

Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização de enfermagem Médico –
Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa*

Relatório de estágio

**Prevenção da violência na pessoa idosa dependente do
cuidador familiar: intervenção da enfermagem na
promoção do cuidado de Si**

Carina Alexandra Fernandes Martinho

Lisboa
Abril 2019



Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização de enfermagem Médico –
Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa*

Relatório de estágio

**Prevenção da violência na pessoa idosa dependente do
cuidador familiar: intervenção da enfermagem na
promoção do cuidado de Si**

Carina Alexandra Fernandes Martinho

Orientadora: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
Abril 2019**



Às minhas avós
Josefa e Carlota

AGRADECIMENTOS

Na reta final este percurso, queria fazer um agradecimento especial a todos os que nele colaboraram e que o tornaram real.

À Professora Doutora Idalina Delfina Gomes, pelo suporte, orientação, estímulo e confiança em mim, sempre acreditou que era possível. Obrigada.

A Enfermeira Sílvia Matias pela sua disponibilidade e orientação em todo o trabalho de estágio, assim como toda a equipa da UCC.

A Enfermeira Ana e Elizabete por me acolherem tao bem dentro da equipa e me fazerem sentir parte da mesmo em tão curto tempo. Obrigada pela ajuda no desenvolvimento das minhas competências.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram, e á sua maneira me deram incentivo para continuar.

Á minha irmã sempre disponível, mesmo quando deixo tudo para a última. Obrigada por tudo mesmo mana.

A equipa com quem trabalho, um obrigada, por me compreenderem e sobretudo não me julgarem ao longo deste percurso de tantos conflitos interiores.

À D. Aida e ao Srº Fernando pela ajuda tao preciosa nesta última semana e por me respeitarem na minha singularidade.

Ao meu André, por me ter dado a mão e muitas vezes me ter pegado ao colo, neste longo caminho. Obrigada por todo o carinho, por cada sorriso e por cada abraço principalmente, quando a tempestade teimava em não passar. Obrigada por tanto...

ABREVIATURAS E SIGLAS

APAV – Associação de Apoio às Vítimas

AIC – Análise de Incidentes Críticos

DGS – Direção Geral de saúde

ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados

ESEL- Escola Superior de Saúde de Lisboa

INE- Instituto Nacional de estatística

UCC – Unidade de cuidados na Comunidade

RNCC – Rede nacional de cuidados continuados

RESUMO

As pessoas idosas dependentes do cuidador familiar que são vítimas de violência, sofrem muitas vezes em silêncio e é da responsabilidade dos profissionais de saúde prevenir estas situações, nomeadamente dos enfermeiros que exercem na comunidade.

A prevenção precisa ser centrada na identificação de fatores de risco e na identificação e implementação de fatores protetores, pois estes são sinais de alerta para o enfermeiro. No entanto as equipas de saúde da comunidade referem dificuldades na prevenção destas situações, sendo imperioso investir na sua capacitação. Foi realizado um projeto de intervenção com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prevenção da violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar e simultaneamente potencializar o desenvolvimento das competências na equipa de enfermagem com vista a prevenção e identificação dos fatores de risco e protetores promovendo o cuidado de SI.

A metodologia adotada foi a de trabalho por projeto que foi implementada em dois contextos diferentes: a UCC e Hospital. O modelo teórico de enfermagem de referência na elaboração do projeto foi o Modelo de Parceria de Gomes (2013).

Os resultados centraram-se na identificação de fatores de risco como a dependência, o isolamento social, a renitência do cuidador em mudar de comportamento, laços familiares quebrados e promoção de fatores protetores, nomeadamente a criação de uma rede de amigos, família e as visitas domiciliárias. Realça-se, também, a intervenção em parceria com a avaliação multidimensional da pessoa idosa no decorrer do processo de cuidados, bem como a importância da reflexão sobre as práticas, em formação de contexto de trabalho.

Conclui-se que há necessidade de maior formação nesta área, assim como a existência de protocolos bem definidos para que as equipas consigam intervir de forma adequada e o mais rápido possível, nas situações de violência.

Para o futuro salienta-se a replicação do estudo noutros contextos, para melhor analisar tantos os fatores de risco como protetores e as diferentes experiências vivenciadas pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Pessoa idosa, Parceria, Violência, fatores de risco, fatores protetores, Cuidador familiar

ABSTRACT

Elderly people dependent of family caregivers who are victims of violence often suffer in silence and it is the responsibility of health professionals to prevent such situations, particularly nurses working in the community. Prevention needs to be focused on the identification of risk factors and identification and implementation of protecting factors as these are warning signs for the nurse. However community health teams report difficulties in preventing these situations and it is imperative to invest in their capacity building. An intervention project was carried out with the objective of developing specialized nursing skills and a master degree in the prevention of violence to the elderly dependent on the family caregiver. It also had the aim to enhance the development of skills in the nursing team with a view on the prevention and identification of risk and protecting factors promoting self care.

The methodology adopted was a project implemented in two different contexts: the UCC and Hospital. The nursing theoretical model of reference in the elaboration of the project was the Gomes Partnership Model (2013).

The results focused on the identification of risk factors such as dependence, social isolation, the caregiver's reluctance to change behavior, broken family ties and the promotion of protective factors, namely the creation of a network of friends, family and visits households. It is also highlighted the intervention in partnership with the multidimensional evaluation of the elderly during the care process, as well as the importance of reflection on the practices, in the formation of work context. It was concluded that there is a need for more training and the establishment of well-defined protocols so that nursing teams can intervene properly and as quickly as possible in situations of violence.

For the future it is worth mentioning the need for replication of the study in other contexts to better analyze both risk and protective factors and the different experiences encountered by the nurses.

Keywords: Elderly, Partnership, Violence, risk factors, protective factors, Family caregiver

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
1.1 Prevenção da violência à pessoa idosa dependente: fatores de risco e fatores protetores.....	15
1.2 Intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa dependente de um cuidador familiar em contexto de domicílio.....	20
2. METODOLOGIA.....	24
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	32
3.1 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na promoção da funcionalidade no cuidado a pessoa idosa para contribuir para a redução do risco de estas sofrerem de violência.....	32
3.1.1 Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa, em parceria promovendo a funcionalidade no contexto hospitalar.....	32
3.1.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação precoce das implicações da hospitalização e para a intervenção em parceria, para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa no contexto hospitalar.....	34
3.2 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na prevenção da violência á pessoa idosa dependente do cuidador familiar.....	36
3.2.1 Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa, em parceria promovendo o cuidado de Si, visando a prevenção de situações de violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC.....	36
3.2.2 Contribuir para a continuidade do desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem para identificação precoce e intervenção em parceria nas situações de risco de violência contra a pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC.....	47

4. CONCLUSÃO.....	49
--------------------------	-----------

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
---	-----------

ANEXOS

Anexo I – Escala de Barthel

Anexo II – Escala de Barthel Modificada

Anexo III – Entrevistas Semi – Estruturadas

Anexo IV – Mini Mental State Examination (MMSE)

Anexo V – Escala da sobrecarga do cuidador de Zarit

Anexo VI – Documentação que autoriza a implementação do projeto de estágio nos dois contextos

APÊNDICES

Apêndice I – Documento de apoio a Escala de Barthel Modificada

Apêndice II – Documento “Envelhecer com Respeito: prevenção da violência a pessoa idosa.”

Apêndice III – Formação em contexto de trabalho:” Prevenção da violência à pessoa idosa: fatores protetores”

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre nos cuidados diferenciados	28
Quadro 2. Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na UCC.....	29
Quadro 3. Violência a pessoa idosa caracterizada pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar.....	40
Quadro 4. Fatores de Risco pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar.....	41
Quadro 5. Intervenções que contribuem para a promoção de fatores protetores identificadas pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar.....	42
Quadro 6. Sentimentos sentidos pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar.....	44
Quadro 7. Fatores facilitadores para promover o cuidado de Si à pessoa idosa dependente de um cuidador familiar.....	45
Quadro 8. Fatores dificultadores para promover o cuidado de Si á pessoa idosa dependente de um cuidador familiar.....	46

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno preocupante e comum a todas as sociedades modernas do século XXI, reflete simultaneamente o aumento da esperança média de vida e a diminuição sistemática da taxa de natalidade ao longo dos anos. Em 2017 a população na união europeia com 65 anos ou mais representava 19,4% (Eurostat, 2018). A realidade não é diferente em Portugal. Segundo dados do INE no ano de 2017 a percentagem de pessoas idosas aumentou 2,1%, relativamente ao ano de 2012, ou seja de 19,4% para 21,5% (INE, 2018).

O Aumento do envelhecimento está associado ao aparecimento de doenças crónicas, decorrentes de um declínio geral da capacidade intrínseca do individuo, o que se traduz, na maioria das situações, em dependência e perda de autonomia. A pessoa idosa apresenta uma vulnerabilidade acrescida, uma vez que está sujeita a alterações estruturais, económicas e funcionais que se refletem na mudança da sua condição de saúde (Fernandes, 2013).

As perdas a nível físico e psicológico da pessoa idosa juntamente com a perda do status social pode levar a um acréscimo de vulnerabilidade que, por seu lado, pode levar a um fenómeno de violência sobre a pessoa idosa, que tem vindo a assumir grandes proporções dentro das comunidades. Este tipo de violência manifesta-se num conjunto de comportamentos inadequados, condenáveis e reprováveis, que resultam na violação dos direitos humanos e consequentemente na diminuição da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa (Perdigão, 2014). Este autor refere que a pessoa idosa que sofre de violência, normalmente não é vítima de um só tipo de violência mais sim da combinação de vários, nem sempre é clara a divisão entre as diferentes tipologias. Segundo a WHO (2014), tendo em conta as diferentes naturezas da violência, distingue-as em física, psicológica ou emocional, sexual, negligencia, financeira, abandono e estrutural e social.

A violência sobre a pessoa idosa expressa-se quer a nível nacional quer internacional, enquanto problema de Saúde Pública. Devido a esta crescente preocupação são já alguns os estudos realizados que tenta analisar este fenómeno. Saliento uma revisão sistemática e uma meta análise, envolvendo 28 países da europa, em que se concluiu que a taxa de prevalência da violência à pessoa idosa atinge 15,7% (Yon, Y.; et al 2017). Em cada seis pessoas idosas, uma sofre de

violência, números que aumentam a cada ano na Europa. No que se refere aos tipos de violência exercidos, o estudo destaca a violência psicológica e a financeira como as mais preponderantes, com 11,6% e 6,8% respetivamente (Yon, Y.; et al; 2017).

Em Portugal a Associação de Apoio a Vítima (2018) constatou que em média, no ano de 2017, três pessoas idosas por dia foram vítimas de violência, aproximadamente 18 por semana, de entre as quais 78,8% são do género feminino com idade média de 75 anos.

A violência é referida muitas vezes como silenciosa, provocando fortes implicações na qualidade de vida da vítima. Entre janeiro e junho de 2013 foi realizado em Portugal um estudo quantitativo, do tipo não experimental descritivo a 135 pessoas idosas, cujo objetivo assentava em identificar os diferentes tipos de violência assim como os fatores determinantes da mesma. Concluiu-se que 23,5% das pessoas idosas sofreram de violência, nomeadamente psicológica e negligência. De entre as características comuns entre as vítimas destacaram-se o facto de serem maioritariamente viúvos, com incipiente formação académica, dependência física e isolamento social (Martins, R.; et al; 2014). Estas características são fatores de risco que alertam os profissionais para a necessidade de prevenção da violência à pessoa idosa.

Na tentativa de compreender o fenómeno da violência sobre a pessoa idosa foram desenvolvidos vários modelos e teorias como o modelo do stress situacional, a teoria da troca social, o da violência transgeracional, da violência bidirecional e o modelo da psicopatologia (Perel - Levin, 2008). No entanto demonstraram-se inadequados nesta situação devido à complexidade do fenómeno da violência. É assim que surge o modelo ecológico que tenta compreender a violência tendo em conta a interação de fatores como a sociedade, a comunidade/instituição, o relacionamento e o indivíduo, que podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade do indivíduo, oferecendo uma resposta mais adequada a esta problemática (Perel - Levin, 2008; RNAO, 2014).

Os profissionais de saúde reconhecem por isso a necessidade de se desenvolverem um conjunto de sinergias, sustentadas nos diferentes níveis de prevenção e assentes em modelos de intervenção que vejam a pessoa nas suas várias dimensões. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro ao prestar os cuidados deve realizar uma avaliação multidimensional, para se munir de ferramentas

essenciais que lhe permitam detetar e sinalizar atempadamente os fatores de risco e identificar estratégias adequadas na prevenção de situações de violência, nomeadamente o desenvolvimento ou potencialização dos fatores protetores já existentes (Daly, 2011).

O enfermeiro e a pessoa idosa devem estabelecer uma relação de parceria baseada na confiança, onde a singularidade da pessoa idosa é preponderante para que os cuidados sejam centrados na mesma, desenvolvendo assim competências relacionais, resultando num processo de negociação em que ambos estão envolvidos (Gomes, 2016). Esta relação de parceria tem como objetivo capacitar a pessoa idosa a cuidar de si, respeitando-a e reconhecendo a sua autonomia e responsabilidade no que ao seu projeto de vida e saúde diz respeito.

Além do enfermeiro e da pessoa idosa, o cuidador familiar deve também ser incluído nesta relação, no sentido de ser capacitado a assegurar o cuidado à pessoa idosa respeitando-a na sua singularidade (Gomes, 2016). O cuidador familiar apresenta uma relação de duplo vínculo sendo um elemento-chave de apoio na forma de cuidar à pessoa idosa em contexto domiciliário. Colabora com o enfermeiro no planeamento de estratégias e a implementação de intervenções para que os cuidados sejam assegurados segundo as necessidades da pessoa idosa, promovendo a autonomia e a independência e integrado nesta relação de parceria (Gomes, 2016). Por outro lado, como refere Sequeira (2010), o cuidador familiar pode ser confrontado com um conjunto de dúvidas e preocupações no que diz respeito aos meios de subsistência e a capacidade em prestar os cuidados, refletindo-se numa subcarga do mesmo, que a literatura refere como sendo potenciadora de episódios de violência à pessoa idosa.

A problemática do risco da pessoa idosa sofrer de violência é um tema que a todos os profissionais de saúde deve preocupar pela situação de indignidade em que coloca as pessoas idosas. Assim, pessoalmente, é um tema que me interessa, pela vontade intrínseca de adquirir competências e ferramentas para que no exercício profissional diário poder agir de forma adequada. Propus-me então desenhar um projeto nesta área, o qual intitulei “Prevenção da violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar: intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de SI”. Este foi operacionalizado na realização do estágio do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, da Escola

Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) cuja finalidade é desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa idosa dependente de um cuidador familiar no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista implica o desempenho de novos papéis que respondem às necessidades emergentes e em constantes alterações, fundamentadas em investigação e formação com o objetivo de enriquecer a prestação de cuidados nomeadamente neste contexto à pessoa idosa quando se verifica um envelhecimento demográfico (Gray, 2016). Os cuidados especializados assentam em características essenciais como o pensamento crítico, o conhecimento centrado nas diferentes teorias (que são o alicerce do conhecimento científico em enfermagem) e a tomada de decisão, onde está implícita a mudança/ alteração de prestação de cuidados se assim se verificar (Wisur-Hokkanen, C.; et al; 2015).

O presente relatório irá abordar a implementação do projeto de estágio que teve como intenção melhorar as práticas ao nível dos cuidados as pessoas idosas para prevenir a violência. A metodologia de trabalho utilizada foi a de projeto. Esta agrupa um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar um problema da realidade, permitindo orientar, preparar e prever estratégias. Centra-se assim na investigação, análise e resolução de problemas, particularmente envolvendo todos os intervenientes - incluindo a população (Ruivo, A.; et al; 2010).

Neste sentido, foram delineados os objetivos gerais: 1) desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre; 2) prevenir a violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar nomeadamente, detetar fatores de risco e fatores protetores no contexto de UCC. Este projeto foi desenvolvido de forma transversal e promoveu o desenvolvimento da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa promovendo o cuidado de SI.

O trabalho será dividido em cinco capítulos: o primeiro esboça a revisão da literatura onde está identificada a problemática, assim como, eixos norteadores que se identificam como pilares de intervenção de enfermagem relativamente ao fenómeno em estudo; o segundo capítulo aborda a metodologia enquanto que o terceiro descreve os resultados, mais propriamente as atividades realizadas nos dois contextos de estágio; o quarto capítulo apresenta uma discussão onde serão

salientadas as questões éticas assim como as implicações/recomendações para o exercício clínico; e por último, o quinto capítulo inclui a conclusão seguida das referências bibliográficas.

A elaboração deste relatório, assim como as referências bibliográficas, seguiram a norma da American Psychological Association (APA).

1.REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo irá abordar o que a evidência científica refere sobre o risco da pessoa idosa sofrer de violência pelo cuidador familiar e analisa ainda a identificação dos fatores de risco e dos fatores protetores para uma intervenção de enfermagem que promova o cuidado de SI

1.1 Prevenção da violência à pessoa idosa dependente: fatores de risco e fatores protetores

O conceito de violência deve ser diferenciado segundo a sua tipologia em três categorias dependente de quem comete o ato de violência: a violência dirigida a si mesmo (autoinfligida), interpessoal e coletiva. A violência sobre a pessoa idosa inclui-se na tipologia designada **interpessoal**. Esta pode ainda ser classificada segundo a DGS de acordo com a sua natureza: **física** (uso da força física, resultando em lesões, dor ou incapacidade), **psicológica** (atos verbais ou não verbais que causem dano), **sexual** (qualquer ato sexual não consentido) e a que envolve **privação** ou **negligência** (prende-se com a relação de poder, intimidações e ameaças). Importa referir ainda a **violência financeira** que se centra na apropriação de fundos, bens ou propriedades, sem consentimento da pessoa e que atinge grande parte das pessoas idosas vítimas de violência (Krug, E.; et al; 2002, Perdigão, A.; et al; 2014).

Perante este fenómeno é necessário desenvolver estratégias de intervenção de forma atempada no sentido de serem detetados e sinalizados os fatores de risco, assim como o desenvolvimento de fatores protetores para prevenir a violência sobre as pessoas idosas.

O envelhecimento é um processo heterogéneo que faz parte do ciclo de vida, mas trás um acréscimo de vulnerabilidade relacionadas com os fatores de risco que alteram a sua condição de saúde e, em consequência interferem na sua qualidade de vida. Esta situação leva a uma maior necessidade de cuidados que conduz ao acréscimo das dificuldades da família para cuidar dos seus idosos dependentes, aumentando os fatores de *stress* no seio das mesmas podendo, a curto/médio prazo,

levar a situações de violência se não houver um apoio e suporte eficaz dos recursos sociais e de saúde da comunidade. Assim, a violência a que a pessoa idosa pode estar sujeita tem associadas não apenas implicações individuais, mas também políticas e sociais com custos associados, constituindo assim um problema de saúde pública. Os enfermeiros que exercem funções na comunidade são detentores de um papel de extrema importância na prevenção e denúncia de situações de violência, pois “entram” em casa da pessoa idosa e podem avaliar de perto o risco ou a violência já consumada (Pillemer, K.; et al; 2016).

Para compreender este fenômeno, foram extraídos das várias ciências, diferentes modelos e teorias numa tentativa de explicar, compreender, prevenir a violência à pessoa idosa. O *modelo do stress situacional*, que explica as situações de violência relacionado com o stress e sobrecarga do cuidador familiar; a *teoria da troca social*, que refere existir uma reciprocidade de recompensas experienciadas, o que não corresponde à realidade no processo de envelhecimento; o *modelo da violência transgeracional*, que explica a violência como um ciclo em que a criança que sofreu de violência torna-se agressor, o *modelo de violência bidirecional*, que refere que, tanto o cuidador familiar como a pessoa idosa são vítimas e agressores e por fim o *modelo da psicopatologia do perpetrador* em que o risco da violência está relacionada com as características do agressor (Ferreira-Alves, 2005; Perel - Levin, 2008). Pela complexidade do fenômeno verificou-se que nenhum destes modelos e teorias explicava na sua totalidade esta problemática no sentido de prevenir a violência na pessoa idosa. Surgiu então o modelo ecológico que visa compreender a violência e a interação de fatores que podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade do indivíduo (Krug, E.; et al 2002; RNAO, 2014).

O modelo ecológico analisa a complexidade da violência, assim como, a relação entre os fatores que promovem ou diminuem a vulnerabilidade da pessoa idosa, Este modelo assenta num quadro que considera os vários níveis em que a prevenção e a intervenção devem atuar (RNAO, 2014). Segundo Krug, E.; et al (2002) o modelo desenvolve a conexão entre os fatores individuais e os contextuais, analisando a violência como sendo uma consequência do efeito de vários níveis: individual, relacionamento, comunidade e social. No nível individual são detetados fatores inerentes ao comportamento da pessoa, ou seja, aqueles que promovem o fato de esta se tornar vítima ou agressor. Estão incluídos os fatores biológicos e

demográficos, história de violência, gênero, baixo rendimento escolar, estratégias de coping e impulsividade. Ao nível do relacionamento estão inerentes as próprias relações familiares, a rede de suporte assim como o cuidador familiar. O terceiro nível deste modelo ecológico é denominada comunidade ao qual estão intrínsecos a inclusão e exclusão social, programas de suporte, a própria cultura e políticas públicas. No nível social analisam-se fatores predominantes para uma avaliação eficaz como a legislação, o preconceito em relação à pessoa idosa (ageism) assim como o sistema nacional de saúde (RNAO, 2014). De salientar que este modelo demonstra que todos estes fatores interligados previnem efetivamente que a pessoa idosa sofra de violência, porém é essencial a colaboração e coordenação aos quatro níveis.

A estrutura do modelo ecológico remete-nos para inúmeras causas para a violência e a conseqüente relação entre estas e os fatores de risco. O fator de risco é uma condição que aumenta o risco ou a vulnerabilidade para que a pessoa sofra de violência (CDC, 2018). Porém o mesmo modelo também refere que a violência ocorre em diversos contextos, desde a própria família ao contexto comunitário, social, cultural e económico. Este modelo reflete ainda que a violência pode ser vivenciada por inúmeras causas ao longo do ciclo de vida (Krug, E.; et al, 2002).

Nos últimos anos muito se têm estudado sobre este fenómeno, assim como os possíveis fatores de risco que potenciam o seu aparecimento. Neste âmbito foi realizado em Espanha, um estudo transversal e observacional, que englobava uma entrevista e exame físico a 460 pessoas idosas de um centro de saúde, para detetar possíveis fatores de risco que se manifestassem numa suspeita de violência. Os autores concluíram que a dependência funcional, o declínio cognitivo, a baixa reforma por parte da pessoa idosa, assim como a existência de úlceras de pressão, desidratação, desnutrição e higiene oral e corporal deficitária são por si só fatores de risco. Estes aliados ao fato de o cuidador familiar sofrer de doença mental e consumir abusivamente substâncias, com álcool e drogas conduzem a uma situação em que é imperativo a prevenção da violência nesta faixa etária (Pérez – Cárceles, M.; et al 2008).

No mesmo sentido, Tobiasz – Adamczyk, B.; et al (2013) realizaram um estudo transversal utilizando um questionário que aplicaram a 518 pessoas idosas na Polónia, tendo como objetivo examinar o risco que estas tinham de sofrer violência.

Os autores concluíram que as pessoas idosas vítimas de violência, apresentavam redes de apoio social precário, assim como níveis significativos de isolamento social. Perante os resultados, parece existir uma ligação entre as relações estabelecidas com os membros da família e a falta de convívio intergeracional, sendo este, um fator promotor de situações de violência. É importante salientar que o declínio da condição de saúde, tanto a nível cognitivo como funcional, assim como o fato da pessoa idosa ser do género feminino foram identificados neste estudo como fatores de risco acrescido.

Entre Janeiro e Julho de 2013 foi realizado um estudo quantitativo, do tipo não experimental, descritivo e transversal, no centro de Portugal onde participaram 135 idosos. Este estudo pretendia identificar as formas de violência em idosos, assim como o que as determina. As escalas utilizadas foram, a escala APGAR-Familiar, que analisa a funcionalidade familiar e a Question to Elicit Elder Abuse (QEEA). Os dados obtidos revelaram que 23,5% dos idosos sofreram de algum tipo de violência, nomeadamente psicológica e negligência. Os autores verificaram que os idosos que sofreram de violência apresentavam como fatores de risco, serem solteiros e viúvos, escassa qualificação académica, encontravam-se isolados, apresentavam elevado grau de vulnerabilidade e integravam famílias com algum grau de disfunção. A evidência demonstrou a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção que promovam a saúde da pessoa idosa, assim como, o funcionamento familiar para que a violência a pessoa idosa seja reduzida ou mesmo extinta (Martins, R.; et al; 2014).

Para uma melhor perceção dos fatores de risco que predispõem a pessoa idosa a sofrer de violência, Pillemer, K., et al;2016 realizaram uma revisão scoping que engloba estudos populacionais que demonstraram a prevalência da pessoa idosa ser vítima de violência e os relaciona com a evidência científica. Os autores identificaram como um forte fator de risco, no que se refere à vítima (pessoa idosa), a dependência física, ter declínio cognitivo, apresentar uma patologia mental e receber uma baixa reforma e no que se refere ao agressor salientam o fato de este ser dependente de substâncias como o álcool e as drogas assim como ser detentor que uma patologia psiquiátrica. Como potencial fator de risco o estudo refere ainda o género, a idade, a etnia, a dependência financeira entre outros.

Por outro lado, os autores supracitados realçam a existência de fatores protetores, que promovem a resiliência, no sentido de proteger a pessoa idosa de ser vítima de violência. Estes identificam nomeadamente a importância de um suporte social que engloba o apoio social e a inserção numa rede de apoio. Um fator protetor pode ser uma condição ou característica que permite a pessoa idosa lidar com situações de stresse e conseqüentemente diminuir o risco de vulnerabilidade, por exemplo, as próprias competências, pontos fortes, recursos, apoios e coping skills. Os fatores protetores podem ser desencadeados por uma situação ou contexto ambiental que reduz, inibe e anula a probabilidade da pessoa idosa sofrer de violência. Estes englobam ainda as visitas recorrentes ao médico de família assim como a regularidade, com que a pessoa idosa frequenta o centro de dia. A estreita relação conjugal e ter os filhos empregados são também considerados fatores protetores (Novo, R.; et al; 2016).

Existem poucos estudos que abordam de forma extensiva e rigorosa os fatores protetores (em comparação com aqueles que estudam os fatores de risco). No entanto, estes são essenciais para impedir que a pessoa idosa seja vítima de violência (CDC,2018). Os fatores protetores podem dividir-se em dois grandes níveis: o relacional e da comunidade onde está inserido. A nível relacional é essencial que a pessoa idosa tenha fortes e numerosas relações com pessoas de diferentes status sociais. No que diz respeito ao nível comunitário o autor supracitado é mais minucioso salientando a necessidade de:

- Coordenação de recursos e serviços entre as organizações comunitárias que acompanham a pessoa idosa e seus cuidadores familiares;
- Coesão da comunidade com um forte critério de identidade comunitária
- Maior resposta dentro da comunidade e conseqüentemente maior eficácia coletiva.

As configurações institucionais tem um papel predominante neste domínio particularmente ao identificar ou mesmo potencializar os fatores protetores, criando políticas e procedimentos institucionais sólidos em relação ao atendimento à pessoa idosa; formação regular sobre a violência à pessoa idosa para os empregadores, educação e orientação clara sobre os procedimentos a realizar

perante uma situação de violência e por último a importância das visitas regulares de familiares, voluntários e assistentes sociais.

Verifica-se através da evidência que quanto maior for o conhecimento, esclarecimento e a discussão relacionada com as situações de violência sobre a pessoa idosa, mais adequada será a sua prevenção através da sua identificação e sinalização precoce.

Neste sentido e dada a complexidade e aumento do fenómeno, é primordial fomentar a capacitação dos profissionais de saúde (conhecimentos e instrumentos) na prevenção do abuso no âmbito dos cuidados domiciliários e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem aos idosos vítimas de situações abusivas pelo cuidador familiar, de forma a planearem cuidados em parceria, personalizados e adequados ao contexto sociofamiliar, através de uma abordagem multidisciplinar

1.2 Intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa dependente de um cuidador familiar em contexto de domicílio

A estrutura familiar tem sofrido algumas alterações que se manifestaram na remodelação do estatuto social da pessoa idosa. Com o processo de modernização das sociedades a pessoa idosa detentora de conhecimento e experiência passa a ser reconhecida como frágil e vulnerável, o que implica a necessidade de lhe prestarem cuidados, ou seja, de cuidar (Costa, I.; et al; 2009).

A prestação de cuidados à pessoa idosa pode implicar um desgaste e muitas vezes o próprio stresse do cuidador familiar pela sobrecarga dos cuidados. O cuidador familiar depara-se com um conjunto de desafios para os quais precisa de ser preparado, capacitado e assim realizar a transição de papéis de forma saudável. Torna-se por isso importante que a prestação de cuidados envolva os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros no sentido da capacitação dos familiares cuidadores. Esta intervenção deve promover a autonomia e independência da pessoa idosa, reduzindo a sobrecarga do cuidador familiar e consequentemente os possíveis fatores de risco que levam a pessoa idosa a ser vítima de violência. Por outro lado, os cuidados devem ser promotores de qualidade de vida e bem-estar, facilitando a implementação de fatores protetores, que previnem o risco de a pessoa idosa sofrer violência (Melo, R.; et al 2016).

Dai se depreende a importância de avaliar a capacidade funcional uma vez que a dependência funcional, é considerada um forte fator de risco para a pessoa idosa sofrer de violência uma vez que impede a realização das atividades de vida diária, assim como a participação nas mesmas. Por outro lado, a dependência nessas funções tem implicações tanto na condição de saúde, social, como familiar da própria pessoa. Neste sentido a avaliação da funcionalidade na pessoa idosa tem como objetivo a manutenção da sua condição de saúde, promovendo a autonomia e a independência (Santos, S.; et al 2013). A dependência da pessoa idosa resulta habitualmente do declínio funcional. A avaliação desta capacidade funcional verifica-se através da avaliação das atividades de vida diária, nomeadamente na aplicação do instrumento de medida mais utilizado no exercício clínico a Escala de Barthel (Anexo I). Salienta-se que a utilização desta escala não substitui a entrevista para uma recolha de dados mais específica, centrada na pessoa idosa. O instrumento de medida apenas nos indica o grau de dependência (Sequeira, 2010).

A escala de Barthel avalia o nível de dependência funcional do indivíduo e é de fácil aplicação. A análise é feita por observação das atividades de vida realizadas pelo indivíduo como a alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira - cama e deambulação. O resultado é obtido através da somatória dos pontos atribuídos, que variam entre zero e cem. A pontuação alcançada classifica o indivíduo em diferentes níveis funcionais: dependência total, severa, ligeira ou independência total (Pinheiro, I.; et al; 2013).

Ao longo dos anos a escala de Barthel foi sofrendo alterações que a distinguem da original. A Escala de Barthel Modificada (Anexo II) proposta por Shah e seus colaboradores já está traduzida e validada para a população Portuguesa. Esta avalia as mesmas atividades de vida diária e modificou apenas o sistema de pontuação, aumentando assim sensibilidade na deteção de alterações funcionais (Pinheiro, I.; et al; 2013).

A monitorização do estado clínico das pessoas idosas é essencial para uma intervenção adequada. A promoção da independência e autonomia da pessoa idosa previne o risco de sofrer de violência e por isso, o cuidador familiar e o enfermeiro tem um papel essencial na prestação de cuidados à pessoa idosa desenvolvendo intervenções que promovam o cuidado de Si.

O enfermeiro detém competências para assegurar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, planejando intervenções que englobem o contexto da mesma assim como o cuidador familiar e que podem influenciar ao nível da prevenção da violência. De referir que os cuidados de enfermagem devem garantir uma adaptação segura na transição da condição de saúde da pessoa idosa. Este é um processo dinâmico que avalia o potencial que cada uma apresenta para que a transição de papéis seja adequada, promovendo o bem-estar assim como a sua capacidade de cuidar de si, prevenindo situações que podem desencadear os vários tipos de violência (Meleis, 2010; Gomes, 2016).

Os cuidados de enfermagem promovem a vida, dando-lhe sentido. Neste contexto, centram-se na individualidade da pessoa idosa, valorizando-a, uma vez que esta é reconhecida, desenvolvida e assegurada, durante a relação de parceria estabelecida nos cuidados prestados (Collière, 1999). Esta relação de parceria tem como objetivo capacitar a pessoa idosa a cuidar de si, respeitando-a e reconhecendo a sua autonomia e responsabilidade no seu projeto de vida e saúde. O cuidador familiar deve estar incluído nesta relação, no sentido de ser capacitado a assegurar o cuidado continuado à pessoa idosa respeitando a sua autonomia e independência, proporcionando uma maior qualidade de vida (Gomes, 2013, 2016).

Este processo engloba várias fases. O processo de parceria inicia-se com a fase do **Revelar-se** e caracteriza-se por um mútuo dar e conhecer, o enfermeiro e a pessoa. O enfermeiro mobiliza todas as suas competências como profissional e procura ajudar a pessoa idosa a promover o seu projeto de saúde, a realização de Si. O enfermeiro procura nesta fase entender a pessoa idosa na sua singularidade, valores, cultura e contexto de inter-relação pessoal. O **Envolver-se** implica o desenvolvimento de uma relação de confiança e qualidade que permite ir ao encontro da pessoa (Gomes, I 2016). A qualidade contínua dos cuidados de saúde às pessoas idosas é motivada por valores centrais de respeito pela dignidade dos idosos, assim como o aumento dos cuidados que apoiam os idosos a viver na sua casa, no seu espaço; em contexto domiciliário (Gregory, A.; et al 2017).

A terceira fase do processo de parceria incide no **Capacitar** ou **Possibilitar**. Nesta fase procura-se promover na pessoa o poder de tomar decisões, decidir e intervir no seu próprio projeto de vida. Dá espaço a uma negociação na prestação de cuidados. Por último, na fase do **Comprometer-se** o enfermeiro e pessoa idosa

estabelecem objetivos comuns para capacitar a pessoa a assumir o controle do cuidado de Si próprio ou que o mesmo seja assegurado pela família (Gomes, 2016).

Cabe ao enfermeiro gerir a relação de parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar para que os cuidados prestados a pessoa idosa sejam a promoção da independência e autonomia, baseada em valores de respeito e dignidade e indo de encontro ao seu projeto de vida e saúde.

O modelo em parceria permite a criação e a construção de uma parceria promovendo o cuidado de Si, partilhando e valorizando as responsabilidades e conhecimentos entre cada interveniente do processo estabelecendo-se uma relação e confiança (Gomes,2016).

2. METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de estágio. Como já foi abordado anteriormente a metodologia utilizada é a de Projeto. Esta metodologia visa centrar-se na resolução de problemas de uma situação real, resultando na aquisição de competências (Ruivo, A.; et al; 2010). nomeadamente neste contexto de Enfermeiro Especialista e Mestre.

O Enfermeiro Especialista adquire um conjunto de competências gerais que são comuns a todas as especialidades e que assentam em domínios como a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 122/2011 do Diário da República série II, N° 35).

No que se refere ao Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico Cirúrgica segundo o regulamento N°.429/2018 do Diário da República artigo 2 as competências específicas baseiam-se adicionalmente:

no cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

no otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

em maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

No que se refere à vertente da Pessoa Idosa, as competências que envolvem o enfermeiro especialista incluem ainda o cuidar de pessoas idosas em situação de doença crónica e agudizada, assim como o suporte à sua família nos diferentes contextos em que se encontram (ESEL, 2017).

Para aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre, o enfermeiro deverá apresentar capacidade de análise como domínio da linguagem científica na exposição dos conhecimentos que sustentam o exercício clínico, compreender as políticas da saúde e as suas implicações, sem esquecer as dimensões éticas,

políticas e sociais. Para além disso, o enfermeiro deverá ser capaz de desenvolver projetos que reflitam o exercício clínico com os paradigmas existentes (ESEL,2018).

Deste modo, o desenvolvimento das competências supracitadas, têm como fio condutor o projeto intitulado “Prevenção da violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar: Intervenção na promoção do cuidado de Si” e assenta na metodologia por projeto.

Segundo Ruivo, A.; et al (2010) as fases desta metodologia debruçam-se no diagnóstico da situação, o planeamento das atividades, a execução das atividades planeadas, a avaliação e por fim a divulgação dos resultados através de um relatório.

Na unidade curricular “Opção II” do segundo semestre elaborámos um projeto no qual definimos objetivos e atividades a realizar no estágio no terceiro semestre nomeadamente nos cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários (UCC). Os objetivos gerais definidos foram:

- 1) Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prevenção da violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar
- 2) Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Para a execução do projeto de estágio tornou-se indispensável ir “ao terreno”, viver o dia a dia do enfermeiro especialista nos dois contextos de estágio referidos. Uma primeira fase em cada campo de estágio foi dedicada ao diagnóstico da situação, tentando perceber os problemas existentes, definir os objetivos e que estratégias implementar no sentido de responder aos objetivos gerais definidos. O diagnóstico da situação implica uma análise aprofundada das necessidades da população para que sejam identificados os problemas existentes. Este é um processo contínuo e dinâmico e por isso a necessidade de atualização em cada contexto de estágio e de forma complementar (Ruivo, A.; et al; 2010). Seguidamente, partindo dos objetivos definidos e da análise feita, foram delineadas as atividades e os respetivos indicadores. Que mais adiante especificaremos. No decorrer do estágio para o desenvolvimento do projeto foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados, nomeadamente análise de documentos,

observação do ensino clínico, entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação multidimensional do idoso.

No contexto da UCC, o enfoque foi posto na prevenção de situações de risco e no papel do enfermeiro neste contexto. Com o progresso tecnológico e conseqüentemente o despertar de novos paradigmas, torna-se cada vez mais imperativo o enfermeiro apostar na prevenção. Prestar cuidados “dentro” de uma UCC engloba implementar estratégias e planos de intervenção adequados, para que a população adquira hábitos de vida saudável e desta forma previna situações de risco. As UCC incorporam uma tipologia da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) denominadas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que resumidamente são equipas domiciliárias que estão integradas nas equipas comunitárias de cuidados continuados integrados e nas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Abrangem as pessoas com dependência funcional ou em processo de doença terminal que apresentam uma boa rede de suporte social e que não necessitam de ser internadas, mas que porém não se podem deslocar de forma autónoma. De salientar que o suporte implica ter um cuidador familiar (Girão, A. & Guerreiro, I., 2011).

Numa primeira fase, a nossa análise incidiu na pessoa idosa integrada na ECCI. Os enfermeiros na UCC prestam cuidados de enfermagem maioritariamente a pessoas idosas dependentes de um cuidador familiar, com inúmeras comorbilidades associadas e muitas pessoas idosas encontram-se isoladas da comunidade. Todos estes fatores refletem-se num potencial risco para estas sofrerem de violência no domicílio. Acompanhei as vistas domiciliárias e nas reflexões com a enfermeira orientadora sobre o exercício clínico verificamos que a equipa multidisciplinar lida frequentemente com situações de violência em que muitas vezes existe necessidade de implementação de estratégias e intervenção de outras entidades parceiras para que a pessoa idosa seja retirada do domicílio.

O fenómeno da violência sobre a pessoa idosa deve ser um processo de rápida detenção e intervenção, sustentado em diretrizes consensuais bem definidas. Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros estão na linha da frente para identificar as vítimas de violência, são detentores da capacidade de reconhecer os sinais e sintomas de alerta, adquirem competências sobre os procedimentos na deteção e notificação das pessoas idosas vítimas de violência (Gama, 2016).

Para compreender e analisar o impacto que as situações de violência sobre pessoa idosa provocaram nos enfermeiros, que a presenciaram em visitas domiciliares, nomeadamente no que concerne a identificação de fatores de risco e de proteção foi necessário recorrer a metodologia de “Análise de Incidentes Críticos (AIC)”. Importante referir que se pretendeu identificar as principais dificuldades dos enfermeiros na identificação dos fatores de risco, assim como na implementação ou potencialização dos fatores protetores. A AIC consiste, na análise de eventos descritos pelos participantes do estudo de forma a que a sua memória retenha os momentos de satisfação e insatisfação relacionados com o tema em estudo. Retrata a experiência humana sobre a realidade vivida sendo à posteriori analisada toda a informação, quer sobre a atividade desenvolvida quer a sua importância para as pessoas envolvidas. (Fischer, A.; et al; 2009). A AIC facilita a percepção do papel/competência do enfermeiro assim como as interações entre os seus pares, clientes e outros profissionais com vínculos à saúde (Schuter, J.; et al; 2008).

Para análise dos AIC foi realizada uma entrevista semi-estruturada em que se pedia ao enfermeiro que refletisse sobre um acontecimento recente (nos últimos seis meses) que envolvesse uma pessoa idosa dependente do familiar cuidador com risco de violência e que o tenha marcado durante a sua prática profissional. A entrevista semi-estruturada continuava com perguntas direcionadas para desenvolver a questão inicial (Anexo III). Optou-se por solicitar aos participantes que respondessem com recurso à gravação da mesma para serem o mais natural assim como para reportarem os resultados da forma mais fidedigna possível.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT. Os critérios de inclusão eram: ser enfermeiro a pelo menos 5 anos, ter experiência de cuidados de enfermagem com pessoas idosas dependentes de um cuidador familiar e ter vivido uma situação que envolvesse uma pessoa idosa dependente do familiar cuidador com risco de violência.

No que concerne ao contexto hospitalar o diagnóstico da situação foi muito idêntico ao da UCC. Como nos indica a literatura a dependência é um fator de risco forte para a pessoa idosa sofrer de violência. Dado que este serviço de medicina tem uma taxa de ocupação que compreende mais ao menos 90% de pessoas idosas dependentes, neste campo de estágio o projeto foi direcionado para o estudo de

como a promoção da funcionalidade no cuidado à pessoa idosa pode contribuir para a redução do risco destas sofrerem de violência.

Na fase do planeamento das atividades foram delineadas estratégias para a realização das atividades, com indicadores que orientavam a avaliação das atividades e conseqüentemente dos objetivos específicos correspondentes.

Nos quadros 1e 2, apresentamos os objetivos gerais para cada campo de estágio assim como o objetivo específico, atividades e respetivo indicador de avaliação para o contexto hospitalar e UCC respetivamente.

Quadro 1. Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre nos cuidados diferenciados

Objetivo Geral 3) Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na promoção da funcionalidade no cuidado á pessoa idosa em contexto hospitalar

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
a) Aprofundar conhecimentos sobre o envelhecimento e a promoção da funcionalidade no cuidado da pessoa idosa no contexto hospitalar	Reuniões tutoriais com a orientadora, Professora Idalina Gomes	Presença nas orientações Realização de reflexões decorrentes das reuniões tutoriais
b) Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa, em parceria promovendo a funcionalidade, assim como, o envelhecimento saudável no contexto hospitalar	Realização de um documento, de apoio para facilitar a aplicação da escala de Barthel modificada	Documento de apoio
	Intervenção em parceria com a pessoa idosa e família para promover a funcionalidade, através da avaliação inicial da pessoa idosa utilizando a escala de avaliação da funcionalidade da pessoa idosa – Escala de Barthel Modificada	Registos com os dados da aplicação da escala Estudo de caso Reflexão sobre as práticas

Objetivo Geral 4) Contribuir para o desenvolvimento na equipa de enfermagem na promoção da funcionalidade no cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
a) Sensibilizar para a continuidade do desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, e identificação precoce das implicações da hospitalização e intervenção em parceria, para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa no contexto hospitalar	Divulgação do projeto numa reunião formal à equipa de enfermagem	Participação do maior número de enfermeiros na reunião expositiva do conteúdo e objetivos do projeto
	Implementação da escala de Barthel Modificada no serviço	Registos em processo clínico do nível de dependência/independência da pessoa idosa
	Observação dos registos em processo clínico	Número de escalas aplicadas e intervenções
	Capacitação do cuidador familiar na transição de cuidados da pessoa idosa na promoção da sua funcionalidade	Número de ensinamentos aos cuidadores familiares

Quadro 2. Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na UCC

Objetivo Geral 1) Desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na prevenção da violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
a) Aprofundar conhecimentos sobre o envelhecimento, especificamente na prevenção da violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC	Realização de uma revisão scoping subordinada ao tema da prevenção da violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar	Revisão scoping

	Reuniões tutoriais com a orientadora, Professora Idalina Gomes	Realização de reflexões decorrentes das reuniões tutoriais
b) Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa, promovendo o cuidado de si, visando a prevenção de situações de violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC	Avaliação inicial multidimensional da pessoa idosa dependente do cuidador familiar, incluindo os fatores de risco e fatores protetores, com recurso a escalas que se julguem pertinentes	Estudos de caso realizados que demonstrem a promoção do cuidado de si
	Planeamento de intervenções de enfermagem; a fim de se construir uma parceria com a pessoa idosa e cuidador familiar que promova o controlo do cuidado de si. Elaboração de estudos de caso	
	Construção de um resumo mínimo, baseado no resultado das entrevistas e na evidência científica, facilitador para uma intervenção antecipada, de forma a prevenir a violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar	Resumo mínimo
	Reuniões formais/informais com a equipa de enfermagem, para reflexão das práticas.	Número de enfermeiros que participam Realização de atas

Objetivo Geral 2) Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prevenção da violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
a) Contribuir para a continuidade do desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem para uma identificação precoce e intervenção	Divulgação do projeto numa reunião formal/informal à equipa de enfermagem	Participação do maior número de enfermeiros na reunião expositiva do conteúdo e objetivos do projeto

em parceria nas situações de risco de violência contra a pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC	Integração do estudo da UIDE para, compreender o impacto das experiências dos enfermeiros em contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa dependente do cuidador familiar em risco de violência no contexto de cuidados domiciliários.	Entrevistas semi - estruturadas
	Realização de entrevistas semi-estruturadas com base em Incidentes críticos aos enfermeiros	Participação de todos enfermeiros
	Identificação de fatores de risco que devem constar do plano de cuidados da pessoa idosa dependente e familiar cuidador a fim de se construir uma parceria de cuidados que promova fatores protetores para o controlo do cuidado de si	Resumo mínimo
	Apresentação de resultados das entrevistas e realização de um resumo que permita a identificação de fatores de risco de violência	Resumo dos resultados

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto iniciou-se no primeiro dia de estágio. Este foi dividido em dois contextos distintos: cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários (UCC). Neste capítulo será realizada a reflexão das atividades realizadas assim como as aprendizagens e desenvolvimento de competências adquiridas. Para uma melhor percepção, organização e apresentação, os dois contextos de cuidados serão analisados separadamente.

3.1 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na promoção da funcionalidade no cuidado a pessoa idosa para contribuir para a redução do risco de estas sofrerem de violência.

Neste subcapítulo irão ser expostas as atividades desenvolvidas em contexto hospitalar num serviço de medicina durante o período compreendido de 25 de Setembro a 25 de Outubro de 2017. As linhas orientadoras que sustentam as explicações das atividades desenvolvidas debruçam-se sobre os objetivos específicos definidos.

3.1.1 Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa, em parceria promovendo a funcionalidade no contexto hospital

Neste contexto incidimos as nossas atividades e desenvolvimento de competências na promoção da funcionalidade da pessoa idosa, uma vez que como referimos é um dos fatores que pode ajudar a prevenir o risco de violência.

No diagnóstico da situação realizado identificamos que a equipa sentia a necessidade da avaliação funcional da pessoa idosa ser cada vez mais precisa para poder potenciar uma intervenção mais adequada. No serviço de medicina o instrumento aplicado e protocolado era a escala de Barthel, que media o grau de

dependência de acordo com o somatório das diferentes atividades de vida diária analisadas/ observadas pelo enfermeiro (Sequeira, 2010).

A avaliação da escala de Barthel era realizada no momento de admissão no serviço através da própria pessoa idosa ou pelo cuidador familiar. As avaliações seguintes estavam protocoladas de 5 em 5 dias.

A Escala de Barthel modificada apresentava uma avaliação mais minuciosa das alterações funcionais, uma vez que o sistema de pontuação sofreu alterações por forma a considerar mais nuances na fase de avaliação. Neste contexto, durante o período de estágio foi adotado um modelo de apoio para facilitar a aplicação da escala de Barthel modificada (Apêndice I)

No decorrer desta atividade colaborei na conceção e concretização de um projeto que a equipa referiu e sentiu necessidade de implantar para uma maior promoção da funcionalidade a pessoa idosa. Este permitiu que eu mobilizasse todos os conhecimentos relativos a escala de Barthel modificada.

Para a concretização deste objetivo foi realizado um estudo de caso que teve como objetivo promover a funcionalidade da pessoa idosa como forma de prevenir a dependência e a violência pelo familiar cuidador, capacitando o cuidar do familiar para cuidar da pessoa idosa com alterações da funcionalidade.

O Estudo de caso, foi suportado nas 5 fases do modelo de cuidado de intervenção em parceria de Gomes (2016): **Revelar-se** em que se procurou conhecer a pessoa idosa através da observação e da entrevista semidirecta; **Envolver-se** em que se procurou estabelecer uma relação de confiança indo ao encontro da singularidade da pessoa; **Capacitar ou possibilitar** procurou-se promover na pessoa idosa o poder de agir, decidir e intervir no seu próprio projeto de vida; **Comprometer-se** em que enfermeiro e pessoa idosa estabeleceram objetivos comuns no sentido da capacitação da pessoa para **assumir o controlo do cuidado de Si próprio** ou que o mesmo **fosse assegurado pela família**.

Princípios éticos: à autorização da instituição, privacidade, confidencialidade e pedido consentimento informado

Em parceria com a pessoa idosa e Cuidador família foi realizada a avaliação multidimensional da pessoa idosa conhecemos o Senhor A de 73 anos, mecânico reformado que vivia no concelho Lisboa, com a esposa, principal cuidadora, numa

casa no rés do chão. Foi estabelecida uma relação de confiança e empatia que permitiu identificar como principais problemas: alteração da funcionalidade objetivada através da escala de Brathel modificada score 6 – Dependência total. A avaliação breve do estado mental revelou que apresentava défice cognitivo com o Score 20. A sobrecarga do cuidador foi avaliada pela escala de sobrecarga do cuidador de Zarit e o resultado apresentou uma sobrecarga intensa com o Score 60.

Nesta fase foram identificados alguns fatores de risco para a pessoa idosa (Senhor A) sofrer de violência, como a dependência, a sobrecarga do cuidador e o próprio isolamento social. Construiu-se uma ação comum negociada, baseada na confiança, que permitiu estabelecer compromissos com a pessoa idosa e o cuidador familiar, personalizando as intervenções que se realça promover o cuidado de Si relativamente a mobilização, aos cuidados de higiene e conforto. No regresso a casa foi assegurado o cuidado de Si pelo senhor A e capacitada o cuidador familiar (esposa) para cuidar do mesmo. Foram mobilizados os recursos necessários pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários enquanto esperava vaga na RNCC.

A mobilização do modelo de parceria, como intervenção promotora do cuidado de Si, pode permitir e capacitar a pessoa idosa para cuidar de si própria promovendo a sua funcionalidade e possibilitar ao cuidador familiar cuidar do familiar idoso. Podem-se assim prevenir situações de violência que tenham na sua génese fatores de risco como a dependência da pessoa idosa, o stress e sobrecarga do familiar por deficit de conhecimento e capacidade para cuidar do outro.

3.1.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação precoce das implicações da hospitalização e para a intervenção em parceria, para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa no contexto hospitalar

As atividades relacionadas com este objetivo centraram-se na implementação da escala de Barthel modificada de modo a permitir uma avaliação mais objetiva da funcionalidade da pessoa idosa e assim prevenir precocemente as implicações da hospitalização. A estratégia mais facilitadora passou por sensibilizar a equipa de enfermagem através de conversas informais individuais, uma vez que o serviço se encontrava numa fase de grande sobrecarga.

A profissão de enfermagem obriga a uma mobilização diária dos conhecimentos adquiridos pela própria formação. Esta não deve ser estanque, deve ser renovada permanente. A formação em contexto de trabalho pretende ser uma estratégia para a atualização de conhecimentos de forma dinâmica envolvendo e comprometendo todos os profissionais. O sucesso da mesma pode depender de estratégias de motivação e planeamento do formador. Neste sentido, a formação em serviço acontece simultaneamente com o exercício profissional em que se apela à reflexão sobre a ação (Dias, 2014).

A formação para a implementação da escala de Barthel modificada realizou-se no decorrer da prestação de cuidados e no momento dos registos onde diariamente acompanhava um ou dois enfermeiros distintos. Procurou-se criar uma relação de confiança e empatia, o que permitiu uma rápida integração dentro da equipa. Este período permitiu apresentar o conteúdo do projeto que estava a desenvolver, o que conseqüentemente despertou a curiosidade dos elementos da equipa e que os levou a questionarem e a apresentarem dificuldades e sugestões. Esta situação possibilitou uma estratégia de motivação para um desempenho diferenciado.

No que concerne às dúvidas no preenchimento da escala, foi adaptado um documento de apoio (Apêndice I) para o esclarecimento das mesmas. Os enfermeiros referiram que a escala de Barthel não estava informatizada e que, para realizarem os registos, tinham que aceder aos processos em papel, que estavam na estante. Foi mencionado que este procedimento não era funcional e se tivessem o documento mais perto deles era mais fácil e faria com que não houvesse tantos esquecimentos.

A gestão de uma equipa têm de ser adequada ao momento pelo qual a mesma esta a passar, confrontada com uma realidade desfasada do diagnóstico de situação inicial, suscitou a mobilização de todos os conhecimentos adquiridos no sentido de otimizar os recursos presentes e disponíveis para realizar a formação em contexto de trabalho, permitindo reconhecendo os limites pessoais e profissionais da própria equipa (Dias, 2014).

Em resultado, optou-se por completar a organização de um dossier que tinha a escala de Barthel modificada, um documento de apoio para resolver dúvidas existentes e uma ficha com a identificação da cama para posteriormente ser

colocada a avaliação da funcionalidade dos respetivos clientes. Este dossier estava na zona de trabalho. Foi informada a secretária de unidade que quando fizesse a alta do utente teria que ir ao dossier e retirar a respetiva avaliação da escala de Barthel modificada.

No fim do estágio ainda foi feita uma avaliação da implementação destas medidas e a maioria dos enfermeiros estavam empenhados e realizavam as validações no tempo adequado. A equipa sugeriu ainda a colocação do score da escala de Barthel modificada no quadro onde permaneciam as informações mais importantes. Os mesmos afirmaram ser um instrumento essencial para a própria distribuição dos utentes pelos quais cada enfermeiro é responsável.

De realçar que o trabalho em equipa implica mudança de estratégias de acordo com a própria disponibilidade da equipa e que o diagnóstico da situação é um processo contínuo e dinâmico e, por isso, a necessidade de atualização e adaptação a cada contexto de estágio de forma a complementar o processo de aprendizagem e atingir os melhores resultados possíveis (Ruivo, A.; et al; 2010).

3.2 Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na prevenção da violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Neste subcapítulo irão ser retratadas as atividades desenvolvidas em contexto cuidados de saúde primários (UCC) durante o período compreendido de 25 de outubro de 2017 a 9 de Fevereiro de 2018. As linhas orientadoras para sustentarem a exposição das atividades desenvolvidas debruçam-se sobre os objetivos específicos.

3.2.1 Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa, em parceria promovendo o cuidado de Si, visando a prevenção de situações de violência na pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC

A prestação de cuidados a pessoa idosa dependente de cuidador familiar envolve toda a equipa multidisciplinar da UCC. As estratégias de intervenção têm

como objetivo principal promover a autonomia e independência, proporcionando qualidade de vida e bem-estar à pessoa idosa dependente de cuidador familiar (Melo, R.; et al; 2014 e Pillemer, K., et al; 2016).

O aprofundar de conhecimentos sobre o envelhecimento especificamente na prevenção da violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar neste contexto incidiu na realização de uma revisão scoping de acordo com as etapas definidas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Pretende-se assim que as intervenções e estratégias utilizadas na prestação de cuidados pelo enfermeiro especialista e mestre têm como base de sustentação a evidencia científica.

Formulou-se a questão de investigação que se baseou na mnemónica PCC: Quais os fatores de risco na prevenção da violência (conceito) na pessoa idosa dependente do cuidador familiar (população) em contexto domiciliário(contexto)?

A seleção de artigos publicados foi realizada em data compreendida entre o ano de 2008 e 2017. Para responder à questão de investigação realizou-se uma pesquisa de artigos através do motor de busca EBSCOhost web nas seguintes bases de dados: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews e B On .As palavras chaves usadas foram: risk factors, elderly, family caregiver, violence, prevention.

Pelos artigos analisados foi visível que a prevenção é uma temática bastante abordada no contexto da violência à pessoa idosa e assenta sobretudo em estratégias de intervenção no sentido de diminuir os fatores de risco, tanto da pessoa idosa como do cuidador familiar. Alguns dos estudos revelam a “criação” /potencialização de fatores protetores (Novo, R.; et al; 2016 e Pillemer, K., et al, 2016). As competências de especialista em cada visita domiciliária vão muito além da prestação de cuidados a uma úlcera de pressão com a realização de um penso. O enfermeiro deve estar desperto para o meio que o envolve assim como para toda a informação que observa, desenvolvendo competências no domínio da responsabilidade ética e legal através da mobilização dos conhecimentos ético-deontológicos na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa dependente do cuidador familiar com risco de sofrer de violência.

Para uma tomada de decisão reflexiva perante situações de violência na pessoa idosa e conhecimento das diferentes possibilidades que a pessoa idosa pode recorrer para deixar de ser vítima de violência, assim como a aquisição de

conhecimentos em contexto de formação, participei numa ação de sensibilização no dia 9 de Outubro de 2017 para avaliar o grau do risco em pessoas idosas, promovida pela APAV. Saliento o trabalho em rede realizado com as diferentes entidades, desde hospitais, associações, cuidados de saúde primários, para detetar os diferentes fatores de risco aos quatro níveis: individuais, relacionais, comunitários e sociais.

No contexto de comunidade faz-me sentido capacitar as pessoas idosas, os familiares a serem responsáveis pela própria prevenção da violência sobre a pessoa idosa, dando-lhe ferramentas para que os próprios consigam detetar os fatores de risco e prevenir situações de violência. Caso a violência já tenha ocorrido, elucidar sobre as intervenções que se podem fazer. Foi realizado um pequeno documento titulado “Envelhecer com respeito: prevenção da violência a pessoa idosa” (Apêndice II) datado de fevereiro de 2018 e foi entregue na comunidade, como prevenção primária promovendo um ambiente gerador de segurança e proteção da pessoa idosa através da consciencialização do risco da pessoa idosa sofrer de violência.

Dentro do projeto está incluído a realização de um estudo de investigação da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (UIDE) que tem como finalidade analisar as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em situação de violência e o impacto que essas situações têm nos próprios enfermeiros. Pretende-se deste modo contribuir para compreender os desafios que se colocam aos enfermeiros para intervir nas situações de violência à pessoa idosa desenvolvendo ou potencializando os fatores protetores que promovam o cuidado de si de modo a prevenir situações de violência.

Para melhor estudar a problemática, foram realizadas entrevistas que ocorreram durante o mês de Dezembro de 2017 e Janeiro de 2018. Foram previamente agendadas para que no dia da entrevista a situação estivesse presente de forma clara na memória de cada enfermeiro. O tempo de duração da entrevista variou entre os 25 minutos e os 30 minutos e foram realizadas numa sala de reunião. Para assegurar a validade dos instrumentos de recolha de dados, a entrevista semi-estruturada foi submetido a um pré-teste.

A amostra foi constituída por oito enfermeiros, tendo sido excluída uma entrevista por não reunir os critérios de inclusão. A análise de dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin (2013). Assim procedemos a uma análise

do conteúdo das entrevistas linha a linha tendo em conta as experiências e impactos na procura de padrões para a descoberta dos aspetos importantes (Bardin 2013).

As categorias foram definidas de forma mista a priori, tendo em conta os objetivos definidos para o trabalho: Intervenções que contribuem para a promoção de fatores protetores; fatores dificultadores para promover o cuidado de Si à pessoa idosa dependente de um cuidador família; sentimentos vivenciados pelos enfermeiros e a posterior como no caso das subcategorias e subsubcategorias. Na constituição das categorias tivemos em conta os princípios da exclusividade entre categorias, da homogeneidade dentro das categorias, da exaustividade e objetividade entre os codificadores e a adequabilidade e pertinência aos conteúdos e objetivos (Bardin, 2013).

Os dados obtidos serão apresentados tendo em conta os objetivos definidos e as categorias identificadas. Os 7 enfermeiros do género feminino entrevistados têm uma média de idade de 44,4 anos e 17,9 anos de serviço. Na análise das entrevistas verificou-se que as pessoas idosas cujos casos foram referidos apresentavam uma média de idade de 82,1 anos com uma percentagem de 57,1% do género feminino e 42,9 do género masculino. No que diz respeito ao respetivo cuidador familiar a média de idade é de 55 anos e a percentagem de cuidadores femininos é de 28,6% e cuidadores masculinos é 71,4%. Pelos dados constatou que nestas situações vivenciadas pelos enfermeiros se verificou que os cuidadores do género masculino foram aqueles que exerceram maior violência sobre a pessoa idosa.

Os enfermeiros descreveram uma situação em que a pessoa idosa sofria de violência por parte do cuidador familiar e como estes experienciaram essa situação. Ao realizar a análise procurou-se o retrato da experiência humana sobre a realidade vivida, que engloba a informação sobre a atividade desenvolvida e a sua importância para as pessoas envolvidas (Fischer, A.; et al; 2009).

Quadro 3. Violência a pessoa idosa caracterizada pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Categoria	Sub-Categoria	Sub-sub- categorias
Violência a pessoa Idosa	Negligência de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Negligência na alimentação • Negligência na administração de terapêutica • Negligência na Higiene • Negligência na higiene da própria habitação • Negligência das AVD's
	Abandono	
	Violência Física	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão, empurrar e apertar • Agressão física na forma do toque e do trato • Violência na transferência
	Violência Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Palavras desajustadas • Violência em termos de palavras • Violência verbal • Agressivo na forma como falava e comunicava
	Violência financeira	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulação do dinheiro
	Violência económica	

De acordo com a análise das situações relatadas pelos enfermeiros entrevistados e segundo o que experienciaram, o tipo de violência mais exercida é a psicológica (referida por 4 enfermeiros) e a negligência de cuidados (referida por 5 enfermeiros). Referiram também situações de violência física e financeira, porém estas são mais difíceis de identificar para os enfermeiros pela sua especificidade. A enfermeira na (E6) refere um exemplo de violência financeira; (...) *também de abuso do dinheiro. Ele como não tem rendimentos, não tem ordenado, não tem trabalho, subsiste do dinheiro da idosa pedindo constantemente dinheiro.* O que vai ao encontro da evidência científica que, refere num estudo que se pretendia identificar as formas de violência em idosos, e verificou-se que 23,5% dos idosos sofreram de algum tipo de violência, nomeadamente psicológica e negligência (Martins, R.; et al 2014).

Ao reverem a situação que experienciaram os enfermeiros identificaram fatores de risco que assumimos como uma categoria.

Quadro 4: Fatores de Risco pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Categoria	Sub-Categoria	Sub-sub-categoria
fatores de risco de risco identificados	Familiar impede os cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento da vítima
	Défice-cognitivo no familiar cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação mental
	Fatores Culturais	<ul style="list-style-type: none"> • Distanciamento familiar
	Questões socio económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Receber a pensão da pessoa idosa • Reforma gerida pelo filho de forma inadequada • Cuidador familiar desempregado • Cuidador familiar dependente da reforma da pessoa idosa • Cuidador familiar divorciado
	Falta de competências dos cuidadores familiares	<ul style="list-style-type: none"> •
	Laços afetivos quebrados	<ul style="list-style-type: none"> • Escalada de violência por desentendimentos há anos • situações de divórcio • Abandono familiar • Conflitos entre irmãos
	Falta de estruturas de proteção para responder a situações de violência	
	O cuidador familiar apresenta dificuldade em mudar a rotina/comportamento	
	Dependência da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidade na mobilidade
	Cuidador familiar dependente de drogas e álcool	
	Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> • Viver sozinho • Casa com pouca acessibilidade • Relações familiares conflituosas • Viver numa moradia e cuidador familiar afasta os vizinhos • acessibilidade
	Exaustão do cuidador familiar	

Os enfermeiros referem alguns fatores de risco, acima enunciados, no entanto os mais mencionados por eles e que lhes foram mais presenciados, relacionam-se com as questões socio económicas, sobretudo o fato do cuidador familiar estar desempregado, gerir a reforma da pessoa idosa, encontrar-se divorciado e morar na casa da pessoa idosa. Nesta linha de pensamento os enfermeiros entrevistados referem que os divórcios, situações de conflitos com irmãos e o próprio abandono familiar, ou seja, laços afetivos quebrados, podem constituir um fator de risco. (...)esta filha não se dava com o irmão, portanto o irmão não permitia que a irmã entrasse dentro de casa. (E7); (...)situações de pessoas em situação de divórcio(...) que têm de cuidar de um familiar (...)(E3). Na opinião dos enfermeiros a própria dependência na mobilidade e o isolamento social são salientados, (...) ele trazia-os muito isolados fechados e naquela casa, apesar de ser uma moradia, mas era um individuo neste caso o filho que até causava muito mau estar até à própria vizinhança. (E5). Os fatores de risco supra citados reforçam o

que a evidência científica refere. Por exemplo, num estudo transversal realizado na Polónia com objetivo examinar o risco que as pessoas idosas tinham de sofrer violência, os autores concluíram que as pessoas idosas vítimas de violência apresentavam redes de apoio social precário, assim como níveis significativos de isolamento social (Tobiasz – Adamczyk, B.; et al 2013). Num outro estudo em que se realizou uma revisão scoping, os autores identificaram como um forte fator de risco à vítima (pessoa idosa), a dependência física. (Pillemer, K., et al, 2016). De forma geral, os fatores de risco apontados pelas enfermeiras vão ao encontro do que a evidencia científica retrata, porém o fator de risco referido na sub categoria “o cuidador familiar apresentar dificuldade em mudar a rotina/ comportamento” não é referido como fator de risco pela literatura. No entanto a reflexão do mesmo no exercício clínico pode ser um fator que leva o cuidador familiar a exercer violência sobre a pessoa idosa, pelo que deve ser considerado em futuras reflexões.

No sentido de reduzir os fatores de risco a literatura aborda diferentes fatores protetores que os enfermeiros nas entrevistas também conseguiram identificar tanto na situação que expuseram como nas suas intervenções em exercício clínico que se apresentam no quadro 4.

Quadro 5: Intervenções que contribuem para a promoção de fatores protetores identificadas pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Categoria	Sub-Categoria	Sub-sub- categorias
Intervenções que contribuem para a promoção de fatores protetores	Proteger a pessoa idosa dependente do cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Agilidade em retirar a pessoa idosa de casa • Participação ao ministério publico • Afastar a vítima do agressor- Vaga de emergência numa casa de acolhimento
	Abordagem multiprofissional em parceria	<ul style="list-style-type: none"> • segurança social • centro de dia para - apoio domiciliário • bombeiros voluntários • Articulação com a PSP
	Conferência familiar	
	Capacitar os cuidadores familiares para o cuidado do outro	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde • Visitas domiciliárias • Sensibilização para apoio do serviço de saúde e apoio domiciliário • Promover informação ao familiar cuidador

		<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de atitude do cuidador por medo de perder a reforma
	Criação de uma rede ligações	<ul style="list-style-type: none"> • Família, • Vizinhos • amigos • Rede familiar • Visitas regulares dos profissionais de centro de dia • Equipa e centro de dia
	Preparar o futuro	
	Pessoa idosa estar na sua casa	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer junto da Família • Permanecer junto dos animais de estimação
	Viver num prédio	<ul style="list-style-type: none"> • Permite maior vigilância pelos vizinhos
	Integração no sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância medico de família • Vigilância enfermeiro de família

No decorrer das entrevistas os enfermeiros identificaram fatores protetores através das próprias intervenções em situações de violência sobre a pessoa idosa dependente do cuidador familiar. Os fatores protetores mais referidos foram capacitar os cuidadores familiares para o cuidado do outro através de ensinamentos do diálogo e das próprias visitas domiciliárias, (...) *criar condições de o cuidador desempenhar a sua função, capacitar (...) (E3); O filho foi sensibilizado para a necessidade de adesão aos serviços de saúde e para a necessidade de apoio domiciliário. Concordou. Aceitou (E2)*. Por outro lado, a criação de uma rede de ligações e a proteção a pessoa idosa dependente do cuidador familiar retirando a de casa são referidos por quatro enfermeiros. Foi ainda identificado como fator protetor viver no prédio pela rede de vizinhos que se cria.

Na opinião dos enfermeiros outros fatores protetores que podem reduzir o risco da pessoa idosa sofrer de violência, resumem-se como se pode constatar no Quadro 5 a uma abordagem multiprofissional em parceria, assim como a integração da pessoa no sistema de saúde, estes dados corroboram a evidência científica que refere, como fator protetor um suporte social que engloba o apoio social e a inserção numa rede de apoio, as visitas recorrentes ao médico de família e a regularidade com que a pessoa idosa frequenta o centro de dia. A estreita relação conjugal e ter os filhos empregados são também considerados fatores protetores (Novo, R.; et al; 2016 e Pillemer, K., et al, 2016).

Nas entrevistas os enfermeiros mencionaram que muitas vezes a vítima oculta a violência perpetuada pelo cuidado familiar, desculpabilizando, retirando a queixa e mantendo-se em situação de risco. *Dizia que o filho efetivamente se esquecia de dar os medicamentos, esquecia-se de dar comer, saía porque tinha que ir à vida dele, que às vezes a magoava, mas não era por mal, era para ajudar. Mas sempre, desculpabilizando o filho (E3). Mantém-se a viver com o filho e quando chegou a hora do processo seguir para tribunal ela desistiu, porque não quis que fosse preso, só queria pregar-lhe um susto e ainda que o susto surtiu efeito e não queria avançar mais com a situação (E6).*

A análise das entrevistas permitiu ainda perceber que as experiências vividas pelos enfermeiros se por um lado promovem o desenvolvimento de competências no sentido de identificarem fatores facilitadores (Quadro 7) e dificultadores (Quadro 8) para promoção do cuidado de Si à pessoa idosa dependente de cuidador familiar, por outro lado suscitam alguns sentimentos que importa analisar.

Quadro 6: Sentimentos sentidos pelos enfermeiros que experienciaram situações de violência a pessoa idosa dependente do cuidador familiar

Categoria	Sub-Categoria	Sub-sub-Categoria
Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros	Preocupação	
	Aflição	
	Raiva para com os cuidadores	
	Sensação de frustração	<ul style="list-style-type: none"> • Por não conseguir mudar a situação
	Injustiça e tristeza	<ul style="list-style-type: none"> •
	Revolta	<ul style="list-style-type: none"> • Por incumprimento do cuidador familiar • Pela falta de cuidados dos filhos
	Zangada	<ul style="list-style-type: none"> • Por dificuldade de comunicação entre profissionais que dificulta a ajuda
	Intimidação	<ul style="list-style-type: none"> • Por ameaças do cuidador familiar
	Impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Por não conseguir fazer mais
	Angústia	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas na decisão mais segura
	Sensação de alívio	<ul style="list-style-type: none"> • Quando se muda a situação
	Dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas na decisão mais seguras

Os enfermeiros referem sentir raiva, revolta, angústia, impotência, dúvidas. subcategoria de raiva o enfermeiro refere que desenvolve sentimentos de raiva pela pessoa que praticam violência sobre a pessoa idosa. *Fico com raiva destas situações e fico com raiva das pessoas que tomam, que tomam estas atitudes(...)* (E3). Sentimentos de revolta também são referidos por estes profissionais de saúde, *senti revolta, porque foram assumidos compromissos vários por parte do familiar cuidador, que não cumpriu* (E2).

As experiências vividas pelos enfermeiros em situações de violência à pessoa idosa dependente do cuidador familiar têm impacto nos próprios enfermeiros, permitindo-lhes desenvolver competências para intervir de forma adequada em situações futuras assim como para a própria gestão emocional.

A gestão emocional é também abordada nas entrevistas, nomeadamente o distanciamento emocional como se explicita na sub categoria dos fatores facilitadores (Quadro 7) para a promoção do cuidado de SI, assim como a experiencia em intervir em situações de violência. A intervenção de uma equipa multidisciplinar, a prestação de cuidados em parceria e a capacitação para o cuidador familiar mudar o comportamento são fatores que proporcionam, segundo os enfermeiros, que a estratégia utilizada na intervenção seja adequada e possivelmente bem-sucedida, permitindo que a pessoa idosa deixe de ser vítima por parte do cuidador familiar.

Quadro 7: Fatores facilitadores para promover o cuidado de Si à pessoa idosa dependente de um cuidador familiar

Categoria	Sub-Categoria	Sub-sub-Categoria
promover o cuidado de Si à pessoa idosa dependente de um cuidador familiar	Distanciamento emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Objetividade na ação
	Cuidado permanente com a pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas à pessoa idosa fora de serviço
	Promoção da qualidade de vida da pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente seguro
	A experiência em intervir nas situações de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da situação • Lidar com a situação • Resolver a situação •
	Capacitar o cuidador familiar a mudar de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo com a família / cuidadores familiares com calma

		<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias e educação para a saúde • Cada situação é uma aprendizagem
	Prestação de cuidados em parceria	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de dia
	Intervenção da equipa interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade pessoal e profissional

Por outro lado os enfermeiros também referem os fatores dificultadores (Quadro 8) para a promoção do cuidado de Si á pessoa idosa, nomeadamente o impacto negativo das situações de violência vivenciadas, as dúvidas dos praceiros, o tempo de espera na resolução da situação, a nota de alta que é dada ao familiar cuidador referindo a desconfiança de violência que permite a quebra de confiança do cuidador familiar pela equipa e a própria inexistência de um sistema de proteção ás vítimas.

Quadro 8: Fatores dificultadores para promover o cuidado de Si á pessoa idosa dependente de um cuidador familiar

Categoria	Sub-Categoria	Sub-sub-Categoria
Fatores dificultadores para promover o cuidado de Si á pessoa idosa dependente de um cuidador familiar	Quebra de laços familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Desapego do cuidador familiar (filho)
	Impacto negativo das situações de violência vivenciadas	
	Dúvidas dos praceiros	
	Incapacidade dos cuidadores familiares para lidarem com situações de dependência	
	Medo do cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Presença do agressor- filho
	Conteúdo da nota de alta	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação entre hospital e cuidados de saúde primários
	Tempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Timings relativo • Seis messes
	Inexistência de um sistema de proteção das vítimas	

Os recursos sociais e de saúde segundo os enfermeiros são na maioria das vezes escassos e limitadores da própria intervenção. A formação e o acompanhamento dos enfermeiros em situações de violência á pessoa idosa são essenciais na detenção na mesma, mas a dificuldade em delegar as responsabilidades na gestão da violência é demorada o que deve ser considerado na implementação da estratégia a optar.

3.2.2 Contribuir para a continuidade do desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem para identificação precoce e intervenção em parceria nas situações de risco de violência contra a pessoa idosa dependente do cuidador familiar em contexto de UCC

No decorrer do diagnóstico de situação foi observada que a equipa de enfermagem detém formação na área da violência a pessoa idosa. No entanto, a equipa sentia necessidade de especializar a sua formação na área da identificação e promoção de fatores protetores para a pessoa idosa não sofrer de violência.

Os conteúdos da formação (APÊNDICE III) basearam-se nas entrevistas realizadas aos próprios enfermeiros e em conceitos importante sobre a violência assim como exemplos de estudos de caso desenvolvidos em grupo que permitiram identificar e refletir sobre os fatores de risco e os fatores protetores.

Foi possibilitado ao enfermeiro a aprendizagem para uma melhor destreza nas futuras intervenções, pelo fato de se ter refletido no exercício clínico através de situações reais, o que permitiu o desenvolvimento de habilidades e competências.

A formação em contexto de trabalho com recurso a uma metodologia ativa e reflexiva, permitiu uma maior mobilização de conhecimentos, uma vez que a equipa multidisciplinar era detentora de conhecimentos e experiência na área do risco da pessoa idosa sofrer de violência. A formação foi interativa e dinâmica o que permitiu captar a atenção de todos para este fenómeno que atualmente têm sido alvo de debate em todas as redes sociais.

A formação em serviço visa aperfeiçoar a prestação de cuidados, contribuindo para processos de mudança de atitudes e comportamentos, refletindo sobre o exercício clínico e fomentando o desenvolvimento social da profissão o que permite

uma adaptação dos serviços às constantes inovações científicas e tecnológicas tendo por base o desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Dias, 2004).

Este projeto proporcionou que situações de violência vividas, experienciadas por enfermeiros fossem analisadas de vários primas, e que se descodificaram em categorias que foram analisadas e comparadas com evidência científica, o que permitiu constatar que esta área de intervenção ainda está muito deficitária, nomeadamente em relação aos recursos da comunidade para proteger a pessoa idosa e na própria prevenção primária juntos das mesmas. A preparação de um envelhecimento ativo e saudável deve passar por uma promoção e potencialização dos fatores protetores que promova na pessoa a promoção do cuidado de si ao longo da vida e na velhice para manter a dignidade da pessoa.

Na UCC onde foi realizado o projeto e estudo foi notório o investimento na formação por parte dos enfermeiros e a sua aplicação no exercício clínico.

Seria interessante replicar o estudo noutros contextos de UCC e outras regiões por forma a comparar formação, situações de violência na pessoa idosa, os fatores de risco e protetores nessa situação, assim como se os protocolos e tempo de espera para a resolução de situações que são consideradas crime público.

4. CONCLUSÃO

A prevenção do risco da pessoa idosa sofrer de violência assenta essencialmente em estratégias adequadas na identificação de fatores de risco e na adequada intervenção centrada na singularidade da pessoa idosa dependente do cuidador familiar. As estratégias de intervenção devem assentar na potencialização assim como na promoção de fatores protetores. Importante referir que os protocolos de intervenção devem ser consensuais e rápidos.

O enfermeiro deve estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa, respeitando e conhecendo o seu projeto de vida e saúde. As aquisições de competências relacionais resultam num processo de negociação que podem potencializar os fatores protetores, como as visitas regulares da própria equipa e do apoio domiciliário e a criação e uma rede de apoio. Importa referir que a própria pessoa idosa intrinsecamente precisa desenvolver fatores protetores, promovendo o cuidado de Si.

A intervenção em parceria envolve a pessoa idosa e o cuidador familiar. O cuidador familiar é essencial para a prevenção da violência na pessoa idosa, pelo que os enfermeiros precisam de ter isso bem presente no sentido que a visita regular do enfermeiro deve ter em conta a necessidade de permite capacita-lo a promover o cuidado de SI a pessoa idosa reduzindo o risco de violência. Esta inclui uma avaliação multidimensional, adequando um plano de cuidados personalizado em que o enfermeiro trabalha em parceria para assegurar o cuidado de SI ou que este seja assegurada pelo cuidador familiar.

A concretização deste projeto que termina com a finalização deste relatório permitiu desenvolver em mim um conjunto de competências que se manifestaram tanto a nível profissional como pessoal.

A integração nos dois contextos foi um desafio: no contexto hospitalar por ser uma equipa bastante jovem e coesa; no contexto de cuidados de saúde primários na UCC a fácil integração na equipa foi potenciadora das competências desenvolvidas, no entanto devido ao nível e formação permitiu que eu otimizasse os meus conhecimentos e recorresse a estratégias mais dinâmicas.

A metodologia utilizada para a realização deste projeto permitiu um melhor planeamento das atividades assim como definição de objetivos específicos. O

diagnóstico de situação foi o mote para detetarmos as necessidades em cada campo e assim planeamos estratégias adequadas que também permitissem ir ao encontro dos objetivos gerais, ou seja, a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre.

As competências adquiridas centraram-se na formação em contexto de trabalho recorrendo a estratégias de supervisão clínica assim como de motivação para um desempenho diferenciado, reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais. Permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento no sentido de facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento da pessoa idosa dependente do cuidador familiar e a equipa multidisciplinar, assim como a tomada de decisão ser suportada em princípios e normas deontológicas. Assim percebemos a urgência da existência de um protocolo de atuação perceptível que defenda a vítima, para que e que a pessoa idosa não sofra de dupla vitimização, sofrendo de violência exercida pelo cuidador familiar e ter de ser a própria a sair de casa.

O estudo realizado permitiu que adquirisse competências de mestre, adquirindo uma capacidade de análise fundamentada num raciocínio crítico e domínio da linguagem em torno de um problema, assim como a sua implicação no exercício clínico.

O que tronou o estudo limitativo foi o fato de o número de enfermeiros ser reduzido, o que seria importante a replicação do mesmo.

A evidência científica e o exercício clínico complementam-se dando ferramentas aos enfermeiros para prestarem melhores cuidados nomeadamente à pessoa idosa. Neste sentido foi realizada uma comunicação oral no V Congresso dos enfermeiros de 27 a 28 de Abril onde foi apresentado um estudo de caso sustentado numa intervenção em parceria denominado “Promoção da Funcionalidade da Pessoa Idosa em Contexto Hospitalar como Fator Protetor para a Prevenção da Violência pelo Cuidador familiar”.

O fim deste percurso projeta-me para o futuro e relembra-me da minha responsabilidade para com a pessoa idosa, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida e bem-estar com serviços adequados e profissionais formados.

Pretende-se escrever e publicar um artigo científico sobre o estudo realizado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Apoio a vítima (2018). *Estatísticas APAV - Relatório anual de 2017*.
Acedido a 11/12/2018.

https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2017.pdf

Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições, 70

Costa, I.; Pimenta, Â.; Brigas, D.; Santos, L.; Almeida, S. (2009). Maus tratos nos Idosos: Abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25. 537-542.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2018)- *Elder Abuse: Risk and Protective Factors*. Acedido a 2/03/2019.
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html#Protective%20Factors%20for%20Elder%20Abuse>

Collière, M. F. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. (2a^{ed}). Lisboa: Lidel

DIAS, J (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures.

Daly, J (2011). Evidence-Based Practice Guideline: Elder Abuse Prevention. *Gerontological Nursing* 37, 11-15.

ESEL (2017). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2017/2018. 8ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.

ESEL (2018). Regulamento de Mestrado 2014. Acedido a 13/12/2018. Disponível em:

https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/D221EEDB-F772-40D1-BF89-51F353E8F0B0/0/Regulamento_mestrado_2014_comdespachos.pdf

Eurostat (2018). Estrutura populacional e envelhecimento. Acedido a 21/01/19.
Disponível em <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

Fernandes, M. (2013). *Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem*. In: Lopes, M. (2013). O cuidado de enfermagem á pessoa idosa. Lisboa. Lusociência.

Fischer, A.; Schroeder, J.; Tontini, G. (2009). Análise de incidentes Críticos: Uso prático desta metodologia numa pesquisa de satisfação dos usuários de serviços bancários. *Af-Revista PMKT* 02: 38-46.

Fonseca. J (1998). A formação em serviço como factor de mudança! Análise de uma experiência. *Informar*. Lisboa. IV. 23-28.

Gama,T. (2016) – Influence of Health personnel’s attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: an exploratory systematic review. *Psychosocial Intervention*. 78. 1-19.

Girão, A.; Guerreiro, I. (coord.) (2011) – *Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria continua*. 1ª Edição. Lisboa. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

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

Gray, A (2016). Advanced or advancing nursing practice: what is the future direction of nursing? *British Journal of Nursing*. 25 (1). 8-13.

Gregory, A. Mackintosh, S., Kumar, S., Grech, C. (2017) Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature. *Geriatric Nursing* 38. 315-324.

INE (2018). *Estatísticas Demográficas de 2017*. Estatísticas oficiais. Lisboa.

- Martins, R.; Neto, M.; Andrade, A.; Albuquerque, C. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*. 46(Espec Cong 1),206-209
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, R.; Rua, M.; Santos, C.; (2014). Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (2). 143-151.
- Novo, R.; Prada, A.; Fernandes, T.; Cerqueira, V. (2016). Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar: guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização. Bragança. Tipografia artegráfica brigantiva.
- OECD (2018). Elderly population (indicator). Acedido a 30/10/2018. Disponível em: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
- Perel – Levin, S. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geneva. World Health Organization.
- Perdigão, A.; Menezes, B.; Almeida, C.; Machado, D.; Chaves da Silva, M.; Prazeres, V. (2014). *Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C.; Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59, No S2, 194-205.
- Pinheiro, I.; Ribeiro, N.; Pinto, A.; Sousa, D.; Fonseca, É.; Ferraz, D. (2013). Correlation of modified barthel index to the international classification of functioning, disability and health. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. São Paulo 13 (1). 39-46
- Registered Nurses' Association of Ontario, (RNAO) (2014). Addressing and preventing Abuse and Neglect of older Adults: person – centred, collaborative,

system-wide approaches. Toronto. ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Regulamento 429/2018. Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de Enfermagem à pessoa em situação peri operatória e área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República série II, Nº 135 (16 de julho de 2018). 19359 e 19364.

Regulamento 122/2011. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República série II, Nº 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8648 a 8650

Ruivo, A; Antunes A; Lopes, J. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descrita de etapas. *Revista percursos*. 15, 1-37.

Santos, S.; Lopes, M.; Vidal, D;. Gautério, D .(2013). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 5, 789-793.

Schuter,J.; Seaton, P. Chaboyer,W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing* 61(1), 107–114

Sequeira, C (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa. Lidel.

Wiser-Hokkanen, C.; Glasberg, A.; Makela, C.; Fagerstrom, L. (2015). Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland – The substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. *Scand J. Caring SCI*. 29. 793 – 802.

WHO (2014). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência2014*. São Paulo.

Yon, Y.; Mikton, C.; Gassoumis, Z.; Wilber, K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta- analysis. *Lancet Glob Health*, 5, 2, 147-156.

ANEXOS

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo II – Escala de Barthel Modificada

	Função Basal		Internamento		5º Dia de Internamento		10º Dia de Internamento	
Higiene Pessoal	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1
	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3
	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4
	Independente	5	Independente	5	Independente	5	Independente	5
Banho	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1
	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3
	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4
	Independente	5	Independente	5	Independente	5	Independente	5
Alimentação	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2
	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5
	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8
	Independente	10	Independente	10	Independente	10	Independente	10
Toalete	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2
	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5
	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8
	Independente	10	Independente	10	Independente	10	Independente	10
Subir escadas	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2
	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5
	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8
	Independente	10	Independente	10	Independente	10	Independente	10
Vestuário	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2
	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5
	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8
	Independente	10	Independente	10	Independente	10	Independente	10
Controle de Bexiga	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2
	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5
	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8
	Independente	10	Independente	10	Independente	10	Independente	10
Controle intestino	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2	Ajuda substancial	2
	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5	Moderada ajuda	5
	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8	Mínima ajuda	8
	Independente	10	Independente	10	Independente	10	Independente	10
Deambulação	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	3	Ajuda substancial	3	Ajuda substancial	3	Ajuda substancial	3
	Moderada ajuda	8	Moderada ajuda	8	Moderada ajuda	8	Moderada ajuda	8
	Mínima ajuda	12	Mínima ajuda	12	Mínima ajuda	12	Mínima ajuda	12
	Independente	15	Independente	15	Independente	15	Independente	15
OU								
Cadeira de rodas	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1	Ajuda substancial	1
	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3	Moderada ajuda	3
	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4	Mínima ajuda	4
	Independente	5	Independente	5	Independente	5	Independente	5
Transferência cama / Cadeira	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0	Incapaz de Realizar	0
	Ajuda substancial	3	Ajuda substancial	3	Ajuda substancial	3	Ajuda substancial	3
	Moderada ajuda	8	Moderada ajuda	8	Moderada ajuda	8	Moderada ajuda	8
	Mínima ajuda	12	Mínima ajuda	12	Mínima ajuda	12	Mínima ajuda	12
	Independente	15	Independente	15	Independente	15	Independente	15
Assinatura / Total								

FONTE: 1) SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. J. Clin Epidemiol, vol. 42, p. 703-709, 1989. 2) CHAGAS E.F., TAVARES M.C.G.C.F. A Simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo, vol. 8 p. 40-50, 2001.

A entrevista semi-estruturada, inclui a recolha de dados sociodemográficos do participante (idade e sexo), da pessoa idosa e do familiar cuidador que participava no incidente (idade aproximada e sexo) e indicação do local onde ocorreu.

Aos participantes, enfermeiros será solicitado que pense num acontecimento recente (nos últimos seis meses) que tenha sido significativo e que envolva uma pessoa idosa dependente do familiar cuidador com risco de violência e que o tenha marcado durante a sua prática profissional. Em particular pretende-se dar resposta às seguintes questões:

1- O que mais impressionou os enfermeiros?

A resposta deve descrever detalhadamente quem estava presente e quem participou; quem fez o quê; como começou a situação; como decorreu e como terminou.

2- Qual o impacto que a situação teve nos enfermeiros?

Para o efeito, devem ser usadas as etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs:

- Descrição – *o que aconteceu? Sentimentos – o que pensou e sentiu?*
- Avaliação – *o que foi positivo ou negativo na experiência?*
- Análise – *que sentido pode encontrar na situação?*
- Planear a ação- *se isso acontecer de novo, o que fazer?*

3- O que deve ser conhecido sobre a pessoa idosa dependente e familiar cuidador em termos dos fatores de risco e fatores protetores a fim de se construir uma parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador que promova o controlo do cuidado de si?

Anexo IV– Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peça-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

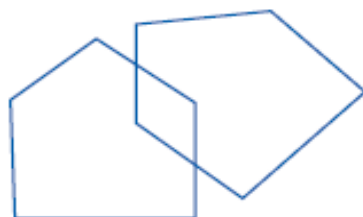
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Anexo V – Escala da sobrecarga do cuidador de Zarit

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

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

**Anexo VI – Documentação que autoriza a implementação do projeto
de estágio nos dois contextos**

Exma. Sra.
Enf.^a Carina Alexandra Martinho

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da Escala de Barthel Modificada

Vimos por este meio informar que está autorizada a aplicação do instrumento de avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD's) – Escala de Barthel Modificada, no Serviço () no âmbito do projeto de estágio inerente ao Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os nossos cumprimentos,

(), 22 de setembro de 2017

DECLARAÇÃO

[REDACTED] Centro de
[REDACTED], declara nada ter nada a opor
quanto à realização do Estudo com o título "Prevenção da violência na pessoa idosa
dependente do cuidador familiar; intervenção de enfermagem na promoção do
cuidado de si", tendo o parecer favorável no dia 20-12-2017, em reunião da Secção
de Investigação - Comissão de Ética ([REDACTED]).

Mais declaro tem o [REDACTED] condições logísticas e humanas que
asseguram a respetiva investigação em condições éticas adequadas, dado que não
acarreta despesas para o Serviço.

Por ser verdade e me ter sido pedida, se passa a presente declaração que vai ser
por mim assinada.

[REDACTED], 10 de Janeiro de 2018

[REDACTED]

Exma. Senhora
Dr.ª Carina Martinho
carina.f.martinho@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
			18.12.2017

Assunto: Prevenção da violência na pessoa Idosa dependente do cuidador familiar: intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de si.

A Comissão de Ética para a Saúde ; apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 15.12.2017, tendo sido emitido um parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização do estudo, desde que resolvidos os aspectos mencionados no parecer.

Com os melhores cumprimentos,



Parecer

Proc.107/CES/INV/2017

Título: Prevenção da violência na pessoa Idosa dependente do cuidador familiar: intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de si

Enquadramento institucional do proponente: 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Investigador(es): Carina Alexandra Fernandes Martinho

Orientador(es): Idalina Delfina Gomes

Fundamentação do estudo:

Segundo dados da Prodata (2016) o número de pessoas idosas com 65 anos ou mais aumentou 4% desde de 2001, passando de 16,5% para 20,5% em 2015. Refletindo-se também no índice de envelhecimento, em 2015 para cada 100 jovens existiam 143,9 pessoas idosas. O envelhecimento da população é uma realidade, da qual emergem consequências como o aumento da incidência de doenças crónicas, que por sua vez podem levar a perda de autonomia e maior dependência física, assim como uma vulnerabilidade acrescida que aumenta o risco de violência.

Assim a par do envelhecimento populacional, a violência contra as pessoas idosas é um fenómeno histórico e simultaneamente atual, que vem crescendo em proporções alarmantes. O aumento do fenómeno da violência, nas suas diferentes formas (físico, psicológico, sexual, financeiro e negligência), tem vindo a ser reconhecido por várias organizações internacionais como um dos mais graves problemas de saúde pública (OMS, 2011).

Segundo dados nacionais da Associação de Apoio a Vitima (2017) em média três pessoas idosas por dia são vítimas de violência, aproximadamente 19 por semana, 77,2% são do género feminino com idade média de 75,6 anos e 71,1% encontram-se reformados.

Os profissionais de saúde estão em posição privilegiada para identificar situações de violência e para intervir preventivamente nas situações de risco sinalizando os idosos e famílias que necessitem de proteção. Pretende-se uma atuação pró-ativa na deteção dos fatores predisponentes e encaminhamento de casos de violência contra pessoas idosas, alicerçada em critérios uniformizados de atuação e no estabelecimento de protocolos com outras entidades (serviços de apoio social e/ou saúde comunitária).

Quais são as implicações das experiências dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa dependente do cuidador familiar com risco de violência em contexto domiciliário?

Modelo de consentimento informado

Texto com tema do estudo, tipo de participação, carácter voluntário e confidencial do estudo

Nota: Não solicita gravação da entrevista

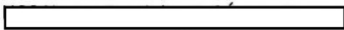
Cronograma:

Colheita de dados prevista para Nov e Dez 2017





Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde:

Parecer favorável da Coordenadora da 

Nota: Falta Dir Executivo

Monitorização da investigação: Omisso

Previsão de custos financeiros para os ACES:

Sem custos previstos para o ACES

Divulgação dos resultados: Omisso

Apreciação

O estudo em apreço tem interesse social, podendo vir a obter-se resultados aplicáveis à prática clínica.

Da análise dos documentos, entende-se estarem salvaguardados os princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população.

No entanto torna-se ainda necessário, a alteração do texto conducente ao consentimento informado, acrescentando a solicitação de autorização para gravação da entrevista, assim como deverá ser entregue a esta comissão parecer da Diretora Executiva do ACES envolvido.

Desta forma, sugere-se parecer favorável condicionado ao envio dos dois documentos atrás descritos.

Declaração de interesses: Nada a declarar

15.12.2017

Apêndice I - Documento de Apoio a Escala de Barthel Modificada

Categoria	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	Dependente em todos os passos da higiene pessoal	Necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.	Necessita de assistência em um ou mais passos da higiene pessoal.	Capaz de conduzir a própria higiene, mas requer assistência mínima antes e/ou depois da tarefa.	Independente pode lavar as mãos e a face, lavar os dentes, realizar a barbeara, pentear-se ou maquiarse.
Banho	Totalmente dependente para tomar banho	Requer assistência em todos os passos para tomar banho.	Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; inclui a impossibilidade de completar a tarefa pela condição de saúde.	Requer supervisão, na regulação da temperatura da água ou na transferência.	Capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
Alimentação	Dependente em todos os passos, inclusive na administração da mesma.	Manipula os utensílios para se alimentar, usualmente a colher, porém, necessita de assistência constante durante a refeição	Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou mesmo colocar a mesa.	Independente para se alimentar de um prato previamente preparado, sendo necessário assistência para, cortar a carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.	Alimenta-se quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, colocar a manteiga, entre outros.
Toalete	Totalmente dependente na ida ao wc.	Necessita de assistência no uso do wc.	Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos.	Necessita de supervisão no uso do wc. Um urinol ou arrastadeira pode ser usado durante a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.	Capaz de se dirigir e sair do wc, vestir-se ou despir-se, pode utilizar o papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma arrastadeira ou um urinol, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
Subir escadas	Incapaz de subir escadas.	Requer assistência em todos os passos implícitos para subir as escadas, incluindo assistência com os meios auxiliares de marcha e dispositivos.	Capaz de subir e descer escadas, porém não consegue utilizar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.	Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão.	Capaz de subir e descer escadas, com segurança, ou seja, sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos e meso auxiliares de marcha.
Vestuário	Dependente em todos os passos para se vestir, incapaz de realizar a atividade.	Capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os passos relacionados com o vestuário	Necessita assistência para se vestir ou se despir.	Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o fecho, apertar os sapatos, entre outros.	Capaz de se vestir e despir, apertar os sapatos, abotoar e colocar um colete, caso eles sejam prescritos.

Categoria	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Controle de Bexiga	Não tem controlo de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.	Necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.	Geralmente seco durante o dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.	Geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.	Tem controlo de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
Controle intestino	Apresenta incontinência fecal.	Têm incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.	Assume a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.	Necessita de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais	Têm controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.
Deambulação	Totalmente dependente para deambular.	Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.	Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os meios auxiliares de marcha.	Independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.	Assume a posição ortostática, sentar-se e coloca os equipamentos na posição para uso. É capaz de usar todos os tipos de meios auxiliares de marcha e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.
cadeira de rodas	Dependente para conduzir a cadeira de rodas.	Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os passos.	Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se	Consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer assistência mínima em espaços apertados.	Independente em todas as etapas relacionadas com a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).
Transferência Cadeira/cama	Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o utente com ou sem auxílio mecânico.	Capaz de participar, porém necessita da assistência de outra pessoa em todos os passos da transferência.	Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.	Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.	Pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O utente deve ser independente em todas as fases da transferência.

FONTE: 1) SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. J. Clin Epidemiol, vol. 42, p. 703-709, 1989. 2) CHAGAS E.F., TAVARES M.C.G.C.F. A Simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo, vol. 8 p. 40-50, 2001.

Apêndice II - Documento “Envelhecer com Respeito: Prevenção da violência à pessoa idosa.”

O QUE FAZER EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA ?



VISITAS REGULARES ao médico e enfermeiro de família

FREQUENTAR locais de convívio (centro de dia/centro de convívio/ clube do movimento, atiles)

MANTER CONVIVIO com amigos, vizinhos e familiares

ACREDITE ! Não está sozinho !!!



Bibliografia:

Perdigão, et al (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

O enfermeiro tem o dever de proteção do direito à qualidade de vida da pessoa idosa, ajudando-a na **RUTURA** da cadeia de abuso e na promoção de ambientes seguros, respeitando o seu direito ao **sigilo profissional** e à autodeterminação em saúde.

FICHA TÉCNICA
Equipa da UCC
Periodicidade Mensal
Responsabilidade: UCC
Colaboração: Junta de Freguesia;
Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Vertente Pessoa Idosa Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)
Carina Martinho
Docente orientador Idalina Gomes

Fevereiro de 2018
N.º17

“ENVELHECE COM RESPEITO”



Prevenção da violência à pessoa Idosa

O QUE É VIOLÊNCIA NA PESSOA IDOSA?

"qualquer forma de **negligência** ou de **Abuso Físico, mental, sexual, ou financeiro** sofrido a partir dos 60 anos de idade"

TIPOS DE VIOLÊNCIA À PESSOA IDOSA

FÍSICA implica o uso da força física, que resulta em lesões, dor ou incapacidade

PSICOLÓGICA - resulta de atos verbais ou não verbais que causem dano

Financeira - entra-se na apropriação de fundos, bens ou propriedades, sem consentimento da pessoa

SEXUAL é qualquer ato sexual não consentido

NEGLIGÊNCIA prende-se com a relação de poder, intimidações e ameaças

A VIOLÊNCIA PODE ACONTECER EM SITUAÇÕES ...

- **Dependência**, para realizar as rotinas do dia a dia;
- **Perda de memória**, devido a doenças que afetam a nível cognitivo;
- **Isolamento social**, quando não sai de casa e/ou quando tem apenas uma ou duas pessoas com quem contata mais frequentemente.



Poderá Ser...

Questões ?

VIOLÊNCIA FÍSICA

Têm medo de alguém em sua casa?
Fica amarrado/contido, ou fechado numa divisão da casa?

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Sente-se sozinho e/ou ignorado?
É forçado a comer? É Privado de algo?

VIOLÊNCIA FINANCEIRA

Tiram-lhe o dinheiro ou bens?

VIOLÊNCIA SEXUAL

Alguém lhe toca sem o seu consentimento?
Obrigam-no a ter relações sexuais ?

NEGLIGÊNCIA

É deixado sozinho por longos períodos?
Não lhe são colocadas as próteses dentárias e os óculos?

**Apêndice III- Formação em Contexto de Serviço “Prevenção da
Violência á Pessoa Idosa: Fatores Protetores”**

Prevenção da violência à pessoa idosa : Fatores protetores



CARINA MARTINHO

Orientadora: Prof.ª Idalina Gomes
Enfª Sílvia Matias

Sumário

1. Definição de conceitos
2. Situação atual
3. Prevenção Primária
4. Fatores Protetores
5. Protocolo de atuação
6. Intervenção
7. Análise de casos

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**





Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

1. Definição de conceitos

Violência a Pessoa Idosa



Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

2. Situação Atual

UCC

- População / Grupos Vulneráveis (pessoas idosas)
- Centros de dia
- Clube do movimento

ECCI

- Dependência
- Cuidador Familiar
- Isolamento
- Comorbilidades

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

3. Prevenção Primária

Fatores de risco inerentes ao Idoso

↓
Identificação /
Modificação
fatores de risco.

- ✓ Idade avançada;
- ✓ Comorbilidades
- ✓ **Limitação funcional;**
- ✓ Deterioração cognitiva, alterações psicológicas e do comportamento;
- ✓ Dependência física e emocional relativamente ao cuidador;
- ✓ Escassos recursos económicos;
- ✓ Reduzido nível educacional;
- ✓ Condições sanitárias precárias;
- ✓ **Isolamento social;**
- ✓ Antecedentes pessoais ou familiares de maus-tratos

Costa, L; Pimenta, A; Diana, B et al (2009). Maus tratos nos idosos. Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral 25, 537-542.

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

3. Prevenção Primária (continuação)

Fatores de risco inerentes ao **Cuidador**

- Sobrecarga
- Doença psiquiátrica
- Dependência de substâncias
- Antecedentes pessoais ou familiares de maus-tratos;
- Baixos recursos económicos,
- Existência de cuidador formal (contratado),
- Relação conflituosa ,
- Falta de apoio familiar, social e financeiro.

Costa, L.; Pimenta, A.; Diana, B. et al (2009). Maus tratos nos idosos. Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral 25, 537-542.

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**



4. Fatores Protetores



Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**



4. Fatores Protetores (continuação)

Pessoais e relacionados com a família

- Boas estratégias de coping, conhecer os direitos e deveres civis
- Plano de segurança pessoal partilhado com um familiar, amigo, vizinho

Ambientais

- Serviços disponíveis para todas as religiões, transportes acessíveis,
- Políticas que protejam a pessoa idosa

Relacionais

- Famílias coesas, carinhosas, preocupadas
- A família relacionar-se com varias pessoas, amigos ,vizinhos, com os cuidadores prestadores de serviços

sociais

- Promover imagens positivas das pessoas Idosas
- Cultura de respeito pela sabedoria das pessoas mais velhas

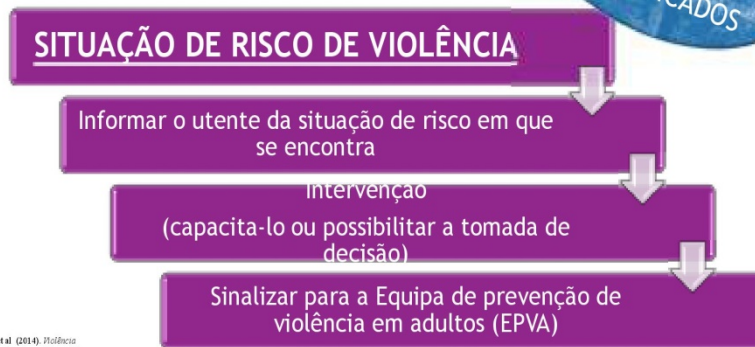
Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**



Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**



5. Protocolo de atuação



Perúglio, A. et al (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**



6. Intervenção

- Tomada de consciência
- Apoio integral e interdisciplinar
- Desenvolver plano de segurança
- Recursos externos
- Prevenir



Perúglio, A. et al (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**





“QUEM NÃO RESPEITA O IDOSO, NÃO RESPEITA HISTÓRIA, SABEDORIA, TRADIÇÕES, AMOR E ACIMA DE TUDO, NÃO RESPEITA A CARIDADE NEM SEU PRÓPRIO FUTURO”

ANÁLISE DE CASOS

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

1º Caso

Fatores de Risco ?

Fatores Protetores ?

Intervenção

- O Srº Antonio **78** anos, vive com a esposa de 76 anos. Tinha uma filha que faleceu.
- Era mecânico tendo um a reforma + ou - 700€.
- Vivia numa casa, com **acesso através de escadas**, a casa têm dimensões pequenas o quarto é composto por uma cama, guarda fatos e messas de cabeceira, não passa uma cadeira de rodas nas portas e a casa de banho tem uma banheira.
- Antecedentes: **Síndrome Demencial**, IR, IC, hábitos etílicos, ex fumador
- Referenciado para ECCL pelo hospital por apresentar uma **UP de grau três no calcâneo a esquerdo**, com tecido desvitalizado e a realizar tratamento com aquaçel Ag+ 3xsemana. O sr. Antonio encontra-se também **algaliado** com SY nº.14, por retenção urinária, urina clara sem sedimentos. Foi entubado com SNG durante o período de internamento por recusa alimentar, neste momento alimenta-se de forma independente com orientação verbal. Faz carga e **dá curtos passos com apoio humano bilateral**.
- De referir que esta referenciado para UMLD, preparada alta para domicílio com apoio domiciliário 2 x por semana. Esposa recusou institucionalização e apoio para transporte e medicação da Santa Casa.

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

2º Caso

Fatores de
Risco ?

Fatores
Protetores ?


Intervenção

- A D. Maria de **83** anos viúva, tendo a neta como cuidadora familiar. Esta encontra-se desempregada; filha de único filho que faleceu.
- Vive num apartamento sem elevador.
- Antecedentes: DPOC, IC, Diabetes tipo II.
- Reforma baixa.
- Encaminhada da unidade de convalescência para ECCL, Por **UP de grau III** no terço médio do membro inferior esquerda, com indicação para tratamentos 3xsemana. **Necessita de O2 a 1/mim** que realiza durante 16 horas. Deambula com apoio de andarilho. Apresenta edemas ligeiros nos membros inferiores.
- Neta dá apoio durante o dia (10 às 18), preparando as refeições, e prestando cuidados de higiene. **Durante a noite fica sozinha com o sua gata pantufa**. Após o jantar diariamente a vizinha do lado vai assistir com a D. maria a novela das 9h.

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Vertente - Enfermagem à Pessoa Idosa



Que importam os anos? O que importa mesmo é comprovar que afinal de contas a melhor idade da vida é estar vivo.

CARINA MARTNHO

OBRIGADA

Prevenção da violência À pessoa idosa : **Fatores protetores**