prolongamentos de oxigénio, nas situações em que a pessoa idosa esteja dependente desta terapêutica;
- disponibilizar balas de oxigénio, para que a pessoa idosa, possa deambular na enfermeira e corredores;
- promover a participação da família, no autocuidado andar, com a pessoa idosa, durante o período de visitas.

Isolamento

- despiste de sinais e sintomas de depressão e ansiedade;
- presença da família com recurso a novas tecnologias;

- não proporcionar o acesso excessivo (leitura ou visualização) a notícias relacionadas com o COVID 19;
- incentivar a realização de hobbies;
- a realização de pequenos exercícios físicos;

5. CONCLUSÃO

Ao longo das últimas décadas, muito se tem falado de fragilidade, com a formulação de diferentes modelos, mas sem no entanto se ter chegado a um consenso quanto ao seu conceito. A prevenção da fragilidade na pessoa idosa, e sobretudo na pessoa que é hospitalizada, permite-nos contribuir de modo significativo para a promoção da qualidade de vida, bem como para a promoção do Cuidado-de-Si.

Na época que vivenciamos, com a pandemia por SARS-CoV-2, as pessoas idosas encontram-se ainda mais vulneráveis e com maior predisposição a se tornarem frágeis. Como profissionais de saúde, devemos estabelecer intervenções que possam alterar este rumo. A implementação de escalas de avaliação da fragilidade, nos serviços hospitalares, ajudam-nos a estabelecer intervenções, que nos permitem tentar minimizar os fatores que levam à predisposição para a fragilidade por parte da pessoa idosa. De salientar, que cada um de nós tem um projeto de vida e saúde (Gomes, 2016), que deverá ter sido em conta, mas que nos permite decidir em conjunto com a pessoa idosa as intervenções que pretendemos desenvolver, para que possamos prevenir a sua fragilidade.

Esperamos com este guião contribuir com resultados que possam, no momento da alta, prevenir o agravamento da fragilidade. Existe a necessidade dos profissionais de saúde repensarem as suas práticas, de modo a se verificar uma melhoria destas, bem como a trazerem verdadeiros benefícios para aqueles de quem cuidam.

Referências Bibliográficas

- Aliberti, M. J. R., Szlejf, C., Avelino-Silva, V. I., Suemoto, C. K., Apolinario, D., Dias, M. B., ... Hangai, R. K. (2021). COVID-19 is not over and age is not enough: Using frailty for prognostication in hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(5), 1116–1127. <https://doi.org/10.1111/jgs.17146>
- Araújo, J. R.R. (2017). Prevalência da fragilidade no idoso e seu valor preditivo na mortalidade e reinternamento. (Trabalho de Projeto do Mestrado Integrado em Medicina apresentado à Faculdade de Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/82352>
- Arow, H.A., Borenstein, F. H., Braunstein, G.D., Bolton, L.B. (2014). Validating SPICES as a Screening Tool for FrailtyRisks among Hospitalized Older Adults. *Nursing Research and Practice*. Vol. 2014, Doi: 10.1155/2014/846759.
- Coelho, T. F. M. (2014). Modelo Integral de Fragilidade do Idoso (do constructo à avaliação - Tilburg Frailty Indicator). Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Universidade de Aveiro, Porto.
- Cruz, H.D.T. (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção da fragilidade da pessoa idosa: cuidados em parceria para o cuidado de si (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Direção-Geral de Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa 09/DGCG
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa - Orientação nº 015/2010 Direção-Geral da Saúde. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–17.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 017, 1–10.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação da Direção-Geral da Saúde 021/2011. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–4.
- Direção Geral da Saúde (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direção-Geral da Saúde*, Norma nº 054/2011, 1–19.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção-Geral da*

Saúde, Norma^o 019, 1–12. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação da Direção-Geral da Saúde, 2017(008)*, 1–20. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>

Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010c). Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging, 14(3)*, 175-181. Doi: [10.1007/s12603-010-0045-6](https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6)

Gomes, I.D. (2009). Cuidado de Si a Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Lisboa Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa: Tese de doutoramento.

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: A natureza da parceria entre o e o doente idoso no domicílio. In M.A.P. Lopes. *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática* (pp.77-113). Loures: Lusociência.

Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.

Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado-de-si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem, 23*, 7–16. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-7-16.pdf

Gomes I. (2021) Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III*. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32

Herdman, T.H., Kamittsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2018-2020 (11^a ed.). Porto Alegre: Artmed

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Destaque Informação à Comunicação Social, 1-21

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2021). Estatísticas Demográficas - 2020. *População e Sociedade | População*.

Lim, S. H., Ang, S. Y., Abu Bakar Aloweni, F. B., & Østbye, T. (2019). An integrative review on screening for frailty in acute care: Accuracy, barriers to implementation

and adoption strategies. *Geriatric Nursing*, 40(6), 603–613.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.005>

Nascimento, S.S.C.L. (2013). A avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/15656>

Piers, R., Braeckel, E.V., Benoit, D., Noortgate, N.V.D.(2021). Early resuscitation orders in hospitalized oldest-old with COVID-19: A multicentre cohort study. *Paliative Medicine*. Vol. 35(7), 1288-1294. DOI: 10.1177/02692163211018342

Owen, R. K., Conroy, S. P., Taub, N., Jones, W., Bryden, D., Pareek, M., ... Banerjee, J. (2020). Comparing associations between frailty and mortality in hospitalised older adults with or without COVID-19 infection: A retrospective observational study using electronic health records. *Age and Ageing*, 50(2), 307–316. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa167>

Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Łoboz-Rudnicka, M., Manulik, S., Łoboz-Grudzień, K., & Gobbens, R. J. J. (2014). Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg frailty indicator for optimizing care of polish patients with frailty syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 9(June), 997–1001. <https://doi.org/10.2147/CIA.S64853>

Apêndice XIII – Guião para a narrative reflexiva dos enfermeiros

Instrumento de colheita de dados das narrativas dos enfermeiros no diagnóstico da situação

Caro(a) colega está a ser convidado(a) a colaborar num projeto que está a ser realizado pela estudante Sónia Brás sob a orientação da professora doutora Idalina Gomes no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e sob a orientação da prática clínica da senhora [REDACTED].

O projeto que pretendemos desenvolver tem como finalidade avaliar a fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, visando desenvolver uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2". A sua colaboração é de carácter voluntário, podendo em qualquer momento recusar continuar. No entanto, a sua participação é muito importante para que possamos identificar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros, visando dar contributos para melhorar a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador para o Cuidado-de-Si e a funcionalidade da pessoa idosa. A sua colaboração far-se-á através da resposta a um questionário, realizado sob as diretrizes do Modelo Reflexivo de Schön (1983). É com este objetivo que venho propor a cada um dos participantes enfermeiros, que descrevam e analisem uma situação clínica por si vivida, segundo o modelo reflexivo de Jonhs (2004)

Descreva uma situação em que cuidou de uma pessoa idosa com alteração da funcionalidade e descreva o que aconteceu, tendo por base as seguintes questões:

- O que aconteceu?
- O que é que eu tentei alcançar?
- Porque é que eu respondi como respondi?
- Quais foram as consequências disso para o cliente? Para os outros? Para mim mesmo?
- Como é que essa pessoa se sentiu?
- Como é que eu sei isso?

- Como é que eu me senti nesta situação?
- Que fatores internos me influenciaram?
- Como é que as minhas ações afetam as minhas crenças em termos de cuidado de enfermagem ?
- Quais os fatores que me fizeram agir de modo (in)congruente?
- Que relação tem isto com a minha experiência prévia?
- Poderia fazer de outra forma isto, ou melhor, em situações similares, o que necessitaria para isso?
- Quais seriam as consequências de ações alternativas para o meu cliente? Para os outros? Para mim?
- Como é que eu agora me sinto acerca desta experiência?
- Posso sustentar melhor para mim e para os outros as consequências?
- Isto mudou o meu modo de conhecer a pessoa idosa com alterações da funcionalidade?

Obrigado pela sua colaboração!

**Apêndice XIV – Plano da sessão de formação desenvolvida no Serviço de
Medicina**

Plano da 1ª Sessão de Formação Serviço de Medicina [REDACTED]

Tema da Sessão	Apresentação do projeto “Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2”
População Alvo	Enfermeiros
Formador	Sónia Brás
Orientadora do local de estágio	[REDACTED]
Docente	Profª Dr.ª Idalina Gomes
Objetivo Geral	Sensibilizar a equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina [REDACTED], para o projeto “Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2”
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar o projeto a implementar no serviço no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa• Contextualizar a situação atual• Identificar a fragilidade como síndrome geriátrica• Apresentar o modelo de Parceria de Gomes (2016)
Resultados Esperados	No final da sessão é esperado que os formandos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Conhecer o projecto a desenvolver no serviço• Identificar a fragilidade como síndrome geriátrico.• Identificar o Modelo de Parceria, na sua prática de cuidados• Identificar os instrumentos de avaliação da fragilidade na pessoa idosa
Pré-requisitos	Enfermeiros Medicina [REDACTED]
Duração	32 Minutos
Data	Março 2021 (dia à escolha do formando)

Apêndice XV – Sessão de formação desenvolvida no Serviço de Medicina

Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o cuidado de si, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2

Elaborado por:

Sonia Irla

Orientadora (G):

Prof. Dr.ª Marina Gomes

Orientadora (M):

[Redacted]



Sumário

- Objetivos gerais e específicos
- Identificação do projeto e Instituições envolvidas
- Componente científica e formativa
 - Sumário
 - Descrição técnica
 - Revisão crítica da literatura
 - Plano de trabalho e métodos
 - Descrição das tarefas e resultados esperados
- Cronograma
- Referências Bibliográficas



Objetivos

Geral:

- ✓ Sensibilizar a equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina [Redacted] para o projeto "Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2"

Específicos:

- ✓ Apresentar o projeto e implementar ao serviço no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa
 - ✓ Contextualizar a situação atual
 - ✓ Identificar a fragilidade como síndrome geriátrica
 - ✓ Apresentar o modelo de Parceria de Gomes (2016)



Identificação do projeto e Instituições envolvidas

Palavras-chave

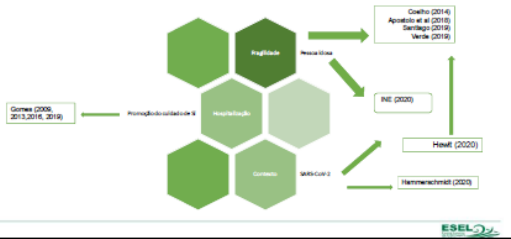
- Pessoa idosa; hospitalização; fragilidade; promoção do cuidado de Si; SARS-CoV-2

Duração

- Serviço de Medicina [Redacted] – Janeiro a Abril 2021



Componente científica e formativa



Contextualização do momento

Projeções de População Residente 2018-2080 do INE (2020)

- número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões
- Índice de Envelhecimento, prevê-se em 2080, um aumento de 159 idosos para 300, por cada 100 jovens

Revisão crítica da literatura

Conceito de fragilidade

Coutinho, 2014; Nolden, 2016; Daniels et al., 2017; Cornil, 2017

Modelos de fragilidade

Fried et al. (2001); Mitchell, Moghni, McHugh e Reinken (2002); Gobbens, Lubis, Minen-Spinares e Sultana (2012)

Escalas de avaliação da fragilidade

Tilburg Frailty Indicator; Escala de Fragilidade de Edmonton

Fragilidade - conceito

Síndrome geriátrica

Estado de "reserva funcional limitada" ou "incapacidade de integrar respostas face ao stress"

Estado de elevada suscetibilidade e consequências adversas para a saúde, como incapacidade, dependência, quedas e mortalidade

Cornil (2017)

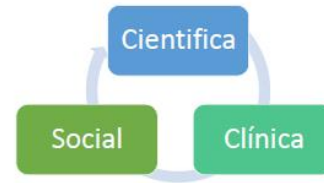
Processo dinâmico em que ocorre redução das funções físicas, psicológicas e/ou sociais, associadas ao envelhecimento

Faller (2018)

Fragilidade - conceito



Fragilidade - abordagem



Modelos Conceituais de Fragilidade

Modelo biológico	Modelo de acumulação de défices	Modelo integral de fragilidade
Rivad et al (2002)	Witteles, Maghnie, MacIntyre e Kucharski (2002)	Gobbens, Luthi, Wilson-Sponshin e Schulz (2010)
Notção de fragilidade	estado não específico, resultado de vários componentes de vulnerabilidade de vários múltiplos fatores relacionados com o envelhecimento	Interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais
atenção, lentidão, aumento, perda de peso, incontinência e baixa vitalidade física	desempenho alterações funcionais, no nível das atividades de vida diárias	resultado das perdas em pelo menos um dos domínios

Fragilidade – instrumentos de avaliação

<p>Escala de Fragilidade de Edmonton</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 9 domínios • Idoso frágil: score >7 • Não validada para Portugal
<p>Tilburg Frailty Indicator (TFI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 15 questões • 3 domínios • Idoso frágil: score > 5

Modelo de Parceria

“estabelecer uma verdadeira interação entre os parceiros, o que implica, à partida, o conhecimento do Outro e a atenção para com ele, de modo a serem criadas sinergias entre ações e decisões que possam beneficiar os intervenientes”

Gomes (2013, p. 79)

Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013, 2016, 2019)

- Apresentar-se à pessoa idosa
- Apresentar o serviço à pessoa idosa
- Estabelecer uma relação com a pessoa idosa e família

- Conhecer a pessoa idosa
- Aplicação dos instrumentos

- Intervenções: Enfermagem, Médicas
- Encaminhamento para Assistência Social

- Estabelecimento de um plano de cuidados
- Projeto de vida e saúde

- Avaliação do plano de cuidados implementado em conjunto com a pessoa idosa e/ou sua família
- Follow Up
- Presencial ou Consulta Telefónica

Manual de intervenção para prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa, UIP Coesão - Programa de intervenção

Plano de trabalho e métodos

Metodologia projeto (Rico, 2019)

Instrumento de colheita dados das narrativas dos enfermeiros no diagnóstico de situação

Instrumentos - Indicador de Fragilidade de Tilburg (TFI)

Finalidade

Desenvolver competências de mediação e enfermagem especializada no cuidado à pessoa idosa fragil

Objetivos gerais

Desenvolver competências como mediação e enfermagem especializada na promoção do cuidado de SI a pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade, através da avaliação da fragilidade, utilizando parâmetros como planeamento de enfermagem, em contexto hospitalar

Contribuir como mediação e enfermagem especializada para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto de residência

Projeto - Instrumentos de recolha de dados

Guião de colheita de dados segundo o Modelo de Parceria de Gomes (2016)

Instrumento de colheita de dados das narrativas dos enfermeiros no diagnóstico da situação

Indicador de Fragilidade de Tilburg



Objetivo Geral 1: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do cuidado de SI à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade, através de avaliação da fragilidade, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, em contexto hospitalar

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
Adaptar o conhecimento sobre prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto de paciente	<ul style="list-style-type: none"> Realizar de literatura sobre a pessoa idosa, o conceito de fragilidade e os fatores que interferem nesta, e de hospitalização e SARS-CoV-2, promover o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, no contexto de paciente Fazer o diagnóstico das necessidades para implementação do projeto Realizar de orientação tutorial via Teams 	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de revisão de literatura Resultados de revisão escoping Registo da observação das práticas de enfermagem no Serviço de Medicina Registo das reflexões sobre as reuniões de orientação tutorial 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos Professora Orientadora de ESEL Computador Internet Assess VPN de ESEL Impressora
Intervir como enfermeira especialista na prevenção da fragilidade, através da avaliação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Consulta de estratégias emanadas de novo Identificar o instrumento de avaliação de fragilidade que melhor se adequa à pessoa idosa hospitalizada Realizar com a enfermeira orientadora de estágio, e com a equipa de enfermagem onde se treina 	<ul style="list-style-type: none"> Registo de estratégias Exatidão de avaliação de fragilidade identificada Reflexão sobre as reuniões de orientação 	<ul style="list-style-type: none"> Professora Orientadora de ESEL Computador Internet Local de estágio Local de estágio

ESEL

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na promoção do cuidado de SI à pessoa idosa e sua família, na prevenção da fragilidade, através de avaliação da fragilidade, utilizando a parceria como intervenção de enfermagem, em contexto hospitalar

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
Prevenir cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, como base na avaliação da fragilidade, como prevenção de risco e promoção de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer no contexto de prevenção da fragilidade, como prevenção de risco e promoção de saúde Formação à equipa disciplinar sobre o Modelo Conceptual de Parceria, em contexto hospitalar Prevenir cuidados à pessoa idosa, promovendo o cuidado de SI, em contexto hospitalar, como prevenção da fragilidade no âmbito de Paciente por SARS-CoV-2 Desenvolver cuidados à pessoa idosa, prevenindo a sua fragilidade, em contexto hospitalar Capacitar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa idosa, prevenindo a sua fragilidade e formação realizada promovendo o cuidado de SI, em contexto hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar o projeto de estágio à Chefe de Profissionais de Enfermagem, e à DGP Especialista em Métodos Científicos Registo das formações realizadas Reflexão das aprendizagens Existência de estudos de caso; Aplicação do instrumento de avaliação de fragilidade Registo sobre as reuniões e sessões de formação realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Professora Orientadora de ESEL Enfermeira orientadora do local de estágio Computador Internet Assess VPN de ESEL Legislação Impressora Local de estágio Disponibilidade da equipa

ESEL

Objetivo Geral 2: Contribuir como mestre e enfermeira especialista para o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar na prevenção da fragilidade, na pessoa idosa hospitalizada, no contexto de paciente

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	Recursos
Contribuir e envolver a equipa de enfermagem no projeto de intervenção de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Realizar com a equipa de enfermagem de modo a de avaliação da fragilidade Participar na equipa de enfermagem o seu conhecimento acerca da prevenção da fragilidade Formação de equipa, através de sessões de formação Apresentação à equipa de enfermagem dos resultados obtidos durante o desenvolvimento do projeto Produção de material de evidência científica 	<ul style="list-style-type: none"> Registo sobre as reuniões Instrumento de coleta de dados dos enfermeiros no diagnóstico de situação Registo sobre as sessões de formação Registo dos resultados obtidos através do projeto Formação à equipa, material científico Resultados de pesquisas Registo de reuniões Registo de reuniões Registo de reuniões com a equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Professora Orientadora de ESEL Enfermeira orientadora do local de estágio Computador Internet Assess VPN de ESEL Legislação Impressora Local de estágio Disponibilidade da equipa
Formar e atuar em projeto, investigações científicas das Pessoas Idosas	<ul style="list-style-type: none"> Participar em que consiste o Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas Reunir com a chefe do serviço para verificar disponibilidade de aderir ao Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas Nomeação de um elemento da equipa para orientar o Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas Reunir com a equipa de enfermagem, de modo a envolver a no Projeto Instituições Amigas das Pessoas Idosas 	<ul style="list-style-type: none"> Registo de reuniões Registo de reuniões Registo de reuniões Registo de reuniões com a equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> Local de estágio Disponibilidade da equipa

ESEL

ANEXOS

**Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de
Administração do hospital da Região de Lisboa**

PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Hospital

Título: Projeto intitulado "Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2".

Investigador Principal: Enf^a Sónia Brás

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade maioria em reunião do dia 22/02/2021.

Estiveram presentes:

- Nome: Dra. (Presidente)
- Nome: Dra.
- Nome: Dra.
- Nome: Dra.
- Nome: Dra.
- Nome: Dr.
- Nome: Dra.
- Nome: Dr.
- Nome: Enf^a.

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Dra.
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 25/02/2021.

Presidente do

Almada, 26/02/2021

Anexo II – Índice Fragilidade de Tilburg

Versão portuguesa do *Tilburg Frailty Indicator* (TFI)

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

Parte A: Determinantes de fragilidade	
1. Qual é o seu sexo?	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
2. Qual é a sua idade?	_____ anos
3. Qual é o seu estado civil?	<input type="checkbox"/> casado(a)/vive com um parceiro(a) <input type="checkbox"/> separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)
4. Em que país nasceu?	_____
5. Quantos anos de escolaridade completou?	_____ anos
6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?	<input type="checkbox"/> 250€ ou menos <input type="checkbox"/> 501€ a 750€ <input type="checkbox"/> 1001€ a 1500€ <input type="checkbox"/> 2001€ <input type="checkbox"/> 251€ a 500€ <input type="checkbox"/> 751€ a 1000€ <input type="checkbox"/> 1501€ a 2000€ ou mais
7. Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?	<input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> nem muito nem pouco saudável <input type="checkbox"/> não saudável
8. Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9. Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?	- a morte de uma pessoa querida <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - uma doença grave em si próprio <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - uma doença grave numa pessoa querida <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - um acidente de viação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não - um crime <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
10. Está satisfeito com o ambiente em sua casa?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Parte B: Componentes de fragilidade	
<i>B1: Componentes físicos</i>	

11. Sente-se fisicamente saudável?

sim não

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

sim não

Tem problemas na sua vida diária devido a:

13.dificuldade em andar?

sim não

14.dificuldade em manter o seu equilíbrio?

sim não

15.dificuldade de audição?

sim não

16.dificuldade de visão?

sim não

17.falta de força nas suas mãos?

sim não

18.cansaço físico?

sim não

B2: Componentes psicológicos

19. Tem problemas com a sua memória?

sim por vezes não

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

sim por vezes não

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

sim por vezes não

22. É capaz de lidar bem com os problemas?

sim não

B3: Componentes Sociais

23. Vive sozinho?

sim não

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

sim por vezes não

25. Recebe suficiente apoio de outras pessoas?

sim não

**ANEXO III – Declaração de participação no Angelini University Award
2020/2021**

CERTIFICADO

Certifica-se que **Sónia Cristina Alexandre Mendonça Brás** participou no Angelini University Award! 2020/2021, na qualidade de **estudante**, sobre o mote de **Soluções de Crises em Saúde** – **identificar, gerir e cuidar**, com o projeto:

Avaliação da fragilidade na pessoa idosa hospitalizada: uma intervenção de enfermagem para promover o Cuidado-de-Si no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2

Lisboa, 16 de novembro de 2021



DIRETORA DE RECURSOS HUMANOS & COMUNICAÇÃO
CONCEIÇÃO MARTINS

**ANEXO IV – Declaração de apresentação de comunicação livre no Webinar do
Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Adulto e Idoso, ESEL**

Certificado

Certifica-se que Sónia Brás apresentou uma comunicação livre intitulada: "Prevenir a fragilidade na pessoa idosa hospitalizada, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2. Promoção do Cuidado-de-Si", no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

