



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

**O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em
Isolamento Social no Contexto da Pandemia por
COVID-19**

Catarina Isabel Faustino Lopes

**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

**O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em
Isolamento Social no Contexto da Pandemia por
COVID-19**

Catarina Isabel Faustino Lopes

Orientador: Prof^a Doutora Maria da Graça de Melo e Silva

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Creio que o melhor presente que posso receber dos outros, é ser olhado por eles, escutado por eles, compreendido por eles e tocado por eles. O melhor presente que posso dar, é o de olhar, escutar, compreender e tocar uma outra pessoa. Quando isso acontece, tenho o sentimento de estar em contato”
(Satir, 1976 p.1 as cited in Chalifour, 2008, p. 129)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Graça Melo, pelas orientações, por ter sido uma força inspiradora e por todo o suporte dado durante este percurso.

À Enfermeira Sandra, por toda a disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e experiências, pelo entusiasmo e incentivo transmitidos.

À equipa multidisciplinar, por toda a receptividade, flexibilidade e colaboração para o desenvolvimento deste projeto.

A todas as pessoas idosas, com quem tive oportunidade de contactar nesta jornada, pela sua aceitação, amabilidade e partilha de experiências de vida.

Ao Bruno, que com a sua boa disposição, valentia e exemplo de vida, me deu apoio e motivação constante e encorajou a superar todos os desafios.

Aos meus familiares e amigos, a minha gratidão por estarem sempre presentes, por todo o apoio incondicional e pelas palavras sempre convictas de otimismo.

Muito obrigada

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diárias

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

Covid-19 - *CoronaVirus Disease*

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

INE – Instituto Nacional de Estatística

IS – Isolamento Social

MMSE - Mini Mental State Examination

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

RESUMO

As pessoas idosas institucionalizadas foram as mais indefesas durante a pandemia Covid-19, tendo vivido múltiplas mudanças no seu dia-a-dia com o confinamento obrigatório, o que teve repercussões na sua saúde física, mental e representou várias carências afetivas e comunicacionais que modificaram a sua forma de estar, interagir e o seu bem-estar.

No presente relatório de projeto são apresentadas as atividades concretizadas durante o estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área da Pessoa Idosa, que durante a prestação de cuidados numa residência assistida, contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista no cuidado à pessoa idosa institucionalizada.

Foi realizada a revisão da literatura e aplicada a metodologia de projeto, segundo o quadro conceptual dos Cuidados Centrados na Pessoa, com o propósito de identificar e desenvolver as intervenções de enfermagem que permitiram desenvolver competências de comunicação verbal e não-verbal, recorrendo a um cuidado relacional diferenciado, suportado na interação e relação de ajuda.

No estudo qualitativo, o objetivo foi descrever as experiências, sentimentos e vivências das pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia, assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a treze participantes dessa residência assistida. Os dados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo, descrevendo e analisando, nesta população, os sentimentos positivos, negativos, as experiências vividas, as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para se manterem otimistas e resilientes.

Estamos convictos que a utilização de técnicas comunicacionais e relacionais no cuidado à pessoa idosa tiveram um impacto positivo na interação, na redução de sentimentos de solidão e melhoria do bem-estar.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Isolamento Social, Institucionalização, Covid-19, Cuidar.

ABSTRACT

Institutionalized elderly people were the most vulnerable during the Covid-19 pandemic, having experienced multiple changes in their daily lives, such as the suspension of visits and of physical activities and mandatory confinement. These restrictions resulted in repercussions on their physical and mental health, which resulted in affective and communicational deficiencies that changed their way of being and interacting, actively influencing their well-being.

The activities performed during the internship for the nursing masters course on medical and surgical field internship, with intervention on older people, are presented on this project, from the perspective of the elderly care, that during care provision in an assisted care home has helped me develop competencies as a specialist master nurse on the care of the institutionalized elderly people.

The literature review was done and the project methodology applied, according to the Person-Centered Care conceptual framework, having the goal of identifying and developing nursing interventions that allowed the development of verbal and non-verbal communication skills, using a specialized relation care, based on a helping interaction and therapeutic relationship.

In the qualitative research the goal was to describe the experiences, feelings and daily lives throughout the confinement period and for to reach that purpose semistructured interviews were conducted with thirteen of those residents. The data were obtained through content analysis, describing and analyzing the positive and negative feelings on this population, their experiences, the difficulties felt and the strategies used to keep them optimistic and resilient.

It is our conviction that the use of communication and relational techniques in the care of the elderly had a positive impact on interaction, reducing feelings of loneliness and improving well-being.

Keywords: Older People, Social Isolation, Hospitalization, Covid-19, Caring.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE QUADROS	
INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 O Envelhecimento e o Isolamento Social	16
1.2 A Pessoa Idosa Institucionalizada	17
1.3 Implicações da Pandemia Covid-19 na Pessoa Idosa Institucionalizada	17
1.4 A Comunicação e a Relação na Pessoa Idosa Institucionalizada em Confinamento no Contexto da Pandemia por Covid-19	20
1.4.1 Intervenção de enfermagem	25
1.4.2 Quadro de referência conceptual dos cuidados de enfermagem	28
2. CONTEXTO DE EXECUÇÃO DO PROJETO	30
3. METODOLOGIA	31
3.1 Problemática e Diagnóstico de Situação	31
3.2 Finalidade, Objetivos e Atividades Planeadas	33
4. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS	35
4.1 Pesquisa e Revisão da Literatura	35
4.2 Estudo Qualitativo	35
4.3 Formação da Equipa de Saúde	54
4.4 Prestação de Cuidados de Enfermagem	57
5. AVALIAÇÃO DO PERCURSO DE ESTÁGIO	58
5.1 Limitações do Projeto	58
5.2 Pontos Fortes e Fracos	58
5.3 Contributos para a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem	58
6. AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	59
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Apêndice II – Guião da Entrevista

Apêndice III – Resultados dos Discursos dos Participantes

Apêndice IV – Questionário Realizado à Equipa

Apêndice V – Plano de Formação

Apêndice VI – Plano de Sessão

Apêndice VII – Sessão de Formação

Apêndice VIII – Avaliação da Sessão Formativa

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Categorias, Subcategorias e Unidades de Registro

38

INTRODUÇÃO

No nosso país o envelhecimento populacional tem sido cada vez mais notório nas últimas décadas. No ano de 2019, a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2 280 424 representando 22,1% da população total. No mesmo ano, comparativamente com o ano anterior, verificou-se um acréscimo de 12 335 pessoas idosas com 85 ou mais anos, representando 14,1% das pessoas com 65 anos ou mais (INE, 2020).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), 60% da população idosa em Portugal vive só ou acompanhada por outras pessoas idosas, tendo tido na última década um acréscimo de 28%. O aumento do número de pessoas a residir nestas circunstâncias deve-se a fenómenos como: maior esperança média de vida, o ajuste do papel da família na sociedade e a desertificação em várias regiões (INE, 2012).

Em 2011, da população idosa com 65 anos ou mais cerca de 3,5% residiam em instituições de apoio social. Este número de pessoas idosas institucionalizadas aumenta para 10% quando se contabilizam todos aqueles com 80 anos ou mais (Moreira, 2020).

Quanto maior for o número de pessoas idosas, maior será o número de pessoas em isolamento social (Nicholson, 2012). Depois dos 60 anos há uma probabilidade de 50% de isolamento social (IS) e agravamento do estado de saúde (Fakoya et al., 2020). O IS refere-se à ausência do contacto social com os outros, verificando-se dificuldade ou impossibilidade de acesso a serviços e atividades sociais, pelo que é integrado como foco de atenção e preocupação de saúde pública (Brooke & Jackson, 2020).

O IS é um dos fatores de risco para a institucionalização das pessoas idosas e durante a pandemia devido à doença por coronavírus (Covid-19) estas foram as que mais sentiram os efeitos da mudança.

A infeção por coronavírus esteve na origem da atual pandemia Covid-19 que se manifesta por uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). É uma doença com transmissão pelo contacto próximo com indivíduos infetados. Essa propagação ocorre através da via aérea, mais concretamente por gotículas com origem no nariz ou boca da pessoa doente que alcançam a boca, olhos ou nariz das pessoas que estão na sua proximidade (Lekamwasam & Lekamwasam, 2020).

As medidas restritivas necessárias para a prevenção da infecção associadas a uma maior predisposição a infecções agudas e crônicas devido à imunidade reduzida, à existência de comorbidades como a diabetes, insuficiência renal crônica, distúrbios neuromusculares e o uso prolongado de medicação tornaram este grupo mais indefeso (Lekamwasam & Lekamwasam, 2020).

Para reduzir a transmissão do coronavírus foram estabelecidas várias normas, dirigidas às unidades residenciais, que agravaram o IS das pessoas idosas (com a cessação das visitas e todos os contactos com o exterior) e a suspensão de todos os contactos internos considerados não essenciais (como atividades diárias de lazer). Todas estas alterações tiveram repercussões na saúde dos residentes, quer fisicamente, mentalmente e no seu bem-estar (Goodman-Casanova et al., 2020).

Um estudo que analisou o impacto da pandemia Covid-19 na saúde das pessoas idosas revelou que o confinamento prolongado e a solidão tiveram consequências negativas na saúde física e mental dos idosos institucionalizados. A grande maioria dos idosos (79,3%) viu a vida social diminuída e cerca de dois terços (69,0%) referiram ter passado muito menos tempo com as pessoas de quem gostavam. Contudo, 78,2% recorreram frequentemente a meios tecnológicos para se manterem em contacto com as pessoas significativas (Krendl & Perry, 2021).

Nas unidades residenciais é importante manter uma boa interação social associada a um cuidado holístico para a saúde e bem-estar da pessoa como também para a sua qualidade de vida. Muitas dessas pessoas têm idade avançada, com necessidades em saúde acrescidas devido a défices sensoriais, cognitivos e na mobilidade, que podem prejudicar de forma significativa a sua capacidade de interação social (Bethell et al., 2021). As pessoas idosas têm inúmeras vivências e experiências de vida e o envelhecimento, as doenças crônicas e as características do ambiente residencial exigem ajustamento para adaptação às novas circunstâncias. A avaliação e equilíbrio de todas estas fragilidades são fundamentais para o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP).

Muitos idosos, previamente à pandemia, tinham o apoio das suas famílias que desempenhavam um papel ativo nos cuidados, representando a pessoa idosa, ajudando na tomada de decisão e promovendo a interação social com a restante família (Bethell et al., 2021).

Devido ao medo, ansiedade e incerteza que acompanhou esta pandemia, é importante realçar o impacto da comunicação entre o profissional e a pessoa idosa na

manifestação de empatia e compreensão. As medidas implementadas, para reduzir a propagação do coronavírus, foram distanciadoras e fizeram com que o cuidado relacional, como o simples toque, colocar a mão no ombro ou sentar próximo da pessoa alguns minutos muito improvável de acontecer (Sonis et al., 2020).

Desta forma, durante o confinamento obrigatório foi fundamental redefinir áreas principais nos cuidados residenciais devendo ser privilegiado: o envolvimento dos idosos e dos cuidadores (tendo em consideração as preferências dos residentes, tanto eles como os cuidadores devem participar na tomada de decisão quanto aos cuidados); continuidade do cuidado (toda a equipa multidisciplinar tem um papel importante); cuidado individualizado (o CCP e no relacionamento são fundamentais) e aspetos organizacionais através da capacitação das equipas para obter uma melhoria da qualidade dos cuidados (Inzitari et al., 2020).

A comunicação surge como principal ferramenta para dar resposta às necessidades individuais da pessoa idosa. Através dela pretende-se ter impacto na sua forma de refletir, de pensar e de interagir, sendo este um processo dinâmico em que através da ajuda fornecida a pessoa possa fazer alterações e tomar decisões com efeito positivo na sua saúde (Thiyagarajan et al., 2019).

Perante isto, o enfermeiro enquanto profissional intervém na saúde ao nível do bem-estar físico, emocional e espiritual. É através da relação interpessoal estabelecida que tem em consideração os valores, as crenças e desejos individuais da pessoa alvo de cuidados e família que se suporta no CCP. Nesse contexto profissional, desenvolvem-se competências ao mesmo tempo que se distingue ao nível formativo e da experiência em que compreende e respeita aqueles que cuida. Assim, a relação terapêutica é caracterizada pela parceria estabelecida, pelo respeito das capacidades da pessoa idosa e importância do seu papel (OE, 2012). A equipa foi o elo mais próximo e presente, tendo estado alerta para todos os efeitos secundários devido ao prolongamento da pandemia (Plagg et al., 2020).

A elaboração deste trabalho está englobada na unidade curricular Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa. Ao atingir esta etapa pretendeu-se desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito da análise, identificação e solução de problemas na prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

O projeto desenvolvido decorreu num único contexto de cuidados, devido à necessidade de ajustes relacionados com a pandemia. O estágio foi concretizado numa residência assistida que presta cuidados de saúde a pessoas idosas, situada em Lisboa.

Um dos objetivos principais foi a prestação de cuidados às pessoas idosas institucionalizadas em isolamento social no contexto da pandemia Covid-19, identificando todas as mudanças ocorridas nas rotinas diárias destas pessoas, analisando os sentimentos e vivências experienciados por elas ao longo dos meses de pandemia em que permaneceram em confinamento prolongado (por mais de seis meses) e executando planos de cuidados individualizados.

Este trabalho foi estruturado em seis capítulos, no primeiro é apresentado o enquadramento teórico tendo por base a revisão da literatura efetuada, que pretende esclarecer alguns conceitos chave, especificamente o isolamento social e solidão nas pessoas idosas, a institucionalização, a comunicação, a relação e a intervenção de enfermagem à pessoa idosa institucionalizada em isolamento social devido à pandemia. No segundo capítulo é descrito o contexto em que foi executado o projeto de estágio. No terceiro capítulo é mencionada a metodologia de trabalho, a problemática estudada, a finalidade e os objetivos delineados. No quarto capítulo são expostas as atividades executadas, a avaliação e discussão das mesmas. No capítulo seguinte é apresentada a avaliação geral do percurso efetuado durante o estágio, analisando todas as limitações, pontos fortes e os contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Por fim, no capítulo seis são referenciadas as competências alcançadas enquanto enfermeiro especialista e mestre. E por último foi elaborada uma reflexão global sobre o trabalho desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 O Envelhecimento e o Isolamento Social

Nas últimas décadas tem-se verificado um contínuo aumento do envelhecimento da população, com um acréscimo da esperança média de vida e consequentemente um maior número de pessoas idosas. Com este aumento da longevidade importa assegurar qualidade aos anos de vida ganhos, isso é exequível ao adotar um envelhecimento ativo e saudável visto que cada pessoa tem um papel ativo nas decisões que toma e assume uma melhoria de escolhas para a saúde, segurança, qualidade de vida e capacidade funcional, que se reflete no seu bem-estar enquanto envelhece (SNS, 2017).

No ano de 2015, com base no Eurostat, apesar de muitas pessoas idosas considerarem que tinham apoio, 10% referia não ter alguém com quem discutir ou trocar opiniões pessoais (Moreira, 2020). Existe assim uma preocupação e necessidade de intervenção perante o IS e a vulnerabilidade das pessoas idosas.

O IS e solidão interferem no processo de envelhecimento e apesar de serem conceitos distintos estão interligados. O IS é um conceito multidimensional, objetivo, em que a pessoa carece de um sentimento de pertença social ou de envolvimento com outros (Nicholson, 2012) verificando-se diminuição da qualidade e quantidade dos contactos sociais, interação com amigos e familiares ou comunidade em geral (Fakoya et al., 2020). Por sua vez, a solidão refere-se a um sentimento subjetivo, negativo, em que a pessoa sente descontentamento devido à falta de contactos sociais, ausência de vínculo com outros ou isolamento pelo que o número e a qualidade de interação são inferiores ao desejado (Fakoya et al., 2020).

Assim, a pessoa pode ter várias interações sociais e passar pela sensação de solidão ou viver efetivamente isolada, mas sem vivenciar a sensação de solidão. O IS e solidão são dois fatores de risco para diversas causas de mortalidade e morbilidade, equiparando-se a outros fatores como: tabagismo, obesidade, hipertensão arterial e sedentarismo. A solidão está ainda associada a uma menor resistência às infeções, agravamento cognitivo e alterações na saúde mental como depressão ou demência (Fakoya et al., 2020).

1.2 A Pessoa Idosa Institucionalizada

A institucionalização é muitas vezes a única opção para prestar o apoio necessário à pessoa idosa, quando esta já não tem condições para permanecer na sua casa com a ajuda de terceiros. Geralmente tem como causa o distanciamento da rede familiar de suporte, isolamento, sentimentos de solidão, pluripatologia e dificuldades na realização das atividades de vida diárias (AVD) que comprometem a sua segurança a vários níveis.

As pessoas idosas ao integrarem unidades residenciais recebem cuidados de forma contínua, com base nas suas necessidades biopsicossociais, estimulando o envelhecimento ativo e permitindo que os laços familiares sejam incentivados ou preservados (Portaria N.º 67/2012). O nível de interação social estabelecido com outros residentes e família, o processo de adaptação e integração no novo espaço devido à institucionalização pode agravar o IS e sentimentos de solidão.

Com base no *“Institute for Public Policy Research”* há estudos que salientam que as pessoas institucionalizadas se sentiam descontentes, solitárias, deprimidas, insatisfeitas com a vida e com baixos níveis de bem-estar (NICE, 2013). Todos estes sentimentos produzem efeitos negativos na saúde dos residentes (Nicholson, 2012) e foram intensificados com a pandemia, o que exigiu maior atenção à equipa.

O suporte familiar e da equipa na pessoa idosa é fundamental, mesmo quando é inferior ao desejado para a manutenção do seu bem-estar, interação social e promoção da sua adaptação a viver na instituição. Dessa forma, o apoio recebido auxilia na prevenção da solidão ou do seu agravamento, o que se torna mais evidente quanto mais avançada a idade (Moreira, 2020). Além disso, o sentimento de proximidade com as pessoas da sua rede social aumenta e promove maior estabilidade emocional, podendo atenuar a solidão e o risco de depressão (Krendl & Perry, 2021).

1.3 Implicações da Pandemia Covid-19 na Pessoa Idosa Institucionalizada

A progressão da doença SARS-CoV-2 foi um processo rápido que levou à obrigatoriedade de colocar em prática medidas sanitárias definidas pela Direção Geral da Saúde (DGS) ao nível da comunidade (DGS, 2021).

As medidas decretadas pela DGS em linha com a Organização Mundial da Saúde visam a prevenção da transmissão do vírus e incluíram: a utilização de máscara, lavagem e desinfecção das mãos, distanciamento físico de pelo menos 1 metro, regras de etiqueta respiratória, ventilação adequada em ambientes internos, execução de testes de rastreio da infeção, implementação de quarentena e isolamento (WHO, 2020a).

Apesar das medidas rigorosas, nas unidades residenciais foi difícil de gerir eficazmente os casos de infeção uma vez que o espaço é partilhado. Por outro lado, a mortalidade e morbilidade, devido à doença, estava relacionada com o envelhecimento e com a existência de pluripatologia. As pessoas idosas institucionalizadas, em geral, sofrem de duas ou mais doenças crónicas, sendo muitas delas graves ou avançadas, constituindo um grupo de risco de desenvolver graves complicações quando infetadas pelo SARS-CoV-2 (Barasteh et al., 2020).

Por esse motivo, tiveram de obedecer a rigorosas medidas restritivas ao nível institucional. Aqueles que habitualmente recebiam várias visitas (familiares, amigos ou profissionais de saúde) viram o seu contacto diário interrompido (Chen, 2020). Também os novos residentes passaram a cumprir 14 dias de quarentena desde a chegada à instituição, tal como aqueles que tinham de se deslocar ao exterior para consultas, tratamentos ou sempre que existiam sintomas da doença (DGS, 2021).

Para além das refeições em espaços comuns terem sido canceladas, também as atividades de grupo diárias e de convívio entre os residentes foram suprimidas. Segundo o médico Vivek Murthy a doença mais frequente observada por si não foi a doença cardíaca ou a diabetes, foi a solidão (Cocuzzo et al., 2020).

Contudo, todas as medidas aplicadas para minimizar a disseminação do vírus tiveram um impacto emocional significativo nos residentes, familiares e profissionais (Sonis et al., 2020). Para os residentes, o IS teve repercussões ao nível físico, psicológico, cognitivo e comportamental (Bianchetti et al., 2020). Estas consequências foram agravadas devido ao confinamento prolongado, estimando-se que o número de pessoas psicologicamente afetadas pela pandemia foi alegadamente superior ao número de pessoas fisicamente infetadas pela doença (Lee et al., 2020).

No que se refere à saúde física, a diminuição ou suspensão da atividade teve consequências negativas, sobretudo para aqueles com doenças crónicas. A sua participação em atividades sociais tinha resultados positivos como um melhor equilíbrio dinâmico, força muscular, função pulmonar normal, menos casos de

inflamação crônica comparativamente com aqueles que não tinham qualquer participação social (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). A saúde física foi uma grande preocupação, exigindo novos hábitos de prevenção da infecção (Sattari & Billore, 2020).

Quanto às consequências psicológicas mais frequentes incluíram: ansiedade, sentimento de raiva, distúrbios emocionais, stress, irritabilidade, falta de concentração e depressão (Roy et al., 2020), diminuição da qualidade do sono, sentimentos de solidão (Sepúlveda-Loyola et al., 2020) e a vivência do luto devido à perda de amigos e entes queridos (Leverre et al., 2021).

Mesmo aqueles que previamente à pandemia tinham um bom suporte social sofreram repercussões, pois perderam, os encontros sociais, religiosos e a participação na comunidade, o que trazia benefícios para a sua saúde física e mental (Roy et al., 2020). Perante a situação atual e todas as mudanças na prática de cuidados, muitas pessoas idosas viveram momentos de ansiedade, sobretudo devido ao medo e receio do desconhecido, existindo uma maior preocupação consigo e com as suas famílias (Sattari & Billore, 2020). Para além disso, estavam mais suscetíveis às notícias negativas, sentindo um medo acrescido e menor confiança na vida (Roy et al., 2020).

O medo foi um mecanismo de defesa perante situações potencialmente ameaçadoras provocando aumento dos níveis de stress nesta população (Lee et al., 2020). O stress, o medo e o IS diminuíram a sua resiliência, afetando o seu bem-estar e a capacidade de enfrentar situações difíceis como esta (Chen, 2020). No entanto, em muitos casos houve uma adaptação dos estilos de vida das pessoas idosas e uma transformação comportamental com recurso à grande motivação em se manterem saudáveis e otimistas (Sattari & Billore, 2020).

No que se refere à saúde mental foram incentivadas atividades individuais como exercícios, meditação, utilização das redes sociais e leituras (Sattari & Billore, 2020).

Por outro lado, uma maior experiência de vida e maior resiliência demonstraram maior habilidade para gerir situações adversas e ao terem maior autocontrolo, tinham maior capacidade de retornar ao equilíbrio perante as dificuldades sentidas ao longo da pandemia (Chen, 2020).

Para os residentes com défice cognitivo, também houve um risco acrescido associado à separação dos familiares. As pessoas com demência apresentaram

comportamentos como inquietação e maior agitação (Sonis et al., 2020). Em alguns casos a presença da pessoa de referência à hora da refeição era atenuante e com a ausência da presença familiar alguns idosos recusaram alimentar-se, o que teve fortes implicações sobretudo nas pessoas com demência em fase mais avançada. No discurso e no comportamento estas pessoas mostraram-se menos interativas e menos reativas a estímulos (Abbasi, 2020). Uma forma de as apoiar foi através do cuidado emocional e tentando manter o mais possível as suas rotinas. Foi igualmente importante a intervenção da equipa ao fornecer à pessoa com demência lembranças dos seus familiares (WHO, 2020b).

Assim, ao reconhecer os vários efeitos que o IS tem na vida destas pessoas é prioritário estar alerta ao nível do agravamento funcional, da fragilidade, ansiedade e depressão (Chen, 2020). E identificar aqueles que possuem maior risco de perda de capacidade funcional e do bem-estar mental (NICE, 2015). Deste modo proteger a saúde mental é tão importante como prevenir e tratar a infeção (Lee et al., 2020).

As pessoas institucionalizadas além de terem estado privadas do contacto com outros residentes, voluntários e outros profissionais de saúde que intervinham no seu dia-a-dia, das atividades de grupo e lazer, ficando sem rotinas, apenas mantiveram um contacto próximo e regular com os profissionais da instituição. Como tal, foi visível que estas pessoas tinham necessidades e possibilidades excecionais de interagir e manter a interação social com os outros (Bethell et al., 2021).

1.4 A Comunicação e a Relação na Pessoa Idosa Institucionalizada em Confinamento no Contexto da Pandemia por Covid-19

Ao comunicar é possível conhecer opiniões, sentimentos, emoções e estabelecer laços significativos (Phaneuf, 2005). Esta é uma ferramenta do ser humano, que permite manifestar necessidades e partilhar experiências (Sequeira, 2016). A comunicação é um elemento central na vida das pessoas e no caso das pessoas idosas é determinante para a sua identidade, autoestima, suporte social e qualidade de vida. A comunicação que ocorre de forma verbal incluir o modo como é realizado o discurso: o tom e o volume, as pausas e a fluência transmitem, de forma mais ou menos consciente, um significado complementar (Ali, 2018b).

A comunicação não-verbal ocorre através da linguagem corporal, constituindo cerca de 60% da comunicação (Sibiya, 2018). Esta complementa a comunicação verbal, reforça ou substitui a mensagem transmitida verbalmente e afeta a comunicação, quando é oposta à comunicação verbal. A linguagem corporal permite conhecer melhor a pessoa e é tão importante como observar os seus sintomas clínicos (Ali, 2018b).

Para promover abertura por parte da pessoa é essencial a comunicação não-verbal da parte do profissional. Sabe-se que os gestos representam 55%, 38% representam sinais paralinguísticos (aspetos não-verbais que acompanham a comunicação verbal, como o tom de voz, ritmo da fala, volume de voz, pausas, pronúncia) e apenas 7% se referem às palavras. No contacto presencial é determinante toda a representação não-verbal, que inclui os gestos, a postura adotada e distância da outra pessoa, a expressão facial, o sorriso, o olhar, o silêncio, a aparência e o toque (Sequeira, 2016).

Ao nível dos cuidados residenciais são conhecidos vários fatores que afetam a comunicação, em que alguns estão relacionados com a pessoa idosa (défice auditivo ou visual, medicação, alterações cognitivas e capacidade de processamento), outros relacionam-se com as características do profissional de saúde (competências de comunicação, autoconsciência e capacidade autorreflexiva); há ainda fatores relacionados com o contexto sociocultural, como o equilíbrio de poder e diferenças culturais e intergeracionais, por fim, os fatores relacionados com o ambiente de cuidados (iluminação, distância entre intervenientes, localização, familiaridade com o espaço físico, ruído e privacidade); e fatores situacionais que incluem a gestão de tempo e de pessoal (Daly, 2017).

Nas instituições até 98% das pessoas idosas tem dificuldades de comunicação. Para elas, a maior parte da comunicação ocorre com os funcionários salientando que os momentos de interação são muito breves e associados às tarefas para permitir que uma conversa interpessoal significativa possa ocorrer e que desejariam ter mais oportunidades para comunicar. A equipa foi o seu único parceiro de comunicação durante a pandemia, existindo a necessidade de maior investimento no estabelecer de empatia e numa comunicação terapêutica, integrada na prática de cuidados para colmatar as suas necessidades de comunicação (Bennett et al., 2016). Para Bennett et al., (2016) a comunicação e a qualidade da relação entre as pessoas idosas e a

equipa influência a qualidade dos cuidados recebidos e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Para além disso, com todas as restrições implementadas na instituição devido ao confinamento, os idosos sentiram muito a falta dos momentos em família, de poder conversar, do contacto e do carinho que sentiam nesses momentos (Chen, 2020).

Neste contexto da pandemia, a comunicação com a pessoa idosa e família é uma forma de apoiar a sua saúde física, psicológica e de auxiliar na gestão de emoções. Além de comunicar importa transmitir informações de forma que compreendam e participem nas decisões sobre os cuidados (NICE, 2020). Muitas vezes, através de uma simples conversa é possível alcançar determinados objetivos, permitindo que falem mais abertamente e facilitando a interação (Macdonald, 2016).

Nesta fase marcante em que as pessoas idosas se sentiram completamente fechadas e privadas da família enquanto cumpriam as quarentenas, Cowan (2020) refere que a vida destas pessoas representava muito mais do que apenas estarem vivas. Para além de estarem isolados tinham a agravante de nem sequer lhes ser possível ver o rosto dos profissionais com quem contactavam devido à obrigatoriedade do uso de máscara. O seu sorriso era ocultado tal como a leitura dos lábios (Cowan, 2020), pelo que as dificuldades associadas de audição, de responder ou processar estímulos auditivos, podem ter potenciado falhas de comunicação e stress acrescido (Marler & Ditton, 2021).

A utilização de máscara trouxe assim várias complicações fisiológicas, psicológicas e sociais associadas à sua utilização. As habilidades da equipa para comunicar com sucesso com os residentes e colegas foi por vezes comprometida, o que pode ter interferido com a eficácia da intervenção terapêutica e afetar adversamente a eficiência e eficácia dos cuidados. Quando foram utilizadas concomitantemente com o restante equipamento de proteção individual (EPI) necessário faziam com que o profissional fosse visualmente indistinguível do outro e a prestação de cuidados nestas circunstâncias afetou a proximidade da relação com os residentes (Marler & Ditton, 2021).

Para o estabelecimento de uma comunicação eficaz há que considerar que os residentes possuem necessidades individuais, sociais e emocionais e ao sentirem que todos estes aspetos são integrados, reconhecem que há um cuidado mais humanizado (Ali, 2017). As pessoas idosas procuram o conforto e segurança dos profissionais interpretando toda a comunicação não-verbal para determinar a

presença de empatia e genuinidade nas interações (Marler & Ditton, 2021). Os residentes valorizam quando lhes é reservado tempo para ouvir as suas histórias de vida, através da relação de confiança estabelecida são conhecidas as preocupações atuais da pessoa, colocando-a disponível para uma perspetiva diferente, pois, muitas vezes o profissional oferece um outro ponto de vista (Hjelm et al., 2015).

Quanto à possibilidade de comunicação através do uso das tecnologias foi um recurso fundamental durante o distanciamento social para reduzir o impacto psicológico do confinamento (Lekamwasam & Lekamwasam, 2020). De acordo com alguns estudos, a manutenção de qualquer rotina espiritual através de encontros virtuais, aulas *online*, transmissão ao vivo de serviços de oração tornaram-se frequentes, tal como interações virtuais com familiares e amigos. Para quem não tinha acesso à *internet* ou não conseguia utilizar um *smartphone*, eram realizados telefonemas, escreviam cartas (Roy et al., 2020) e realizavam atividades individuais como a pintura e costura (Sattari & Billore, 2020). Qualquer uma destas opções foram esforços para minimizar o IS e a solidão.

Contudo, a comunicação através de meios alternativos *online* foi descrita como mais curta e objetiva, sem detalhes contextuais, possuindo níveis mais baixos de convivência e satisfação relacional (Davies et al., 2020). Por esse motivo houve a necessidade da equipa estar alerta para minimizar os sentimentos negativos devido à ausência da família e amigos.

Por outro lado, as alternativas de contacto através de videochamadas, o envio de lembranças dos familiares e realização de visitas através do vidro, não proporcionavam o mesmo efeito que o contacto presencial (Abassi, 2020). Abassi defende que estas formas alternativas não têm o mesmo efeito benéfico para os idosos do que um abraço, que segurar as mãos ou outras formas físicas de afeto e comunicação (Abassi, 2020). Também Wammes e colaboradores (2020) corroboram com esta perspetiva firmando que as alternativas de comunicação entre a família e a pessoa idosa institucionalizada, são substitutos modestos da presença da família.

Perante todas as privações vividas, o contacto visual, o toque social (aperto da mão, “pancada” nas costas) e a escuta ganharam um significado acrescido com um impacto positivo na pessoa idosa que visualiza o profissional como mais empático e que lhe dá apoio (Ali, 2018b). A utilização do toque é parte integrante dos cuidados de enfermagem para determinadas tarefas e constitui uma importante forma de

comunicação não-verbal, podendo ser reconfortante, desde que seja usado de forma adequada e recebido positivamente pela pessoa (Brown, 2020).

A necessidade de distanciamento social e proteção pessoal juntamente com o EPI necessário durante a pandemia dificultou a utilização do toque terapêutico (Brown, 2020). O toque enquanto parte essencial do cuidado contribui para satisfazer necessidades específicas da pessoa: reduz a dor, comportamentos de agitação nas pessoas com demência e proporciona conforto à pessoa idosa institucionalizada (Pedrazza et al., 2018). Através dele pode ser compreendido o nível de bem-estar, uma carência de afeto ou ternura (Chalifour, 2008). O toque constitui uma forma de manifestar simpatia, proximidade, segurança e presença (Pedrazza et al., 2018) e pode reforçar toda a informação verbal e não-verbal (Chalifour, 2008).

Esta forma de comunicação é muitas vezes inevitável nos cuidados de enfermagem, podendo desenvolver-se em três tipos de ação: instrumental (contacto orientado para a tarefa), terapêutico (toque que promove o conforto físico) e toque afetivo (que proporciona contenção emocional). A componente afetiva do toque é reconhecida pelos seus efeitos e pelo seu significado social (Pedrazza et al., 2018).

Nas unidades residenciais durante a pandemia verificou-se que aqueles que não estiveram infetados com o coronavírus, foram sujeitos a outras perdas bastante marcantes, pois, o toque na presença de EPI tornou vários momentos de interação despersonalizados, tendo sentido desconforto com a equipa de saúde que utilizava luvas para realizar todas as tarefas pessoais, como ajudá-los a andar até à casa de banho, a vestir, comer ou a empurrar a cadeira de rodas (Brown, 2020), embora as pessoas idosas soubessem que seria para sua proteção (Pedrazza et al, 2018). O toque essencial de segurar as mãos, de abraçar e tocar a face foram abolidos por serem possíveis riscos de transmissão da infeção (Cowan, 2020). Para colmatar esta dificuldade houve maior foco nas estratégias de comunicação verbal e não-verbal (Pedrazza et al., 2018).

Nesse contexto, sabe-se que há pessoas que podem sentir maior necessidade do toque devido ao isolamento e separação das suas famílias, devido à doença grave ou terminal, idade, dor crónica ou sofrimento psicológico (Pedrazza et al., 2018).

Apesar de terem sido permitidas formas alternativas de contacto com a família e amigos as pessoas idosas continuaram socialmente isoladas. Sobretudo para as pessoas com demência os benefícios da proximidade física e do toque eram muito superiores ao das visitas à distância através do vidro (Verbeek et al., 2020).

De modo geral com o retomar das visitas de forma adaptada, houve otimismo tanto para os profissionais como para os residentes, mas foi difícil para os residentes e familiares não poderem ter contacto físico. No entanto, foi salientado que os idosos melhoraram o humor e passaram a ter um momento pelo qual esperar. Contudo, em alguns casos, devido à interrupção do contacto presencial, os idosos não reconheceram os familiares gerando uma grande angústia para a pessoa idosa e familiares (Verbeek et al., 2020).

Neste momento de stress acrescido, foi necessário dar especial atenção às próprias necessidades e sentimentos recorrendo a aspetos facilitadores para a saúde psicológica e mental dos idosos durante o Covid-19 que integram, ao nível da saúde psicológica: incentivar a ler, ouvir notícias com moderação, dar atenção às suas necessidades, emoções e pensamentos; evitar discriminar ou culpar os outros pela infeção; automotivação (Lee et al., 2020) e manter a estimulação cognitiva (através de aplicativos ou exercícios) (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). No que se refere à componente social foi necessário: proporcionar o contacto com os familiares e amigos; manter atividades individuais regulares; transmitir informação relevante aos familiares (emocional). Este tipo de suporte fez com que as pessoas sentissem que são capazes de controlar situações de stress (Lee et al., 2020).

No que se refere à saúde física o enfermeiro incentiva a ter hábitos regulares para manter a sua saúde, realizar atividades individuais relaxantes, optar por uma alimentação saudável e preservar rotinas de sono (Lee et al., 2020).

Por outro lado, com a redução da interação das pessoas no interior das instituições, os enfermeiros consideram que durante o confinamento desenvolveram uma ligação ainda mais forte com os idosos, considerando-os como parte da sua família e estando disponíveis para o que fosse necessário (Resnick, 2020).

1.4.1 Intervenção de Enfermagem

A intervenção de enfermagem é crucial para manter a proximidade com a pessoa idosa e dar resposta às diversas necessidades sentidas, sejam elas físicas ou psicológicas (Barasteh et al., 2020). A relação duradoura e de confiança existente no ambiente residencial fornece ao enfermeiro conhecimentos sólidos sobre as preferências e preocupações dos residentes (OCDE, 2020). Este ao conhecer as suas patologias e ao analisar as consequências do confinamento na saúde destas pessoas,

pretende entender o seu ponto de vista, as suas vivências e sentimentos. Com base nessa avaliação, utiliza as competências comunicacionais e relacionais para intervir nos mais vulneráveis, com risco de perda funcional ou cognitiva.

Neste âmbito é fundamental programar uma intervenção dirigida à promoção da saúde, prevenção da doença, de vigilância e avaliação funcional. Para que isso seja possível, é necessária uma avaliação multidimensional e desenvolver um plano de cuidados centrado na pessoa. Com uma intervenção contínua são desenvolvidas estratégias para potenciar a máxima autonomia, reforçar a autoestima e melhorar as consequências do IS e solidão, otimizando o seu bem-estar (SNS, 2017).

Assim, durante os cuidados é necessário permitir tempo à pessoa para perguntas, espaço, privacidade, incentivar o seu discurso e escutá-la. Estes elementos são importantes para estabelecer uma relação de confiança, promover abertura, obtendo informações mais abrangentes (Marler & Ditton, 2021). Ao interagir com pessoas de diversas origens educacionais, sociais, culturais deve-se comunicar de forma eficaz, atenciosa e profissional, adequando o discurso (Sibiya, 2018).

Durante a pandemia, perante todas as carências afetivas vividas por estas pessoas é importante ter em linha de conta o tipo de interação dos residentes com a sua família, dado a relação especial que estabelecem (Regulamento n.º 429/2018). Os familiares são fundamentais na compreensão de muitas das suas necessidades e na gestão emocional (OCDE, 2020). Pelo que se deve intervir, apoiando as pessoas idosas a utilizar estratégias para manter a interação com os familiares através das tecnologias, transmitindo informações relevantes, apoiando os familiares e idosos que estavam ansiosos e preocupados a gerir as suas emoções (Jackson et al., 2020).

Neste contexto ao se estabelecer uma comunicação eficaz é proporcionada uma experiência positiva face aos cuidados, contribuindo para a satisfação e diminuição dos níveis de stress. Os idosos em geral valorizam mais os aspetos relacionados com a comunicação e interação com os profissionais do que os aspetos dos cuidados físicos e tratamentos. Isto faz com que sintam maior confiabilidade nos profissionais que conseguem estabelecer uma comunicação mais eficaz (Ali, 2017).

Para se conhecer inteiramente a pessoa são necessárias características como: respeito pela dignidade e identidade da pessoa idosa, ausência de juízos de valor, permitir que se expresse livremente e falar calmamente demonstrando compreensão e disponibilidade (Coelho et al., 2020), sinceridade e empatia, o que requer perícia na relação com o outro (Pereira & Botelho, 2014).

Uma comunicação eficaz é fundamental, na relação terapêutica, que é baseada numa relação interpessoal que tem por finalidade dar resposta às necessidades dos residentes (Coelho et al., 2020), aumentar o seu nível de conhecimento e adesão, promover a sua confiança, proporcionar conforto e promover o apoio emocional essenciais para a sua saúde e bem-estar (Amoah et al., 2019).

A comunicação e relação foram um dos focos dos cuidados durante a fase de confinamento, pelo que foi fundamental identificar as finalidades da comunicação e as causas de quaisquer dificuldades de modo a controlar fatores ambientais e de privacidade que prejudicassem o desenvolver de uma comunicação eficaz (Daly, 2017). Para isso, há que considerar alguns elementos para que a transmissão de informação tenha um impacto positivo no bem-estar das pessoas idosas: o ambiente envolvente, a disposição dos móveis (que pode criar barreiras para uma comunicação eficaz), estar em pé ou sentado (sentar-se ao mesmo nível facilita a conversação e demonstra interesse, preocupação) e o posicionamento frente a frente (ver o rosto e a expressão facial do profissional é importante) (Ali, 2018a).

Por outro lado, para minimizar as dificuldades de comunicação o enfermeiro deve recorrer a estratégias facilitadoras ao proporcionar maior clareza da comunicação, simplificar a comunicação, observar e ajustar as necessidades de comunicação à pessoa, utilizar a comunicação verbal e não-verbal, comunicar de forma calma, alcançando e mantendo a atenção (Bennett et al., 2016).

Inerente à comunicação é importante a escuta ativa e observação de todos os sinais enviados através do contacto visual, centralizando toda a atenção na pessoa idosa, assegurando que é mantido o contacto com a pessoa (Sibiya, 2018). Isto exige que o interveniente esteja atento e disponível para ouvir, interpretar a mensagem e dar *feedback*. A escuta ativa integra a utilização do toque e o silêncio (Sequeira, 2016).

Já a manifestação de empatia significa ver além da pessoa, os sentimentos vividos no momento atual em relação à vida e às restrições impostas. Tendo por base o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), a empatia não é apenas entender que a pessoa está com medo, alegria ou tristeza no momento presente, mas também ver a partir da pessoa, o resultado que esses sentimentos têm nas suas perspetivas e propósito de vida (Eklund et al., 2019). A empatia e assertividade são determinantes para que se sinta compreendida, respeitada e cuidada (Coelho et al., 2020).

Além da empatia e escuta ativa também é determinante na comunicação a relação de ajuda estabelecida que inclui o aconselhamento, relações terapêuticas,

interpessoais, em que recorrendo à comunicação como ferramenta é possível conhecer as necessidades do outro, ajudando a que seja possível ativar recursos para resolver os seus problemas de forma eficaz (Coelho et al., 2020).

De acordo com Phaneuf (2005) a partir da relação estabelecida pelo enfermeiro pretende-se contribuir para que a pessoa idosa se ajuste à sua condição de vida, com o apoio do profissional, que conhece e utiliza os recursos que o idoso possui para superar as dificuldades sentidas. Muitas vezes, essas dificuldades são manifestadas por: depressão, ansiedade, stress, tristeza, luto, baixa autoestima, medo e solidão. E são minimizadas ou superadas com intervenções como: a escuta ativa, presença, técnicas de distração e toque (Coelho et al., 2020).

Muitas vezes, as pessoas detêm os recursos necessários, mas precisam de auxílio para os ativar, pois, devido à condição de vulnerabilidade ficaram sem capacidade de o fazer autonomamente. Assim, com recurso apenas ao apoio emocional pode ser possível restabelecer esse equilíbrio. O facto da pessoa se sentir compreendida, respeitada, escutada e acolhida, constitui o estímulo para progredir de uma atitude negativa para uma atitude positiva (Sequeira, Sampaio & Merino, 2016).

Durante o confinamento prolongado, o recurso à terapia da reminiscência foi útil para alguns idosos, pois a lembrança de eventos, sentimentos e pensamentos passados pode proporcionar prazer, reforço positivo, melhor qualidade de vida e maior ajuste às circunstâncias presentes (Elias et al., 2015). No caso de pessoas com alterações cognitivas pode ser necessário o enfermeiro utilizar uma fala mais lenta ao comunicar e dar mais tempo para permitir que processem e respondam à comunicação (Daly, 2017). Outro modo de permitir a interação com estas pessoas é através da terapia de presença simulada onde são partilhados vídeos entre a família e as pessoas idosas o que proporciona algum bem-estar nos idosos com demência e a redução de sintomas psicológicos e comportamentais (Giri et al., 2021).

1.4.2 Quadro de referência conceptual dos cuidados de enfermagem

Para o processo de cuidados centrado na pessoa idosa é essencial estabelecer uma relação terapêutica, que preveja a manifestação de sentimentos. Na pessoa idosa institucionalizada a interação e a comunicação são de importância fulcral para a sua qualidade de vida (McGilton et al., 2012).

De acordo com Benner (2001), as pessoas procuram nos enfermeiros diversos tipos de ajuda, que não contam receber de outros profissionais, pois, estão sempre presentes. Nesse âmbito, é construída uma relação de proximidade, baseada na aceitação, respeito, empatia e escuta ativa (Brownie & Nancarrow, 2013). Deste modo, a intervenção do enfermeiro visa melhorar o seu bem-estar, através de um cuidado individualizado e de acordo com as suas necessidades.

Para dar resposta à temática em estudo, foi escolhido o modelo de CCP, que se centra na prática de cuidados humanizados e nos atributos do enfermeiro, profissionalmente competente, isto é, com habilidades de interação interpessoal, conhecimentos e capacidades para tomar decisões e estabelecer prioridades nos cuidados, para intervir durante o IS prolongado (McCormack et al., 2015).

As competências do enfermeiro no âmbito das habilidades interpessoais estavam relacionadas com o autoconhecimento, capacidade de comunicar de forma verbal e não-verbal (gestos, *fácies*, postura, olhar) e interpretar todas as mensagens transmitidas pela pessoa idosa (McCormack & McCance, 2006).

Por outro lado, o facto dos cuidados serem prestados em contexto residencial, faz com que haja um conjunto de influências quanto ao auxílio na tomada de decisão partilhada, relações eficazes na equipa, sistemas de apoio organizacional, partilha de poder e potencial de inovação (McCormack & McCance, 2006). Cada pessoa tem de ser avaliada e cuidada de forma única, constituindo o IS e solidão nos residentes uma preocupação transversal a toda a equipa multidisciplinar (Lee et al., 2020).

Durante a pandemia a generalidade dos idosos sentem-se isolados e com maior necessidade de ter alguém com quem conversar. A equipa multidisciplinar perante as alterações relevantes ao estado de saúde físico e emocional do residente tem de intervir o mais precocemente possível. Com o processo de cuidados centrados na pessoa é possível ouvir a opinião da pessoa idosa, os sentimentos, crenças, valores, aceitar a participação, partilhar a tomada de decisão e prestar de cuidados holísticos (McCormack & McCance, 2006), dando especial enfoque às preferências nos cuidados, alimentação, ocupação do seu tempo e forma de contacto preferencial com a família, de modo a minimizar sentimentos de tristeza e solidão e contribuir para uma maior qualidade de vida (Abassi, 2020). Deste modo, contribuiu-se para a satisfação da pessoa idosa com os cuidados, obtendo uma maior participação, otimizando o seu bem-estar e proporcionando um ambiente terapêutico (McCormack & McCance, 2006).

2. CONTEXTO DE EXECUÇÃO DO PROJETO

O estágio desenvolvido teve a duração de 20 semanas, tendo ocorrido entre 23 de novembro de 2020 e 30 de abril de 2021 numa residência assistida, em que se asseguram cuidados de saúde a pessoas idosas, na região de Lisboa.

Esta unidade residencial tinha, no período de estágio, 79 pessoas internadas, com média de idades de 85 anos, com várias patologias crónicas, polimedicação e, em geral, necessidade de supervisão ou ajuda nas AVD.

A equipa multidisciplinar era constituída por: 1 médico, 10 enfermeiros, 45 assistentes operacionais, 2 animadores socioculturais, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, psicólogo e neuropsicóloga. A instituição teve sempre em linha de conta as diretrizes emanadas pela DGS dirigidas às unidades residenciais devido à pandemia. Previamente à pandemia os residentes tinham a liberdade de escolher diversas ocupações para o seu dia-a-dia, como: sessões de ginástica, passeios no jardim, convidar a família para almoçar, realizar aulas de pintura ou música, momentos de leitura e interação com os restantes residentes em todos estes contextos.

Com a obrigatoriedade da implementação de medidas para garantir a segurança dos residentes, ocorreram muitas e drásticas modificações no seu dia-a-dia. A equipa teve sempre uma grande preocupação com a autoestima das pessoas internadas, procurando minimizar ou apaziguar os efeitos e sentimentos decorrentes do IS prolongado, contribuindo para a sua máxima independência, privacidade, individualidade ao mesmo tempo que colaborava e permitia a comunicação entre as pessoas idosas e a família mesmo à distância.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho foi a do trabalho de projeto. Este envolve a concretização de um plano de trabalho para permitir estudar e compreender um problema. Com base nesta metodologia é possível solucionar dúvidas e complicações no seu ambiente concreto, para que se possa delinear e implementar intervenções eficientes. O trabalho de projeto decorre nas seguintes fases: identificação do problema e diagnóstico de situação, definição de objetivos, escolha de estratégias, previsão das atividades, avaliação do trabalho e exposição dos resultados (Ruivo et al., 2010).

O projeto foi desenvolvido ao longo do período de estágio, que ocorreu num único contexto de cuidados, uma residência assistida. A abordagem utilizada foi dirigida para o Cuidado Centrado na Pessoa, integrando cuidados holísticos, que possibilitam o desenvolvimento do trabalho em equipa e valorizam a perceção da pessoa quanto aos cuidados prestados, assegurando uma melhoria dos cuidados (McCormack & McCance, 2006).

3.1 Problemática e Diagnóstico de Situação

Com o surgir da pandemia Covid-19 foi necessário definir e implementar medidas para o controlo da transmissão da infeção. Essas medidas restritivas dirigiram-se a toda a população, no entanto, houve a necessidade de maior controlo ao nível institucional. As pessoas idosas institucionalizadas depararam-se com várias alterações nos seus hábitos de vida e rotinas diárias, como a suspensão das visitas, proibição das saídas da residência, obrigatoriedade de cumprir um período de quarentena no caso de terem de se deslocar ao exterior e a suspensão das atividades diárias em que participavam. Por outro lado, também sofreram com a perda da interação e convívio com os outros idosos que residiam na instituição, o que fez com que o seu dia fosse ainda mais solitário. Com estas medidas houve várias repercussões no seu comportamento e interação o que se revelou uma preocupação para a equipa.

De acordo com Heid et al., (2020) as pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia revelaram que as medidas mais difíceis foram o cumprir do distanciamento físico e a perda de contacto presencial com amigos e familiares (mais

de 70%). Acresce que mais de metade (68,8%) desmarcaram consultas médicas e cerca de metade cancelou cirurgias ou tratamentos médicos. Tendo sido referido um sentimento de perda devido à interrupção abrupta do contacto com o exterior, à carência de afetos e ausência do contacto presencial com a família. Além destas dificuldades, a interrupção nas suas atividades diárias e rotinas, estando impedidas de fazer aquilo que mais gostavam fez com que sentissem uma perda acentuada de liberdade (Heid et al., 2020).

Devido a todas estas modificações e ao grande impacto provocado nas pessoas idosas institucionalizadas, foi crucial estudar como o coronavírus afetou a sua saúde mental (Chen, 2020). Também na equipa de profissionais houve alterações ao longo da pandemia, estando sobrecarregada devido à falta de recursos humanos e às novas responsabilidades para cumprir e gerir os protocolos relativos à Covid-19.

Além disso, anteriormente havia o contributo dos familiares que naquele momento estavam impedidos de estar presentes (Leverie et al., 2021). Apesar das dificuldades sentidas foi essencial salvaguardar o bem-estar físico e mental também da equipa, promovendo momentos de esclarecimento e partilha sobre a evolução e protocolos relativos à pandemia (Fallon et al., 2020).

Contudo as experiências dos profissionais foram diversificadas ao longo da pandemia, muitos elementos destacaram-se por trabalharem conjuntamente tendo desempenhado vários papéis ao cuidar das pessoas idosas. Foi ainda mais premente a capacidade de trabalhar em equipa, com objetivos comuns e flexibilidade. Um dos maiores desafios enfrentados, segundo os profissionais, foram as perdas na comunicação e, ainda, proteger os residentes da infeção enquanto se preocupavam com o impacto do distanciamento e IS nos residentes, especialmente aqueles que sofriam de demência e os que anteriormente tinham visitas regulares (White et al., 2021).

Do ponto de vista da equipa, o apoio emocional fornecido e as oportunidades de comunicação são aspetos em que é necessário investir, verificando que os residentes estavam tristes e deprimidos e se encontravam resignados com todas as restrições (White et al., 2021).

De acordo com um estudo elaborado por Hjelm et al., (2015) a maior parte dos participantes revelavam sentimentos de confiança nos profissionais que os acompanhavam. Essa relação de confiança fez com que se sentissem mais seguros

e facilitou uma comunicação mais efetiva que permitia serem ouvidos pelo outro e a partilha de sentimentos.

3.2 Finalidade, Objetivos e Atividades Planeadas

Durante o estágio todo o trabalho desenvolvido, os cuidados prestados e as intervenções aplicadas tiveram como propósito o cuidado à pessoa idosa institucionalizada em isolamento social no contexto da pandemia Covid-19 e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre.

Objetivo 1: Aprofundar conhecimentos teóricos no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa institucionalizada no contexto da Pandemia Covid-19.

Objetivo específico: Realizar a revisão de literatura no âmbito da experiência e vivências da pessoa idosa institucionalizada em confinamento por Covid-19 e intervenções de enfermagem neste contexto.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica sobre a experiência e vivências da pessoa idosa institucionalizada em confinamento por Covid-19 e intervenções de enfermagem em bases de dados;
- Realização de revisão da literatura sobre as estratégias comunicacionais e relacionais a utilizar para minimizar os efeitos do IS nas pessoas idosas institucionalizadas;

Objetivo 2: Descrever as experiências, sentimentos e vivências da pessoa idosa institucionalizada no contexto da Pandemia Covid-19.

Objetivo específico: Efetuar um estudo qualitativo sobre as experiências, sentimentos e vivências da pessoa idosa institucionalizada no contexto da Pandemia Covid-19.

Atividades propostas:

- Realização de um estudo qualitativo com o objetivo de descrever as experiências, sentimentos e vivências da pessoa idosa institucionalizada no contexto de confinamento devido à pandemia por Covid-19.

Objetivo 3: Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades na equipa de enfermagem e assistentes operacionais, relativamente à temática do isolamento social e solidão nas pessoas idosas em confinamento.

Objetivo específico: Formar e capacitar a equipa quanto ao impacto do confinamento na saúde das pessoas idosas institucionalizadas, destacando as competências e estratégias a desenvolver na prestação de cuidados.

Atividades propostas:

- Identificação das necessidades de formação sobre esta temática na equipa de saúde através da aplicação de questionário;
- Realização de sessão de formação em serviço com a equipa;

Objetivo 4: Desenvolver a prática clínica de enfermagem especializada no cuidado à pessoa idosa institucionalizada, no contexto de confinamento devido à pandemia Covid-19.

Objetivo específico: Implementar intervenções que reduzam as consequências do isolamento social e solidão nas pessoas idosas institucionalizadas em confinamento.

Atividades propostas:

- Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa em confinamento evidenciando o CCP;
- Reflexão sobre os cuidados prestados à pessoa idosa institucionalizada em confinamento quanto ao IS e solidão;

4. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS

Durante o período de estágio, as intervenções implementadas foram delineadas com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o desenvolvimento de uma comunicação eficaz e enfoque na relação com a pessoa idosa institucionalizada em IS prolongado. De seguida, são descritas as atividades realizadas e a avaliação de acordo com os objetivos estabelecidos.

4.1 Pesquisa e Revisão da Literatura

Durante a realização do projeto foi executada uma pesquisa bibliográfica para atingir este objetivo, que permitiu o conhecimento do estado da arte e evidência científica mais recente relativamente aos cuidados de enfermagem que permitem estabelecer um cuidado comunicacional e relacional com a pessoa idosa institucionalizada em confinamento por Covid-19.

Foi efetuado o levantamento dos conceitos chave, que depois foram pesquisados (pessoa idosa, isolamento social, institucionalização, Covid-19, cuidar) tendo sido efetuada uma leitura do resumo para seleção dos artigos. A pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados: *MEDLINE*, *CINAHL*, *B-ON*, *PubMed* e ainda estudos publicados e literatura impressa em língua portuguesa e inglesa.

A revisão da literatura permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre estratégias comunicacionais dirigidas à pessoa idosa institucionalizada e impacto da pandemia nesta população, foi uma importante etapa para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. Com base na evidência científica mais recente foi possível contribuir para a tomada de decisão, qualidade dos cuidados e otimizar práticas na equipa.

4.2 Estudo Qualitativo

Objetivo: Este tipo de estudo tem como propósito explorar, descobrir, descrever acontecimentos e compreender o seu significado (Fortin, 2009). Pelo que após conhecer e aprofundar conhecimentos relativos a este tema através da evidência científica, pretendeu-se descrever: ***“As experiências, sentimentos e vivências da pessoa idosa institucionalizada no contexto da Pandemia Covid-19”***.

Tipo de estudo: A metodologia de investigação aplicada foi qualitativa, estando interligada a uma visão holística do estudo dos seres humanos (Streubert & Carpenter, 2013).

Participantes e métodos: A população alvo foram pessoas idosas institucionalizadas em IS, no contexto da pandemia Covid-19, tendo sido selecionados 13 participantes. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; ser capaz de se expressar verbalmente; ausência de compromisso cognitivo através da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975, Guerreiro, 1998); estar institucionalizado há mais de 6 meses, garantindo assim estar em posse da experiência do fenómeno em estudo; estar disposto a participar voluntariamente e assinar o consentimento informado. Como critérios de exclusão definiu-se: pessoas com hipoacusia grave, afasia ou défice cognitivo e tempo de institucionalização inferior a 6 meses.

Procedimentos: A colheita de dados foi efetuada através de entrevistas, realizadas exclusivamente pelo investigador, com duração entre 30 a 45 minutos, no quarto de cada pessoa, onde foi possível assegurar a privacidade e evitar interrupções. Cada participante foi entrevistado individualmente e foram sempre cumpridas todas as orientações da DGS quanto às medidas de segurança devido à pandemia (distanciamento, ventilação e uso de EPI recomendado). As entrevistas foram realizadas no período entre 8 e 26 de março de 2021, com recurso a gravação áudio para posterior transcrição e análise. A sua realização ocorreu no mês de março, por terem decorrido três semanas após a administração da 2ª dose da vacina para a SARS-CoV-2 nos residentes e o entrevistador também já estava vacinado.

Considerações Éticas: Os participantes selecionados para o estudo foram esclarecidos sobre os objetivos do projeto, aceitando livremente participar, tendo sido obtido o consentimento para as entrevistas. Para tal, foi elaborado um modelo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice I), que foi aplicado em duplicado, uma via para o investigador e uma via para o participante.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, dado a instituição não ter Comissão de Ética própria. No entanto, foi obtida autorização da Direção da instituição para a realização do estudo.

Foi garantida a confidencialidade e a utilização dos dados anonimizados e apenas no âmbito restrito deste estudo. As gravações foram guardadas e após 1 ano, os registos das gravações áudio serão destruídos e a transcrição em papel após 5 anos.

Instrumento de colheita de dados: Para atingir os objetivos traçados foram executadas entrevistas semiestruturadas, de acordo com o Guião da Entrevista (Apêndice II), às pessoas idosas selecionadas. As perguntas integrantes desse guião foram definidas anteriormente, no entanto, numa primeira fase do estágio foram reformuladas após conhecer os residentes e também com o contributo dos conhecimentos obtidos através da revisão da literatura.

No momento da realização da entrevista de forma complementar foram obtidos alguns dados sociodemográficos, idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de institucionalização para caracterização da amostra. Dos 13 entrevistados a média de idades situava-se nos 87,23 anos, 11 destas pessoas eram mulheres. Quanto ao nível de escolaridade era variável, desde o 1º ciclo do ensino básico ao ensino secundário, 7 dos participantes tinham o 3º ciclo do ensino básico. O tempo de institucionalização variou entre 1 ano a 10 anos, com 9 participantes a viver na residência no intervalo de 2 a 4 anos.

Análise dos dados: O tratamento de dados utilizou a técnica de análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2015). Foi efetuada a transcrição das entrevistas para “*verbatim*” e posterior análise dos discursos em que através da frequência e intensidade das palavras, expressões ou factos foram organizados por categorias.

Resultados: Considerando o tema em estudo, foram agrupados os dados em categorias: 1) Recordação da vida antes da pandemia; 2) Impacto da pandemia no quotidiano; 3) Sentimentos e experiências; 4) Dificuldades sentidas durante o confinamento; 5) Estratégias utilizadas para gerir sentimentos ao longo do confinamento e das restrições; 6) O retomar das atividades ocupacionais e sociais.

Devido à abrangência das categorias, houve a necessidade de estabelecer subcategorias e as suas respetivas unidades de registo. O passo seguinte foi fracionar cada uma das narrativas para obter as suas respetivas unidades de texto (Bardin, 2015). O resultado dos discursos dos participantes encontra-se no Apêndice III. No Quadro I são apresentadas as categorias, subcategorias e unidades de registo.

Quadro I – Categorias, Subcategorias e Unidades de Registro

<i>Categoria 1</i> Recordação da vida antes da pandemia	1.1 Recordação das suas vivências de vida ao nível das relações sociais e familiares 1.2 Vivência da solidão pré-pandemia
<i>Categoria 2</i> Impacto da pandemia no quotidiano	2.1 Desconhecimento e desvalorização da gravidade da doença 2.2 A experiência do isolamento físico e social: Vivência do isolamento social; Isolamento por motivos de quarentena/ profilático; Isolamento devido à infeção com Covid-19 2.3 A obrigatoriedade de cumprir as regras sanitárias: Conformados/resignação; Compreensão; Descontentamento em cumprir as regras sanitárias; Aceitação compulsiva
<i>Categoria 3</i> Sentimentos e experiências	3.1 Sentimentos positivos: Confiança; Superação e Esperança 3.2 Sentimentos negativos: Ansiedade; Saudade da família; Medo; Tristeza e angústia pela morte de companheiros; Desesperança 3.3 Experiência com a equipa de cuidados: Apoio e satisfação com os cuidados; Necessidades anteriormente atendidas pela família 3.4 Experiência com os serviços: Insatisfação com as rotinas e alimentação
<i>Categoria 4</i> Dificuldades sentidas durante o confinamento	4.1 A comunicação e relação como elemento central da vivência: Barreiras na comunicação, uso de máscara e dificuldades de audição; Necessidade de manutenção da relação e de comunicar com outros; Adaptação a meios alternativos de comunicação e manutenção da relação (tecnologias) 4.2 Ausência da presença física familiar: Ausência de visitas; Meios alternativos de visita; Inadaptação a meios alternativos de visita; Valorização da família 4.3 Ausência de ocupação social: Dificuldades na visão/ ocupação; Monotonia do dia-a-dia 4.4 Saúde física e emocional: Emocional; Agravamento da saúde em geral; Perda da mobilidade
<i>Categoria 5</i> Estratégias utilizadas para gerir sentimentos	5.1 Ocupacional: Realização de atividades preferidas individualmente 5.2 Psicológico: Automotivação; Laços de amizade 5.3 Espiritual: Fé e religião
<i>Categoria 6</i> O retomar das atividades ocupacionais	6.1 Retomar das atividades ocupacionais no interior da instituição 6.2 Retomar as saídas sob normas institucionais

Categoria 1 - Recordação da vida antes da pandemia

Um dos assuntos abordados por todos os idosos foi a recordação da sua vida antes da pandemia. Atualmente com as restrições a que foram sujeitos, sem possibilidade de negociação, compararam as suas vivências prévias e os aspetos de que foram privados com o início da pandemia. Assim, do discurso dos residentes emergiram dois aspetos:

1.1 Recordação das suas vivências de vida ao nível das relações sociais e familiares

Quando se referiam às rotinas anteriores recordavam as interações regulares com amigos e familiares quando estes podiam livremente ir visitá-los e revelavam saudades da liberdade que tinham para poder ir à rua quando era da sua vontade. Foi também muito acentuada a quebra de interação com os outros residentes da instituição, com quem antes estavam diariamente devido a rotinas comuns, com quem mantinham fortes laços de amizade, sentindo saudades desse tempo na sua companhia e do diálogo.

1.2 Vivência da solidão pré-pandemia

Nesta fase muitos residentes sentiam-se sós. No entanto, alguns esclareceram que o sentimento de solidão já existia anteriormente à pandemia, devido a diversos acontecimentos de vida ou devido às suas opções pessoais de convivência. Contudo, mesmo estes, referiram um agravamento na solidão.

Categoria 2 - Impacto da pandemia no quotidiano

Outra categoria estudada foi o impacto da pandemia no quotidiano, todos os idosos sofreram modificações nas suas vidas devido às medidas implementadas, existindo de forma inequívoca implicações, de acordo com a sua individualidade e resiliência. Essas consequências foram devidas à restrição do contacto social e familiar, às incertezas perante a falta de informação sobre a doença e ao prolongamento da doença no tempo, identificando-se as seguintes subcategorias:

2.1 Desconhecimento e desvalorização da gravidade da doença

Alguns residentes consideraram que quando começaram a ouvir as primeiras notícias da pandemia e ao tomarem conhecimento das medidas para controlo da

infecção, relativizaram esta informação e consideraram que seria uma doença com menos impacto nas pessoas idosas com doenças crónicas. Não havia conhecimento da doença, tendo sido reduzidas as preocupações na fase inicial da pandemia.

2.2 A experiência do isolamento físico e social

As pessoas idosas sentiram-se privadas da sua liberdade, devido à impossibilidade de contatarem livremente com o exterior e à interrupção das visitas, que consideraram como um dos aspetos mais difíceis de suportar. Assim, os contactos presenciais com a família foram impedidos, os serviços de que usufruíam foram protelados e nos casos em que foi imperioso a ida a consultas no exterior, à chegada tiveram de cumprir a quarentena, o que agravou os sentimentos de solidão.

As pessoas idosas infetadas por SARS-CoV-2, descreviam os períodos de isolamento como muito difíceis, devido ao contacto mais reduzido também com os profissionais de saúde. Perante isto, foram determinadas como unidades de registo:

- ***Vivência do isolamento social:*** A necessidade de cumprir as medidas de isolamento foi referida como uma medida de difícil adaptação, em que regularmente as pessoas idosas referiram estar privadas de tudo o que as rodeava, se sentiram fechadas e isoladas, o que as deixou tristes com as decisões tomadas a nível superior.

- ***Isolamento por motivos de quarentena:*** Para estas pessoas que estavam sujeitas a regras rigorosas foi difícil cumprir a quarentena após as saídas da residência para consultas. Nestes casos, era imposto que permanecessem sempre no quarto o número de dias preconizado, pelo que o contacto com a equipa era mais reduzido, dado que o mesmo profissional executava várias tarefas e tinha um contacto mais breve.

- ***Isolamento devido à infeção com Covid-19:*** As pessoas infetadas com o vírus permaneceram isoladas por vários dias ou semanas no quarto. Além de terem a preocupação acrescida com a sua situação de saúde, estiveram privadas ao nível da comunicação, devido ao uso de EPI, gestão de tarefas e recursos humanos na equipa.

2.3 A obrigatoriedade de cumprir as regras sanitárias

Todos os residentes entrevistados abordaram a obrigatoriedade das regras implementadas. Alguns apresentaram-se mais compreensivos alegando que se adaptaram a esta nova realidade e aceitando que foram regras dirigidas a todos os residentes de igual modo. Outros relataram o seu descontentamento perante as

normas a cumprir considerando-as por vezes pesadas, mas, não tinham alternativa à institucionalização, motivo pelo qual tinham de se resignar. Perante estes factos foram reconhecidas as seguintes unidades de registo:

- **Conformados/ resignação:** Estas pessoas aceitaram as normas embora por vezes não tivessem concordado, considerando que se adaptaram às novas medidas e que compreendiam a sua necessidade, tanto para sua proteção como daqueles que os rodeiam. E as medidas implementadas foram transversais a todos os residentes.

- **Compreensão:** A sua capacidade de compreender a situação foi visível no discurso dos residentes, aceitaram que reduzindo os seus contactos sociais com outros seria uma forma de diminuir os riscos de transmissão do vírus.

- **Descontentamento em cumprir as regras sanitárias:** Para os residentes estas modificações nas regras institucionais foram marcantes na sua rotina, sentiram-se penalizados e limitados em vários aspetos, motivo pelo qual se apresentaram descontentes com as condições estabelecidas.

- **Aceitação compulsiva:** Em alguns casos, as pessoas idosas apesar de contrariadas com a obrigatoriedade das regras sanitárias e dos sentimentos de medo associados ao risco de contrair o vírus, revelaram aceitação da situação como algo inevitável. Admitindo que ou cumpriam o que era imposto pela instituição ou que não teriam alternativa e teriam de sair da instituição. Contudo, esta última opção não lhes era viável e, portanto, tinham de obedecer às normas da instituição e submissão às diretrizes.

Categoria 3 - Sentimentos e experiências

O confinamento foi um período difícil, de incerteza e insegurança perante os casos de infeção existentes na instituição e pela repetição de períodos de quarentena. A família esteve distante fisicamente por muitos meses o que afetou o seu autocontrolo e força perante esta situação adversa. Houve pessoas que dadas as circunstâncias, conseguiram manter-se otimistas e revelaram sentimentos positivos, outras enfatizaram mais os sentimentos negativos. Para além dos sentimentos vividos, foi igualmente relevante a sua experiência com a equipa de cuidados e com os serviços prestados. Desse modo, chegou-se às seguintes subcategorias:

3.1 Sentimentos positivos

Alguns residentes apesar da obrigatoriedade das restrições, das dificuldades de adaptação a estas circunstâncias e do prolongamento das medidas implementadas conseguiram manifestar-se de forma positiva ao expor sentimentos de:

- **Confiança:** Alguns revelaram sentir-se confiantes com a evolução da pandemia, transmitindo otimismo perante o rigor das regras implementadas que permitiram sentirem-se em segurança.

- **Superação e esperança:** Foi notório que para algumas pessoas ao terem conhecimento do alívio de algumas medidas e ao terminarem as suas quarentenas tiveram sentimentos de superação e esperança num futuro próximo. Tinham como objetivo a curto prazo o contacto com a família e a possibilidade de sair da instituição. Também as vacinas para a SARS-CoV-2 tiveram um efeito positivo e tranquilizador.

3.2 Sentimentos negativos

Todos os entrevistados revelaram sentimentos negativos nesta fase das suas vidas, incluindo a ansiedade, em alguns casos com maior angústia, medo, tristeza, resignação e, ainda, outros com pensamentos relacionados com a morte. Como tal, mencionam-se as seguintes unidades de registo:

- **Ansiedade:** Algumas pessoas manifestaram ter passado por períodos de ansiedade devido ao rigor das medidas implementadas e também ao terem conhecimento do elevado número de mortes quando acompanhavam as notícias.

- **Saudade da família:** O distanciamento da família devido à interrupção das visitas por longos meses teve impacto na vida destas pessoas gerando vários sentimentos ao recordar momentos de alegria vividos e nostalgia devido ao afastamento dos familiares. Alguns sentiram-se penalizados com a interrupção de celebrações familiares, outros sentiram-se afetados devido à ausência dos seus familiares, recorrendo a algumas recordações para amenizar essa carência.

- **Medo:** Os residentes tratando-se de pessoas com idade avançada que tinham várias patologias, estiveram preocupados devido aos casos de infeção na instituição, passando por sentimentos de medo e receio do vírus, o que fez com que ao cumprirem com as normas preconizadas esses sentimentos fossem uma constante.

- **Tristeza e angústia pela morte de companheiros:** Ao longo desta fase vivida ainda houve outros momentos difíceis como a perda de companheiros e amigos devido à infecção por SARS-CoV-2, o que agravou sentimentos de tristeza, solidão e gerou alguma angústia.

- **Desesperança:** A existência de sentimentos de falta de esperança foi frequente nos discursos, em que revelaram ter deixado de gostar de comunicar com outros, ficando mais introvertidos, não tomando nenhuma medida para alterar essa situação. Em alguns casos também foram referidos pensamentos relacionados com a morte e desinteresse pela vida.

3.3 Experiência com a equipa de cuidados

Durante esta fase foi evidente a relevância da presença dos profissionais, a sua disponibilidade para estas pessoas que estavam privadas do contacto com o exterior e o impacto na qualidade da relação estabelecida. Assim, a atenção dos residentes era centralizada nas características e na atenção da equipa de cuidados, tal como na sua capacidade de dar resposta a novas necessidades, que antes eram colmatadas pelos familiares. Dessa forma, foram identificadas duas unidades de registo:

- **Apoio e satisfação com os cuidados:** Com a privação social vivida nos últimos tempos os idosos focaram a sua atenção na satisfação com os cuidados e apoio fornecido pela equipa, que eram os únicos com quem mantinham o contacto presencial.

- **Necessidades anteriormente atendidas pela família:** O convívio dos residentes ao decorrer exclusivamente com a equipa e a solidão fez com que exigissem maior atenção do que anteriormente e outras necessidades. Esses aspetos eram acedidos pela família, que nesta fase foi impedida de estar presente.

3.4 Experiência com os serviços

Para estas pessoas todos os elementos e atividades diárias ganharam outro significado com o início do confinamento. Houve por parte de alguns residentes a referência à insatisfação perante as rotinas e serviços de alimentação. Assim, foi estabelecida a unidade de registo:

- Insatisfação com as rotinas e alimentação: Devido às novas rotinas a atenção das pessoas idosas e conforto foram dirigidos para aspetos do seu dia-a-dia, como a satisfação com a alimentação ou rotinas, que caracterizavam a visita de um profissional ao seu quarto, proporcionando oportunidades de comunicação e relação.

Categoria 4 - Dificuldades sentidas durante o confinamento

Os residentes passaram por diversas dificuldades que envolviam a necessidade de comunicação e de manutenção da relação para amenizar sentimentos de solidão e carências devido à interrupção da interação com a família e amigos. A ausência dos familiares foi desafiadora, pois, anteriormente, a maioria recebia a sua visita regularmente. A interrupção das suas atividades na residência também fez com que existissem sentimentos de solidão devido à falta de ocupação. Como consequência de todas estas medidas verificaram-se dificuldades ao nível da sua saúde física e emocional. Perante isto, foram distinguidas quatro subcategorias:

4.1 A comunicação e relação como elemento central da vivência

Todas as modificações vividas por estas pessoas geraram novos sentimentos, carências e inquietações. A comunicação e a manutenção da relação com os outros tornaram-se mais importantes, quer para partilhar a sua experiência, para desabafar ou minimizar sentimentos. Como tal foram incluídas as seguintes unidades de registo:

- Barreiras na comunicação, uso de máscara e dificuldades de audição: Todas as pessoas cumpriam as normas quer no seu quarto quer nos espaços comuns. No entanto, eles consideravam que o uso de máscara restringiu a sua participação social, devido ao desconforto da sua utilização e pelo facto de no seu quarto não terem de a utilizar, optavam por não sair do quarto e, assim, isolaram-se ainda mais. O uso de máscara agravou em alguns residentes o compromisso da audição, que quando associado a outros fatores restringiu muito as oportunidades de interação com aqueles que os rodeavam.

- Necessidade de manutenção da relação e de comunicar com outros: A necessidade de comunicar e de manter a interação com os outros foram evidenciadas, valorizando o período em que passou a ser permitido sair do quarto e ir à sala de refeições, constituindo o único momento de convívio com os companheiros, visto as atividades e permanência nos espaços comuns terem sido totalmente limitadas.

Salientaram ainda que nas várias quarentenas a que estiveram sujeitos, sentiram mais essa limitação, tal como a necessidade de comunicar e de convivência com os outros.

- **Adaptação aos meios alternativos de comunicação e manutenção da relação (tecnologias):** Houve várias pessoas idosas que referiram que as formas alternativas de comunicar com familiares e amigos através das tecnologias, nomeadamente das videochamadas, foram facilitadoras, pois possibilitou uma maior conversação e visualizar os familiares, apesar de não colmatar totalmente a distância.

4.2 Ausência da presença física familiar

Com a proibição de entrada dos familiares sentiram uma disrupção nas suas vidas. Apesar de terem sido permitidas as videochamadas e visitas através do vidro, a sua concretização não foi satisfatória para todos e esta possibilidade não correspondia às suas expetativas. Deste modo, foram identificadas as seguintes unidades de registo:

- **Ausência de visitas:** As pessoas idosas foram subitamente privadas dos seus familiares e amigos, tendo de cumprir esta norma por tempo indeterminado. Eles sentiram-se bastante distantes dos familiares e foi difícil a adaptação a este contexto.

- **Meios alternativos de visita:** Após vários meses de confinamento houve a permissão, por parte da DGS, para se efetuarem visitas utilizando uma barreira de acrílico ou vidro. Várias pessoas recorreram a este tipo de visitas, mas de forma geral consideram que não substituíam a presença e o contacto físico.

- **Inadaptação a meios alternativos de visita:** Perante a possibilidade de visitas através do vidro ou acrílico alguns idosos consideraram que este tipo de visita agravava sentimentos negativos, saudades e a nostalgia com memórias antigas. Em alguns casos optaram por abdicar da visita com estas características.

- **Valorização da família:** Apesar das restrições nas visitas as pessoas idosas sentiram, mesmo à distância, a preocupação e cuidado dos seus familiares, alegando que eles são a sua referência, a sua prioridade é a família e que vivem para eles.

4.3 Ausência de ocupação social

Em geral, todos manifestaram sentir falta de ocupação do seu tempo e de distração no dia-a-dia. Foram estabelecidas as seguintes unidades de registo:

- **Dificuldades na visão/ ocupação:** Sem atividades na residência estas pessoas sentiram o seu dia muito mais parado e sem ocupação. Por passarem grande parte do tempo no quarto tiveram por vezes dificuldade em manterem-se ocupados. Uma das atividades que poderiam realizar individualmente era a leitura, mas alguns dos entrevistados referiram dificuldades ao nível da visão.

- **Monotonia do dia-a-dia:** Outro aspeto manifestado foi o facto de terem um dia-a-dia muito monótono. Anteriormente a residência tinha diversas atividades, que permitiam a sua participação e o convívio. Esta interrupção e o prolongamento das medidas fez com que fosse mais marcada e sentida a falta de ocupação.

4.4 Saúde física e emocional

Ao mesmo tempo que se tentou proteger estas pessoas da infeção a sua saúde foi afetada de outras formas devido à permanência das medidas restritivas duradouras, com consequências físicas e emocionais devido à carência de afetos. Face a estas dificuldades foram estabelecidas as seguintes unidades de registo:

- **Emocional:** Sem o contacto presencial foram-se agravando sentimentos negativos e verificando uma maior carência afetiva. Estas pessoas ficaram mais tristes e com a permanência dessa solidão houve maior necessidade de sentir o carinho e o toque dos que os rodeavam e de comunicarem livremente sem restrições de tempo. A saudade dos familiares foi bastante notória.

- **Agravamento da saúde em geral:** O longo confinamento fez com que muitos idosos perdessem algumas capacidades e sofressem um agravamento do seu estado de saúde, tiveram quedas no quarto, sentiram maior cansaço e aumento de peso.

- **Perda de mobilidade:** Uma das alterações mais evidente na saúde destas pessoas foi o agravamento na sua mobilidade em consequência das diversas quarentenas e isolamentos e também devido à interrupção dos tratamentos de fisioterapia houve um retrocesso, alguns tiveram de utilizar auxiliares de marcha.

Categoria 5 - Estratégias utilizadas para gerir sentimentos ao longo do confinamento e das restrições

Algumas das pessoas idosas encontraram estratégias facilitadoras na ocupação do seu tempo, individualmente e de acordo com os seus gostos pessoais, utilizando formas de enfrentamento psicológicas para se manterem positivas e

resilientes perante esta situação pandémica. A componente espiritual esteve presente em vários discursos como forma de centrar energia e força perante esta situação desconhecida. Há a referir a existência de três subcategorias:

5.1 Ocupacional

A este nível foram escolhidas diversas formas de ocupação, de acordo com as suas capacidades (visão, motoras) e materiais disponíveis. O que ajudou a reduzir as dificuldades sentidas, tendo sido identificada a seguinte unidade de registo:

- **Realização de atividades favoritas individualmente:** As atividades selecionadas por cada um foram diversificadas de acordo com as preferências da pessoa, com recurso a tecnologias, leituras e jogos simples, como palavras cruzadas, realização de *tricot* e outros através do tradicional contacto telefónico com os outros.

5.2 Psicológico

As estratégias psicológicas utilizadas envolveram uma forte automotivação e a adoção de atitudes para reduzir o stress, ansiedade e manter o contacto regular com amigos. Assim, foram estabelecidas as seguintes unidades de registo:

- **Automotivação:** Uma forma encontrada pelos residentes de encorajamento foi ter recorrido à meditação e a uma perspetiva otimista e positiva. Cada pessoa tem uma forma diferente de enfrentar situações adversas, houve casos em que existiu a intervenção da equipa multidisciplinar e outros com a intervenção dos familiares ao fornecer objetos com significado ou com recurso a exercícios de relaxamento.

- **Laços de amizade:** A manutenção do contacto com amigos foi uma importante forma de suporte, para troca de experiências, desabafar e recordar tempos anteriores. Durante este período este tipo de contacto foi realizado através do telefone ou através de um contacto muito breve na sala de refeições.

5.3 Espiritual

Os entrevistados eram todos eles católicos, manifestaram que a fé e a religião foram uma importante componente. Quer fosse através do acompanhamento que faziam na televisão, da bíblia ou rezando aos Santos de que são devotos, tendo sido estabelecida como unidade de registo:

- **Fé e religião:** Apesar de não existir missa na residência nem as normais comemorações festivas do calendário religioso, consideraram que as formas alternativas foram suficientes para acompanhar as missas e orações, tendo obtido o apoio e suporte que desejavam para manterem a esperança de que iriam superar esta situação.

Categoria 6 - O retomar das atividades ocupacionais e sociais

Após a vacinação na instituição com as duas doses da vacina para a Covid-19 e a realização de testes sanguíneos para avaliar o grau de imunidade de cada pessoa houve a indicação dos serviços gestores para reduzir as medidas restritivas. Foram reiniciadas algumas atividades de grupo e puderam começar a sair por um período de tempo limitado. Foram assim estudadas as seguintes subcategorias:

6.1 Retomar das atividades ocupacionais no interior da instituição

O restabelecimento das rotinas foi um aspeto positivo, no entanto, para algumas pessoas não correspondeu às suas expectativas, devido ao facto de se manterem algumas medidas de segurança, como o distanciamento, a redução do número de pessoas nas salas partilhadas e redução da duração das atividades.

6.2 Retomar as saídas sob normas institucionais

Após a vacinação foi possível retomar as saídas com os familiares por um período limitado. Contudo, mesmo no exterior da instituição existiram contrariedades com que alguns residentes não contavam, como também existirem ainda restrições para a população não podendo retomar livremente as rotinas antigas.

Discussão

A partir das entrevistas realizadas foi possível conhecer as experiências, sentimentos e vivências dos idosos durante a pandemia. De seguida são debatidos alguns dos resultados considerados mais relevantes.

Com as restrições aplicadas, todos os entrevistados evidenciaram a comparação entre os tempos atuais e a sua rotina antes da pandemia tal como foi estudado na categoria 1. Eles ficaram entristecidos devido à ausência de escolha e às mudanças profundas e prolongadas. O que os levou a valorizar os tempos em que

tinham autonomia, possibilidade de decisão sobre o seu dia e liberdade. Para muitos a visita da família era uma oportunidade para sair da residência, com importantes momentos de relação e partilha de sentimentos o que lhes transmitia força e apoio. Todos os entrevistados tinham famílias que anteriormente os visitavam regularmente.

Quanto à interrupção das relações sociais no interior da residência gerou desagrado em geral, impedindo o contacto com outros residentes com quem mantinham laços de amizade e que eram o estímulo para frequentarem os espaços comuns e conviver. Mesmo nos dias que não recebiam visitas continuavam a ter alguém por quem esperar, fosse para a refeição ou para as atividades, nessas ocasiões apoiavam-se mutuamente. Nesses momentos ao reviverem memórias agradáveis e ao discutirem as suas histórias de vida, através da terapia da reminiscência, aliviavam sentimentos de solidão, ansiedade e depressão. Ao mesmo tempo, poderiam aprender algo com situações anteriores e adaptar ao contexto atual (Elias et al., 2015). Este foi um período de adaptação e aprendizagem para todos.

Para alguns entrevistados os sentimentos de solidão estavam instalados antes da pandemia, devido à morte do companheiro ou familiar direto o que fez com que se isolassem. Noutros casos, desde que se encontravam na residência sentiam-se sozinhos, devido à falta de empatia e afinidade com outros residentes permanecendo por sua vontade no quarto. Outras pessoas, já estavam isoladas devido à perda de mobilidade, necessitando da ajuda da equipa para sair do quarto, recusando por esse motivo sair para a sala. Nestes casos, a solidão anteriormente sentida aumentou devido à ausência de visitas e maior volume de trabalho da equipa, o que limitou as possibilidades de interação.

Quanto ao impacto da pandemia no quotidiano destas pessoas, analisado na categoria 2, foi bastante evidente, nas primeiras semanas encararam as mudanças como algo passageiro e inofensivo, desvalorizando a doença. A real gravidade da doença só foi percebida quando o governo decretou as medidas restritivas (Sattari & Billore, 2020). Com implicações totalmente inesperadas, o confinamento foi diferente de todas as experiências que estas pessoas idosas já tinham vivido. Foi essencial consciencializar estas pessoas, o facto de terem um bom nível de escolaridade, pode ter influenciado numa melhor adaptação à nova vida social (Chian & Durmaz, 2021).

Neste período de isolamento físico e social, os entrevistados sentiram falta da proximidade e liberdade, valorizando todos os momentos que lhes permitiam interagir com outros. Tal como referem Chian & Durmaz (2021) para 84,6% das pessoas foi

difícil cumprir o isolamento social, e como acrescentam Heid et al., (2020) sentiram-se afetadas sem o contacto regular e presencial com a família e amigos. A literatura descreve, tal como a opinião dos entrevistados, que se sentiram fechados, confinados no quarto e separados do mundo exterior (Chee, 2020).

Na fase de confinamento, tal como verificado em outros estudos de Heid et al., (2020), muitos dos entrevistados optaram por cancelar exames auxiliares de diagnóstico e consultas, por um lado, pelo medo de serem infetados e, por outro, devido à obrigatoriedade de cumprir a quarentena após saída ao exterior e assim, ficarem ainda mais solitários.

Perante os surtos de infeção na residência foi visível o descontentamento dos residentes, sentiam que o momento de cuidados era muito breve, ansiando a próxima interação para ter companhia e poder comunicar com a equipa, por outro lado, houve pessoas que se sentiam afetadas devido ao EPI retraindo-se na interação ou porque o contacto relacional, o toque era transformado devido ao EPI utilizado para as tarefas e tinham muitas vezes dificuldade em identificar o profissional.

No que se refere à obrigatoriedade das normas instituídas, uma maior aceitação e compreensão por parte dos entrevistados estaria relacionada com o modo como as regras foram transmitidas, de modo compreensível e gradual, tendo o tipo de comunicação impacto na adesão e aceitação.

Também se verificaram casos em que houve impaciência e descontentamento no cumprir das medidas, pois, consideravam que estas eram demasiado fortes, que já estavam privados de tudo há muitos meses, não aceitando a necessidade das quarentenas, por já se encontrarem fechados na instituição.

Durante a pandemia os residentes passaram por novas experiências e sentimentos que foram estudados na categoria 3. Alguns entrevistados demonstraram sentimentos positivos como confiança, capacidade de superação e esperança, associada a uma maior capacidade de adaptação, de se manterem positivos e ao confiar na equipa que ao interagir positivamente influenciou os seus sentimentos. Houve um aumento da sua esperança com as notícias do menor número de infetados, ao concluírem o período de quarentena e com a chegada das vacinas.

A existência de sentimentos negativos foi generalizada, salientando-se a ansiedade, o medo e a saudade da família. A ansiedade estava associada a sentimentos de impotência e ausência de controlo do seu dia-a-dia (Chee, 2020). Num estudo elaborado por Novais et al., (2021) cerca de 80% das pessoas sentiram maior

ansiedade e nervosismo e 73% ficaram mais deprimidas ou tristes (Novais et al., 2021). O medo e incerteza estiveram presentes nos idosos que acompanhavam o elevado número de mortes nas notícias, não se sentindo seguros, o que aumentou o stress e preocupação (Chee, 2020). Também o número de pessoas infetadas na residência e o distanciamento da família trouxe a saudade e a carência, pois, eram o seu principal suporte, refletindo-se a sua falta sobretudo psicologicamente. Foi essencial a escuta e empatia com a pessoa para minimizar sentimentos.

A vivência da morte de companheiros e amigos com quem residiam acentuou a tristeza, angústia e desesperança, perdendo a vontade de comunicar com outros, a motivação para o dia-a-dia e ao ver o seu círculo de amigos diminuir. Houve ainda quem verbaliza-se pensamentos relacionados com a morte o que revela que a tristeza estaria relacionada com o aumento da solidão, insatisfação com a sua vida e humor depressivo (Chian & Durmaz, 2021). Outras pessoas manifestaram desesperança ao reconhecer que tinham problemas de saúde e que aqueles que morreram estavam na sua faixa etária (Hopf et al., 2021). Consideravam que não superavam a situação no caso de infeção, referindo ter medo da morte (Chee, 2020).

Quanto à experiência dos residentes com a equipa de cuidados foi evidenciado o apoio dado pela equipa, cujo comportamento influenciou o comportamento dos residentes e o seu estado de espírito, tendo a comunicação verbal e não-verbal apresentado uma maior importância. Os residentes, fortaleceram a sua confiança com os cuidadores que assumiram o papel dos seus familiares, assegurando necessidades que antes eram colmatadas por estes. Por outro lado, a falta de recursos humanos e casos de infeção na equipa gerou frustração nos residentes, que consideraram o apoio e a atenção fornecidos insuficientes (Chee, 2020).

Quanto à experiência com os serviços, as rotinas e alimentação passaram a ser um foco de atenção dos residentes, era o único momento esperado, que retratava uma oportunidade de comunicação e o que era variável no seu dia naquele período.

Quanto às dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas, estudadas na categoria 4, uma delas estava relacionada com a comunicação e relação como elemento central da vivência, a necessidade de terem alguém com quem conversar, com disponibilidade, capacidade de escuta, empatia e a adoção de novas estratégias foram fundamentais para auxiliar os residentes em IS a gerir sentimentos.

Verificaram-se ainda dificuldades na utilização da máscara que perturbou a conversação com os outros ao limitar a audição o que também fez com que ficassem

mais retraídos. Há estudos que descrevem que 82,3% das pessoas idosas sentiram dificuldade em utilizar a máscara (Chian & Durmaz, 2021). Para muitos, a necessidade de conversar, manter relações e de ocupação fez superar essa dificuldade.

Muitas pessoas ficaram satisfeitas por conseguirem utilizar as tecnologias para contactar com os outros (Lebrasseur et al., 2021). No entanto, nem todos tinham o equipamento ou conhecimentos para as utilizar. Este tipo de contacto mais breve não satisfazia as carências emocionais. Na literatura são reconhecidas estas dificuldades de não lhes ser permitido o abraço ou apertar a mão (Sattari & Billore, 2020).

A ausência da presença física familiar foi outra dificuldade manifestada por todos os entrevistados. Com base num estudo efetuado 66,9% das pessoas sentiram dificuldade em estarem afastadas dos familiares e amigos (Chian & Durmaz, 2021). Desse modo, foram utilizadas outras formas de interação, como as visitas através do vidro, mas não foi do agrado de muitos, acentuavam carências e tinham duração limitada, o que impedia de desenvolver uma conversa efetiva. Contudo, a proximidade com a família era uma motivação para tentarem superar esta fase, estabelecendo como objetivos o reencontro com a família nas circunstâncias prévias à pandemia. Várias pessoas salientaram que o único motivo que as preocupava e pelo qual viviam é a família, consequência da relação forte existente.

Outra das dificuldades assinaladas estava relacionada com a ocupação social, pois muitos pretendiam melhorar o seu nível de distração, mas devido a limitações na visão, perda sensorial e défice auditivo estavam associados à interrupção da comunicação e menor interação (Nicholson, 2012). Alguns entrevistados salientaram como mais-valia para a sua saúde e bem-estar o facto de estarem ocupados, se sentirem úteis e que esta interrupção os deixou parados e desmotivados. O seu dia-a-dia bastante repetitivo e monótono fez com que se sentissem desgastados, com sentimentos de inutilidade e insatisfação com a vida (Chee, 2020).

Durante a pandemia outra das dificuldades sentida foi o agravamento da sua saúde em geral, também num estudo publicado por Novais et al., (2021) 15% das pessoas admitiram que a sua saúde em geral foi afetada durante a pandemia. Isto deve-se por um lado, devido ao adiar de tratamentos e consultas (Lebrasseur et al., 2021), por outro lado, devido a terem sido obrigados a restringir o seu nível de atividade. Tal como refere Nicholson (2012) um menor nível de atividade tem impacto ao nível da massa muscular, equilíbrio corporal, um maior número de quedas e maior nível de cansaço. O sedentarismo influencia assim a autonomia da pessoa e os seus

níveis de depressão (Novais et al., 2021). Com o IS houve pessoas que verbalizaram que a possibilidade de ir à varanda do quarto, ver as suas plantas e usufruir desse ambiente exterior foram benéficas. Na literatura são reconhecidos esses efeitos, admitindo que uma exposição solar adequada está associada a maior estabilidade emocional e redução da ocorrência de insónias (Chian & Durmaz, 2021).

Os residentes devido ao IS prolongado recorreram a várias estratégias para estabilizar sentimentos, analisadas na categoria 5. Ao nível ocupacional os entrevistados mantiveram-se ocupados através de *hobbies* de acordo com as capacidades visuais, motoras e cognitivas. Tal como refere a literatura uma das estratégias utilizada por alguns foi a possibilidade de recorrer às tecnologias, acedendo às redes sociais (Sattari & Billore, 2020).

Do ponto de vista psicológico, os entrevistados adotaram uma conduta que lhes permitiu reduzir os níveis de stress e ansiedade adaptando o seu estilo de vida com base numa grande motivação para se manterem saudáveis e otimistas (Sattari & Billore, 2020). A família para alguns forneceu apoio mesmo à distância enviando pequenas lembranças. Para um dos entrevistados foi útil a realização de exercícios de meditação para sentir novamente vontade de interagir com os outros. Segundo a literatura houve até quem recorre-se ao apoio psicológico (Hopf et al., 2021).

Muitas das pessoas entrevistadas mantiveram o contacto regular com amigos telefonando quase diariamente, esse contacto permitia-lhes conversar, partilhar os seus medos, experiências e recordar o tempo que passaram juntos. O que foi benéfico para diminuir níveis de solidão e de depressão (Bethell et al., 2021). Verificou-se que uma maior experiência de vida e maior capacidade de enfrentamento estaria assim relacionada com uma maior resiliência, propósito de vida e regulação de emoções atuando como proteção para reagir numa situação nova (Lebrasseur et al., 2021).

O recurso ao apoio espiritual foi outra das estratégias, todos os entrevistados eram católicos e recorreram à força da religião acompanhando as celebrações *online*, com a leitura da bíblia ou oração, preservando a esperança e otimismo no futuro.

Numa fase posterior, com recurso a medidas de segurança, como testes de imunidade e após administração das vacinas para a SARS-CoV-2, foi possível retomar algumas atividades e rotinas, o que foi analisado na categoria 6. Ao voltarem a frequentar espaços partilhados e conviverem com os outros residentes sentiram-se otimistas. Contudo, as atividades em que participavam ao serem efetuadas por turnos, com menor número de participantes e reduzindo a sua duração fez com que

estivessem ocupados por pouco tempo. Segundo o estudo efetuado por Heid et al., (2020) muitas pessoas sentiram-se desafiadas pelos novos horários das atividades e pelas atividades disponíveis, ficando relutantes a esta fase de transição.

Quanto à recuperação das saídas da instituição verificou-se que ao frequentarem o exterior houve uma melhoria no relacionamento e dos níveis de solidão (Bethell et al., 2021). Nessa fase apesar de saírem com agendamento e com tempo limitado o que não permitia que se afastassem da residência, consideraram isso benéfico por estarem presencialmente com a família ou amigos.

Com base neste estudo foi notório que o confinamento provocou uma perda de qualidade de vida e consequências na saúde dos residentes, com necessidade de intervenção individualizada, atenta em que a comunicação e relação são o ponto fundamental em situação de isolamento.

4.3 Formação da Equipa de Saúde

No início do estágio foi apresentada à equipa a temática em estudo, os objetivos estabelecidos, as atividades planeadas e foram ouvidas as experiências vividas pela equipa ao longo dos últimos meses de pandemia, o que foi uma mais-valia, pois, já conheciam os idosos antes do confinamento e todas as mudanças vividas por eles.

Numa fase seguinte, foi realizado um questionário à equipa, para caraterizar a perceção que tinha quanto às necessidades de comunicação, à mudança de comportamentos apresentadas pelas pessoas idosas em confinamento prolongado e sobre os efeitos da pandemia na saúde destas pessoas. Este questionário permitiu estabelecer o diagnóstico de situação através dos conhecimentos obtidos. Posteriormente, houve a necessidade de ajustar as questões após conhecer a realidade onde estava inserida. O questionário elaborado (Apêndice IV) foi aplicado a 22 elementos da equipa que voluntariamente aceitaram responder anonimamente. A direção de enfermagem da instituição aprovou a sua realização.

Este foi uma forma complementar de compreender a perspetiva e a experiência que a equipa tinha perante a problemática em estudo e serviu de linha orientadora para a sessão formativa. Permitiu dirigir os conteúdos a abordar e detetar as áreas que necessitavam de maior foco de atenção. Assim, foram delineadas intervenções dirigidas para a redução do impacto do IS e de sentimentos negativos decorrentes do confinamento prolongado, com base no CCP.

Através do preenchimento do questionário a equipa salientou que os residentes se apresentavam isolados e solitários, menos interativos, deprimidos e tristes devido ao afastamento dos familiares. A ausência desse seu suporte acentuou a carência de afetos, a instabilidade emocional, a agitação e confusão. A nível físico foi reportada a perda de mobilidade, agravamento de défices e maior necessidade de medicação.

A equipa reconheceu que as maiores dificuldades dos idosos corresponderam ao distanciamento da família, à falta de ocupação, ausência de convívio e do contacto presencial. Salientaram assim a necessidade de intervir na sua ocupação, estabelecer uma comunicação eficaz, escuta ativa e dos benefícios do contacto presencial.

Também foi possível conhecer os desafios enfrentados pela equipa ao cuidar dos residentes neste contexto, tendo sido apontado: a gestão da equipa, o colmatar da ausência dos familiares, o restabelecimento da sua saúde, a comunicação e empatia (devido às limitações na gestão de tempo, recursos humanos e do contacto físico), o impacto emocional e resiliência. Quanto à caracterização da sua experiência de cuidados, enquanto as oportunidades de comunicação foram reduzidas e o volume de trabalho elevado, caracterizaram a experiência como desafiante e frustrante, a prestação de cuidados durante a pandemia foi, noutros casos, positiva e de aprendizagem constante.

No questionário, foram ainda analisadas as dificuldades encontradas ao nível da comunicação com os idosos em confinamento, estando relacionadas com o défice auditivo dos residentes, do uso de máscara, o maior volume de trabalho e necessidade de um contacto mais breve. Além disso, foi apurado do ponto de vista da equipa, qual o tipo de apoio que os idosos esperavam dos profissionais, tendo sido evidenciada a amizade, ajuda, disponibilidade para conversar, empatia, afeto, segurança e certezas.

Foi ainda analisada a forma como os familiares encararam as modificações nas rotinas. Existindo a não compreensão das medidas devido à distância dos familiares, às mudanças profundas na rotina, a menor socialização e a dificuldade de gerir o contacto à distância. Alguns familiares permaneceram mais distantes, no entanto, muitas famílias foram compreensivas, procurando sempre estar próximas e aceitando proteger os idosos, apesar das saudades, ansiedade e preocupação com eles.

De seguida, foi planeada uma sessão de formação com a equipa multidisciplinar que permitiu definir estratégias específicas para minimizar o impacto do IS e solidão nas pessoas idosas, planeando um cuidado individualizado e focado na comunicação e relação. Para isso, foi elaborado o plano de formação (Apêndice V)

e foram programadas duas sessões formativas, para garantir as normas de distanciamento entre os participantes. Com base nos resultados do questionário foi elaborado o plano da sessão (Apêndice VI). A sessão efetuada foi intitulada “*O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por Covid-19*” em que com os conteúdos expostos (Apêndice VII) se pretendeu reforçar na equipa os efeitos que o IS provoca na saúde dos residentes, de acordo com a revisão de literatura, apresentando um breve enquadramento teórico, transpondo esses conteúdos para a realidade do contexto onde nos encontrávamos.

Segundo diretrizes da *National Institute for Health and Care Excellence* (2015) é fundamental que a equipa seja elucidada das consequências que a perda do bem-estar e da independência podem produzir na saúde mental e física dos residentes e na sua interação social. Com base nos questionários verificou-se que a maioria dos elementos estava ciente dessas consequências do confinamento na saúde dos idosos. Em todo o caso, pretendeu-se que ficassem mais vigilantes para detetar futuras alterações e serem capazes de intervir mais precocemente nos casos em que ocorram alterações biológicas ou psicológicas devido à pandemia (NICE, 2015).

Na sessão de formação foram analisados os dados obtidos no questionário com os conhecimentos retidos na literatura. A existência de momentos de reflexão e discussão em equipa, transmite orientações e *feedback* o que permite reduzir a ansiedade da equipa e aumentar a sua colaboração e motivação (Giri et al., 2021).

De forma geral, as dificuldades da equipa em dar resposta a estas novas necessidades dos idosos foram devido à escassez de recursos humanos, maior sobrecarga de trabalho e uso de EPI, o que por vezes se refletia numa frustração por saberem que o seu desempenho não suprimia todas as exigências dos residentes e exigiu uma maior flexibilidade.

Além destas dificuldades, verificou-se que as intervenções relacionadas com a comunicação na pessoa idosa geralmente estavam associadas à concretização de tarefas, verificando que eram muito ocasionais as possibilidades de contacto apenas para satisfazer necessidades de interação e comunicação com os outros. Assim, para dar resposta a todas as necessidades dos idosos de forma holística e otimizar a intervenção da equipa foi transmitida a importância da prática regular de cuidados ao mesmo tempo que é integrado um cuidado comunicacional, gerando um momento com significado positivo para a pessoa e transformando todos os momentos de interação em oportunidades com maior satisfação e melhoria ao nível do IS e solidão.

Os participantes na sessão apresentaram várias situações de cuidados em que consideraram ter produzido um efeito benéfico nos residentes, pelo que foram alvo de análise e reflexão em grupo e permitiram a partilha de vivências e contributo para a melhoria dos cuidados prestados, para a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa. Nas sessões foi sempre evidenciada a relevância de manter uma intervenção fundamentada no CCP, sobretudo nesta fase em que os residentes se encontram totalmente privados do convívio e recetivos à interação dos profissionais. No final da sessão de formação foi entregue a ficha de avaliação da sessão (Apêndice VIII).

Deste modo, considero que o facto de a equipa ter apresentado interesse na melhoria da sua prática e que os residentes ao estabelecerem uma relação positiva foram aspetos positivos. Considerando assim ter cumprido este objetivo de estágio.

4.4 Prestação de Cuidados de Enfermagem

A temática estudada foi de grande importância para o bem-estar dos residentes, tal como, foi essencial a sensibilização da equipa para minimizar os efeitos do IS prolongado e o desenvolvimento de competências para otimizar os cuidados prestados a estas pessoas. Nesta fase de sobrecarga emocional e de maior volume de trabalho, foi essencial a colaboração e vigilância de toda a equipa perante as mudanças na saúde física e emocional dos residentes.

Desse modo, foi crucial traçar planos de cuidados que permitissem a individualização, humanização e continuidade de cuidados. Durante a pandemia as pessoas idosas tiveram uma necessidade acrescida de exprimirem abertamente os seus sentimentos e de receber afetos, existindo uma forte dedicação em modificar cada momento da prestação de cuidados num momento de qualidade para a pessoa, com oportunidades de transformação, adaptação, incentivando a uma maior resiliência, considerando que cada pessoa tem diferentes personalidades e valores.

Foi igualmente notável a importância do contacto com as pessoas idosas no seu contexto de vida, onde foi possível conhecer as suas necessidades e planos de cuidados para reflexão e tomada de decisão adequada de forma a delinear intervenções de enfermagem promotoras de um cuidado relacional e comunicacional diferenciado na pessoa idosa em confinamento. As estratégias de comunicação, permitiram minimizar sentimentos relacionados com o IS e solidão, com base no CCP, tal como indicava a literatura, o que trouxe contributos na sua saúde física e mental.

5. AVALIAÇÃO DO PERCURSO DE ESTÁGIO

5.1 Limitações do Projeto

Uma das limitações deste projeto está relacionada com os ajustes necessários ao nível das atividades programadas, nomeadamente quanto à formação da equipa, que era extensa, devido à sobrecarga de trabalho e número de pessoas infetadas ou em isolamento profilático fez com que o alcance fosse inferior ao pretendido, tentando colmatar isso através de outros momentos de partilha. Por outro lado, o facto do projeto ser implementado num contexto de cuidados diferente do local de trabalho constituiu um desafio.

5.2 Pontos Fortes e Fracos

Houve vários elementos facilitadores para o concluir deste projeto, o local de estágio onde o projeto foi implementado é uma instituição de referência no cuidado diferenciado à pessoa idosa. Foi positiva a aceitação e participação da equipa perante este projeto, apesar de todos os desafios nos cuidados. Eles mantiveram-se sempre disponíveis para intervir nos momentos de reflexão e formação. A enfermeira orientadora teve um papel de incentivo, incutindo uma reflexão sistemática da prática de cuidados, com base na revisão de literatura e enquanto perita nos cuidados à pessoa idosa institucionalizada. Como ponto fraco há a referir o facto de apenas ter conhecido o dia-a-dia dos residentes no contexto de confinamento.

5.3 Contributos para a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem

Considero que os objetivos traçados foram alcançados através dos conhecimentos obtidos durante o curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa, onde se destaca este projeto, que contribuiu para uma prática diferenciada, baseando a *praxis* clínica na evidência científica, desenvolvendo uma conduta reflexiva e com maior capacidade de inovação e resposta perante novas situações de cuidados. Foram desenvolvidas também capacidades na área da investigação, através da revisão da literatura e do processo metodológico que esteve patente o projeto.

6. AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo pretende-se refletir sobre as competências desenvolvidas enquanto enfermeira mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa idosa. Para desenvolver uma intervenção especializada são necessárias competências ao nível científico, com recurso à prática baseada na evidência, progredindo na vertente técnica e humana ao prestar cuidados numa área específica e melhorando a qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 429/2018).

No que se refere à *responsabilidade profissional, ética e legal* foi mantida uma conduta profissional, com base no domínio ético ao intervir junto da pessoa idosa institucionalizada. Para a resolução de problemas foram delineadas estratégias em articulação com a pessoa idosa, cujos conhecimentos e experiências desenvolvidas permitiram utilizar o juízo crítico na parceria de cuidados. Foram sempre garantidos os direitos e autodeterminação da pessoa, perante todas as intervenções e preservada a tomada de decisão ética e deontológica. O consentimento informado para as intervenções e para as entrevistas foi assegurado e fornecida informação relativa ao estudo.

Neste percurso a prática de cuidados foi fundamentada no CCP, respeitando os valores, as crenças e costumes dos residentes, de acordo com as necessidades identificadas nestas pessoas em IS sobretudo quanto à comunicação e relação com os outros.

No *domínio da melhoria contínua da qualidade* foram mobilizados e aprofundados conhecimentos de modo a obter informação avançada nesta área em estudo, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados aos residentes com destaque para as suas necessidades de comunicação e relação. No estágio, quer a formação dirigida à equipa tal como a obtenção de dados por questionário foram uma forma de contribuir para a análise da prática, reflexão, reconhecendo as oportunidades de melhoria e as estratégias facilitadoras no âmbito comunicacional e relacional entre a equipa e a pessoa idosa. A equipa foi o pilar destas pessoas, tendo sido fortalecida a sua intervenção através de momentos de formação. Por outro lado, o CCP foi essencial para um ambiente terapêutico, seguro e para proporcionar a proteção da pessoa idosa através do respeito pela sua cultura e espiritualidade, o que estimula um contexto físico e psicológico de segurança, promovendo o bem-estar e apoio.

No *domínio da gestão dos cuidados* foram prestados cuidados de enfermagem fundamentados nos conhecimentos científicos e no modelo de CCP (McCormack et al., 2015), tendo durante o estágio apresentado uma atitude disponível para elucidar a equipa quanto às necessidades comunicacionais da pessoa idosa na fase de confinamento, demonstrando competências específicas nas técnicas comunicacionais, adequando a comunicação à pessoa e às características do contexto e alertando para as consequências psicológicas possíveis. A articulação com toda a equipa na tomada de decisão, ao fornecer suporte e ao otimizar os recursos disponíveis contribuiu para a melhoria do processo de cuidados e impacto positivo na segurança e qualidade.

Com a pessoa idosa foi desenvolvida uma parceria de cuidados que permitiu delinear estratégias para desenvolver uma comunicação terapêutica e relação de ajuda durante esta fase de confinamento, para aumentar a sua motivação, participação e manter um nível de interação adequado.

No *domínio das aprendizagens profissionais*, recorreu-se à evidência científica mais recente e pertinente para uma prática de cuidados especializados à pessoa idosa. Foi desenvolvida a componente formativa com o diagnóstico de necessidades da equipa quanto ao tema em estudo, atuando como elemento facilitador da aprendizagem. No contexto formativo foi realizada a partilha e reflexão individual quanto aos cuidados assegurados e novas necessidades comunicacionais, de forma a potenciar o autoconhecimento e assertividade.

Assim, para estabelecer uma relação terapêutica foi essencial diagnosticar os elementos facilitadores para o estabelecimento da relação com os residentes e a equipa. Uma reflexão crítica dos cuidados, dos registos diários, dos ensinamentos da enfermeira orientadora e das orientações tutoriais foram parte integrante para otimizar a minha intervenção na relação profissional, na gestão de sentimentos e atuação em momentos de maior pressão, com necessidade de definir novas estratégias e prioridades. Através do diagnóstico de situação efetuado foi possível atuar como formadora e perita junto da equipa. A existência de momentos de partilha e reflexão com a equipa foram uma estratégia de sensibilização, troca de conhecimentos e experiências sobre o tema.

CONCLUSÃO

Este projeto de estágio incidu na comunicação e relação com a pessoa idosa institucionalizada em IS durante a pandemia. Com todas as medidas restritivas estas pessoas sofreram uma forte perda de liberdade e tiveram necessidades acrescidas ao nível comunicacional e afetivo. Esta situação originou perdas na sua saúde física, psicológica e emocional afetando o seu bem-estar e qualidade de vida.

A equipa ao contactar presencialmente com os residentes foi a sua única referência de relação, intervindo na adaptação à mudança de rotinas, no estabelecimento da relação de confiança e empatia que foi essencial para assegurar cuidados de qualidade. Assim, foram visíveis os benefícios do cuidado comunicacional e relacional na prática de cuidados, convertendo um contacto breve numa interação produtiva.

O recurso ao toque teve um efeito distinto devido à necessidade de desinfeção das mãos e uso de EPI, o que teve consequências nos sentimentos e confiança do idoso, que visualizava o cuidado como um momento mais impessoal. Dessa forma, foi necessário conciliar uma comunicação terapêutica e relação de ajuda com o recurso ao toque adequado à componente emocional, para minimizar sentimentos negativos. Quanto à formação da equipa foi visível o seu impacto na satisfação dos idosos, transformando cada interação em momentos de maior qualidade e esta intervenção especializada foi tranquilizadora, contribuindo para uma maior colaboração e satisfação.

Com base no estudo efetuado concluiu-se que as maiores dificuldades vividas por estas pessoas idosas englobaram o isolamento, solidão, carências afetivas, falta de ocupação e ausência de visitas. O seu impacto ao nível psicológico, deveu-se à ausência dos familiares, do toque e do carinho. Para reduzir esses efeitos foi essencial uma avaliação global da pessoa idosa, identificando os elementos que promoviam a sua motivação, colaboração, proporcionando uma comunicação significativa, convertendo cada oportunidade da prestação de cuidados num momento positivo e de maior qualidade para a relação. Assim, foram executados planos de cuidados individualizados e a intervenção da equipa foi dirigida para um cuidado comunicacional e relacional diferenciado.

Por fim, considera-se que com o estágio foram adquiridas competências de enfermeiro mestre e especialista no cuidado à pessoa idosa institucionalizada em IS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasi, J. (2020). Social Isolation - The other COVID-19 threat in nursing homes. *JAMA*, 324 (7), 619-620. 10.1001/jama.2020.13484
- Ali, M. (2017). Communication skills 1: Benefits of effective communication for patients. *Nursing Times*, 113 (12), 18-19. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/communication-skills-1-benefits-of-effective-communication-for-patients-20-11-2017/>
- Ali, M. (2018a). Communication 4: The influence of appearance and environment. *Nursing Times*, 114 (3), 46-47. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/communication-4-the-influence-of-appearance-and-environment-12-02-2018/>
- Ali, M. (2018b). Communication skills 3: Non-verbal communication. *Nursing Times*, 114 (2), 41-42. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/communication-skills-3-non-verbal-communication-15-01-2018/?storycode=7022784&hash=da9197588106a673436114daac78a76f>
- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C., & Afriyie, J. O. (2019). A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing*, 18 (4), 1 – 8. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
- Barasteh, S., Azimi, A. V., Khademi, F., Goharinezhad, S., & Rassouli, M. (2020). Covid-19 and nursing home residents: The potential role of geriatric nurses in a special crisis. *Nursing Practice Today*, 7 (3), 163-164. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/1044>
- Bardin, Laurence (2015). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Ed.
- Bennett, M. K., Ward, E. C., & Scarinci, N. A. (2016). Exploratory investigation of communication management in residential-aged care: A comparison of staff knowledge, documentation and observed resident–staff communication. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51 (3), 296 – 309. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12207>

- Bethell, J., Aelick, K., Babineau, J., Bretzlaff, M., Edwards, C., Gibson, J. L., Colborne, D. H., Laboni, A., Lender, D., Schon, D., & McGilton, K. S. (2021). Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19. *JAMDA*, 22 (2), 228–237.e25. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.025>
- Bianchetti, A., Bellelli, G., Guerini, F., Marengoni, A., Padovani, A., Rozzini, R., & Trabucchi, M. (2020). Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32 (9), 1883-1888. [10.1007/s40520-020-01641-w](https://doi.org/10.1007/s40520-020-01641-w)
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (13-14), 2044 - 2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Brown, A. (2020). Will Covid-19 affect the delivery of compassionate nursing care? *Nursing Times*, 116 (10), 32-35. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/communication/measuring-body-temperature-using-a-tympanic-thermometer-14-09-2020/>
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical interventions in aging*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Lusodidacta.
- Chen, L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters. *Archives of gerontology and geriatrics*, 89, 104-124. [10.1016/j.archger.2020.104124](https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104124)
- Chee, S. Y. (2020). Covid-19 Pandemic: The lived experiences of older adults in aged care homes. *Millennial Asia*, 11 (3), 299–317. <https://doi.org/10.1177/0976399620958326>
- Cihan, F. G., & Gökgöz Durmaz, F. (2021). Evaluation of Covid-19 phobia and the feeling of loneliness in the geriatric age group. *The International Journal of Clinical Practice*, 75, e14089. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14089>
- Cowan, H. (2020). Care home nursing during Covid-19. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15 (8), 1-3. <https://doi.org/10.12968/bjca.2020.0103>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L., & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma

- scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Cocuzzo, B., Wrench, A., & O'Malley, C. (2020). Balancing protection from COVID-19 and the need for human touch in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68 (12), 2749–2751. <https://doi.org/10.1111/jgs.16861>
- Daly, L. (2017). Effective communication with older adults. *Nursing Standard*, 31 (41), 55-63. 10.7748/ns.2017.e10832
- Davies, L., LeClair, K. L., Bagley, P., Blunt, H., Hinton, L., Ryan, S., & Ziebland, S. (2020). Face-to-face compared with online collected accounts of health and illness experiences: a scoping review. *Qualitative Health Research*, 30 (13), 2092–2102. <https://doi.org/10.1177/1049732320935835>
- Direção Geral da Saúde (2021) COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados (várias tipologias). Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020 atualizada a 17/04/2021. DGS.
<https://backoffice.ump.pt/files/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20009-2020%20de%2017-04-2021.pdf>
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Córdén, E., & Meranius, M. S. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102 (1), 3–11.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Elias, S. M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatric nursing*, 36 (5), 372–380.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20 (129), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Fallon, A., Dukelow, T., Kennelly, S. P., & O'Neill, D. (2020). COVID-19 in nursing homes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113 (6), 391-392.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa136>

- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res*, 12 (3), 189 - 198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Giri, S., Chenn, L. M., & Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine*, (12), 1127-1136. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00531-2>
- Goodman-Casanova, J., Dura-Perez, E., Guzman-Parra, J., Cuesta-Vargas, A., & Mayoral-Cleries, F. (2020). Telehealth home support during Covid-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (5), e19434. <https://doi.org/10.2196/19434>
- Heid, A. R., Cartwright, B. S. F., Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R., (2020). Challenges experienced by older people during the initial months of the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61 (1), 48–58. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa138>
- Hjelm, M., Holst, G., Willman, A., Bohman D., & Kristensson, J. (2015). The work of case managers as experienced by older persons (75+) with multi-morbidity – a focused ethnography. *BMC Geriatrics*, 15 (168), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0172-3>
- Hopf, S., Walsh, K., Flynn, E., & Georgantzi, N. (2021). The Relationship between ageism and well-being as mediated through COVID-19-related experiences and discourses. *International journal of environmental research and public health*, 18 (19), 10490. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910490>
- Instituto Nacional de Estatística (2020) Estimativas da população residente em Portugal. Portugal registou uma taxa de crescimento efetivo positiva (0,19%), o que não acontecia desde 2009–2019. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=414438460&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2012) Censos 2011 – Resultados pré-definitivos. Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. INE.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUEsdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2

- Inzitari, M., Risco, E., Cesari, M., Buurman, B. M., Kuluski, K., Davey, V., Bennett, L., Varela, J., & Bettger, J. P. (2020). Nursing homes and long term care after Covid-19: a new ERA?. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, (24), 1042-1046. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1447-8>
- Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith G. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (13-14), 2041-2043. <https://doi.org/10.1111/jocn.15257>
- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The impact of sheltering in place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76 (2), e53–e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Raymond, E., Bussi res, E. L., Lapierre, N., Faieta, J., Vincent, C., Duchesne, L., Ouellet, M-C., Gagnon, E., Tourigny, A., Lamontagne, M- ., & Routhier, F. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on older adults: rapid review. *JMIR aging*, 4 (2), e26474. <https://doi.org/10.2196/26474>
- Lee, K., Jeong, G.-C., Yim, J. (2020). Consideration of the psychological and mental health of the elderly during COVID-19: a theoretical review. *Int. Journal Environmental Research And Public Health*, 17 (21), 8098. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218098>
- Lekamwasam, R., & Lekamwasam, S. (2020). Effects of COVID-19 pandemic on health and wellbeing of older people: a comprehensive review. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24 (3), 166-172. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0027>
- Levere, M., Rowan, P., & Wysocki, A. (2021). The adverse effects of the COVID-19 pandemic on nursing home resident well-being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22 (5), 948–954.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.03.010>
- Macdonald, L. M. (2016). Expertise in everyday nurse-patient conversations: the importance of small talk. *Global qualitative nursing research*, (3), 1-9. <https://doi.org/10.1177/2333393616643201>

- Marler, H., & Ditton, A. (2021). "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56 (1), 205-214.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., Lieshout F., & Wilson V. (2015). "Person-centredness": the state of the art. *International Practice Development Journal*. 5, Suplemento 1, 1-15.
[https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05\(suppl\)_01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_01.pdf)
- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McGilton, K. S., Sidani, S., Boscart, V. M., Guruge, S., & Brown, M. (2012). The relationship between care provider's relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging & Mental Health*, 16 (4), 507-515.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628980>
- Moreira, M. J. G. (2020). Como Envelhecem os Portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
<https://www.ffms.pt/documentos/7738/como-envelhecem-os-portugueses-pdf-pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Working with people who use adult social care services. *NICE*.
<https://pathways.nice.org.uk/pathways/peoples-experience-in-adult-social-care-services/working-with-people-who-use-adult-social-care-services>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Older people: independence and mental wellbeing. *NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Mental wellbeing of older people in care homes. *NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs50>
- Nicholson, N. (2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Primary Prevent*, (33), 137-152.
<https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Novais, F., Cordeiro, C., Câmara Pestana, P., Côrte-Real, B., Reynolds Sousa, T., Deleurue Matos, A., & Telles-Correia, D. (2021). O impacto da COVID-19 na

população idosa em Portugal: resultados do survey of health, ageing and retirement (SHARE). *Ata Médica Portuguesa*, 34 (11), 761-766.

<https://doi.org/10.20344/amp.16209>

Organisation for economic Co-operation and Development. (2020). Who cares? attracting and retaining care workers for the elderly. OCDE. *Health Policy Studies*. <https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual enunciados descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Pedrazza, M., Berlanda, S., Trifiletti, E., & Minuzzo, S. (2018). Variables of individual difference and the experience of touch in nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 40 (11), 1614–1637. <https://doi.org/10.1177/0193945917705621>

Pereira, P., & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73.

<https://www.researchgate.net/publication/305502358> Qualidades Pessoais d
o Enfermeiro e Relacao Terapeutica em Saude

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., & Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, (89), 104086.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104086>

Portaria n.º 67/2012 (2012). Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. *Diário da República*, I Série (N.º 58/2012, de 21-03-2012), 1324-1329.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>

Resnick, B. (2020). Covid-19 lessons learned from the voices of our geriatric nurses: leadership, resilience, and heroism. *Geriatric Nursing*, 41 (4), 357- 359.

[10.1016/j.gerinurse.2020.06.008](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.008).

- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, II Série (N.º 135 de 16/7/2018), 19359–19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N., (2020). COVID-19 in the geriatric population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, COVID-19 Special Issue, 35 (12), 1437-1441. <https://doi.org/10.1002/gps.5389>
- Ruivo, M^a., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos n.º 15.
- Sattari, S., & Billore, S. (2020). Bring it on Covid-19: being an older person in developing countries during a pandemic. *Working with Older People*, 24 (4), 281-291. 10.1108/WWOP-06-2020-0030
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24 (9) 938-947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Sequeira, C., Sampaio, F. & Merino, R. J. (2016). A relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica. In C. Sequeira 1ª Edição. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (pp. 320-327) Lidel.
- Sibiya, M. N. (2018). Effective communication in nursing, Capter 3. In: Nilgun Ulutasdemir, *IntechOpen*, 19-35. 10.5772/intechopen.74995
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*, SNS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sonis, J. D., Kennedy, M., Aaronson, E. L., Baugh, J. J., Raja, A. S., Yun, B. J., & White, B. A. (2020). Humanism in the age of COVID-19: renewing focus on communication and compassion. *The western journal of emergency medicine*, 21 (3), 499–502. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47596>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista* (5ª Ed.). Lusodidática.

- Thiyagarajan, J. A., Carvalho, I. A., Peña-Rosas, J. P., Chadha, S., Mariotti, S.P., Dua T., Albanese, E., Bruyère, O., Cesari, M., Dangour, A., Dias, A., Guerra, M., Keffe, J., Kerse, N., Khan, Q., Liu, C., Murthy, G. V. S., Ndegwa, S. N., Reginster, J-Y., ... Beard, J. R. (2019). Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: WHO guidelines on community-level interventions in integrated care. *PLoS Med*, 16 (10), e1002948.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002948>
- Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., Boer, B. S., Koopmans, R. T. C. M., & Hamers, J. P. H. (2020). Allowing visitors back in the nursing home during the COVID-19 Crisis: A dutch national study into first experiences and impact on well-being. *JAMDA*, 21 (7), 900-904. [10.1016/j.jamda.2020.06.020](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.020)
- Wammes, J. D., Kolk, D., van den Besselaar, J. H., MacNeil-Vroomen, J. L., Buurman-van Es, B. M., & Van Rijn, M. (2020). Evaluating perspectives of relatives of nursing home residents on the nursing home visiting restrictions during the COVID-19 crisis: A dutch cross-sectional survey study. *JAMDA*, 21 (12), 1746–1750.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.031>
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22 (1), 199–203.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>
- World Health Organization (2020a) Mask use in the context of COVID-19: interim guidance. *WHO*.
https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199?locale-attribute=pt&fbclid=IwAR1vDrGgUSifBLB6kWiLcaDAQisfmQXGBVY2kl-E8CR-MBZB_DrxHL8y72o
- World Health Organization (2020b) Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. *WHO*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Este estudo – **“As experiências, sentimentos e vivências da Pessoa Idosa Institucionalizada no contexto da Pandemia Covid 19”** - para o qual pedimos a sua colaboração, decorre no âmbito de um projeto de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa, realizado por Catarina Faustino, orientado pela Professora Doutora Graça Melo, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

O objetivo deste estudo é descrever os sentimentos e experiências vivenciadas no período de confinamento devido à pandemia em pessoas idosas internadas numa residência assistida. Para colher estes dados será realizada uma entrevista individual, com recurso a gravação em áudio. Prevemos que cada entrevista tenha a duração entre 30 a 45 minutos. Será garantida a destruição das gravações áudio após um ano e a transcrição em papel após cinco anos.

As entrevistas irão decorrer no interior da instituição, preferencialmente no quarto, mas poderá ser em outro local, com garantia da privacidade e segurança do participante. Serão cumpridas as medidas de segurança exigidas pela Direção Geral de Saúde – ventilação do ambiente, distanciamento e uso de equipamentos de proteção individual recomendados.

Os dados obtidos são anónimos e confidenciais e em momento algum é registado o seu nome, mas apenas algumas informações que possam ajudar na compreensão dos dados (ex: idade, sexo, escolaridade e tempo de internamento). Apenas o investigador principal e orientadora terão acesso ao conteúdo das entrevistas. Garantimos, em todo o processo, sigilo, anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a utilização dos dados no âmbito restrito deste estudo. Quando divulgados no futuro (dissertação, em eventos científicos ou artigos científicos) não será possível identificar os participantes deste estudo.

É de salientar que não são previstos quaisquer riscos/ desconforto decorrentes da participação no estudo, a não ser aqueles relacionados com a reflexão sobre o tema em estudo, que é sempre pessoal, íntimo e relacionado com questões da

experiência da vida. Não são esperados benefícios imediatos para os participantes, mas estamos convictos que serão um contributo importante para o conhecimento e desenvolvimento de um cuidado relacional diferenciado e específico às pessoas idosas nestas condições de vida.

Durante o estudo serão respeitadas as recomendações da Declaração de Helsínquia, de Tóquio e Convenção de Oviedo. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

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

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

Agradeço-lhe desde já a sua disponibilidade na colaboração deste projeto.

Assinatura:

(Catarina Isabel Faustino Lopes)

O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

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

APÊNDICE II – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Entrevista n.º ____

Idade: ____ anos

Sexo: F / M

Nível escolaridade: _____

Tempo de institucionalização: _____

Questões:

- 1) Como é o seu dia-a-dia desde o início da pandemia? Como tem vivido este período?
- 2) O que considera mais importante para si?
- 3) Como se tem sentido? Quais as maiores dificuldades que sentiu ou continua a sentir?
- 4) Como tem tentado superar estas dificuldades? Quais as estratégias que utilizou?

APÊNDICE III – Resultados dos Discursos dos Participantes

Categoria 1: Recordação da vida antes da pandemia

Subcategoria 1.1 - Recordação das suas vivências de vida ao nível das relações sociais e familiares

Unidade de texto	“Elas [filhas] às vezes até me vinham buscar e diziam olhe vamos ali tomar um café, esta que trabalha aqui perto (...) e depois íamos tomar o café, íamos ver a livraria, ia comprar uma revista com ela e depois vinha-me trazer” (E6) “[rotinas antigas] eram boas, tínhamos músicas às quartas-feiras, tínhamos ao domingo a missa (...) era alegre, depois formávamos grupos (...) antigamente tínhamos uma mesa grande à refeição (...) ainda me lembra da D. F. [assistente] dizer esta mesa fica aqui que é a mesa que tem cabeça de maneira que todas tínhamos cabeça e todas nos dávamos lindamente bem. Éramos realmente ali um grupo maravilhoso, mas paciência. Tenho muitas saudades da gente falávamos de tudo e de mais alguma coisa (...) Falávamos dentro da nossa vida, das nossas coisas dos nossos gostos, e pronto era isso. Até gostava de lá ir para nos juntarmos todas. E além disso, eu nessa altura eu não passava a vida no quarto como passo agora” (E8)
------------------	---

Subcategoria 1.2 - Vivência da solidão pré-pandemia

Unidade de texto	“Não me faz muita confusão porque eu sou uma pessoa (...) que isolo-me um bocadinho já no dia-a-dia normal da vida. Não sou muito de grandes convivências (...) porque eu já nem ia à sala [antes da pandemia] nem nada. Sinto-me sozinha, mas não é por isto, é por outros fatores da vida, a morte do meu marido há 4 anos” (E5) “Fez-me muita falta uma pessoa de quase 100 anos a falta que me fez. Sendo eu muitíssimo mais nova, tá ali o meu menino [fotografia do marido], e depois vim parar aqui. Conclusão ele foi-se embora [falecimento do marido] coitadinho, tinha que ir e eu estou sozinha, eu não gosto de estar sozinha faz-me muita confusão” (E13)
------------------	---

Categoria 2: Impacto da pandemia no quotidiano

Subcategoria 2.1 - Desconhecimento e desvalorização da gravidade da doença

Unidade de texto

“[início da pandemia] julgava que era uma simples constipação, não me fez assim, não houve aquela diferença. Não tive realmente a consciência da gravidade” (E9)

“Pois a maioria das pessoas a princípio não se aperceberam até dos riscos que correriam. Só quando não deixaram [cancelamento das saídas], é que eu deixei de ir. Também quando começou a pessoa nem tinha a noção dos perigos que era e dos riscos que corria” (E13)

Subcategoria 2.2 - A experiência do isolamento físico e social

Unidade de registo

Unidade de texto

Vivência do isolamento social

“Estar aqui no quarto meses e meses o diabo a quatro não se poder ir sair, não se pode ir a lado nenhum (...) sinto falta de quê? de tudo não é, porque se não posso sair estou numa prisão, isto é uma prisão (...) bem é uma prisão e quem quer aguenta, quem não quer vai embora” (E3)

“Pois ia sozinha [rua], saia todos os dias não ficava aqui, depois estranhei muito fiquei (...) e ficamos durante muito tempo, está a ver os meses que já lá vão. A pandemia foi um horror, foi o fim do mundo, em Portugal graças a Deus está a melhorar, mas há quantos meses (...) está há muito tempo, há um ano entre nós, já estar um ano fechada isso para mim é o pior de tudo” (E13)

Isolamento por motivos de quarentena

“Por causa de depois vir para a quarentena. Não queria é horrível estar aqui fechada, já viu bem (...) aqui fechada 14 dias sem sair do quarto, é muito não é. O filho não tinha muita vontade que eu anulasse [consultas] mas eu fiz tudo para anular. Agora não tenho nada para ir, não tenho nenhuma consulta marcada” (E4)

“Isso de tomar as refeições no quarto aconteceu quando eu estive lá em cima no sótão [quarentena] (...) só que sentia-me mais sozinha, porque aqui sempre vou à sala à televisão, sempre falo com uma e com outra e tal conversamos. No último andar estava sozinha nem me levavam o café (...) não

	gostei de mudar aqui do meu quarto [quarentena], não gostei nada (...) sentia-me deslocada não gostava e aqui virada para a rua, aquilo era virado para o jardim (...) tem umas árvores e tal não tem movimento nenhum (...) como a rua” (E13)
<i>Isolamento devido à infecção com Covid-19</i>	“Faz impressão as pessoas andarem assim, às vezes vestiam umas calças e umas batas brancas tudo assim, é muito (...) este bichinho deu cabo da gente todos (...) e continua que não está para acabar tão depressa” (E4) “Quando me fazem o teste e está positivo tenho de ficar aqui fechada (...) e depois aqui estou olhe à espera que venha o comer, como aqui no quarto, não saio do quarto, faço a toilette (...) é tudo no quarto (...) foi mais difícil não é (...) era sempre a mesma pessoa que fazia as coisas à gente” (E4)
Subcategoria 2.3 - A obrigatoriedade de cumprir as regras sanitárias	
Unidade de registo	Unidade de texto
<i>Conformados / resignação</i>	“O que era e o que é, é duro estar aqui uma semana, um mês, dois meses no quarto para quê (...) é uma chatice, já estamos quase há um ano, é uma chatice (...) é a vida, mas quem tem culpa, são vocês sou eu? Ninguém tem culpa.” (E3) “O que é que serve a gente fazer um cavalo de batalha como se costuma dizer, com uma coisa que a gente vê que não pode, não vale a pena é pior. Então temos de nos conformar (...) tinha que aguentar, tinha de me adaptar, não podia fazer mais nada. Eram as regras tinha de ser, que remédio.” (E8)
<i>Compreensão</i>	“Eu compreendi perfeitamente que tinha de ser assim, porque os excessos de convívio com as pessoas lá de fora podiam transmitir-nos para aqui coisas que não interessavam” (E5) “Isso compreendi perfeitamente fizeram isto para bem das pessoas tinha de ser” (E8)

Descontentamento em cumprir as regras sanitárias	“Ainda agora disse “eu tenho que sair para tratar de umas coisas” e ela disse-me (...) o Sr. pode sair, vai, regressa e já sabe que as ordens são as mesmas tem de continuar em quarentena eram os 12 dias, eu já não posso fazer mais nada, é só o dizer que fui [à rua] almocei (...) entra não pode sair [quarto] (...) Se for hoje lá fora tenho de vir para o quarto, mas eu já estou no quarto já só saio daqui para ir almoçar e jantar” (E3) “É obrigatório [uso de máscara] (...) tem de ser, não vamos dizer que gostamos, mas é uma coisa que temos de fazer, inclusivamente para nós próprios e para evitar aos outros também (...) o que é que a gente há-de fazer (...) isto vai levar tempo e nunca mais vai ser o que era.” (E8)
Aceitação compulsiva	“Estou confinada, não poder libertar-me, mas aceito (...) Não posso estar a fazer exigências que a gente também não está num sítio que as possa fazer (...) não sou uma pessoa que esteja aí para estar a refilar [medidas restritivas] com A, B ou C não, eu gosto muito de estar sossegada.” (E1) “É imposto pela instituição [medidas restritivas] e eu tenho de cumprir se não quiser cumprir é arrancar e ir embora” (E3)

Categoria 3: Sentimentos e experiências

Subcategoria 3.1 - Sentimentos positivos

Unidades de Registo	Unidade de texto
Confiança	“Eu tenho estado a ser seguida como todas as pessoas que se encontram aqui neste espaço por pessoas que eu penso que são competentes e que têm estado a vigiar o andamento da doença, creio que as coisas não têm melhorado muito, mas também não tem piorado e como não tem piorado sinto-me um pouco animada.” (E7) “Para mim o mais importante é haver saúde e aquilo desaparecer, o vírus desaparecer. Eu estou desejante que aquilo desapareça, o vírus e que venha a paz para todos” (E10)

<i>Superação e esperança</i>	“Olhe é assim pensamento positivo como diz a minha neta, tenho de pensar que isto há-de acabar (...) eu tenho a impressão que já não falta muito, espero eu (...) e que a gente pelo menos possa ir à rua, já me dá vontade. Pode ser que isto até maio (...) eu faço anos em julho já possa ir almoçar fora com a família (...) estou à espera que isto acabe, para ver se vou passear” (E6) “O que interessa é que elas [vacinas] estejam cá para me proteger.” (E13)
Subcategoria 3.2 - Sentimentos negativos	
Unidades de Registo	Unidade de texto
<i>Ansiedade</i>	“Foi mau então estar aqui não é, estar fechada [isolamento]. Bem eu compreendia que tinha de estar, mas ficava nervosa, um pouco” (E4) “Aí quando foi agora aí em janeiro as mortes (...) as minhas amigas lá em baixo [sala de refeições] diziam, não fale mais, não falo, mas é verdade. Elas estão a morrer as pessoas todas (...) estão em sofrimento (...) e eu preocupo-me muito com isso (...) é um disparate de mortes de pessoas (E10)
<i>Saudade da família</i>	“Ai sim sim, sinto muito a falta dos meus familiares, não veem cá” (E2,p4) “Tenho saudades que elas [filhas e netas] venham aqui [residência] (...) não quer dizer todos os dias, mas pelo menos duas ou três vezes por semana poder ver a família (...) para mim o principal é estar com a família” (E6)
<i>Medo</i>	“Felizmente nunca tive o vírus, mas o receio de o ter era permanente.” (E7) “Não gostei nada [quarentena] e depois comecei a pensar e se vai alguém com Covid lá para o quarto querem ver que eu depois um dia vou para lá ainda apanho o Covid, ainda me lembrei disso mais do que uma vez, nessas alturas

	ficava muito aborrecida (...) não tinham nada que me tirar do meu quarto” (E13)
Tristeza e angústia pela morte de companheiros	“É como se fosse uma família e isso eu estranho, umas foram-se embora outras já não estão cá [faleceram] (...) a D^a. A [outra residente] foi uma morte que me custou muito porque me dava muito bem com ela, falávamos sempre almoçávamos na mesma mesa” (E8) “Angustiada senti-me ontem com a morte da minha amiga (...) fiquei muito muito em baixo (...) tens de reagir que isto assim não pode ser, e assim foi mas custa perder assim uma pessoa amiga e já de há anos.” (E12)
Desesperança	“Penso [morte] mas, até peço a Deus podia-me resolver o problema, o que é que eu já faço? (...) Isso penso a cada passo, à noite aqui sozinho penso o que é que eu estou aqui a fazer (...) não era sair-me a sorte grande e acordar de manhã frio e pronto e acabou-se. Tenho que ir, nunca cá ficou ninguém, portanto ia encantado da vida nem dava trabalho ao meu filho” (E3) “Que é que quer que lhe diga, eu continuo a sentir, isto é vida? Isto é vida? (...) mas prontos acabou-se uma vez que Deus ainda não me levou quer-me ter cá para relíquia (...) eu nem lhe digo eu havia dias, eu só queria era desaparecer.” (E3)

Subcategoria 3.3 - Experiência com a equipa de cuidados

Unidades de Registo	Unidade de texto
Apoio e satisfação com os cuidados	“A pessoa quando precisa de alguma coisa tem uma médica, tem as enfermeiras que a gente chama que ajudam” (E6) “Acho que vivi razoavelmente e tive um apoio bom e isso contribuiu para me sentir mais confortável (...) pela simpatia das pessoas que me rodeavam e porque também não me faltavam aquelas coisas que são realmente necessárias (...) e gostei da maneira como fui atendida.” (E7)

<i>Necessidades anteriormente atendidas pela família</i>	“Sim pois sentia, a gente aqui não conversa assim muito com elas porque elas não tem tempo” (E4) “Vinham aqui [família] e a outra filha falava comigo e depois eu perguntava olha lá eu tenho dúvidas disto ensina-me isto, olha o telemóvel como é que se faz aqui. E elas explicavam [família], agora às vezes chamo uma assistente é “olhe agora tenho que fazer, tenho ali uma senhora” (...) e depois vai-se embora e não aparece. Com a família é diferente.” (E6)
---	--

Subcategoria 3.4 - Experiência com os serviços

Unidades de Registo	Unidade de texto
<i>Insatisfação com as rotinas e alimentação</i>	“A cozinha anda um bocado abandalhada, não sei de quem é a culpa, mas a situação é esta (...) eu nunca reclamei, se não gosto da comida não como (...) que isto não sei se vai continuar assim, tem-se ido abaixo não há dúvida nenhuma, tanto na comida como em tudo” (E3) “Isto está de tal maneira que é meio-dia e o quarto esta por arrumar e a cama por fazer, nunca aqui foi assim, não há pessoal ou não percebo, a cama por fazer. É que eu levanto-me, é que então não vale a pena eu levantar-me cedo” (E12)

Categoria 4: Dificuldades sentidas durante o confinamento

Subcategoria 4.1 - A comunicação e relação como elemento central da vivência

Unidades de registo	Unidade de texto
<i>Barreiras na comunicação e manutenção das relações/ uso de máscara/ dificuldades de audição</i>	“É diferente [máscara] como eu oiço mal e tudo, às vezes tenho de dizer tire a máscara para me falar, tenho mais dificuldade com a máscara (...) e a pessoa tem de se chegar assim mais perto de mim para eu ouvir bem. A minha vizinha [quarto] também não ouve assim muito e eu também não oiço, não falamos assim muito eu não oiço o que ela diz [distanciamento à refeição].” (E4)

	“A máscara faz-me aqui uma comichão nas orelhas e no nariz, eu digo assim, ai estou desejosa de chegar ao quarto para tirar a máscara, a máscara faz-me impressão.” (E6)
Necessidade de manutenção da relação e de comunicar com outros	“Mas é completamente diferente eu saio [quarto] depois digo bom dia a uma, depois falo com outra é diferente completamente, ponha-se a Sr^a fechada num [quarto] e depois veja o que é.” (E4) “Poder estar à vontade é diferente, não é num simples telefonema que a gente faça (...) não dá para falar de tudo (...) eu gosto de falar e gosto de conviver. Mas naquela altura [quarentena] quando elas vinham cá [profissionais] falava e conversava e isso tudo. E depois lá estava sozinha aqui, que remédio. Até à hora da refeição seguinte (...) não havia outra maneira.” (E8)
Adaptação aos meios alternativos de comunicação e manutenção da relação (tecnologias)	“Não me sinto assim tão isolada como isso, todos os dias falo [telemóvel] aos miúdos (...) não me fez muita diferença estar aqui até porque nós, eu e os meus filhos falamos muito por videoconferência (...) ainda por exemplo agora no dia dos meus anos juntamos todos e falamos todos ao mesmo tempo.” (E5) “Exatamente e a minha filha também já tem feito [videochamadas] para mim através delas [assistentes], o meu telemóvel não dá (...) acho interessante conseguir estar a ver as pessoas ao mesmo tempo.” (E11)

Subcategoria 4.2 - Ausência da presença física familiar

Unidades de registo	Unidade de texto
Ausência de visitas	“Tive que aceitar [interrupção visitas] como toda a gente, goste ou não goste aceitei, tive de aceitar (...) tinha pena mas não podia fazer nada filha, isto era uma coisa que tinha de ser, tinha de ser feita” (E8) “Isso quando não podia vir cá ninguém era uma massada, foi o momento mais complicado (...) Mas como falavamos por telefone a coisa atenuou, é tudo uma questão de feitio.” (E12)

Meios alternativos de visita	“Eu fico satisfeita de a ver [filha] e ela a mim [visita pelo vidro], mas verdadeiramente visita é diferente da gente estarmos juntas assim como eu estou consigo a falar e ter outro contacto” (E8) “Aqui é melhor [visita à janela do quarto] prefiro eu a falar aqui à janela ela ouve-me lá em baixo, isto é um 1º andar (...) então aqui na “rua” falamos livremente (...) descobrimos que aqui fazíamos uma visita muito melhor do que cá dentro, resolveu-se o problema, está bem que tem sido longo mas enfim (...) havendo saúde.” (E13)
Inadaptação a meios alternativos de visita	“Aquele contacto ali pelo vidro (...) eu costumava dizer na paródia que aquilo parecia as prisões americanas a falar ao telefone. Quer dizer facilitaram a vida de uma maneira, mas não se chega (...) eu pelo menos não aprecio, acho que mais vale estar só, estamos ali a fazer figura nem sei de quê, ainda nos faz lembrar mais as carências que temos” (E5) “[visitas pelo vidro] era sempre tudo muito a correr, porque era pouco tempo e conversávamos pouco, eu gostava de conversar mais (...) e por vezes ficava assim um bocadinho como a falta de acabar um assunto que eu gostaria de desenvolver dos meus bisnetos (...) que tenho já dois (...) mas passou-se” (E7)
Valorização da família	“Eu considero mais importante para mim é os meus filhos e os meus netos, é isso, a meu ver (...) Eu vivo verdadeiramente se me perguntar, eu vivo pela família, percebe. Porque o que me interessa na vida, agora que já estou no fim da vida e que já tenho a idade que tenho, não tenho ilusões (...) o que me interessa é a família. A família que eu tenho verdadeiramente é o filho, a filha, é os netos, é as miúdas as bisnetas pequenitas, é o que eu considero a família porque o resto da família que havia dispersou (E8) “É só ela a minha família sou eu e a minha filha e a família dela é ela e eu. Só existimos as duas (...) ela [filha] tem sido muito minha amiga, graças a Deus tem sido impecável (...) eu desde que vim para esta casa a minha filha é que trata de mim (...) ela é que passou a ser a mãe e eu a filha” (E13)

Subcategoria 4.3 - Ausência de ocupação social	
Unidades de registo	Unidade de texto
<i>Dificuldades na visão/ ocupação</i>	“Não eu não vejo para ler sabe, nem o jornal eu vejo. Tenho dificuldades em ver, em ler certas coisas. Em ler sobretudo faz passar o tempo” (E4) “Pronto é muito mais aborrecido porque não temos os tempos tão ocupados (...) à noite deito-me cedo porque eu tenho de dormir muito (...) e a ver televisão é horrível, dá conta dos olhos e distrai pouco, a ler também já não se pode ler muito que os olhos já são fracos” (E13)
<i>Monotonia do dia-a-dia</i>	“Não tenho assim muito para lhe dizer eu não saio do quarto, vem as pessoas fazer-me a toilette às vezes nem me visto fico em camisa de noite, nem saio daqui. E como e durmo, é comer e dormir, não é mais nada (...) eu não lhe posso explicar mais porque é assim.” (E4) “Portanto está a ver tínhamos a ginástica, a pintura e o professor R. [estimulação cognitiva]. Eram três aulas que tínhamos que eram muito importantes, ocupavam-nos muito o tempo (...) a pessoa sempre era bom estava mais atualizada (...) e ocupada é que é importante, pessoas idosas, a pessoa não pode estar a ler horas e horas os olhos já não podem, não suportam é muito mau” (E13)
Subcategoria 4.4 - Saúde física e emocional	
Unidades de registo	Unidade de texto
<i>Emocional</i>	“As dificuldades do afeto, do encontro, de falarmos mais [com a família] isso sinto (...) os constrangimentos que tive de ter (...) é por exemplo, a falta do afeto, afeto mas aquele cumprimento que nós estávamos habituados a dar um abraço, um beijinho, esse afeto do toque antigamente quando diziam “ai o toque é preciso” eu não achava tanto, mas acho bastante faz-nos muita falta o abraço (...) o estás bem, mas o estás bem vindo de dentro com um abraço, com um beijo. Ao princípio não se notava mas agora nota-se que faz bem falta isso” (E2)

	“Sim sim, custa-me muito [distanciamento], às vezes sem querer, chego-me à pessoa e engano-me (...) para dar um beijo ou um abraço. Aí eu não posso (...) sim do abraço, até mesmo sem ser da família, um abraço de uma amiga, de uma pessoa que nos quer bem.” (E10)
Agravamento da saúde em geral	“Eu queria ter ainda mais força, e foi uma das coisas que perdi um bocadinho, canso-me talvez mais (...) agora vou à fisioterapia. Mas é uma vez por semana, mas às vezes estou cansada, já não tenho aquela pedalada que tinha” (E12) “Ai eu estou gorda, tenho uma barriga que é uma coisa horrível, então deixar de ir à rua (...) todos os dias ia à rua estava habituada, dava um passeio de meia hora, ou mais, mas pelo menos meia hora. Agora não me convém nada engordar que não tenho idade para isso, mas tenho sempre apetite.” (E13)
Perda de mobilidade	“Eu já andava e quando veio este vírus estive dois meses sem fazer nada [fisioterapia] depois quando comecei novamente já tinha perdido o andar” (E5) “Sim, eu já cá dei quatro tombos e era por causa da canadiana (...) foi a canadiana que não me deu a segurança que eu esperava, não sei como foi, o que é certo é que cai. No último fiquei bastante magoada e ainda não recuperei totalmente (...) eu deixei de dar [quedas] desde que passei a usar o andador e deixei a canadiana.” (E9)

Categoria 5: Estratégias utilizadas para gerir sentimentos ao longo do confinamento e das restrições

Subcategoria 5.1 - Ocupacional

Unidades de registo	Unidade de texto
Realização de atividades favoritas individualmente	“Durante o dia estou a ver a televisão, vejo os programas que eu gosto (...) tenho aí um <i>ipad</i> que tem uma série de filmes, vi-a alguns filmes e algumas coisas, entretenho-me muito com estas coisas sabe (...) Leio uma revista ou outra que me trazem” (E5)

“Leio jornais e revistas e telefono para os amigos, está ali a minha lista, mal feita mas lá está para quem eu devo telefonar (...) Sobretudo ler, livros não, jornais devoro-os todos. Agora livros não, não fica cá nada. Leio um bocado de um livro e fico cheio.” (E11)

Subcategoria 5.2 - Psicológico

Unidades de registo	Unidade de texto
Automotivação	“Eu posso estar muito triste ou aborrecida, vou ler a página da bíblia e ela diz-me o porquê (...) e quanto menos estou a falar com os outros menos quero. Por isso tenho que continuar (...) Estou mais tempo sozinha medito mais (...) quando estou mesmo sozinha na solidão, começo a meditar” (E10) “Olhe eu comecei a pensar na vida, olhe esta agora não posso sair daqui e tal, arranjei e olhe abro a janela vou ali um bocadinho, à varanda e depois tenho ali umas florezinhas (...) e é assim que vou fazendo. O que é que eu posso fazer mais? (...) Sim custou-me [não ir cabeleireiro], que era uma maneira de sair do quarto, mas podia ser pior, há sempre pior (...) dizem-me assim “tu és muito forte”, olhe eu não sou forte, tenho de me fazer se quero se não o problema é meu e cada vez fico pior.” (E12)
Laços de amizade	“Outras [amigas] ainda estão na casa delas graças a Deus estão melhores, vou falando com elas telefonicamente (...) há uma Sr^a então que eu falo todos os dias, ela telefona para mim ou eu telefono para ela, isso é todos os dias.” (E8) “Sim a minha cunhada a irmã do meu marido, está sempre a telefonar também (...) e as senhoras que eu era amiga telefonam-me e não podem cá vir.” (E10)

Subcategoria 5.3 - Espiritual	
Unidades de registo	Unidade de texto
Fé e religião	“Como sou uma pessoa muito religiosa tenho uma fé muito grande, aí é que eu vou buscar a minha fé e aí é que vou buscar a minha força. Eu sou muito devota do Dr. Sousa Martins, de maneira que entrego-me a ele de alma e coração ele tem-me ajudado em tudo (...) Acompanho aqui na televisão, ao domingo à sempre missa (...) lá está a força que eu tenho perante quem lá está em cima, a quem eu peço todos os dias muita força, muita coragem para tudo, aí é que é o meu suporte” (E8)
	“Eu só digo que Deus tem-me ajudado muito (...) Nossa Senhora também tem-me ajudado muito e o Santo António trouxe-o comigo, está ali é pequenino. E há outro que é São Gonçalo também tenho ali os dois rezo-lhes e pronto (...) pedindo a Deus que me desse cabeça e eu estivesse bem, ao menos sabia o que fazer. Não fazia nada de asneiras, ia à janela, vi-a as flores.” (E12)

Categoria 6: O retomar das atividades ocupacionais e sociais

Subcategoria 6.1 - Retomar das atividades ocupacionais no interior da instituição	
Unidade de texto	“Olhe aborrecida, íamos fazer ginástica era a sala cheia, agora são uns 8 um aqui outro ali, tudo separado uns dos outros, é muito mais aborrecido. Íamos lá para cima jogar ao bingo, agora às vezes chamam-nos mas é uma coisa que não é sempre (...) e nunca mais fomos lá para cima para o 1º andar, era muita gente (...) Hoje por acaso vieram aqui chamar-me para ir ver a Via Sacra ali na capela (...) mas nunca podem estar muitas pessoas juntas.” (E6)
	“Era a ginástica todos os dias que era 1h (...) era importante e passou para meia hora (...) as pessoas não podem estar juntas então em vez de estar a aula completa tem de dar metade da aula de cada vez e é só meia hora.” (E13)

Subcategoria 6.2 - Retomar das saídas sob normas institucionais

Unidade
de texto

“Eu não vou à rua há um ano, olhe fui no fim de semana [saída ao exterior]. Olhe e custou-me mais foi no meu filho, que o meu filho quando me leva é para a praia é para aqui e para ali e não sai. Ele disse, mãe não se pode sair do concelho de onde estamos então não podemos ir a lado nenhum, nem almoçar fora, nem ir à praia, como tu querias todas as vezes que vinhas cá, não se pode nada nada.” (E10)

“Só que é só uma vez por semana já viu? (...) podemos estar fora umas horas (...) está bem, é melhor do que anteriormente que não havia nada, nem saída nenhuma.” (E13)

APÊNDICE IV – Questionário realizado à equipa

Sessão de trabalho/ debate

A pandemia COVID-19 trouxe diversas implicações nos hábitos de vida das pessoas idosas institucionalizadas devido às medidas exigidas para controlo da transmissão do vírus, tendo estas ficado totalmente isoladas dos seus amigos e família vivendo em confinamento ao longo dos últimos meses.

Tendo em conta os sentimentos das pessoas idosas, que passaram por estas modificações, que suspenderam muitas das suas atividades e a sua comunicação com outros, pretende-se realizar uma sessão de trabalho onde serão discutidos aspetos relativos a este tema de forma a determinar previamente as dificuldades, dúvidas e dar resposta às necessidades existentes.

Assim, solicito que responda de forma breve às questões abaixo (considerando que não existem respostas certas, nem erradas e que este impresso é totalmente anónimo):

1. Quais as principais diferenças que encontra nos idosos com o decorrer da pandemia?

2. Na sua opinião ao longo do confinamento do que os idosos sentem mais falta? Onde há maior necessidade de atuar?

3. Como tem sido a sua experiência de cuidar de pessoas idosas ao longo da pandemia? Qual o maior desafio?

4. Sentiu alguma dificuldade em comunicar com os idosos em confinamento? Se sim qual?

5. Neste período o que é que os idosos mais esperam dos profissionais de saúde?

v.s.f.f.

6. Na sua opinião como é que os familiares têm lidado com o isolamento dos idosos?

7. O que gostaria de ver debatido numa sessão de trabalho relativa à comunicação com as pessoas idosas institucionalizadas em confinamento?

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE V – Plano de Formação

PLANO DE FORMAÇÃO

Título: O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por COVID-19.

1 - INTRODUÇÃO

O traçar deste Plano de Formação insere-se no Projeto de Estágio com Relatório que está a ser desenvolvido numa residência assistida em Lisboa, onde se prestam cuidados de saúde às pessoas idosas.

A equipa de profissionais pretende dar resposta às necessidades de autoestima e segurança da pessoa idosa, contribuindo para o estabilizar ou apaziguar do processo de envelhecimento, respeitando a sua independência e individualidade. Na instituição é valorizado o contacto da pessoa idosa com a sua família, amigos e o desenvolvimento de várias atividades que incluíam diversas áreas.

Com a pandemia COVID-19 houve a necessidade de implementar medidas restritivas de confinamento, como a proibição de saída da residência em lazer, necessidade de cumprir um período de quarentena no caso de a pessoa ter ido ao exterior, suspensão das visitas e das atividades diárias em que participavam. Com todas estas modificações houve consequências no comportamento e interação das pessoas idosas, constituindo uma preocupação para a equipa de enfermagem e restantes profissionais de saúde.

2 – FINALIDADE

Na prestação de cuidados a estas pessoas idosas é importante a existência de um plano de cuidados que permita garantir a individualização, a adequação e a continuidade dos cuidados. Este facto foi demonstrado no contexto da pandemia, onde há maior evidência da necessidade dos idosos se sentirem mais apoiados, valorizados, ouvidos, partilhando as suas necessidades, sentimentos, promovendo a sua autonomia e funcionalidade.

Assim sendo, é necessário detetar o impacto que o novo coronavírus tem na saúde mental, no aumento da solidão e no isolamento social, especialmente nas pessoas idosas institucionalizadas (Chen, 2020). Estas beneficiam quando há uma equipa que procura dar resposta a todas as suas necessidades: físicas, psicológicas, sociais, ambientais, proporcionando um ambiente onde os idosos possam viver com dignidade, respeito e autonomia (Medeiros et al., 2020). O seu bem-estar mental é

igualmente importante e inclui a satisfação com a vida, otimismo, autoestima, controlo, ter um propósito de vida, sentimento de pertença e apoio (NICE, 2013).

A ansiedade e solidão aumentam quando há ausência do toque, da proximidade e presença dos familiares, logo para se obter qualidade de vida para a pessoa idosa são necessários cuidados holísticos, centrados na pessoa, que são desenvolvidos com base no respeito pela dignidade e valorização das pessoas e famílias (NMBI, 2015). No contexto atual toda a equipa de enfermagem tem um papel fundamental e a comunicação surge como um instrumento básico do enfermeiro para dar resposta às necessidades específicas da pessoa.

Neste contexto, pretende-se abordar este tema e transmitir conhecimentos e estratégias à equipa de profissionais de saúde que lhes permitam cuidar das pessoas idosas institucionalizadas no contexto de confinamento, de forma a minimizar os efeitos da pandemia na sua saúde com base num cuidado comunicacional e relacional, evidenciando o CCP.

3 – OBJECTIVO

O objetivo é ajudar a pessoa idosa a fazer ajustes ou alterações que tenham um impacto positivo na sua saúde, correspondendo a um processo dinâmico que provoca alterações na forma de pensar e de interagir (Thiyagarajan et al., 2019).

Isso exige que o enfermeiro e equipa construam um relacionamento com a pessoa e tenham um domínio dos conhecimentos e habilidades, nas quais possam desenvolver perícia clínica e implementar boas práticas (NMBI, 2015).

Assim, foram delineados os seguintes objetivos:

- Sensibilizar a equipa de profissionais de saúde quanto aos efeitos do confinamento prolongado na saúde das pessoas idosas institucionalizadas;
- Contribuir para a capacitação da equipa para que seja possível intervir precocemente junto das pessoas idosas em confinamento com consequências biológicas e/ ou psicológicas devido à pandemia;
- Apresentar formas de intervenção na pessoa idosa em confinamento com recurso a técnicas comunicacionais e relacionais, evidenciando o CCP;
- Analisar as necessidades de intervenção na equipa com base na aplicação de inquérito prévio à formação;
- Analisar e refletir numa situação vivida com base no diagnóstico de situação de um residente.

4 – METODOLOGIA

A metodologia a seguir para o desenvolver de sessão formativa será expositiva. Esta inclui um diagnóstico de situação:

- Com base nas competências clínicas a partir dos conhecimentos e experiências, tendo em conta o desenvolver de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa;
- Do que a investigação revela acerca do tema estudado;
- Do próprio contexto clínico, acerca da prática de cuidados em análise.

5 - FORMADOR

Discente: Catarina Faustino

6 - PROGRAMAÇÃO DAS ACTIVIDADES

	Conteúdos/ Atividades	Tipologia	Participantes	Local
1ª Sessão (45 min)	- Revisão da literatura para enquadramento do tema, com transmissão desses conteúdos e estratégias para minimizar os efeitos da pandemia na sua saúde com base num cuidado comunicacional e relacional;	Expositivo	Equipa de profissionais de saúde	Residência assistida
2ª Sessão (45 min)	- Diagnóstico de situação tendo por base situações vividas no dia-a-dia profissional; - Reflexão, análise e partilha de perspetivas sobre as práticas de cuidados e as informações que a literatura nos remete, evidenciando a relevância do CCP.			

7 – AVALIAÇÃO

No final da sessão formativa será realizada anonimamente uma avaliação relativa à satisfação com a formação.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chen, L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters.

Archives of gerontology and geriatrics, 89, 104-124.

[10.1016/j.archger.2020.104124](https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104124)

Medeiros, M. M .D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., & Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 20 (44) <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Mental wellbeing of older people in care homes. *NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs50>

Nursing and Midwifery Board of Ireland (2015). Working with older people: professional guidance. *NMBI*. <https://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/More-Standards-Guidance/Older-People-Nursing-Care>

Thiyagarajan, J. A., Carvalho, I. A., Peña-Rosas, J. P., Chadha, S., Mariotti, S.P., Dua T., Albanese, E., Bruyère, O., Cesari, M., Dangour, A., Dias, A., Guerra, M., Keefe, J., Kerse, N., Khan, Q., Liu, C., Murthy, G. V. S., Ndegwa, S. N., Reginster, J-Y., ... Beard, J. R. (2019). Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: WHO guidelines on community-level interventions in integrated care. *PLoS Med*, 16 (10), e1002948. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002948>

APÊNDICE VI – Plano de Sessão

Plano de Sessão

Tema: *“O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por Covid-19”*

Data: dias 14 e 15 de abril de 2021. **Duração:** 45 minutos

Local: Sala multiusos do piso 0 da residência - Lisboa

Grupo a que se destina: Enfermeiros e Assistentes Operacionais

Trabalho elaborado por: Catarina Faustino, sob orientação da Enf^a Especialista EMC Sandra Trancoso e Professora Doutora Graça Melo

Objetivo geral: Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades comunicacionais dos profissionais no seu relacionamento com a pessoa idosa institucionalizada, de modo a possibilitar que esta faça ajustes que produzam um impacto positivo na sua saúde.

Objetivos específicos:

- Analisar com a equipa de profissionais de saúde os efeitos do confinamento prolongado na saúde das pessoas idosas institucionalizadas;
- Analisar as necessidades de intervenção na equipa, diagnosticadas com base na aplicação de questionário prévio à formação;
- Contribuir para a capacitação da equipa para a intervenção precoce junto das pessoas idosas em confinamento com a finalidade de prevenir consequências biológicas e/ ou psicológicas negativas nos idosos;
- Discutir formas de intervenção na pessoa idosa em confinamento com recurso a técnicas comunicacionais e relacionais, evidenciando o CCP;
- Analisar e refletir numa situação vivida com base no diagnóstico de situação de um residente.

Avaliação da formação: No final da sessão será entregue um questionário anónimo de satisfação com a formação a todos os participantes.

Divisão de Conteúdos:

Etapas	Conteúdo	Metodologia		
		Técnica	Meios audio-visuais	Duração
Introdução	- Apresentação ao grupo; - Apresentação do tema; - Introdução ao tema;	Expositivo/oral	Datashow/computador	10 min
Desenvolvimento	- A pessoa idosa institucionalizada com doença crónica: dados epidemiológicos e vulnerabilidade acrescida; - Medidas impostas pela pandemia em residências para idosos e o seu impacto na saúde e bem-estar das pessoas idosas; - Necessidades de intervenção na equipa a partir de diagnóstico realizado previamente; - O papel dos profissionais de saúde no âmbito da comunicação; - Destacar a importância de estabelecer uma comunicação terapêutica e dos elementos da comunicação verbal e não-verbal; - Identificação de fatores comuns que afetam a comunicação entre o profissional e a pessoa idosa; - Estratégias para se integrar um cuidado relacional e competências comunicacionais na prestação de cuidados; - Apresentar um diagnóstico de situação tendo por base uma situação vivida, análise e reflexão em grupo;	Expositivo/oral	Datashow/computador	20 min
Conclusão	- Reflexão, análise e partilha de perspetivas sobre as práticas de cuidados durante a pandemia; - Avaliação;	Expositivo/oral	Datashow/computador	15 min

APÊNDICE VII – Sessão de Formação

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica: vertente da Pessoa Idosa

O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por COVID-19

Discente: Catarina Faustino Nº 9509
Docente: Professora Doutora Graça Melo
Enf EEMC Orientadora: Sandra Trancoso



Lisboa, abril de 2021

Introdução

Título: O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por Covid-19

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Isolamento Social, Institucionalização, Covid-19, Cuidar

Intervenções na Pessoa Idosa (PI) institucionalizada em confinamento no contexto da pandemia

Em 2019:
Idosos
>= 65 anos
22,1% da
população

DGS
Envelhecimento
saudável:
prevenir o
isolamento
social e solidão

Pessoa Idosa
necessidades
complexas

Desenvolver
estratégias

(Nicholson, 2012; DGS, 2006; NMBI, 2015)



Introdução

Isolamento social

Ausência ou escassez de contatos sociais, falta de envolvimento em atividades sociais e ausência ou dificuldade de acesso a serviços

Baixa quantidade e qualidade de contato com outras pessoas; pode ser medido através da observação da rede social da pessoa

(Brooke & Jackson, 2020; Roy et al., 2020)

Solidão

Sensação de ansiedade e insatisfação associada à falta de contatos, de sensação de pertença ou de isolamento

Sentimento desagradável e negativo que pode ser aliviado ou permanecer constante ao longo da vida

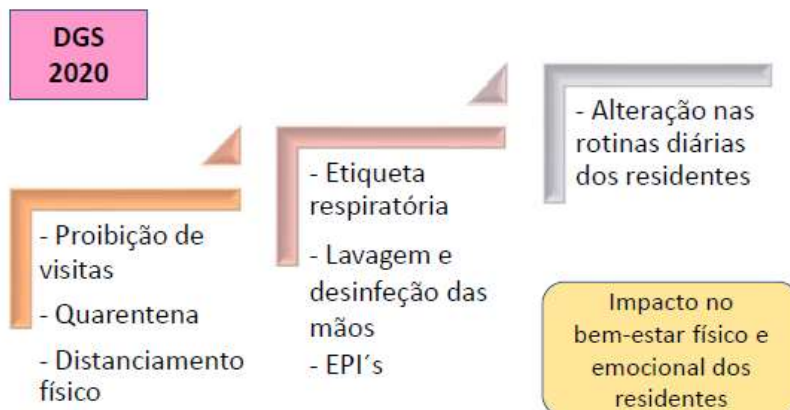
(Brooke & Jackson, 2020; Aung et al., 2017)

Pessoa idosa institucionalizada com doença crônica



(Aung et al., 2017; Bethell et al., 2020; Chen, 2020; Barasteh et al., 2020)

Pandemia COVID-19 Imposição de medidas de distanciamento social



(Wammes et al., 2020)

Impacto da pandemia nas pessoas idosas

Aumento do Isolamento social e solidão → afeta bem-estar das PI
(Bianchetti et al., 2020)

Implicações a nível: **físico, psicológico e social** (Bianchetti et al., 2020)

É prioritário estar alerta: **declínio funcional, fragilidade, ansiedade e depressão**. São afetados de forma desproporcional: medo, ansiedade e resiliência
(Chen, 2020)

- Estabelecer uma atitude positiva e saudável
- **Importante a comunicação com as PI** → influências ao nível psicológico
(Lee et al., 2020)

Impacto da pandemia nas pessoas idosas

Questionário realizado à equipa

Quais as principais diferenças que encontra nas PI ao longo da pandemia?



Físico: perda da mobilidade, agravamento de défices que já tinham, debilitados



Psicológico: deprimidos, tristes, “alguns sentem-se sós e isolados”, “retraídos com sentimentos de solidão”, “carentes de afetos”



Comportamental/ social: instabilidade emocional, agitados, irritados “por estarem parados” e nervosos, apelativos, desmotivados, mais confusos, falta de atenção, ansiosos “com saudades dos seus parentes”, “necessitam de aumentar a terapêutica que estão habituados”

37,1 % PI depressão ansiedade
(Lee et al. 2020)

A pessoa idosa em isolamento social e familiar

Estudo de Wammes et al., (2020) com familiares:

- Alternativas para minimizar o distanciamento – novas tecnologias 44%, vidro – 40%
- Enviam lembranças, fotografias e objetos pessoais
- Não tem o mesmo efeito positivo que a visita presencial e os afetos

Inquérito realizado à equipa

Do que as PI sentem mais falta ao longo do confinamento?

- Da família e das visitas
- Ausência das pessoas de referência
- Convívio e toque
- “Sentem a falta do contacto humano”
- “A família é o seu pilar”
- “Novas formas de manter contacto com os familiares e amigos”

Como é que os familiares lidaram com as medidas de confinamento?

- De forma difícil mas aceitável
- Com preocupação, assustados, ansiedade
- De forma compreensiva, visto ser “para bem deles”
- “Muitos parecem ter esquecido os seus parentes aqui no lar”
- Encontram outras formas “fornecem comidas que gostam”

A intervenção da equipa Inquérito realizado à equipa

Neste período o que os idosos mais esperam dos profissionais de saúde?

Atenção, ajuda, empatia, companhia, compreensão, familiaridade, afeto, proteção e certezas

Como tem sido a experiência de cuidar de PI ao longo da pandemia?

Positiva - reforçar o cuidado

Desafiadora, enriquecedora – mantê-los ativos e “animados”

Gratificante - nível emocional, “é um momento complicado para todos”, de aprendizagem, “sentimo-nos como a família mais próxima”

Sentiu alguma dificuldade em comunicar com as PI em confinamento?

Máscaras, < audição, grande nº residentes e volume trabalho, contato mais breve

Estudo - White et al., (2021) Experiência profissionais

- 1) Preocupação com os residentes: emocional e atividades
- 2) Trabalho em equipa, comunicação e flexibilidade

Papel dos profissionais de saúde

A interação e comunicação é de importância fulcral para os residentes (McGilton, et al. 2012)

Maioria da comunicação ocorre com os profissionais

A comunicação e a qualidade da relação entre a equipa e as PI influênciam a sua qualidade de vida (Bennett et al., 2016)

Comunicação é muito focada na tarefa (Bennett et al., 2016)

Empatia

Identificar aqueles com maior risco de perda da independência e do bem-estar mental; Alerta para as suas consequências (NICE, 2015)

Comunicação

Comunicação: transmissão ou troca de informações, pensamentos ou ideias através da fala, escrita ou outros meios, como sinais ou comportamentos (Ali, 2020)

- Ocorre de forma consciente ou inconsciente, permite conhecer opiniões, sentimentos, emoções e criar laços significativos (Phaneuf, 2005)
- Há a troca de informação **verbal e não verbal**. A componente verbal da comunicação é realizada com recurso às palavras, enquanto a não verbal implica o contato visual, linguagem corporal e expressão facial (Amoah et al., 2019)

Comunicação terapêutica - Benefícios

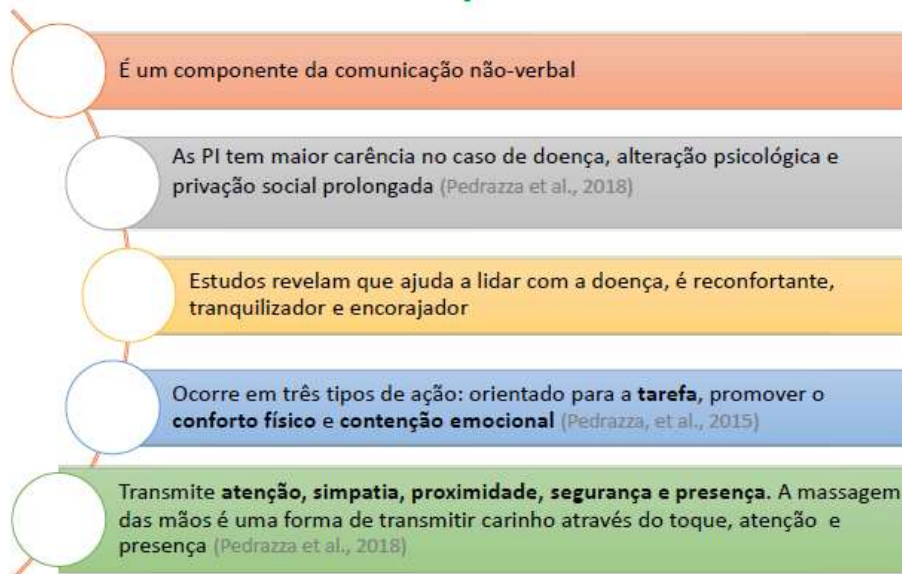


(Sequeira, 2016; Ali, 2020; Amoah et al., 2019)

Comunicação verbal e não-verbal



Toque

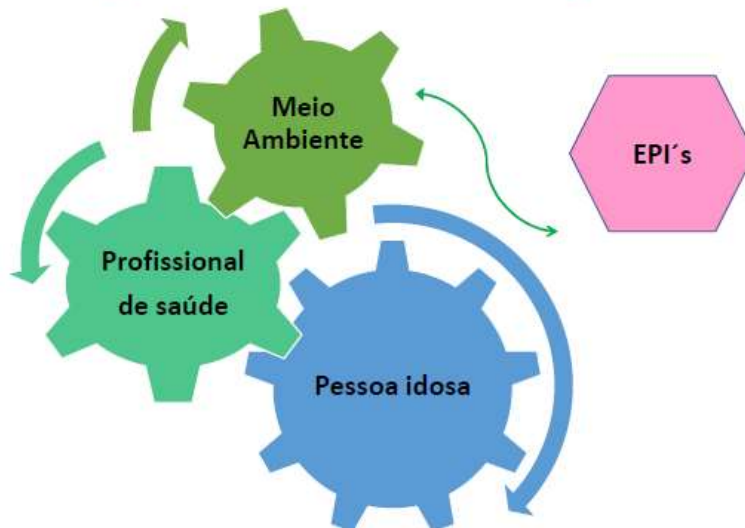


Escuta

- Criar um ambiente acolhedor
- Concentrar-se na pessoa – escutar e transmitir compreensão
- Mostrar disponibilidade e dar atenção
- Permitir a colocação de perguntas
- Analisar mensagens verbais e não verbais – identificar sentimentos
- Transmitir uma resposta empática
- Validar se a resposta foi eficaz – sentiu compreendida

(Sequeira, 2016)

Fatores que afetam a comunicação

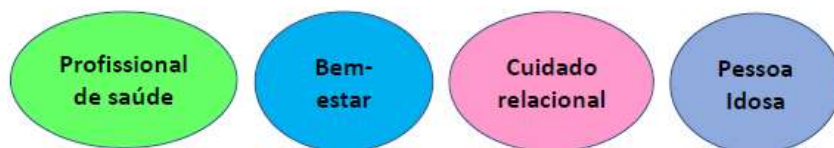


A intervenção da equipa – cuidado relacional

Relação de ajuda – cuidados mais humanizados e eficazes

Habilidades de interação: contato, toque, olhar, distância, escuta, comunicação, a empatia e o respeito

Dimensões: genéricas, empáticas, comunicacionais e de contato



(Melo et al, 2011)

Competências comunicacionais

Permitem:

- Identificar as necessidades das pessoas idosas
- Tomada de decisão a nível da PI e famílias na promoção da saúde, prevenção da doença e adesão ao tratamento
- Adoção de estilos de vida saudáveis e aceitação do processo de doença

Comunicação verbal e não-verbal

Adequar o discurso, permitir questões

Gerir conflitos e situações adversas

Gerir emoções

Contato visual

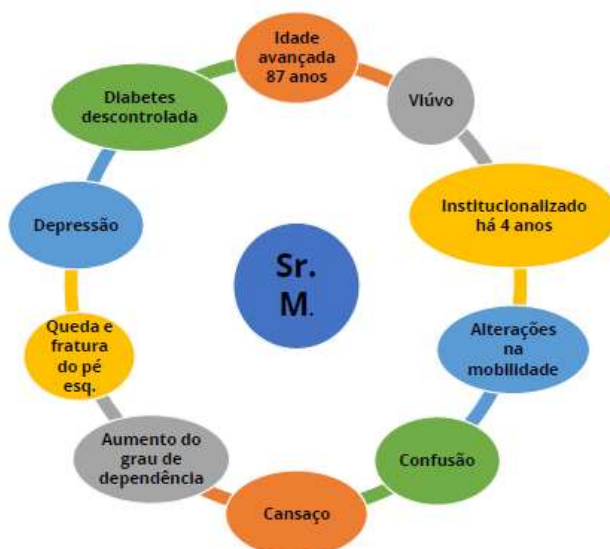
Empatia, assertividade e aceitação

Transmitir informação

Observação

Respeito identidade e dignidade

Diagnóstico de situação



Áreas de intervenção

Contexto familiar	Doenças Crónicas	Atividades de vida diária
- Os familiares são incentivados a levar fotografias e outras memórias (Abassi, 2020) - Tecnologias (Resnick, 2020)	- Enfoque holístico (contexto bio psico social) (Eklund et al, 2019) - Aumento do nº de quedas (Resnick, 2020)	Participar ativamente na decisão/ negociação (Eklund et al, 2019)
Alimentação	Comunicação	Depressão
Envolver a pessoa idosa, ter em consideração as suas preferências	Empatia, respeito (crenças, valores), compromisso (tempo para estar presente), relacionamento - confiança mútua, relação terapêutica (Eklund et al, 2019)	Permitir que participe em atividades de acordo com o estado cognitivo (Sepúlveda-Loyola, et al. 2020)

Estudos existentes

Experiências vividas por PI em lar durante a pandemia COVID-19:

- 1. Pluripatologia e perda funcional
- 2. Sentimentos de medo e incerteza
- 3. Isolados do mundo exterior e confinados a espaços reduzidos
- 4. Depressão

Chee, 2020

1. Comunicação
2. Socializar em pequenos grupos/ distanciamento físico, tecnologias
“estou a aprender a distribuir pelos outros mais alegria, sorrisos e uma oportunidade para eles desabafarem”
“Estamos todos aqui uns para os outros, somos uma grande família”

Resnick, 2020

Conclusão



Referências Bibliográficas

- Abassi J. (2020) Social isolation - the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *JAMA*. 2020. 324(7): 619-620. Doi:10.1001/jama.2020.13484
- Amoah, V. M. K.; Ankye, R.; Boskye, D. S.; Acheampong, E.; Budu-Ainooon, A.; Okyere, E.; ... Afiyee, J. O. (2019) A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing* (2019) 18 (4). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
- Aung, K.; Nurumal, M. S.; Bukhari, W.N.S.W. (2017) "Loneliness Among Elderly in Nursing Homes". *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly And Disabled*, Vol. 2, (June) ISSN 0128-309X
- Barasteh, S.; Azimi, A. V.; Khademi, F.; Goharineshad, S.; Rassouli, M. (2020) Covid-19 and nursing home residents: The potential role of geriatric nurses in a special crisis. *Nursing Practice Today* Volume 7, No 3, July 2020, pp. 163-164
- Bennett, M. K.; Ward, E. C.; Scarinci, N. A. (2016) Exploratory investigation of communication management in residential care: a comparison of staff knowledge, documentation and observed resident-staff communication. *International Journal of Language & Communication Disorders*, May - June, 2016, 31 (3) 296 - 309. Doi: 10.1111/1460-6984.12207
- Bethell, J. et al. (2021) "Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19". *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Feb;22(2):228-237.e15. Doi: 10.1016/j.jamda.2020.11.025
- Bianchetti, A., Bellelli, G., Guerini, F. et al. (2020) Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. *Aging Clin Exp Res* 32, 1883-1888 Doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01641-w>
- Brooke, J.; Jackson, D. (2020) Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, Julho, 29 (13-14) 2044 - 2046. Doi: 10.1111/jocn.15274
- Chen L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters. *Archives of gerontology and geriatrics*, 89, 104-124. Doi: 10.1016/j.archger.2020.104124
- Direção Geral de Saúde (2006) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa. ISBN: 972-675-155-1.
- Eklund J. H., Holmström I. K., Kumlin T., Kaminsky E., Skoglund K., Högländer J., Sundler A., Condén E., Sumner Meranius M. (2019) "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019 Jan;102(1):3-11. Doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029
- Lee K, Jeong G-C, Yim J. Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17 (24) p. 8098. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218098>
- McGilroy K. S., Sidani S., Boscart V.M., Guruge S., Brown M.; (2012) The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging & Mental Health*, 16:4, 507-515, Doi: 10.1080/13607863.2011.628980
- Nicholson, N. (2012) A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. *J Primary Prev* 33, 137-152. Doi: 10.1007/s10935-012-0271-2
- National Institute for Health and Care Excellence (2015) Older people: independence and mental wellbeing. *Nice*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32>
- Nursing and Midwifery Board of Ireland (2015) Working with older people: professional guidance. *NMBI*. Disponível em: <https://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/More-Standards-Guidance/Older-People-Nursing-Care>
- Pedraza, M.; Berlanda, S.; Trifiletti, E.; Minuzzo, S.; (2018) "Variables of Individual Difference and the Experience of Touch in Nursing" *Western Journal of Nursing Research* Vol 40, Issue 11, 2018
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Resnick, B. (2020) Covid-19 lessons learned from the voices of our geriatric nurses: Leadership, resilience, and heroism. *Geriatric Nursing* 41 (4) 357-359
- Roy, J.; Jain, R.; Goleman, R.; Vunnam, R.; Sahu N.; (2020) COVID-19 in the geriatric population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Volume 35, Issue 12 COVID-19 Special Issue, Dezembro, 2020, p. 1437-1441. Doi: <https://doi.org/10.1002/gps.5389>
- Sequeira, C. (2016) Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lisboa
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Gatz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 1-10. Advance online publication. Doi: 10.1007/s12603-020-1469-2
- Wammes, J.; Kolk, D.; Besseler, J. H.; Maclell-Vroomen, J. L.; Buurman-van ES, B.M.; Rijn, M.; (2020) Evaluating Perspectives of Relatives of Nursing Home Residents on the Nursing Home Visiting Restrictions During the COVID-19 Crisis: A Dutch Cross-Sectional Survey Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, ISSN: 1525-8610, Dezembro 2020 Vol: 21, Issue: 12, p. 1746-1750. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.031>
- White, E.N., Wozniak T.F., Reedy A., Astar K.M. (2020) "Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic". *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Jan;22(1):10-16. Doi: 10.1016/j.jamda.2020.11.022



Muito obrigada pela vossa atenção

11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica: vertente da Pessoa Idosa

O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por COVID-19

Discente: Catarina Faustino Nº 9509
Docente: Professora Doutora Graça Melo
Enf EEMC Orientadora: Sandra Trancoso



Lisboa, abril de 2021

APÊNDICE VIII – Avaliação da Sessão Formativa

Questionário de Avaliação

Sessão Formativa: O Cuidar da Pessoa Idosa Institucionalizada em Isolamento Social no Contexto da Pandemia por Covid-19.

Data de Realização: ____/04/2021

Este questionário destina-se à avaliação desta sessão formativa.

Escala de Avaliação Items de Avaliação				
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Utilidade Prática e Profissional				
Sensibilização a novas atitudes				
Qualidade da comunicação				
Metodologia				
Duração e Horário				

SUGESTÕES:
