



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

**Capacitação do cuidador familiar na prevenção de
quedas da pessoa idosa no domicílio: Intervenção de
Enfermagem**

Ana Sofia Lopes Cunha

**Lisboa
2022**



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

**Capacitação do cuidador familiar na prevenção de
quedas da pessoa idosa no domicílio: Intervenção de
Enfermagem**

Ana Sofia Lopes Cunha

Orientadora: Professora Maria Adriana Henriques

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A arte na medicina às vezes cura, de vez em
quando alivia, mas sempre conforta”

Paulo Campello, s.d.

DEDICATÓRIA

Um grande obrigada a todos os cuidadores familiares e pessoas idosas que me ajudaram através da realização das entrevistas/inquéritos. A vossa paciência em ouvir o que tinha a dizer e a partilha das vossas histórias tornou-me uma pessoa mais rica.

À Professora Maria Adriana Henriques por todo o apoio e incentivo durante a realização deste percurso.

À Enfermeira supervisora Graça Capela, pela empatia e apoio durante todo o estágio. A sua compreensão e dedicação tornou tudo mais fácil.

À minha querida amiga e colega Celina Abrunhosa, sem a qual a realização deste relatório e especialização nunca teria acontecido. Obrigada por nunca me deixares desistir.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária

AVD – Atividade de Vida Diária

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

s.d. – Sem data

SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

RESUMO

O envelhecimento da população é um conhecido fenômeno mundial que acarreta preocupação pelo aumento do grau de dependência das pessoas idosas. Em grande parte dos casos, quando existe necessidade de cuidados, é a família que assume a prestação dos mesmos. Uma das consequências negativas do aumento da dependência da pessoa idosa é a ocorrência de quedas, que além de prejuízo para a mesma, traz também consequências negativas para quem cuida. Ser cuidador familiar de uma pessoa idosa no domicílio pode trazer consequências negativas para o cuidador, pelo que é necessário conhecer as suas necessidades e reconhecer que estes também precisam de intervenção de enfermagem. Este trabalho pretende avaliar o risco de queda das pessoas idosas dependentes no domicílio, e de acordo com o risco identificado e as condições do contexto, desenvolver um plano de intervenção que possa contribuir para a prevenção das quedas no domicílio.

Palavras-chave: intervenção enfermagem, prevenção de quedas, cuidador familiar, domicílio e pessoa idosa.

ABSTRACT

The aging of the population is a known worldwide phenomenon that causes concern because of the increase in the degree of dependency of elderly people. In most cases, when there is a need for care, it is the family that assumes the provision of such care. One of the negative consequences of the increase of dependence in the elderly is the occurrence of falls, which in addition to hurting them, also brings negative consequences to the caregiver. Being a family caregiver of an elderly person at home can have negative consequences for the caregiver, so it is necessary to know their needs and recognize that they also need nursing intervention. This work aim is to assess the risk of falling of dependent elderly people at home and, according to the identified risk and the context conditions, develop an intervention plan that can contribute to the prevention of falls at home.

Keywords: nursing intervention, fall prevention, family caregiver, home care and elderly.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Cuidadores familiares e a pessoa idosa no domicílio	12
1.2. A pessoa idosa e o risco de queda no domicílio.....	19
2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO	26
3. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	29
3.1 Desenvolver competências sobre as necessidades dos cuidadores familiares	29
3.2 Caracterizar o perfil do cuidador da USF.....	31
3.3 Realizar formação no domicílio ao cuidador familiar	40
3.4 Mobilizar a equipa de enfermagem para a realização de intervenções de prevenção de queda na pessoa idosa através da capacitação do cuidador familiar	41
3.5 Discussão dos resultados.....	42
4. COMPETÊNCIAS QUE EMERGIRAM DO PERCURSO.....	48
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma

Apêndice II – Scoping review

Apêndice III – Registo de enfermagem na visita domiciliária

Apêndice IV – Guia para o cuidador

Apêndice V – Apresentação do projeto na USF

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Motivo para a necessidade de cuidados pelo cuidador familiar	32
Figura 2. Dependência da pessoa idosa na realização das AVD's	33
Figura 3. Dependência da pessoa idosa na realização das AIVD's	34
Figura 4. Escolaridade dos cuidadores familiares	35
Figura 5. Sobrecarga apresentada pelo cuidador familiar na prestação de cuidados no domicílio	36
Figura 6. Habitações com fatores de risco de queda modificáveis	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Avaliação das condições habitacionais nos domicílios de pessoas idosas dependentes com cuidador familiar.....	30
--	----

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do estágio realizado para conclusão do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à pessoa Idosa, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O local de estágio escolhido foi uma Unidade de Saúde Familiar (USF) do distrito de Lisboa, unidade do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), e decorreu de 23 de novembro de 2020 a 16 abril de 2021.

O estágio aqui relatado, foi planeado e realizado como parte integrante do projeto “Perfil dos cuidadores do Município de Lisboa” coordenado pela ESEL, no qual o ACES supracitado é parceiro e permitiu identificar o perfil do cuidador familiar de pessoas idosas dependentes e as necessidades da díade (cuidador/ pessoa cuidada) inscritos na USF, avaliar o risco de queda das pessoas idosas dependentes no domicílio, e de acordo com o risco identificado e as condições do contexto, desenvolver um plano de intervenção que possa contribuir para a prevenção das quedas no domicílio.

Em 2019 existiam 90,5 milhões de pessoas idosas a viver na União Europeia (UE), que representa cerca de um quinto (20,3%) da população total. Segundo projeções, no decorrer dos próximos 30 anos, o número de idosos na UE segue um caminho ascendente, podendo atingir os 29,4% em 2050 (Eurostat, 2020a).

No âmbito da segurança da pessoa idosa, as quedas continuam a ocupar um papel relevante no que se refere às possíveis implicações na sua vida e na do seu cuidador. Globalmente, as quedas são um problema de saúde pública e estima-se que ocorram cerca de 684000 quedas mortais por ano, tornando-se esta a segunda principal causa de morte. Os adultos com mais de 60 anos sofrem o maior número de quedas mortais (World Health Organization (WHO), 2021).

Qualquer pessoa corre o risco de ter uma queda, no entanto, para a pessoa idosa as consequências deste evento podem ter maior impacto, sendo que o risco de queda vai aumentando consoante a interação dos fatores de risco. A queda em si, influencia o declínio das funções da pessoa idosa e causa repercussões a nível físico, funcional, psicossocial e económico, pois a recuperação na pessoa idosa ocorre de forma mais lenta (Oliveira, Oliveira, Dias e Rocha, 2016).

Este relatório descreve, inicialmente a contextualização do problema, seguido do enquadramento teórico. O segundo capítulo refere a metodologia. Seguidamente é abordada a divulgação dos resultados e as reflexões que emergiram do percurso, finalizando com as conclusões.

O trabalho foi elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association, tendo em conta o Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos de 2020, em vigor na ESEL.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidadores familiares e a pessoa idosa no domicílio

Segundo a WHO (2015), o envelhecimento é definido pelo aumento da quantidade de pessoas idosas na população total e por haver um aumento na esperança média de vida quando comparativamente com há 50 anos.

Para este relatório, são consideradas pessoas idosas as pessoas com 65 anos de idade ou mais.

O envelhecimento das populações cresce rapidamente em todo o mundo e a maioria das pessoas pode esperar viver até aos 60 anos ou mais. É esperado que o índice de envelhecimento duplique até 2080, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens. Na última década, observou-se um aumento de 2,9 pontos percentuais no conjunto da UE. O crescimento da percentagem de idosos pode ser explicado pelo aumento da longevidade à medida que a esperança média de vida aumenta. Outro aspeto do envelhecimento é o envelhecimento progressivo da própria população idosa, à medida que o número de pessoas muito idosas cresce a um ritmo superior do que qualquer outro segmento etário da população, prevê-se que a percentagem de pessoas com 80 anos de idade ou mais, aumente duas vezes e meia entre 2019 e 2100, de 5,8 % para 14,6%. Para o período entre 2019 e 2100, prevê-se que as pessoas com 65 anos ou mais representarão 31,3 % em comparação com 20,2 % em 2019 (PORDATA, 2020; Eurostat, 2020a).

Relativamente à percentagem de pessoas com 65 anos ou mais em 2019, Portugal e a Finlândia registaram as percentagens mais altas (21,8%), enquanto a Irlanda (14,1%) e o Luxemburgo (14,4%) registaram as percentagens mais baixas (Eurostat, 2020b).

De acordo com o National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2016), e com base nos resultados do National Health and Aging Trends Study de 2011 realizado nos Estados Unidos da América, existe um grande número de pessoas idosas a necessitar de cuidados frequentes, dos quais 6,3 milhões receberam ajuda com as tarefas domésticas ou nos autocuidados devido a limitações de saúde ou incapacidade funcional (incapacidade de realizar tarefas básicas de autocuidado que geralmente são necessárias para uma vida independente).

Assim, existem consequências para a saúde, para os sistemas de saúde, para os profissionais de saúde e para os custos em saúde. Intervenções que envolvem os

cuidadores e as pessoas cuidadas podem oferecer uma mais-valia ao sistema de saúde. Isto implica uma mudança profunda na forma como as políticas de saúde para o envelhecimento da população são formuladas e os serviços são prestados, permitindo um maior ajuste e apoio a esta nova realidade (WHO, 2015; Nuckols et al., 2017).

O cuidador principal ou familiar pode ser definido como qualquer parente, parceiro, amigo ou vizinho que tenha um relacionamento pessoal significativo e ofereça uma vasta assistência a alguém com uma condição crónica ou incapacitante. É também quem acaba por ter a seu cargo a responsabilidade quase total da supervisão, orientação e acompanhamento de outros que o passam a ajudar nessas funções. Estes podem ser cuidadores primários ou secundários e viver com ou separadamente da pessoa que recebe os cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006; Sena e Gonçalves, 2008).

É possível perceber que existem cada vez mais cuidadores a prestar cuidados complexos a um familiar dependente no seu domicílio. Ribeiro e Pinto (2014) realizaram um estudo com 241 famílias que prestavam cuidados a um familiar dependente. Com este estudo foi possível observar que, considerando o grau de dependência do autocuidado global, 7,9% das pessoas eram totalmente dependentes, 91,7% tinham algum grau de necessidade de ajuda de outra pessoa (necessitavam de ajuda para o levante do sofá, mas conseguiam andar sozinhos, necessitavam de ajuda para cortar os alimentos, mas conseguiam comer sozinhos, entre outros) e 0,4% necessitavam apenas do auxílio de equipamentos (andarilho, banco para a higiene pessoal, talher adaptado, entre outros).

Adotar a função de cuidador familiar de alguém com limitações funcionais, especialmente as que são de maior dependência, é uma experiência que tem um impacto significativo na vida do cuidador, e que acaba por causar alterações físicas, emocionais e sociais, porque o cuidado é grande parte das vezes longo e contínuo, e envolve diversas intervenções que exigem conhecimentos específicos e que se acumulam com todas as outras atividades do dia-a-dia, levando por vezes a uma sobrecarga de trabalho, devendo por isso ter-se em conta as suas necessidades (Sena e Gonçalves, 2008).

Os cuidadores que fornecem ajuda substancial nos cuidados de saúde são 1,8 vezes mais prováveis de ter dificuldades emocionais e têm mais do que o dobro de probabilidade de ter dificuldades físicas e dificuldades financeiras do que os

cuidadores que fornecem alguma ou nenhuma ajuda nos cuidados. Os cuidadores que fornecem ajuda substancial são 5,3 vezes mais propensos a experienciar restrições de participação em atividades sociais, como visitar amigos e familiares, sair para socializar e assistir a eventos religiosos ou participar em reuniões ou atividades em grupo (Wolff, Spillman, Freedman e Kasper, 2016).

É fundamental ter em conta as necessidades dos cuidadores, integrá-los no plano de cuidados juntamente com a pessoa idosa a quem prestam cuidados e capacitá-los de conhecimentos e competências, para que haja menos dificuldades no cuidado.

As intervenções destinadas a apoiar os cuidadores podem melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados. As intervenções que foram testadas por meio de ensaios clínicos envolveram uma ampla gama de técnicas terapêuticas e mostraram que a educação e o treino podem melhorar a confiança do cuidador na gestão dos desafios diários. O desenvolvimento de habilidades do cuidador e as modificações ambientais podem melhorar a qualidade de vida da díade. O processo de desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades pode ser demorado, por isso é importante que a equipa de enfermagem acompanhe e mantenha com os cuidadores uma relação próxima, de modo que desenvolvam as aptidões necessárias (Lewis e Zahli, 1997; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

Apesar dos profissionais de saúde e cuidadores serem parceiros nos cuidados, a intervenção de enfermagem deve envolver cuidados centrados não apenas na pessoa cuidada, mas também no seu cuidador.

Como profissionais de saúde devemos trabalhar em parceria com a pessoa e com o seu cuidador familiar, de forma que o plano de cuidados seja adaptado às necessidades da ambos. Por se tratar de uma pessoa idosa dependente, significa que a mesma necessita de ajuda para satisfazer uma atividade de vida diária (AVD) ou atividade instrumental de vida diária (AIVD) e o objetivo é melhorar a sua capacidade em realizar essa atividade.

O cuidado centrado na pessoa (CCP) envolve os atributos dos enfermeiros, o ambiente de cuidado, os processos centrados na pessoa e os resultados esperados (McCormack e McCance, 2006).

Os enfermeiros têm em conta as necessidades físicas e psicológicas das pessoas, têm tempo e conhecem a pessoa a quem prestam cuidados, tendo em conta

as suas competências profissionais. Estas competências centram-se nos conhecimentos e habilidades para a tomada de decisões e para o estabelecimento de prioridades no cuidado. O ambiente de cuidado centra-se no contexto em que o cuidado é prestado, promovendo a tomada de decisão partilhada (através do fornecimento de informações) e relações eficazes com os profissionais de saúde. É fundamental ter em conta as crenças e valores da pessoa, pois trata-se da valorização sobre a sua vida pessoal e como a mesma dá sentido ao que lhe acontece. Os resultados esperados incluem a satisfação e o envolvimento no cuidado, sensação de bem-estar e a tomada de decisões partilhadas (McCormack e McCance, 2006).

Os cuidadores são um grupo extremamente importante quando se trata de prestar cuidados a pessoas idosas dependentes, precisando de ser estimulados e apoiados nas situações em que experienciam dificuldades. Cuidar de alguém significa estar exposto às consequências associadas a uma relação de cuidado. No entanto, apesar do interesse dos cuidadores familiares em manter a saúde e o bem-estar da pessoa idosa dependente, há uma falta de apoio estruturado e sistemático das organizações de saúde para com os mesmos. Cuidar destes cuidadores é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a proteção da saúde e do bem-estar da díade (pessoa idosa/cuidador) (Sequeira, 2012).

Dado o envelhecimento da população e o risco de quedas aumentado, é fundamental cuidar destas pessoas idosas, e quando necessário envolver no cuidado os seus cuidadores familiares para diminuir a sua sobrecarga nos cuidados, pois uma necessidade identificada pelos cuidadores num estudo feito na Tailândia foi a educação dos mesmos e a prevenção de quedas na pessoa idosa (Termglinchan, et al., 2022).

Muitos internamentos hospitalares e reinternamentos ocorrem pelas dificuldades no cuidar, levando a um agravamento do estado de saúde pela falta de capacidades e conhecimentos do cuidador ou pela falta de apoio social. Para que haja uma melhoria na qualidade dos cuidados, a capacitação do cuidador deve fazer parte das intervenções da equipa de enfermagem. Torna-se então fundamental, que os profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas idosas e aos seus cuidadores familiares, estejam dispostos a recorrer a diferentes estratégias de ensino, que permitam a minimização de reinternamentos e o abandono do papel do cuidador, possibilitando a interação e consolidação de vínculos, proporcionando segurança nos cuidados prestados (Landeiro, Peres e Martins, 2016).

Algumas das consequências de cuidar de uma pessoa idosa dependente são a sobrecarga e o stress do cuidador familiar. A sobrecarga do cuidador familiar é maior, quando a pessoa idosa apresenta mais patologias que a tornam mais dependente nas suas AVD's e AIVD's, ou quando as horas de cuidado com a pessoa idosa são superiores. A sobrecarga pode surgir também pelo sentimento de responsabilidade e obrigação em cuidar (Ding, et al., 2022).

A sobrecarga pode ser objetiva e subjetiva, pois o impacto na saúde física e mental dos cuidadores pode ser diferente. A sobrecarga objetiva refere-se à prestação de cuidados, que pode ser avaliada pelo tempo gasto na prestação de cuidados e pelos cuidados em si. A sobrecarga subjetiva foca-se na autopercepção do impacto da sobrecarga objetiva sobre os cuidadores (Chou, Fu, Lin e Lee, 2011; Wang, Xiao, He, Ullah, e Bellis, 2014).

Um dos modelos de stress dos cuidadores que continua atual, é o de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990). É um modelo multidimensional, criado com o propósito de explicar como cuidadores diferentes, que estão expostos ao mesmo contexto, podem perceber ou lidar de modo diferente com a mesma situação, especialmente no que diz respeito à forma como lidam com o stress. De acordo com os mesmos, esta diferença pode ser influenciada por variáveis como género, idade, etnia, escolaridade, entre outros. Eles descrevem quatro domínios: o contexto e história de cuidado; os elementos de stress e tensão; as atenuantes do stress e tensão; e os resultados ou consequências do stress. Competências bem desenvolvidas e a ajuda de outras pessoas, podem melhorar o stress vivenciado pelo cuidador.

Ser cuidador pode ser uma experiência positiva para a díade, no entanto, também tem o potencial de ser desgastante e stressante devido à prestação de cuidados, à complexidade dos cuidados em si e à própria relação entre o cuidador/pessoa cuidada. Para garantir a qualidade dos cuidados e diminuir o risco de sobrecarga do cuidador, o papel do cuidador familiar deve ser reconhecido e valorizado pelos profissionais de saúde para garantir que estes não se sintam sozinhos e isolados.

Os cuidadores que prestam cuidados com base em altruísmo e reciprocidade interpretam a situação como positiva e valiosa para a díade, ao contrário da prestação de cuidados baseada no dever e nas normas ou obrigações familiares, que levam a um impacto negativo sobre as pessoas envolvidas. Para desenvolver intervenções com o objetivo de apoiar os cuidadores familiares e as pessoas idosas, é importante

compreender a razão da sobrecarga e quais os fatores que contribuem para a mesma (Lilleheie, Debesay, Bye e Bergland, 2021).

Os cuidadores devem ser alvo de cuidados para que não ocorram situações como os conflitos entre familiares, o abandono do trabalho ou a não participação em momentos de lazer (Pedreira e Oliveira, 2012; Sousa, Ferreira, Gonçalves, Polaro e Fernandes, 2020).

Os profissionais de saúde devem estar despertos para que exista uma autopercepção por parte da pessoa cuidada em ser um fardo, bem como dos cuidadores considerarem a prestação de cuidados como um fardo. O sistema de saúde não deve apenas apoiar os cuidadores familiares, mas valorizar a sua contribuição e incluí-los como membros essenciais da equipa (Lilleheie, Debesay, Bye e Bergland, 2021).

É fundamental que os cuidadores sejam valorizados para que tenham mais disponibilidade para cuidar de si e do outro. Quando ocorre uma queda pode haver consequências psicológicas, sociais e económicas, como também a perda de confiança pelo medo de novas quedas, dor crónica, perda de independência e alteração na qualidade de vida. É importante por isso, envolver o cuidador familiar com o objetivo da prevenção no domicílio, através de um papel ativo da díade, com acompanhamento nas visitas domiciliárias, promovendo-se a motivação e adesão ao exercício, assim como a autoconfiança e autonomia da pessoa idosa (Mittaz Hager, Mathieu, Lenoble-Hoskovec, Swanenburg, de Bie e Hilfiker, 2019).

As quedas são um problema de saúde pouco reconhecido, e muitos fatores como o envelhecimento da população, o aumento da urbanização e estilos de vida sedentários, levam a que as taxas globais de lesões relacionadas com as quedas aumentem. A visão de que as quedas são uma parte inevitável da vida, especialmente à medida que se envelhece, pode criar um conformismo e desatenção quando se trata de como dar resposta a este problema. Existe evidência de consciencialização de que muitas quedas são evitáveis e que os esforços para a sua prevenção são eficazes. O esforço necessário para prevenir as quedas pode ser feito por todos os que são afetados pelas mesmas, como é o caso da comunidade, a pessoa idosa, profissionais de saúde, instituições, cuidadores, membros políticos, entre outros (WHO, 2021).

As quedas acarretam também consequências para o cuidador, uma vez que podem ser eventos traumáticos, involuntários e imprevisíveis, ocorrendo lesões na

pessoa idosa que alteram a sua mobilidade, aumentando a necessidade de cuidados da pessoa idosa (Romão e Nunes, 2018).

As quedas que ocorrem em escadas ou casas de banho estão associadas a um alto risco de lesões entre as pessoas idosas. As visitas domiciliárias são frequentemente usadas para orientar as intervenções de prevenção de quedas. Por este motivo, os cuidadores têm um papel crítico no desenvolvimento da compreensão sobre a importância das quedas e da sua prevenção. É especialmente importante fornecer à família informação e habilidades sobre como identificar fatores de risco e como agir para diminuir a probabilidade de ocorrerem. Também é fundamental garantir que os cuidadores estão totalmente familiarizados com as evidências mais recentes relacionadas com a avaliação, prevenção e tratamento de quedas (WHO, 2007; Blanchet e Edwards, 2018).

Abad-Corpa, Lidón-Cerezuela e Cristóbal Mesequer Liza (2021), realizaram um estudo com o intuito de reunir evidências qualitativas sobre o papel dos cuidadores na prevenção de quedas de pessoas idosas, e referem que essas evidências permitirão às instituições de saúde detetarem as necessidades de saúde da forma como são percebidas pelos cuidadores familiares nos próprios contextos de interação, o que levará a um conhecimento mais real, abrangente e holístico, que irá orientar os profissionais de saúde para intervenções de maior qualidade e com maior sucesso na sua implementação.

Devem ser promovidas intervenções que permitam um acompanhamento contínuo, conseguindo-se criar uma ligação com a equipa de enfermagem que tornará mais fácil incentivar a participação social com outros grupos que vivem situações semelhantes e conseguindo-se criar uma rede de apoio para os cuidadores na comunidade (Sousa et al., 2020).

A intervenção da equipa de enfermagem pode ajudar a lidar com as dificuldades, que devem ser trabalhadas com o objetivo do bem-estar biopsicossocial do cuidador e da pessoa idosa (Sousa et al., 2020).

As visitas domiciliárias de profissionais de saúde com intervenções de suporte na prestação de cuidados, pode ajudar a diminuir a sobrecarga do cuidador familiar, quando este é orientado sobre as suas necessidades e presta os cuidados à pessoa idosa com mais disponibilidade para o cuidado (Pedreira e Oliveira, 2012).

Por falta de conhecimento, alguns cuidadores familiares não executam práticas que garantam a segurança de quem cuidam, sendo por isso importante a sua

capacitação. É necessário criar um plano de prevenção de quedas em que os profissionais de saúde possam trabalhar com os cuidadores e, desta forma, promover a saúde das pessoas idosas e prevenir as complicações causadas por uma queda. É importante que se modifiquem os comportamentos de risco e se garanta que as pessoas idosas tenham acesso a qualquer local, permitindo-os manter uma vida ativa, dentro das suas capacidades, e sem lesões (Oliveira et al., 2016).

1.2. A pessoa idosa e o risco de queda no domicílio

A definição de queda pode ter várias interpretações e, habitualmente, pelos profissionais de saúde é definida como uma perda de equilíbrio que provoca alterações na saúde. Na literatura surge como um evento de causas individuais ou ambientais. A WHO refere que queda é o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao chão ou a um nível inferior, sendo traumático, involuntário e inesperado, que depende de vários fatores, e que resulta, frequentemente, em consequências para a pessoa que sofre a queda e para o seu cuidador (WHO, 2021).

Embora todas as pessoas que sofram uma queda tenham risco de lesão, a idade, o género e o estado de saúde da pessoa podem diferenciar a gravidade da lesão. As pessoas idosas têm o maior risco de morte ou lesões graves decorrentes de uma queda, sendo que este risco aumenta com a idade. O risco está associado a alterações físicas, sensoriais e cognitivas associadas ao envelhecimento, juntamente com o ambiente não adaptado para a população envelhecida. Em alguns países, observou-se que os homens eram mais propensos a morrer de uma queda, enquanto que as mulheres sofriam mais quedas não fatais (WHO, 2021).

Aproximadamente 30% das pessoas com mais de 65 anos caem pelo menos 1 vez por ano, e para aqueles com mais de 75 anos as percentagens são maiores. Entre 20% e 30% das pessoas idosas que sofrem uma queda, resulta uma lesão que reduz a mobilidade, aumenta a dependência e o risco de morte prematura (WHO, 2004). As quedas são a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais no mundo, e as pessoas com mais de 60 anos de idade sofrem o maior número de quedas fatais (WHO, 2021).

Em 2017, morreram na Europa cerca de 171452 pessoas devido a quedas. Destas, 842 mortes foram em Portugal, correspondendo a cerca de 82% de pessoas com 65 anos ou mais, e cerca de 70% de pessoas com 75 anos ou mais (INE, 2019b).

Em 2018, a queda foi a principal causa de morte nas pessoas idosas nos

Estados Unidos da América, correspondendo a 32522 mortes (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Sensivelmente, uma em cada cinco quedas precisa de cuidados médicos e uma em cada vinte quedas provoca uma fratura na pessoa que a sofre. As lesões mais frequentes são hematomas e feridas dos tecidos moles, e as fraturas mais frequentes são a do colo do fémur, do punho, do úmero e da bacia (Direção-Geral da Saúde (DGS) e Fundação MAPFRE, 2012).

As consequências de uma queda vão muito além da parte física, podendo provocar alterações psicológicas que afetam a realização de AVD's e podem fazer com que a pessoa perca a própria confiança no seu equilíbrio a longo prazo. É importante que haja reflexão acerca da queda anterior, para que se possam prevenir futuras quedas (Honaker e Kretschmer, 2014).

As lesões causadas por quedas colocam um enorme peso sobre as pessoas, a sociedade e o sistema de saúde. A queda pode levar a várias consequências físicas, psicológicas e sociais, que vão interferir na qualidade de vida, levando muitas vezes a um declínio funcional mais rápido, internamento hospitalar, ingresso em instituições, medo e até mesmo à morte (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Oliveira et al., 2016).

As lesões associadas a quedas nas pessoas idosas, podem ser graves, provocando diminuição da mobilidade e perda da independência. A probabilidade de ocorrer uma queda é maior quando existem problemas de mobilidade, equilíbrio, perda de força muscular, doenças crónicas e o uso de medicação para as mesmas (Florence et al., 2018).

Os principais fatores de risco para a ocorrência de quedas estão relacionados com as características individuais das pessoas e as circunstâncias. A WHO divide estes fatores como: comportamentais (polimedicação, uso excessivo de álcool, falta de atividade física, calçado desadequado); ambientais (habitações de fraca construção, chão e escadas escorregadios ou irregulares, tapetes sem antiderrapante e iluminação insuficiente); socioeconómicos (baixos rendimentos e escolaridade, habitações precárias, falta de sociabilização e de recursos da comunidade, acesso limitado a serviços sociais e de saúde); biológicos (idade, género, doenças crónicas e declínio das funções cognitivas, afetivas e físicas); e falta de políticas robustas para reduzir efetivamente os fatores de risco para quedas e suas consequências. Quando

existe interação entre estes fatores, o risco de queda aumenta significativamente (WHO, 2007; WHO, 2021; Abad-Corpa et al., 2021).

Há um impacto significativo para os cuidados de saúde, que podem ser custos diretos (relacionados com os custos do tratamento) e indiretos (ausência do trabalho pela pessoa idosa ou cuidador familiar e por necessidades extras por aumento da dependência) (WHO, 2004; Vaishya e Vaish, 2020).

Intervenções que se focuem em exercícios, podem reduzir a taxa de quedas e o risco de queda, comparado com os cuidados habituais. São vários os fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de ocorrência de uma queda nas pessoas idosas, como por exemplo, o enfraquecimento dos músculos, as articulações rígidas, a presença de hipoacusia, diminuição da acuidade visual, os efeitos secundários de medicação, o cansaço e a confusão, entre outros. A intervenção deverá ser ao nível dos fatores de risco modificáveis. Portanto, são exemplos de intervenções: exercícios que incluam marcha, equilíbrio, treino de força e flexibilidade; medicação que inclua suplementos de vitamina D e cálcio, se houver défice; tratamento cirúrgico no caso de existência de cataratas, ou uso de óculos, se recomendado; exercícios para melhorar a incontinência urinária ou reeducação vesical; alterações no meio ambiente, adequando o mobiliário e as instalações; ajuda com auxiliares de marcha, uso de dispositivos antiderrapantes (para o piso e para o calçado); treino de cuidadores no domicílio; melhor acessibilidade em bairros e espaços públicos; alarmes pessoais vestíveis, sensores de queda e dispositivos móveis com botões de emergência; sistemas organizados de "verificação" para as pessoas idosas que vivem sozinhas; impedir o uso de escadas, cadeiras, entre outros, para aceder a alturas (para chegar a móveis mais altos, trocar lâmpadas, entre outros) (Hopewell, et. al, 2018; WHO, 2021).

Para uma intervenção eficaz na comunidade, as ações passam pela combinação de medidas de promoção da atividade física, atuação sobre os fatores de risco e de proteção, pela melhoria das condições de segurança da habitação, da revisão da medicação e da avaliação do risco individual, em pessoas que apresentem pelo menos duas quedas no ano anterior (DGS, 2012).

Apesar de existirem diversas recomendações e estudos sobre como diminuir as quedas, não existem critérios objetivos ou globais para avaliação do risco de queda no domicílio. Recorre-se à escala de Morse que é utilizada em meio hospitalar, mas não permite avaliar devidamente o contexto comunitário.

Blanchet e Edwards (2018) referem que a falta de definições padrão e critérios objetivos para avaliar os riscos ambientais das quedas limita comparações significativas entre os diversos estudos já realizados, o que leva a uma diminuição dos avanços neste campo.

Visto que é no domicílio que as pessoas idosas têm o seu ambiente familiar mais preservado, seria importante que o mesmo se encontrasse otimizado para a segurança da pessoa idosa.

O objetivo da revisão de Abdi, Spann, Borilovic, de Witte e Hawley (2019), foi identificar as necessidades de cuidado e apoio às pessoas idosas, com foco naqueles que vivem no domicílio com condições crónicas no Reino Unido. Salientam a vida social, as atividades relacionadas com autocuidado, a vida doméstica, a mobilidade e a saúde mental como áreas principais nas quais a pessoa idosa enfrenta alguma dificuldade e precisa de ajuda.

Através da promoção da saúde, o enfermeiro deve focar-se na prevenção e na adoção de medidas que possam ajudar os cuidadores a criar um ambiente seguro para a diáde (Oliveira et al., 2016).

A visita domiciliária pode ser usufruída de diferentes maneiras, dependendo da situação em que se encontrem os cuidadores. As experiências positivas indicam que uma única visita domiciliária bem estruturada é capaz de os capacitar, fortalecer a sua autoestima, transmitir-lhes a informação necessária e aumentar a consciencialização da importância de cuidarem com conhecimentos sólidos e com menos sobrecarga, utilizando os seus próprios recursos (Behm, Ivanoff e Zidén, 2013).

Houve um estudo com pessoas idosas portuguesas em relação a quedas esporádicas e quedas frequentes, em que se analisaram 647 pessoas com média de idade nos 73 anos, na região de Lisboa e Vale do Tejo, para determinar o perfil do risco de queda nesta população. Neste estudo, a idade não foi um fator de risco para quedas esporádicas ou frequentes, o número de quedas foi superior no caso do género feminino, o facto de a pessoa idosa residir sozinha no domicílio foi um fator de risco para quedas esporádicas, e as quedas frequentes estavam mais associadas a comorbilidades e eram menos prováveis de ocorrer devido a fatores externos (Moniz-Pereira, et al., 2013).

Também em 2013, houve um estudo num Hospital de Lisboa em que se analisaram 153 notificações de incidentes de quedas com lesão, em que a média de idade da pessoa que teve a queda foi de 72 anos. O motivo principal que contribuiu

para a queda na pessoa idosa foi a iniciativa para a satisfação de alguma necessidade fisiológica, confusão da pessoa e o seu estado de saúde. Para a unidade hospitalar o maior custo em saúde foram as quedas que representaram lesões de origem ortopédica, sendo que os custos diretos tendem a aumentar com a gravidade da lesão resultante dessa queda. Os locais mais frequentes em que a queda ocorreu foram o quarto, as instalações sanitárias e o corredor (Romão e Nunes, 2018).

Além das consequências relacionadas com a pessoa idosa, a queda também pode trazer consequências para o cuidador familiar, obrigando muitas vezes ao reajuste da dinâmica familiar, a deveres adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste do cuidador (Direção Regional da Solidariedade Social, 2016). Por forma a que os cuidadores criem um ambiente seguro no seu domicílio, os enfermeiros devem capacitar os mesmos a ficarem atentos a atividades que representem risco, de modo a prevenir a ocorrência do evento (Oliveira et al., 2016).

A capacidade do profissional de saúde para identificar e distinguir as pessoas idosas com risco de queda e sem risco de queda influenciam o sucesso das intervenções (Moniz-Pereira, et. al, 2013).

No que diz respeito aos modelos preventivos, Abad-Corpa et al., (2021) falam em modelos de controlo do risco (mais intervencionistas e típicos do ambiente institucional) ou de gestão do risco. Este último é mais holístico e negociador e é o que se encontra mais frequentemente na comunidade. Em ambos os modelos aparecem atividades como programas, avaliação de risco, vigilância e monitorização, adaptação do domicílio, trabalho em equipa entre profissionais de saúde e familiares, e uma abordagem holística da pessoa idosa dependente.

As intervenções para lidar com os fatores de risco incluem a melhoria dos problemas de mobilidade física, consciencialização sobre o uso de medicamentos, infraestrutura comunitária e o próprio domicílio, políticas e legislação apropriadas. Embora alguns fatores de risco não possam ser alterados, como idade e género, outros fatores poderão ser. As intervenções podem ser implementadas como intervenções únicas ou como parte de programas multifatoriais que são adaptados para atender às necessidades individuais da díade e aos fatores de risco identificados (WHO, 2021).

Silva, et al., (2019) divide as intervenções em categorias para minimizar os riscos ambientais: implementação de medidas preventivas na adaptação do ambiente

físico residencial; orientação sobre as ajudas técnicas necessárias; implementação de medidas preventivas a nível das acessibilidades e referência para suporte social/comunitário quando necessário; minimizar os riscos individuais: desenvolver e aperfeiçoar o equilíbrio e a marcha; fortalecer a musculatura dos membros; melhorar a amplitude do movimento articular; aumentar a flexibilidade muscular; desenvolver a coordenação e destreza de movimentos; melhorar a função cardiorrespiratória e tolerância à atividade física; reduzir o medo de cair e aumentar a autonomia e independência do idoso; capacitar o cuidador: ensinar sobre as medidas preventivas das quedas; instruir e treinar o cuidador sobre as técnicas de apoio necessárias; apoiar na gestão dos cuidados; implementar ações de sensibilização na comunidade e desenvolver ações formativas à equipa de saúde.

A WHO (2021) classifica algumas das intervenções como intervenções de prevenção primária que são projetadas para evitar quedas, como por exemplo, a proteção de janelas, colocação de corrimões nas escadas ou piso antiderrapante, e intervenções de prevenção secundária, que têm como intuito minimizar o impacto de uma queda caso esta aconteça, como por exemplo, chão macio ou alcatifa, protetores de trocanteres e costas, proteções nos cantos dos móveis, exercícios para fortalecer os ossos e músculos após uma queda, entre outros.

O incentivo à realização de exercícios de força muscular seria adequado para todas as pessoas idosas, pois é importante para a manutenção da independência das mesmas, assim como para a prevenção de quedas. Há também benefício estudado em exercícios baseados na dança, que incluem exercícios posturais, agachamento, marcha e toque no calcâneo, com frequência de uma hora por dia, três dias por semana (Kato, Islam, Koizumi, Rogers e Takeshima, 2018).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, dando seguimento ao plano preconizado pela WHO e às orientações do PNSD 2012-2016, cujo objetivo principal é a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados (Despacho nº 1400-A/2015), pretende também prevenir a ocorrência de quedas através da elaboração de normas sobre prevenção e redução de ocorrência de quedas, implementação de intervenções e execução de auditorias.

O PNSD 2021-2026, encontra-se estruturado em cinco pilares que têm 14 objetivos estratégicos, dentre os quais fazem parte: “aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidado” através do envolvimento do doente, família, cuidador e sociedade e

“adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador”. É importante a implementação de estratégias que reduzam os incidentes para haver ganhos em saúde. A segurança da pessoa requer um esforço contínuo de todas as partes e uma abordagem sistémica. O plano mencionado tem como objetivo promover a segurança na prestação de cuidados, incluindo no domicílio, sem negligenciar os princípios como a comunicação e a implementação de práticas seguras em ambientes complexos (PNSD, 2021, p. 99-101).

Foram surgindo ao longo dos anos, inúmeras entidades de vários países, grupos de profissionais, projetos e investigações focadas na prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Intervenções no âmbito da prevenção que reduzam o número de quedas em pessoas idosas podem levar a uma redução nos gastos em saúde (Florence et.al, 2018). No entanto, em Portugal não há estudos conhecidos sobre o impacto financeiro das quedas nas pessoas idosas, nem uma estratégia nacional de prevenção das mesmas.

É fundamental envolver os cuidadores no plano de cuidados na perspetiva da prevenção de quedas da pessoa idosa, uma vez que os mesmos referem medo em relação à dependência de quem cuidam após uma queda, pelo que é importante a disponibilidade para o cuidado. Quando há mais medo de uma nova queda por parte da pessoa idosa, é mais difícil conseguir a sua participação em intervenções que previnam novas quedas (Shen, Hu, Liu e Tong, 2015).

2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

O relatório desenvolvido enquadra-se na metodologia de projeto, que tem como finalidade resolver problemas, através da aquisição de capacidades e competências pessoais para a elaboração e a concretização de um projeto numa situação concreta. É necessário que se tenha em conta que os recursos disponíveis para atingir os objetivos que se pretendem, sejam viáveis e adaptados à realidade (Imperatori e Giraldes, 1993).

A primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico de situação, que permite elaborar um modelo descritivo da realidade. É feita uma análise das necessidades da população, com o objetivo de desenvolver estratégias, utilizando os recursos disponíveis, para promover a autonomia das pessoas. Esta etapa foi realizada na Unidade Curricular Opção II, aquando da realização do projeto de estágio. O projeto foi desenvolvido e executado no período de 7 semanas, de 14 de setembro a 30 de outubro de 2020.

A problemática acerca das quedas nas pessoas idosas e a capacitação aos cuidadores familiares surgiu pela necessidade de prevenir a ocorrência de quedas nas pessoas idosas dependentes no domicílio, tendo como foco a díade, uma vez que na USF a visita domiciliária acontece maioritariamente para o tratamento da pessoa idosa, depois de ocorrer uma lesão após uma queda.

Seguidamente são definidos os objetivos, que indicam os resultados que se desejam alcançar. O planeamento surge como a terceira etapa em que se definem as atividades e os recursos necessários para que os objetivos definidos se possam alcançar (Cronograma – Apêndice I). Posteriormente põe-se em prática o que foi planeado através da execução e avaliação.

Todo o estágio foi realizado numa USF que pertence ao ACES Lisboa Norte.

Na última etapa, há a divulgação dos resultados, na qual se apresenta o caminho percorrido para a resolução do problema, resultando no presente relatório de estágio.

A recolha de dados decorreu durante todo o período de estágio, e foi realizada através do instrumento de avaliação que integrou o projeto “Perfil dos Cuidadores do Município de Lisboa”. O questionário que teve a autorização pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, obtida a 2 de fevereiro de 2021, foi preenchido maioritariamente em visitas domiciliárias, nas quais eram

observadas as condições habitacionais e o contexto da pessoa idosa e do seu cuidador familiar. Todos os dados obtidos neste estudo foram anonimizados e armazenados de forma segura. Os dados relativos aos utentes que identifiquei com risco de queda foram-me disponibilizados para complemento deste relatório.

A USF é uma unidade funcional que integra o ACES Lisboa Norte pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta Unidade iniciou a sua atividade de prestação de cuidados em atividade modelo B no dia 01/01/2012, e tem como principal missão melhorar o nível de saúde da população através da prestação de cuidados de saúde gerais atuando nas três vertentes da saúde: prevenir, tratar e reabilitar. A equipa de saúde guia-se pelos valores de coesão, entreajuda e partilha, acessibilidade, globalidade, personalização, humanização e continuidade e é constituída por 7 enfermeiros e 7 médicos que fazem equipas aos pares. E por 5 secretários clínicos (Serviços Partilhados de Ministério da Saúde (SPMS), 2017).

A política de prevenção e monitorização do risco de queda está implementada na USF e faz parte da avaliação para o registo no processo individual informatizado no programa SClínico. Para fazer a avaliação do risco de queda é utilizada escala de Morse.

Janice Morse iniciou a construção da Escala de Quedas de Morse em 1985 em várias fases até 1989, a qual se encontra a ser aplicada a nível internacional. Já em 2011 a DGS indica a necessidade de avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (Morse, Morse e Tylko, 1989 e DGS, 2019).

A Escala de Quedas de Morse foi adaptada para português da versão da língua inglesa após se ter obtido autorização formal da autora. A versão portuguesa é semanticamente equivalente à versão original, sendo considerada fiável. No entanto, a sua utilização é recomendada na prestação de cuidados Hospitalares em Portugal, mas não existe ainda uma adaptação para a realidade dos Cuidados de Saúde Primários, utilizando a mesma versão que em contexto Hospitalar (Costa-Dias, Ferreira e Oliveira, 2014). Esta versão encontra-se na Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 da DGS.

É realizada a avaliação do risco de queda, pela equipa de enfermagem em algumas situações de consultas de enfermagem na USF e quando se realizam visitas domiciliárias.

O estudo desenvolvido foi um estudo transversal em que a população abrangida foram os utentes inscritos na USF, com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os géneros, que tinham cuidador familiar no domicílio no período em que decorreu o presente estágio.

Para a realização deste estágio, foi fundamental a colaboração da equipa de enfermagem, pois foi através da mesma que o recrutamento da população em estudo foi realizado, ou seja, os cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes no domicílio foram identificados pelas enfermeiras da USF.

3. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Aquando da realização do projeto defini como objetivo geral: capacitar o cuidador familiar para prevenir as quedas da pessoa idosa no domicílio. Como objetivos específicos foram delineados: desenvolver competências sobre as necessidades dos cuidadores familiares; caracterizar o perfil do cuidador da USF; realizar formação no domicílio ao cuidador familiar; e mobilizar a equipa de enfermagem para a realização de intervenções de prevenção de queda na pessoa idosa através da capacitação do cuidador familiar.

As visitas domiciliárias com a enfermeira supervisora facilitaram a observação participante na prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

Seguem-se os objetivos específicos com a descrição das atividades desenvolvidas para que cada um fosse atingido com sucesso, de acordo com o que foi planeado.

3.1 Desenvolver competências sobre as necessidades dos cuidadores familiares

O estágio foi desenvolvido no mesmo período com uma colega, com o objetivo do foco de cuidados no cuidador familiar, em diferentes perspetivas, pelo que juntamente com a professora orientadora e a supervisora clínica, se decidiu fazer uma revisão da literatura em conjunto, sobre as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes no domicílio.

Desta revisão resultou uma scoping review que me permitiu perceber quais as maiores necessidades dos cuidadores familiares e me ajudou a intervir numa necessidade encontrada no local de estágio: o risco de ocorrência de uma queda na pessoa idosa. Esta revisão scoping irá ser submetida para publicação numa revista da especialidade (Apêndice II).

Através da revisão de literatura, percebi que alguns dos fatores de risco da ocorrência de uma queda passam também pela medicação e comorbilidades existentes. Durante as visitas domiciliárias, e através do diálogo com os cuidadores familiares, foi possível perceber que as pessoas idosas tomavam diversa medicação por apresentarem doenças crónicas e alguns tinham apresentado uma queda durante o último ano. As condições do contexto, na maioria das vezes, encontravam-se desajustadas, relativamente ao que é referido na literatura, que se deve modificar no

sentido da prevenção de uma queda, nomeadamente ao nível dos tapetes, iluminação, mobiliário e calçado. Neste sentido a informação foi fornecida com base em conhecimentos consolidados e de acordo com a evidência científica, através do CCP idosa e no cuidador familiar.

Neste sentido, consegui elaborar uma tabela para avaliação das condições habitacionais com base nas orientações da WHO (2021), que me serviu como guia de observação aquando das visitas domiciliárias e me permitiu fornecer informação acerca das condições modificáveis nos domicílios, para intervir de forma direcionada e individualizada (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação das condições habitacionais nos domicílios de pessoas idosas dependentes com cuidador familiar

Condições habitacionais:	Sim	Não
• Iluminação insuficiente		
• Tapetes soltos pelo domicílio		
• Ausência de corrimão ou barra de segurança na banheira		
• Pavimento molhado ou escorregadio		
• Mobília instável ou móveis nos corredores		
• Gavetas abertas		
• Escadas com degraus diferentes		
• Animais domésticos		
• Portas desniveladas com o chão, ou chão com irregularidades		

Algumas atividades para a avaliação das necessidades dos cuidadores familiares no domicílio já tinham sido exploradas na Unidade Curricular Opção II, aquando do diagnóstico da situação e a reunião com a enfermeira supervisora clínica da USF, na qual decorreu o presente estágio.

Ficou também em ambiente de trabalho, nas pastas partilhadas em rede, um documento em Microsoft Word, criado com o objetivo de identificar as pessoas idosas com cuidador familiar no domicílio, e a expectativa da constante atualização, pela equipa de enfermagem.

As visitas domiciliárias, foram de facto o momento mais próximo com a díade, e em que consegui prestar cuidados tendo em conta as necessidades de ambos, com o objetivo de capacitar o cuidador familiar para prevenir as quedas da pessoa idosa no domicílio. Os cuidados foram prestados tendo em conta o CCP, com intervenções

individualizadas, tendo em conta as decisões e preferências da pessoa idosa e do seu cuidador.

3.2 Caracterizar o perfil do cuidador da USF

Ao longo do estágio os cuidadores familiares, correspondentes aos critérios de inclusão do presente estudo, foram constantemente atualizados pela equipa de enfermagem da USF. Dos questionários realizados durante o estágio, consegui obter uma amostra de 14 cuidadores. Os dados foram recolhidos durante a visita domiciliária, preenchidos num ambiente seguro e com o respeito pela privacidade das pessoas.

O registo do risco de quedas é obtido pelo score da Escala de Morse em sistema informático no processo individualizado em SClínico. Na USF não havia periodicidade no registo da mesma, nem sinalização das pessoas com risco elevado.

As visitas domiciliárias eram agendadas diariamente e a sua gestão nem sempre foi fácil pela equipa de enfermagem, pela questão da pandemia vivida durante o período em estágio, no entanto, as mesmas aconteceram. Foram tidas em conta as devidas recomendações de equipamentos de proteção individual, sempre que o risco assim o justificasse.

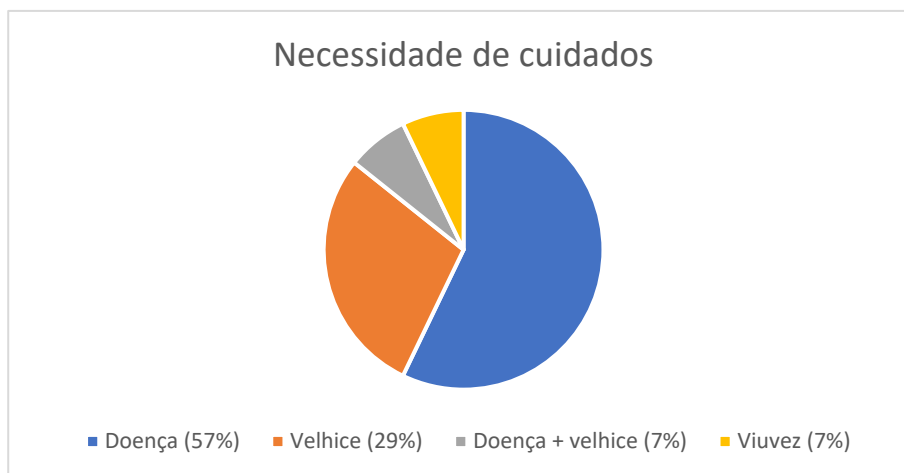
Tendo em conta a amostra do meu estudo, a pessoa idosa tem uma média de idades de 86,8 anos, com intervalo de idades entre os 75 e os 98 anos. Destas pessoas idosas, 8 são viúvas, 5 casadas e uma solteira. Uma tem um curso superior, duas o 9º ano, sete pessoas idosas a 4ª classe, uma sabia ler e escrever e uma não sabia ler nem escrever.

A média de idade dos cônjuges dos 5 inquiridos casados é de 83 anos. No que diz respeito à escolaridade, 2 concluíram o 12º ano, 2 têm o 9º ano, 5 têm a 4ª classe, 2 o ensino preparatório, 1 respondeu outro e 2 não frequentaram a escola, mas sabem ler e escrever.

Foi questionado há quanto tempo recebiam cuidados por parte do seu cuidador, em que as respostas variaram de 1 ano até 15 anos, apresentando uma média de 5 anos e 3 meses. Um dos inquiridos não respondeu.

Os principais motivos que levaram à necessidade de prestação de cuidados por parte de um cuidador familiar são maioritariamente a doença, seguido da velhice (Figura 1).

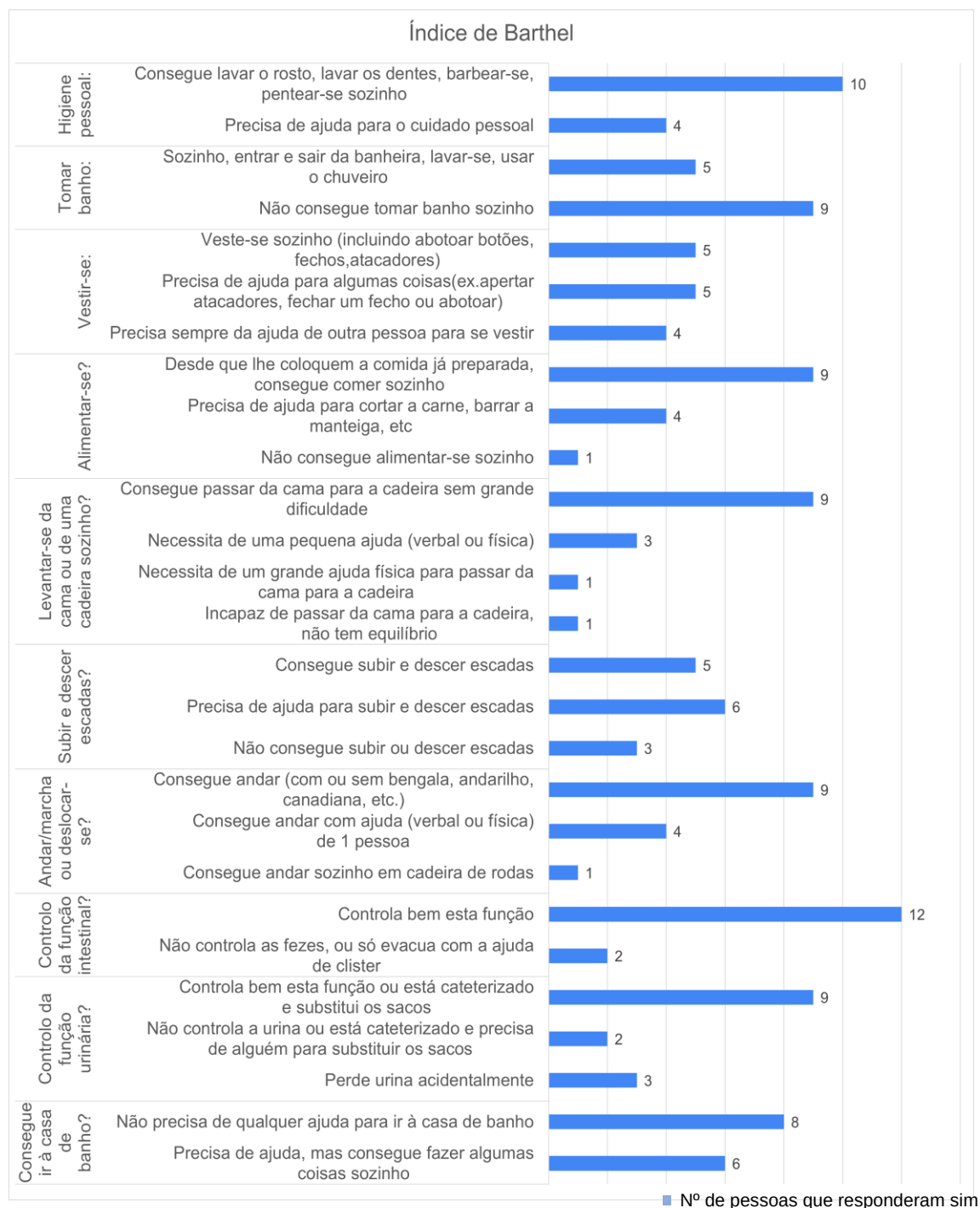
Figura 1. Motivo para a necessidade de cuidados pelo cuidador familiar



Das 14 pessoas idosas, 3 (21.4%) responderam à sua parte do questionário com autonomia e 11 (78.6%) foram respondidos na pessoa do seu cuidador.

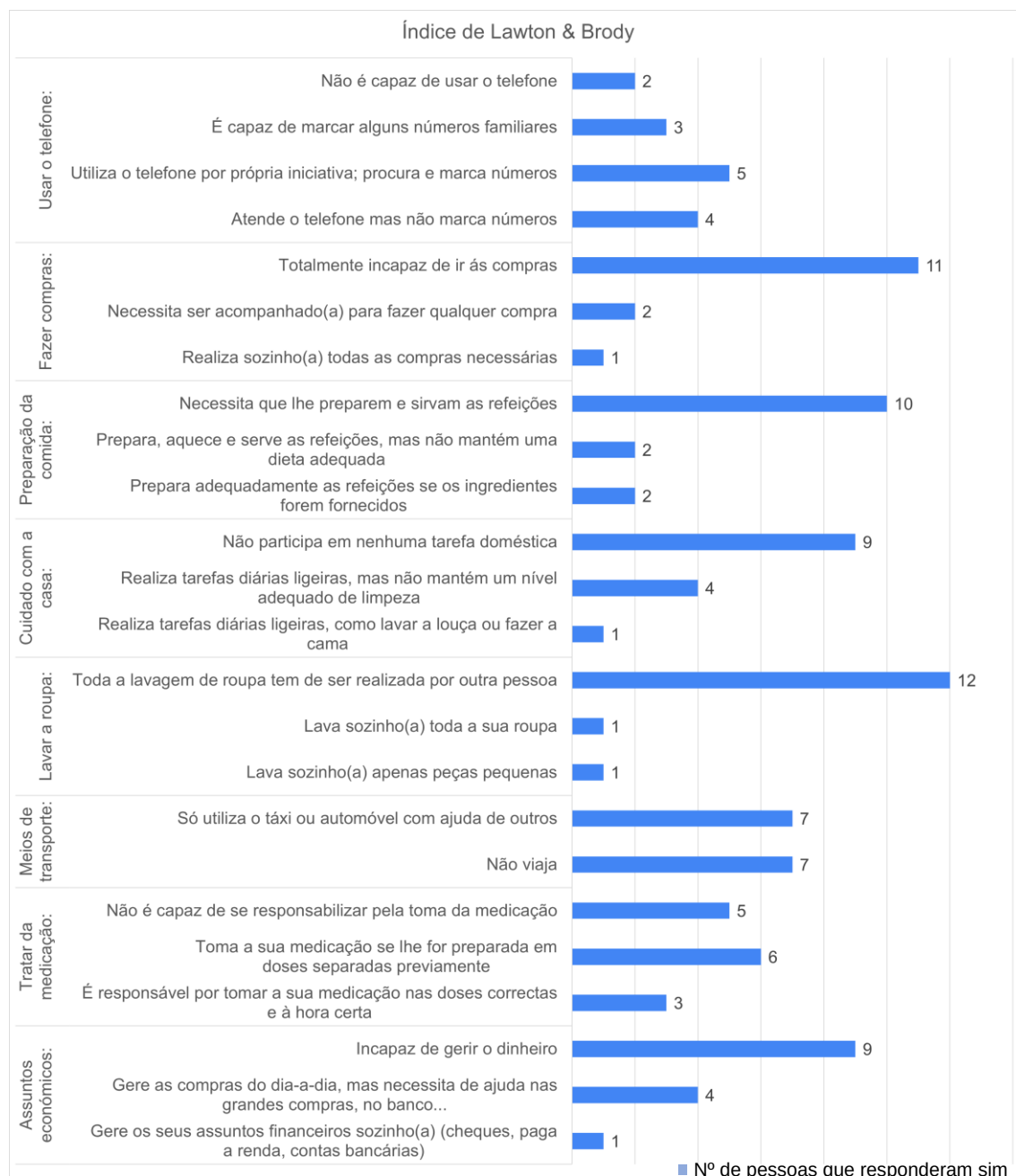
Relativamente à dependência da pessoa idosa percebe-se a necessidade de cuidados para realização das AVD's maioritariamente em relação aos cuidados de higiene e à questão da mobilidade, como nos mostra a Figura 2.

Figura 2. Dependência da pessoa idosa na realização das AVD's



No que se refere às AIVD's, a maioria das pessoas idosas precisa de ajuda essencialmente em relação às compras, na preparação de refeições, nos cuidados com a casa e com a roupa, com os meios de transporte e na gestão do dinheiro (Figura 3).

Figura 3. Dependência da pessoa idosa na realização das AIVD's



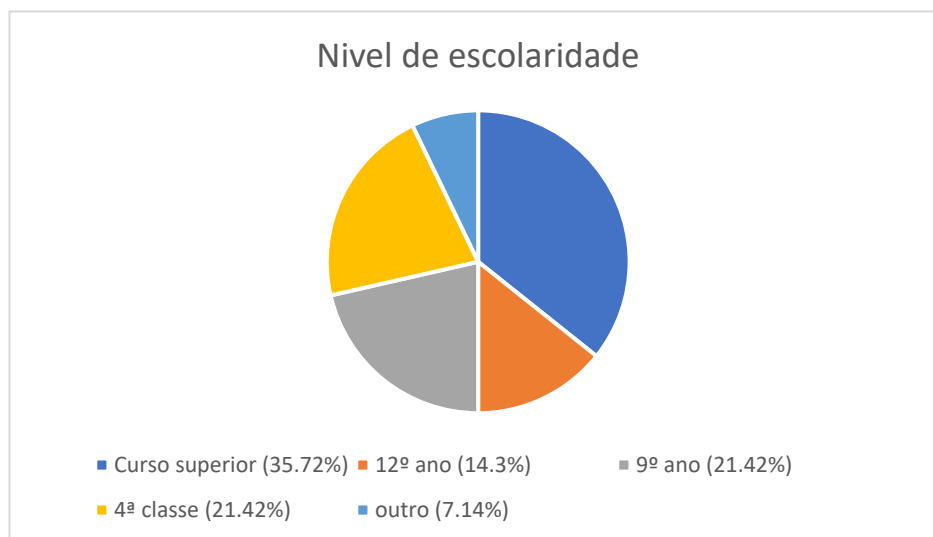
Relativamente aos cuidadores familiares, o cuidador mais novo tem 49 anos e o mais velho 91 anos, em que a média é de 70 anos. Dos 14 cuidadores, 13 são do género feminino e 1 do género masculino. Dez são casados/união de facto, 2 solteiros e 2 divorciados. Nove são filhas e 5 são cônjuges.

No que se refere à caracterização do contexto laboral, 10 (71.4%) estão reformados, 3 (21.4%) estão empregados por conta de outrem e 1 (7.2%) está desempregado.

Quatro cuidadores não residem no mesmo domicílio que a pessoa idosa, sendo que 10 cuidadores familiares partilham a mesma habitação.

O nível de escolaridade dos cuidadores é maioritariamente um curso superior (Figura 4).

Figura 4. Escolaridade dos cuidadores familiares



No que se refere à situação financeira, 6 cuidadores apresentam um rendimento bruto entre os 665-1270 euros mensais, 3 referem rendimentos entre os 1270-1905 euros, 2 com rendimentos entre os 1905-2540 euros, 1 cuidador com rendimentos entre os 2540-3175 euros, 1 cuidador com rendimentos superiores a 3175 euros por mês e 1 cuidador optou por não responder a esta questão.

O número de horas despendidas na prestação de cuidados à pessoa idosa no domicílio foi em média 13h por dia.

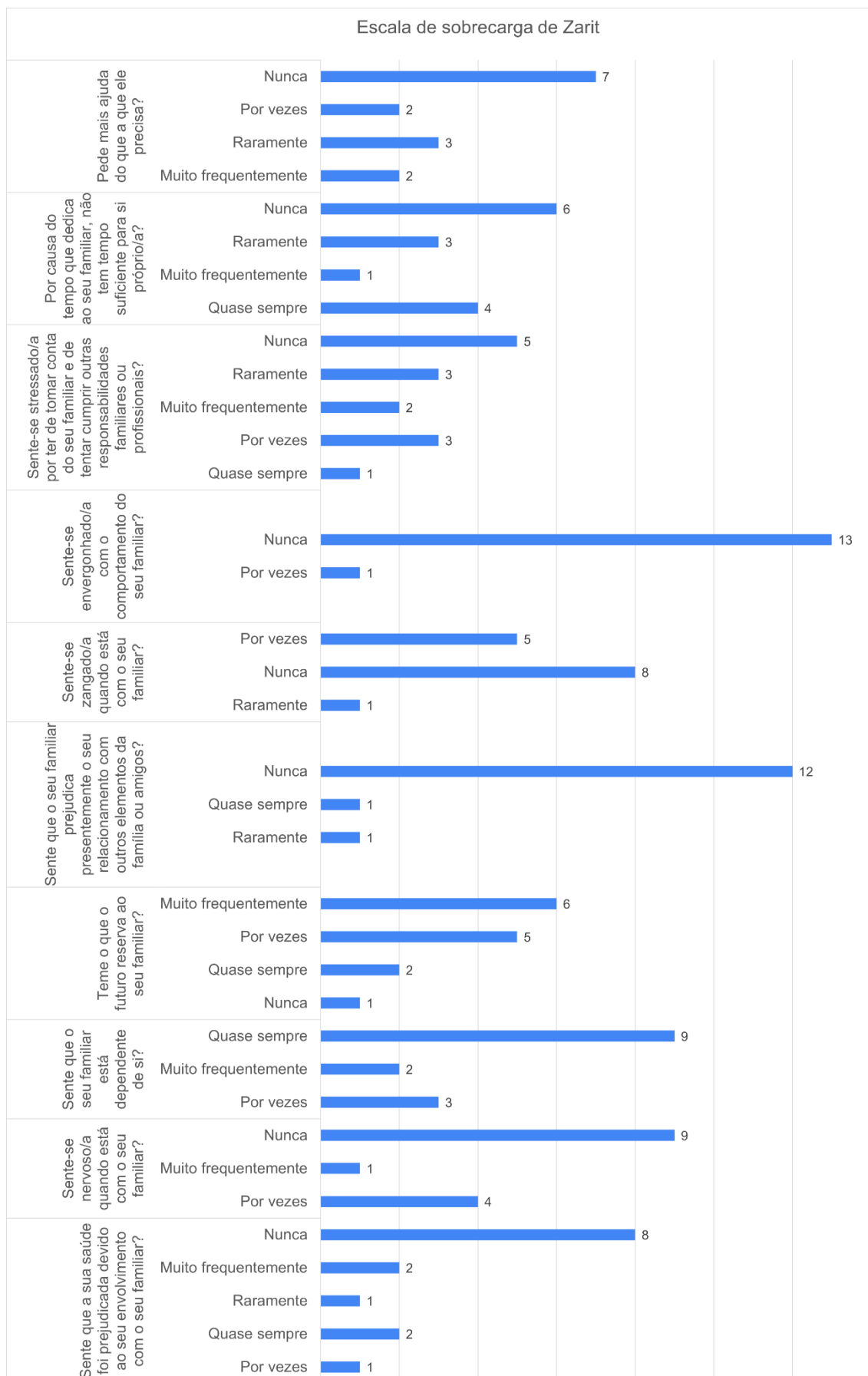
Foi-lhes pedido para considerarem se têm a ajuda necessária para cuidar da pessoa idosa e 8 cuidadores consideram ter a ajuda necessária/suficiente, 2 referem que não precisam de ajuda, 1 cuidador diz que tem menos ajuda do que precisa e 3 cuidadores consideram não ter ajuda nenhuma. Dos 14 cuidadores, 5 referiram ter a ajuda de um familiar ou amigo, nomeadamente das filhas/filhos e netas. Os restantes referem não ter ajuda de nenhum familiar ou amigo.

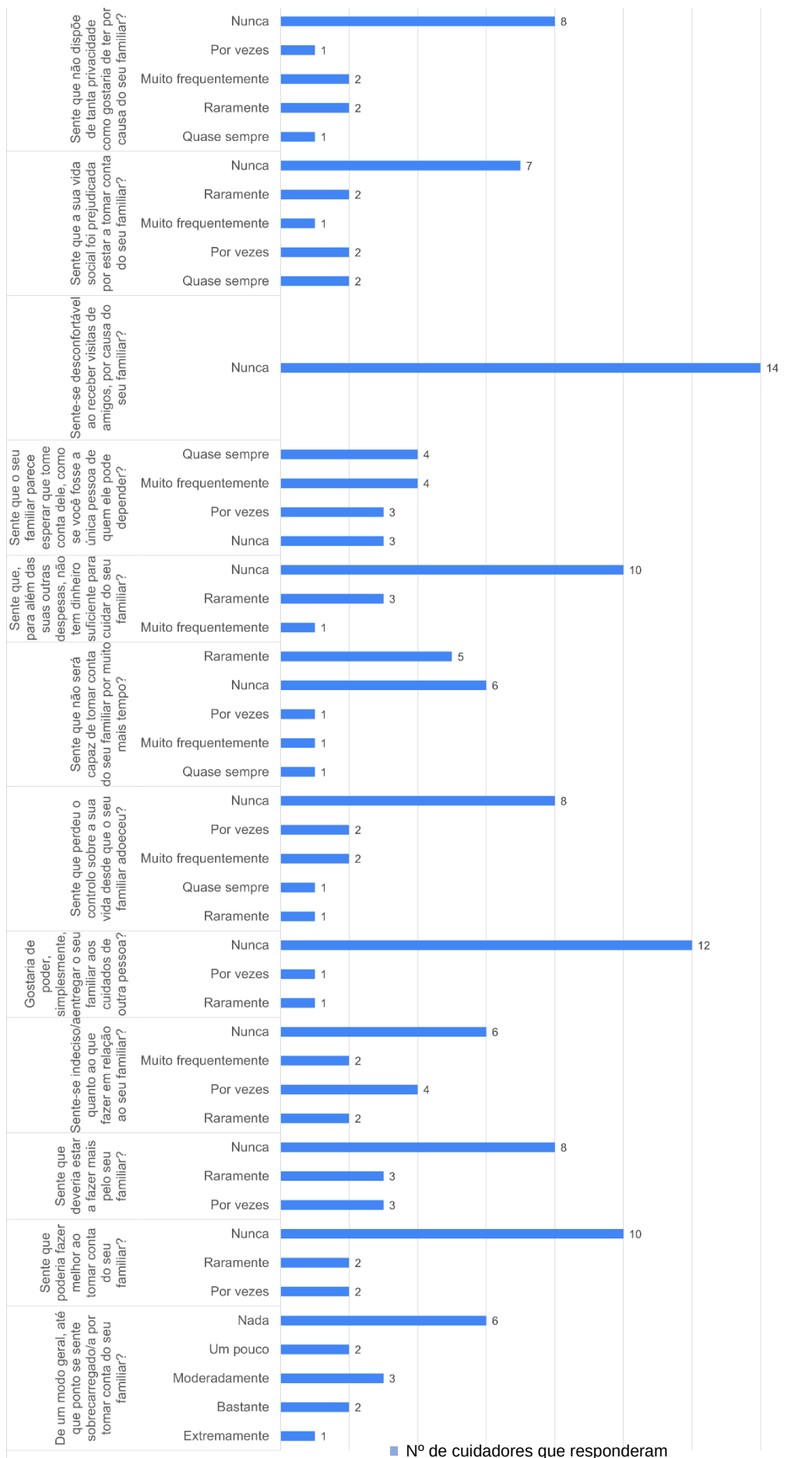
No que se refere a ajuda por parte de instituições de solidariedade social como IPSS (Instituição particular de solidariedade social), paróquia ou associações, todos os cuidadores responderam que não têm ajuda por parte destas instituições. Em relação a apoio formal privado para cuidar da pessoa idosa, 4 responderam que sim e 10 referiram não usufruir do mesmo.

Onze cuidadores referem não ter conhecimento da Lei nº100/2019, de 6 de setembro que reconhece o estatuto do cuidador informal, regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo medidas de apoio quer sejam estas financeiras através de subsídios ou apoio fornecido por unidades funcionais que melhor respondam às suas necessidades (cuidados de comunidade, cuidados de saúde personalizados, saúde familiar ou outras unidades). Três cuidadores referem ter conhecimento deste estatuto, e nenhum usufrui dos seus direitos pelo estatuto supracitado. O estatuto também prevê os deveres dos cuidadores e quando questionados sobre quais os deveres que deveriam ter perante a pessoa idosa, todos responderam tendo em conta o bem estar da pessoa idosa dependente: “tratar dele, dar os remédios, etc”, “cuidar e prestar assistência”, “ajudá-lo na higiene, hidratar a pele”, “trata-lo o melhor possível”, “cuidar dela o máximo possível”, “fazer o que a pessoa precisa”, “tratar do marido em tudo, dar comida, etc”, “tratar com amor a minha esposa e deixá-la beber um copo de vinho quando lhe apetecer”, “providenciar tudo o que precisa para ter uma vida digna (higiene, emocionalmente)”, “tratar bem”, “cuidar em tudo”, “é a minha mãe, tenho todos os deveres para amenizar o seu estado de saúde”.

Da avaliação da sobrecarga de Zarit, constata-se que apenas um cuidador apresentava sobrecarga ligeira e os restantes 13 cuidadores apresentavam-se sem sobrecarga (Figura 5).

Figura 5. Sobrecarga apresentada pelo cuidador familiar na prestação de cuidados no domicílio



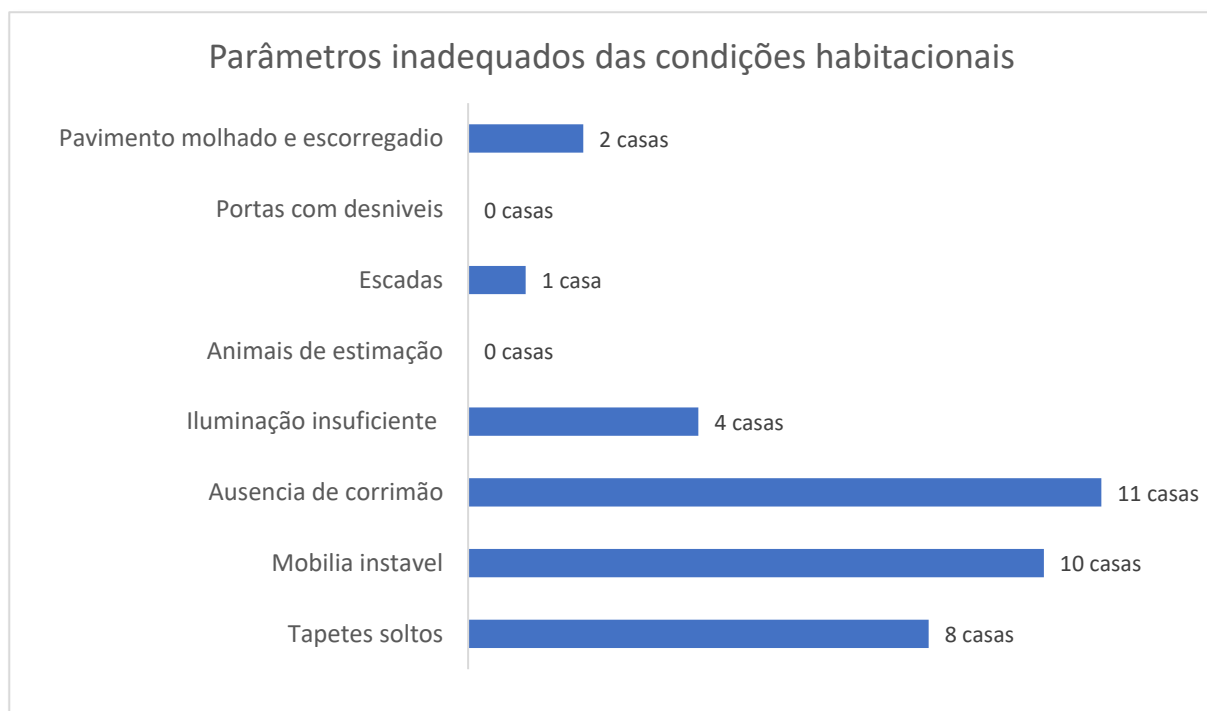


Em relação às condições de acessibilidade ao domicílio, 11 cuidadores responderam ter condições e 3 afirmaram que não, pelo facto de não existir elevador no prédio, considerando isso um fator limitador. No que diz respeito às condições da habitação, todos responderam que tinham as condições adequadas.

Realizei visitas domiciliárias em que foi possível perceber as habilidades e recursos disponíveis no domicílio, através da observação direta, assim como perceber os fatores de risco modificáveis para evitar a ocorrência de uma queda na pessoa idosa. De acordo com o que foi identificado, e possível de modificar, foi transmitida a informação adequada e exemplificados alguns cuidados a ter, uma vez que se deseja manter a pessoa idosa dependente no domicílio com o melhor conforto e sem as consequências que uma queda pode acarretar. Das pessoas inquiridas 8 tinham tido uma queda no último ano.

Em cada habitação foram observadas diferentes situações, e existem algumas frequentes e presentes na maioria dos domicílios. Os problemas mais observados e identificados foram a ausência de corrimão em 11 habitações, mobília instável presente em 10 e encontravam-se tapetes soltos em 8 (figura 6).

Figura 6. Habitações com fatores de risco de queda modificáveis



No que se refere à pandemia pela Covid-19, foi questionado aos cuidadores se a mesma teve impacto no seu papel como cuidador, dos quais 5 responderam que

não. Os restantes 9 referiram que a pandemia teve um impacto no seu papel referindo: “cuidados redobrados”, “não saí de casa. A fisioterapia e ajuda privada vem a casa com menos frequência”, “deixei de ir às compras”, “a minha mãe passa menos tempo em minha casa, por uma questão de segurança. Os contactos são mais protegidos (máscara e sem beijinhos)”, “pelo isolamento social, recebo menos visitas em casa”, “ausência dos netos e percebi a falta de respeito das pessoas no geral no incumprimento das regras do governo”, “ando mais enervada”, “estou praticamente 24h por dia com a minha mãe na sala e eu no quarto, porque tenho que ir à rua às compras e tenho medo de lhe transmitir o covid”.

Com a colega de estágio foi criada uma orientação para ser tida em conta na visita domiciliária e que avalia escalas de dependência das pessoas idosas, bem como o risco de queda, e a sobrecarga do cuidador familiar. Esses dados serviam para que se atualizasse o processo informatizado da pessoa individualmente em SClínico na USF (Apêndice III).

3.3 Realizar formação no domicílio ao cuidador familiar

Através da tabela já mencionada com as condições do domicílio e a observação direta da pessoa idosa e do seu cuidador, foi possível instruir e treinar o cuidador acerca das alterações importantes a realizar, com o objetivo da prevenção de quedas na pessoa idosa. Foi também observado se a pessoa idosa já apresentava meios que melhorassem a sua saúde, como por exemplo, a utilização de óculos, ou um aparelho auditivo, se tinha dificuldades na mobilidade, a forma como se sentava e levanta de uma cadeira, ou como deambulava pelo domicílio, assim como o calçado que tinha no momento. Neste sentido, foram fornecidas as informações e partilhado o conhecimento tendo em conta a melhor evidência científica, com um CCP, com o objetivo da prevenção de quedas.

Realizei um guia para os cuidadores familiares sobre a prevenção do risco de queda (Apêndice IV) que serviu de complemento e material de leitura, com os conhecimentos científicos adequados à população. Teve uma revisão por parte da professora orientadora da ESEL, e a aprovação da equipa de enfermagem na USF. Este guia fica como contributo futuro para ser utilizado na USF, esperando que o presente trabalho seja uma mais-valia para os enfermeiros e utentes. No entanto, o guia não substituiu as intervenções práticas junto dos cuidadores.

Foi reforçada a importância da prevenção de quedas na pessoa idosa, assim como foi demonstrada a forma de lidar com a situação caso ocorresse, nomeadamente através da avaliação global da pessoa idosa, dependendo das suas capacidades, para se levantar numa situação de queda. Houve situações de demonstração prática de alguns exercícios que deveriam ser tidos em conta. Foi também feito reforço positivo, quando o cuidador tinha a habitação adaptada tendo em conta as capacidades da pessoa a quem prestava cuidados, assim como à pessoa idosa quando, por exemplo, tinha calçado fechado e antiderrapante ou mantinha equilíbrio na marcha.

3.4 Mobilizar a equipa de enfermagem para a realização de intervenções de prevenção de queda na pessoa idosa através da capacitação do cuidador familiar

No sentido de transmitir à equipa de enfermagem a importância dos cuidadores e da prevenção de quedas nas pessoas idosas foi apresentado o projeto inicial delineado, na USF (Apêndice V). Esse projeto foi apresentado também para a coordenadora da Unidade. Foi frisada a importância de envolver os cuidadores no plano de cuidados, assim como a identificação dos fatores de risco que se podem modificar no domicílio, para que haja menos quedas. Foi também transmitida a informação, de acordo com a evidência, acerca das consequências de uma queda, no sentido de sensibilizar a equipa de enfermagem para que se continuasse a realizar intervenção de prevenção de quedas nas visitas domiciliárias.

Prestei cuidados de enfermagem individualizados e centrados na pessoa, no sentido do incentivo à mobilização da pessoa no domicílio, do treino do cuidador para a prevenção de quedas dependendo da capacidade da pessoa idosa a quem prestavam cuidados, sugestão de modificações na habitação, sempre que se justificasse, e promoção do conhecimento sobre os fatores de risco associado ao risco de quedas.

As visitas domiciliárias foram essenciais para o contacto direto com a realidade vivida nos domicílios, em que era possível perceber os recursos disponíveis.

A informação transmitida e os exemplos demonstrados tiveram em conta o grau de dependência da pessoa idosa e os conhecimentos prévios do cuidador familiar. É importante que o cuidador seja capaz de prestar os cuidados com menor stress e sobrecarga, para que a pessoa idosa se mantenha com os cuidados necessários no domicílio.

Ao longo do estágio foi possível prestar cuidados de enfermagem a diversas pessoas, com patologias diferentes, e realizei vários tratamentos e técnicas, em domicílios, que apesar de não entrarem nos critérios de inclusão do estudo, foram tidos em conta na prestação de cuidados diretos. Foi efetuado treino e fornecida a informação adequada tendo em conta cada situação, promovendo um ambiente seguro e de confiança com as pessoas envolvidas.

3.5 Discussão dos resultados

Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico. As pessoas com 65 ou mais anos de idade, poderá passar de 2,2 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080. Entre 2013 e 2018 o índice de envelhecimento passou de 136 para 159,4 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2019a).

A avaliação do grau de autonomia deste grupo populacional é extremamente importante quer na avaliação do estado de saúde, quer na planificação dos cuidados tendo em conta as suas necessidades específicas (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

O processo normal de envelhecimento determina em todas as pessoas, embora que, com intensidade variável, um défice físico, mental e funcional. É a intensidade deste défice que condiciona o grau de dependência que vai afetar a pessoa idosa nas diversas áreas da sua vida individual e social (GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria, 2011).

De acordo com Cardoso, Vieira, Ricci e Mazza (2012), grande parte dos estudos evidenciam a presença feminina no papel de cuidador, sugerindo que o papel feminino na prestação de cuidados poderá estar relacionado com questões socioculturais que incutem à mulher o papel de principal prestadora de cuidados à família.

Os cuidadores que residem com a pessoa idosa são mais vulneráveis e os serviços de apoio e de prevenção devem ser alvos de intervenção. Os cuidadores são na maioria filhos adultos, e o que os levou a prestar os cuidados no domicílio foi um evento súbito, uma vez que não havia alternativa (Sarris, Augoustinos, Williams e Ferguson, 2020).

Com base nos cuidadores familiares que participaram no National Health and Aging Trends Study e no National Study of Caregiving em 2011, foram realizadas estimativas ponderadas e estima-se que existam 14,7 milhões de cuidadores

familiares de pessoas idosas que vivem na comunidade, e que necessitam de ajuda para as AVD's, o que demonstra a importância que deve ser dada aos cuidadores familiares e à criação de programas de apoio para melhorar a qualidade de vida de ambos (Wolff et al., 2016).

O domicílio como contexto de cuidado pode não só promover a autonomia e o bem-estar das pessoas, mas também aumentar a segurança e a confiança das pessoas que são cuidadas (Vaartio-Rajalin e Fagerstrom, 2019).

O ambiente das visitas domiciliares oferece aos profissionais de saúde uma ótima oportunidade para identificar e responder às necessidades das pessoas e das suas famílias, o que pode ser percebido como a prestação de cuidados centrados na pessoa, que respeita as preferências, necessidades e valores individuais e as decisões clínicas tendo em conta o parecer da pessoa (National Academy of Sciences, 2016).

Os profissionais de saúde devem responder às necessidades dos cuidadores familiares após uma queda, uma vez que podem causar sobrecarga aos mesmos. A prevenção de quedas é fundamental, através do incentivo de estratégias que reduzam o risco de ocorrerem. O cuidador familiar pode ser incentivado a adaptar o espaço físico no domicílio, para o tornar mais seguro (de la Cuesta-Benjumea, Ramis-Ortega e Arredondo Gonzalez, 2019).

É necessário promover o envolvimento do cuidador quando há alteração da qualidade de vida da pessoa idosa, após sofrer uma queda, tendo em conta o CCP (Honaker e Kretschmer, 2014).

Os cuidadores familiares descrevem a experiência de cuidar de uma pessoa idosa que sofreu uma fratura como fisicamente desgastante, e referem que os seus problemas de saúde se agravaram na adoção do papel após uma consequência de uma queda na pessoa que cuidam. A sobrecarga emocional evidenciada pelos cuidadores manifesta-se na sua incapacidade em participar em eventos sociais devido à prestação de cuidados. Além disso, o estado de saúde da pessoa idosa contribui para um incremento em ansiedade, preocupação ou depressão. Por isso, é importante que os recursos sejam direcionados para a educação dos cuidadores familiares no domicílio, sobre a importância de prevenção de quedas na pessoa idosa, pelas consequências que as mesmas podem ter para ambos (Diameta et al., 2018).

É por isso fundamental fazer uma avaliação da história clínica da pessoa idosa, exame físico, avaliação cognitiva e funcional e a determinação do risco de queda

através de uma avaliação multifatorial que engloba a história prévia de quedas, tal como a medicação; a mobilidade incluindo a marcha, equilíbrio e força muscular; a acuidade visual e auditiva; défices neurológicos; ritmo, frequência cardíaca e hipotensão postural; pés, calçado e barreiras ambientais, sinais e sintomas que apontam a possível ocorrência de uma queda e das lesões resultantes das mesmas.

Existe evidência científica que demonstra que a avaliação dos fatores de risco de saúde e do meio do ambiente, juntamente com intervenções sustentadas nos resultados destas avaliações são mais eficazes na redução de quedas das pessoas idosas na comunidade (WHO 2007; American Geriatrics Society and British Geriatric Society, 2010).

Para Cheng et al., (2018), a intervenção em parceria com o cuidador familiar pode melhorar significativamente a satisfação deste, através da visita domiciliária.

A equipa de enfermagem na visita domiciliária não devem cuidar apenas da pessoa idosa, mas também dos seus cuidadores familiares para que possam encontrar metas reciprocamente acordadas e consigam lidar com os problemas que surjam, o que pode reduzir a sobrecarga do cuidador familiar e prevenir o risco de negligência ou abuso para com a pessoa idosa dependente (Miyabayashi et al., 2018).

Reconhecendo que as pessoas preferem ser cuidadas no domicílio e que esses cuidados podem reduzir os custos de prestação de cuidados em todo o sistema de saúde, os políticos devem priorizar ambientes de cuidados não institucionais. Esta mudança de cuidados hospitalares para cuidados no domicílio e centrados na pessoa, em pessoas com várias patologias, desafia as competências dos enfermeiros durante as visitas domiciliárias (Landers et al., 2016; Vaartio-Rajalin, Nasman e Fagerstrom, 2020).

Os enfermeiros são profissionais de saúde fundamentais nas visitas domiciliárias, sendo responsáveis pela avaliação holística do estado físico e psicológico da pessoa que cuidam; pelo planeamento, coordenação, implementação e avaliação de cuidados centrados na pessoa; pela gestão de medicação e capacitação da pessoa e do cuidador familiar no contexto em que os cuidados são prestados (Vaartio-Rajalin e Fagerstrom, 2019).

Incorporado a essas responsabilidades está o fato de os enfermeiros que realizam visitas domiciliárias atuarem como um meio de comunicação, facilitando a comunicação interprofissional, o que demonstrou reduzir os reinternamentos de pessoas idosas (Brown et al., 2012).

Os profissionais de saúde estão conscientes do seu papel de passageiros na vida das pessoas. A pessoa está no centro e é guia e facilitador do seu processo de saúde. O objetivo é possibilitar que a pessoa consiga prosperar com a mínima intervenção de cuidados de saúde possível (Berntsen et al., 2021).

Uma abordagem centrada na pessoa é um dos principais componentes de cuidados integrados de enfermagem avançada. Este cuidado proporciona maior literacia em saúde e autocuidado, maior satisfação com os cuidados e melhor relação pessoa cuidada/profissional de saúde (Perkins, 2015; Gaglioti et al., 2017).

O CCP não se limita apenas à pessoa, mas também inclui os seus familiares e cuidadores envolvidos e os profissionais de saúde são incentivados a fazer parceria com as pessoas que cuidam para, em conjunto, planejar e fornecer cuidados personalizados que melhorem a eficiência e eficácia do sistema de saúde (Santana et al., 2018; Berntsen et al., 2021).

Os enfermeiros desempenham um papel importante na satisfação das necessidades dos cuidadores familiares na prestação de cuidados às pessoas idosas, que sofrem uma queda, e nomeadamente uma fratura como consequência. Numa revisão sistemática sobre cuidadores familiares de pessoas idosas que apresentaram uma fratura do fémur após uma queda, os resultados demonstraram que os cuidadores não tinham conhecimentos sobre os cuidados a prestar. É fundamental responder à necessidade de informação pelos profissionais de saúde, para que os cuidadores se possam adaptar mais facilmente ao seu papel de cuidador (Cuesta et al., 2016; Rocha, Avila e Bocchi, 2016).

É fundamental que a capacitação do cuidador aconteça durante as visitas domiciliárias para que exista uma melhor e mais fácil adaptação para a díade. Os cuidadores familiares de pessoas com fraturas após uma queda, assumiam o papel com falta de conhecimento e, por esse motivo, apresentavam mais dificuldades em cuidar (Toscan, Manderson, Santi e Stolee, 2013; Van de Ree, 2018).

A falta de conhecimento dos cuidadores familiares sobre alimentação pós-operatória, uso de dispositivos assistidos, cuidados em casa, exercícios e processo de recuperação após uma cirurgia, dificulta o processo de cuidar e preocupa os cuidadores familiares. Portanto, devem ser oferecidas informações detalhadas pelos enfermeiros para que possam contribuir positivamente no processo de adaptação, facilitar o processo de cuidar e diminuir as preocupações desnecessárias (Çelik e Bilik, 2020).

O estudo de Xiao e Zhou (2020) teve como foco a sobrecarga do cuidador entre cuidadores familiares de pessoas com fratura do colo do fêmur. Segundo os mesmos, estes cuidadores têm geralmente uma má qualidade de vida e experienciam uma grande pressão psicológica e económica, aumentando o risco de sobrecarga. Estes cuidadores têm de suportar despesas médicas e tratamentos e sustentar a família enquanto prestam cuidados à pessoa idosa dependente. Este stress persistente afetou a saúde dos cuidadores e por consequência, o seu estado de saúde também influenciou diretamente a reabilitação e a qualidade de vida da pessoa de quem cuidavam.

Numa meta-análise realizada por Cheng et al., (2018) as avaliações e modificações de riscos domésticos reduziram a probabilidade de uma queda em 76%, sugerindo que a avaliação do risco no domicílio por si só, pode contribuir significativamente para a redução do risco de quedas.

Ziebart, Dewan, Tuazon e MacDermid (2021), criaram uma lista de verificação para o risco de queda, sendo uma nova ferramenta projetada para ajudar a identificar os riscos no domicílio, que menciona os riscos já identificados na literatura. Apesar de não se encontrar ainda validada, pode ser uma ferramenta útil na prevenção de fraturas através da capacidade de apoiar a identificação de riscos de queda e, consequentemente, prevenir fraturas.

Para a prevenção de quedas poderiam ser implementadas intervenções que contemplem exercícios no domicílio, com a pessoa idosa, para melhorarem o equilíbrio e a força das mesmas, sendo eficazes na redução do número de quedas. No entanto, a capacidade para o exercício físico poderá diminuir com o tempo. Deve, portanto, ter-se em conta a tomada de decisão da pessoa idosa em relação aos exercícios a executar, através de um CCP (Mittaz Hager, et.al, 2019).

Há benefício em intervenções tendo como foco o exercício, como a resistência, o equilíbrio e a marcha na pessoa idosa. O treino de equilíbrio e marcha pode incluir: andar em linha, andar entre obstáculos, andar sobre superfícies instáveis (como almofadas de espuma), alteração da base de apoio, transferência de peso de uma perna para a outra, e extensão e flexão do joelho (Martínez-Velilla, et al., 2019).

Seguindo as orientações da evidência, consegui identificar o perfil do cuidador, e prestar cuidados de enfermagem tendo em conta as suas necessidades, com o objetivo da prevenção de quedas na pessoa idosa, envolvendo-os a ambos no plano de intervenção.

Seria importante mais divulgação acerca da lei que define o Estatuto do Cuidador Informal, uma vez que há cuidadores familiares que não usufruem dos seus direitos.

É necessário que as instituições de saúde e governo introduzam medidas e políticas específicas que visem reduzir a sobrecarga de cuidados para os cuidadores familiares de pessoas idosas, tal como o sistema de saúde deve fortalecer e investir no treino de habilidades (Xiao e Zhou, 2020).

No contexto de visita domiciliária é fundamental a prevenção, pois os cuidados são prestados num ambiente mais confortável, seguro e próximo das pessoas, em que se consegue intervir através de uma prática refletida e centrada de forma individual.

Considero a implementação deste projeto uma mais-valia, assim como a sua continuação, uma vez que as consequências de uma queda na pessoa idosa têm impacto não só nos sistemas de saúde, e seus cuidadores, como um impacto individual.

4. COMPETÊNCIAS QUE EMERGIRAM DO PERCURSO

Tendo em conta as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, importa salientar que existem competências que dizem respeito a todos os enfermeiros especialistas das quais fazem parte as dimensões da educação dos utentes, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de desmistificar, partilhar e produzir investigação pertinente que permita continuar a dar avanço às práticas da enfermagem. Os quatro domínios das competências comuns são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

No que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, durante todo o estágio tive em conta a tomada de decisão que fosse ética e suportada por princípios, valores e normas do código deontológico de enfermagem, protegendo os interesses e anonimato de todos os utentes e família a quem prestei cuidados. As pessoas que participaram neste projeto foram selecionadas com base no princípio da equidade e acessibilidade dos cuidados, na medida em que foram tidos em conta todos os utentes alvo da USF e todas as pessoas selecionadas consentiram após explicação do estudo, e assinaram o consentimento informado, para serem inquiridos posteriormente.

Os cuidados prestados à pessoa idosa e família foram supervisionados e analisados durante todo o estágio em equipa, com respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas habituais do utente e foram igualmente discutidos com o utente e a sua família de forma a respeitar o seu direito de escolha.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, realizei uma formação para os enfermeiros e para a médica coordenadora na USF, sobre a importância dos cuidadores familiares, a importância da avaliação das necessidades dos mesmos e da importância da capacitação do cuidador familiar para a prevenção das quedas no domicílio e desenvolvi um guia sobre a prevenção do risco de queda, para facilitar o acesso à informação relevante e atual.

No domínio da gestão dos cuidados, consegui desenvolver competências como o planeamento das visitas domiciliárias, tanto a nível da preparação do material como na gestão de recursos humanos, no processo de tomada de decisão e foi possível perceber que após formação aos enfermeiros da USF sobre a importância de envolver

os cuidadores familiares no plano de cuidados, ocorreu uma mudança de comportamento em relação ao tema, levando a equipa de enfermagem a realizar mais frequentemente a avaliação das necessidades dos mesmos e não só da pessoa idosa.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a melhoria da qualidade de vida exige dos enfermeiros a criação, implementação e avaliação de planos de intervenção de enfermagem que deem resposta às necessidades dos cuidadores familiares e das pessoas que são alvos dos seus cuidados. Isto permite uma deteção precoce de problemas, estabilização, manutenção e recuperação perante situações que requerem métodos mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo outras complicações, atuando na promoção da saúde e na prevenção da doença, levando ao desenvolvimento das nossas competências e permitindo ajustar o plano de cuidados para obter melhores resultados. O desenvolvimento da medicina no que diz respeito a técnicas, tratamentos e diagnósticos oferece a oportunidade ao ser humano de viver mais tempo, mas é da nossa responsabilidade fazer com que também se viva melhor (Regulamento 429/2018, 2018).

CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é uma realidade, o que traz novos desafios e novas responsabilidades para os profissionais de saúde que precisam dar resposta às necessidades específicas das pessoas idosas e dos seus cuidadores familiares.

Como enfermeira, considero ter um papel essencial na prevenção de quedas no domicílio intervindo diretamente com a pessoa idosa dependente, mas também na capacitação do cuidador familiar, envolvendo-o no plano de cuidados.

Com este projeto desenvolvi competências enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa, ao intervir na prevenção de quedas da pessoa idosa dependente no domicílio, através da capacitação do cuidador familiar.

Durante o estágio foi possível realizar as atividades planeadas e alcançar os objetivos traçados, apesar dos constrangimentos provocados pela pandemia Covid-19, pelo que considero que a minha intervenção junto da díade cuidadores/pessoa cuidada foi importante no âmbito da comunidade.

A implementação de medidas preventivas é uma preocupação de saúde pública, e além da avaliação do risco de queda e do foco nos fatores cognitivo-comportamentais, deve promover-se a atividade física e estilos de vida saudáveis, uma vez que a taxa de pessoas idosas que vivem na comunidade e caem pelo menos uma vez por ano, aumenta com o envelhecimento, e o facto de terem como antecedentes pessoais doenças crónicas (como osteoporose e redução da densidade óssea) aumenta a probabilidade de uma lesão, mesmo com uma queda aparentemente sem complicações (Moniz-Pereira, et al., 2013).

O projeto foi desenvolvido após identificar a ocorrência de quedas como uma necessidade de intervenção junto dos cuidadores familiares na USF. Desta forma foi possível manter a segurança da pessoa idosa e demonstrar ao cuidador medidas preventivas a adotar no domicílio.

Para a prevenção de quedas na pessoa idosa deve ter-se em conta a marcha, o equilíbrio, as modificações o domicílio, a avaliação da toma de psicofármacos e a avaliação de toma de suplementos de vitamina D (WHO, 2021).

Mesmo que se saiba muito sobre estratégias de prevenção de quedas, estas estratégias precisam ser implementadas e promovidas. Os programas de prevenção de quedas podem ser eficazes, quando se utilizam estratégias direcionadas que visem

a mudança de comportamentos e a modificação dos fatores de risco. O profissional de saúde deve trabalhar em parceria com a pessoa idosa na seleção de exercícios a executar, aumentando a literacia em saúde e promovendo a sua autonomia, o que contribui para a sua qualidade de vida (WHO, 2004; Mittaz Hager, et al., 2019).

Como futura enfermeira mestre e especialista espero desenvolver as minhas competências profissionais de forma a melhorar a qualidade dos meus cuidados, ficando capacitada para determinar as verdadeiras necessidades da pessoa idosa e do seu cuidador familiar, conseguindo agir em todos os níveis de prevenção e aumentando a qualidade de vida de ambos.

Considero importante a continuação deste projeto no sentido da parceria com o cuidador familiar, com o objetivo da sua capacitação, prevenindo a ocorrência de uma queda na pessoa idosa, pois seria benéfico para ambos, assim como para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, B., Cristóbal Meseguer Liza, C. M., Arredondo-González, C. P. & Cuesta-Benjumea, C. (2021). El cuidado en la prevención de caídas en personas mayores: metaresumen de artículos cualitativos. *Atención Primaria*. 53 (7), 1 - 8. Doi: 10.1016/j.aprim.2021.102067
- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Witte, L. & Hawley M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*. 19 (1), 195. Doi: 10.1186/s12877-019-1189-9
- American Geriatrics Society and British Geriatric Society (2010). Prevention of Falls in Older Persons: AGS/BGS Clinical Practice Guideline. New York: American Geriatrics Society. Acedido em: 30-09-2020. Disponível em: <https://www.archcare.org/sites/default/files/pdf/2010-prevention-of-falls-in-older-persons-ags-and-bgs-clinical-practice-guideline.pdf>
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. Acedido em: 25-09-2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/95522>
- Behm, L., Ivanoff, S. D. & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health*. 13 (1), 378. Doi: 10.1186/1471-2458-13-378.
- Berntsen, G. R., Yaron, S., Chetty, M., Canfield, C., Ako-Egbe, L., Phan, P., Curran, C., & Castro, I. (2021). Person-centered care: the people's perspective. International journal for quality in health care. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 33(Supplement 2), ii23 -ii26. Doi: 10.1093/intqhc/mzab052
- Blanchet, R. & Edwards, N. (2018). A need to improve the assessment of environmental hazards for falls on stairs and in bathrooms: results of a scoping review. *BMC Geriatrics*. 18(272). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0958-1>
- Brown, R. S., Peikes, D., Peterson, G., Schore, J., & Razafindrakoto, C. M. (2012). Six features of Medicare coordinated care demonstration programs that cut hospital

- admissions of high-risk patients. *Health affairs (Project Hope)*, 31 (6), 1156–1166. Doi: 10.1377/hlthaff.2012.0393
- Çelik, B. & Bilik, O. (2020). The Discharge Needs of Family Caregivers of the Patients Following Hip Fracture Surgery. *Journal of Nursing Sciences*, 12 (2), 173 - 181. Doi: 10.5336/nurses.2019-70706
- Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M. & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 46(2), 513-517. Doi: 10.1590/S0080-62342012000200033
- Centers for Disease Control and Prevention (2006). *CDC Injury Fact Book*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control. Acedido em: 30-09-2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/publications/factbook/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). *WISQAR - Web-based Injury Statistics Query and Reporting System*. Acedido em: 10-10-2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
- Cheng, J. F., Huang, X. Y., Lin, M. J., Wang, Y. H., & Yeh, T. P. (2018). The influence of a mental health home visit service partnership intervention on the caregivers' home visit service satisfaction and care burden. *Journal of clinical nursing*. 27 (3-4), 668 - 677. Doi: 10.1111/jocn.14123
- Chou, Y.C.; Fu, L.Y.; Lin, L.C. & Lee, Y.C. (2011). Predictors of subjective and objective caregiving burden in older female caregivers of adults with intellectual disabilities. *International Psychogeriatrics*. 23 (4), 562 - 572. Doi: 10.1017/S1041610210001225
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. & Oliveira (2014). A Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (2), 7-17. Doi: 10.12707/RIII1382
- Cuesta, L. S., Tutton, E., Langstaff, D. & Willett, K. (2016). Understanding informal carers' experiences of caring for older people with a hip fracture: a systematic review of qualitative studies. *Disabil Rehabil*. 40 (7), 740 - 750. Doi: 10.1080/09638288.2016.1262467
- de la Cuesta-Benjumea, C., Ramis-Ortega, E., & Arredondo Gonzalez, C. P. (2019). To manage a complex dependency: The experience of caregiving after a fall. *Journal of advanced nursing*. 75 (1), 138 - 149. Doi: 10.1111/jan.13831
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, II Série (N.º 28 de 10-02-2015), 3882 - (2) -

- 3882 - (10). Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>
- DGS (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura. Lisboa. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0162012-de-24102012-png.aspx>
- DGS (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019. *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Acedido em: 20-10-2020. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- DGS e Fundação MAPFRE (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>
- Diameta, E., Adandom, I., Jumbo, S. U., Nwankwo, H. C., Obi, P. C., & Kalu, M. E. (2018). The Burden Experience of Formal and Informal Caregivers of Older Adults With Hip Fracture in Nigeria. *SAGE open nursing*. 4, 2377960818785155. Doi: 10.1177/2377960818785155
- Ding, T., De Roza, J. G., Chan, C. Y., Lee, P., Ong, S. K., Lew, K. J., Koh, H. L., & Lee, E. S. (2022). Factors associated with family caregiver burden among frail older persons with multimorbidity. *BMC geriatrics*. 22 (1), 160. Doi: 10.1186/s12877-022-02858-2
- Direção Regional da Solidariedade Social (2016). *Manual do Cuidador: prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Açores. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quedas.pdf
- Eurostat (2020a). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Acedido em: 15-03-2020. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&oldid=510113

- Eurostat (2020b). Estrutura populacional e envelhecimento. Acedido em: 15-03-2020. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&oldid=364975
- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (I). San Francisco. Acedido em: 15-09-2020. Disponível em: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1630
- Florence, C. S., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 66(4), 693–698. Doi: 10.1111/jgs.15304
- Gaglioti, A. H., Barlow, P., Thoma, K. D., & Bergus, G. R. (2017). Integrated care coordination by an interprofessional team reduces emergency department visits and hospitalisations at an academic health centre. *Journal of interprofessional care*. 31 (5), 557–565. Doi: 10.1080/13561820.2017.1329716
- GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria (2011). *Avaliação Geriátrica*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido em: 20-09-2020. Disponível em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Honaker, J. A., & Kretschmer, L. W. (2014). Impact of fear of falling for patients and caregivers: perceptions before and after participation in vestibular and balance rehabilitation therapy. *American journal of audiology*, 23(1), 20–33. [https://doi.org/10.1044/1059-0889\(2013/12-0074\)](https://doi.org/10.1044/1059-0889(2013/12-0074))
- Hopewell, S., Adedire, O., Copsey, B. J., Boniface, G. J., Sherrington, C., Clemson, L., Close, J. C., & Lamb, S. E. (2018). Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*. 7 (7), 1-261. Doi: 10.1002/14651858.CD012221.pub2
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ªed.). Lisboa: Obras Avulsas.
- INE (2019a). Estatísticas Demográficas 2018. Acedido em: 07-06-2021. Disponível em: <file:///C:/Users/AC/Downloads/ED2018.pdf>
- INE (2019b). Causas de morte 2017. Acedido em: 07-06-2021. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ah>

UKEwiw2two7Yn3AhUlhp0HHR25C6MQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D359917289%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AOvVaw0RdYmTqljebP4JpWiQWKDf

- Kato, Y., Islam, M. M., Koizumi, D., Rogers, M. E., & Takeshima, N. (2018). Effects of a 12-week marching in place and chair rise daily exercise intervention on ADL and functional mobility in frail older adults. *Journal of physical therapy science*. 30 (4), 549–554. Doi: 10.1589/jpts.30.549
- Landeiro, M. J. L., Peres, H. & Martins, T. (2016). Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 5 (3), 486-498. Doi: 10.5902/2179769216886
- Landers, S., Madigan, E., Leff, B., Rosati, R. J., McCann, B. A., Hornbake, R., MacMillan, R., Jones, K., Bowles, K., Dowding, D., Lee, T., Moorhead, T., Rodriguez, S., & Breese, E. (2016). The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home health care management & practice*. 28 (4), 262–278. Doi: 10.1177/1084822316666368
- Lei n.º 100/2019 (2019). Estatuto de cuidador informal. *Diário da República*, I Série (N.º 171 de 06-09-2019), 3 – 16. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Lewis, F. M., & Zahlis, E. H. (1997). The nurse as coach: a conceptual framework for clinical practice. *Oncology nursing forum*. 24 (10), 1695–1702. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9399268/>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2021). The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 16 (1), 1855751. Doi: 10.1080/17482631.2020.1855751
- Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez de Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iráizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., Rodríguez-Mañas, L., & Izquierdo, M. (2019). Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*. 179 (1), 28–36. Doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4869

- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Mittaz Hager, A. G., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swanenburg, J., de Bie, R., & Hilfiker, R. (2019). Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*. 19 (1), 13. Doi: 10.1186/s12877-018-1021-y
- Miyabayashi, I., Washio, M., Toyoshim, Y., Ogino, H., Hata, T., Horiguchi, I. & Arai, Y. (2018). Factors Related to Heavy Burden among Japanese Family Caregivers of Disabled Elderly with Home-Visiting Nursing Services under the Public Long-Term Care Insurance System. *International Medical Journal*, 25 (3), 167 - 170. Acedido em: 16-06-2021. Disponível em: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7ebd016d-d831-4262-b721-cdc1970fca97%40redis>
- Moniz-Pereira V.; Carnide F.; Ramalho F.; André H.; Machado M.; Santos-Rocha R. & Veloso A.P. (2013). Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in portuguese older adults. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 38 (4), 263-72.
- Morse, J., Morse, R., & Tylko, S. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*. 8 (4), 366-377. Doi:10.1017/S0714980800008576
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2016). *Families caring for an aging America*. Washington: National Academies Press. Doi: 10.17226/23606.
- Nuckols, T. K.; Keeler, E.; Morton, S.; Anderson, L.; Doyle, B. J.; Pevnick, J. ... Shekelle, P. (2017). Economic Evaluation of Quality Improvement Interventions Designed to Prevent Hospital Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 177 (7), 975-985. Doi:10.1001/jamainternmed.2017.1136
- Oliveira, P. P., Oliveira, A. C., Dias, A. R. & Rocha, F. C. V. (2016). Conhecimento do cuidador sobre prevenção de quedas em idosos. *Revista de Enfermagem UFPE*. 10 (2), 585-592. Doi: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201627.

- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, M. A., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*. 30, 583-594. Doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Pedreira, L. C. & Oliveira, A. M. S. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65 (5), 730-736. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>
- Perkins, D. (2015). People-centred and integrated health services. *The Australian journal of rural health*. 23 (3), 123. Doi: 10.1111/ajr.12209
- PNSD (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário da República*, II Série (N.º 187 de 24-10-2021), 96-103. Disponível em: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- PORDATA (2020). *Índice de envelhecimento*. Acedido em: 30-09-2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, II Série II (N.º 135 de 16-07-2018) 19359 – 19370. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32 (1), 27-36. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100005

- Rocha, S. A., Avila, M. A., & Bocchi, S. C. (2016). The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. *Revista gaúcha de enfermagem*. 37 (1), e51069. Doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.51069
- Romão, A. L. & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar – causas, consequências e custos: estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*. 36, 1-8. Doi: 10.1159/000488073
- Santana, M., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H. & Lu, M. (2018). How to practice person- centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 21, 429 - 440. Doi: 10.1111/hex.12640
- Sarris, A., Augoustinos, M., Williams, N., & Ferguson, B. (2020). Caregiving work: The experiences and needs of caregivers in Australia. *Health & social care in the community*. 28 (5), 1764 - 1771. Doi:10.1111/hsc.13001
- Sena, E. L. S. & Gonçalves, L. H. T. (2008). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 17 (2), 232-240. Doi: 10.1590/S0104-07072008000200003
- Sequeira C. (2012). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of clinical nursing*. 22(3-4), 491-500. Doi: 10.1111/jocn.12108
- Shen, J., Hu, F., Liu, F., & Tong, P. (2015). Functional Restriction for the Fear of Falling In Family Caregivers. *Medicine*. 94 (27), e1090. Doi: 10.1097/MD.0000000000001090
- Silva, R. M. V., Lopes, A. L. C., Ornelas, M. D. F., Mendonça, J. A. C. L, Ornelas, H. P. L. S. & Pinto, C. M. S. (2019). Processo Assistencial Integrado da Prevenção de Quedas do Idoso no Domicílio. *Comissão de Avaliação para a Implementação de Recomendações para a Prevenção de Quedas em Idosos na Região Autónoma da Madeira*. Acedido em: 30-09-2020. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiB-7jtmK_2AhUVh_0HHfhUBRYQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.saram.pt%2Ffinsaude%2Fficheiros%2Fhtml%2F2019vs2020%2FPAIPQ.pdf&usg=AOvVaw2_l4RhW2Pu29J_pZj3i_5P

- Sousa, S. M., Ferreira, D. F., Gonçalves, L. H. T., Polaro, S. H. I. & Fernandes, D. S. (2020). Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enfermagem Brasil*. 19 (3), 246-252. Doi: 10.33233/eb.v19i3.3081
- SPMS (2017). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3111174/Pages/default.aspx>
- Termglinchan, V., Daswani, S., Duangtaweesub, P., Assavapokee, T., Milstein, A. & Schulman, K. (2022). Identifying solutions to meet unmet needs of family caregivers using human-centered design. *BMC Geriatrics*. 22, 94. Doi: 10.1186/s12877-022-02790-5
- Toscan, J., Manderson, B., Santi, S. M., & Stolee, P. (2013). Just another fish in the pond: the transitional care experience of a hip fracture patient. *International journal of integrated care*. 13, e023. Doi: 10.5334/ijic.1103
- Vaartio-Rajalin, H. & Fagerstrom, L. (2019). Professional care at home: patient-centeredness, interprofessionalism and effectiveness: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 27 (4), 1 - 9. Doi: 10.1111/hsc.12731
- Vaartio-Rajalin, H., Nasman, Y. & Fagerstrom, L. (2020). Nurses' activities and time management during homehealthcare visits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 34, 1045 – 1053. Doi: 10.1111/scs.12813
- Vaishya, R. e Vaish, A. (2020). Falls in Older Adults are Serious. *Indian Journal of Orthopaedics*. 54, 69-74. Doi: 10.1007/s43465-019-00037-x
- van de Ree, C., Ploegsma, K., Kanter, T. A., Roukema, J. A., De Jongh, M., & Gosens, T. (2017). Care-related Quality of Life of informal caregivers of the elderly after a hip fracture. *Journal of patient-reported outcomes*. 2(1), 23. Doi: 10.1186/s41687-018-0048-3
- Wang, J.; Xiao, L. D.; He, G.P.; Ullah, S. & Bellis, A. D. (2014). Factors contributing to caregiver burden in dementia in a country without formal caregiver support. *Aging & Mental Health*. 18(8), 986–996. Doi: 10.1080/13607863.2014.899976
- WHO (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report*. Acedido em: 03-10-2020. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
- WHO (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Acedido em: 25-07-2021. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp->

content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf

WHO (2015). World report on ageing and health. Acedido em: 25-07-2021. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

WHO (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Acedido em: 25-07-2021. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1343716/retrieve>

Wolff, J. L.; Spillman, B. V.; Freedman, V. A. & Kasper, D. (2016). A National Profile of Family and Unpaid Caregivers Who Assist Older Adults With Health Care Activities. *JAMA Internal Medicine*. 176 (3), 372-379. Doi:10.1001/jamainternmed.2015.7664

Xiao, P., & Zhou, Y. (2020). Factors associated with the burden of family caregivers of elderly patients with femoral neck fracture: a cross-sectional study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 15 (1), 234. Doi: 10.1186/s13018-020-01749-9

Ziebart, C., Dewan, N., Tuazon, J. & MacDermid, J. (2021). Development of the Home Fall Hazard Checklist. *Rehabilitation Research and Practice*. 1, 1-7. Doi:10.1155/2021/5362197

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Anos		2020				2021			
Meses		Setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	Março	Abril
Locais		Unidade de Saúde Familiar da Luz							
Objetivos específicos	1.1								
	1.2								
	1.3								
	1.4								

1.1 – Desenvolver competências sobre as necessidades dos cuidadores familiares para capacitar os cuidadores familiares

1.2 – Caracterizar o perfil do cuidador da USF Luz

1.3– Realizar formação no domicílio ao cuidador familiar

1.4– Mobilizar a equipa de enfermagem para a realização de intervenções de prevenção de queda na pessoa idosa através da capacitação do cuidador familiar

Apêndice II – Scoping review

NECESSIDADES DO CUIDADOR FAMILIAR DE UMA PESSOA IDOSA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO: UMA SCOPING REVIEW

Ana Sofia Cunha¹, Celina Pires Abrunhosa², Graça Capela³, Maria Adriana Henriques⁴

¹enfermeira no Hospital Beatriz Ângelo – Unidade de Cuidados Pós-anestésicos - Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ²enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE (Hospital Egas Moniz, no serviço de medicina IIA) - Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ³enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na USF da Luz em Lisboa, ⁴professora coordenadora, com Doutoramento em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Resumo

Objetivo: identificar a evidência existente acerca das necessidades do cuidador familiar de uma pessoa idosa dependente no domicílio.

Método: scoping review, seguindo a versão PCC - participantes, conceito e contexto do The Joanna Briggs Institute. Consultamos bases de dados como EBSCOhost, Pubmed, Nursing Reference Center, e SciELO Portugal, em que os estudos foram selecionados de acordo com o diagrama PRISMA. O período de publicação foi até ao ano de 2020.

Resultados: a pesquisa nas bases de dados forneceu-nos 8 artigos, que integraram esta scoping review, que nos demonstraram a importância do papel do enfermeiro em capacitar e informar o cuidador familiar sobre os cuidados à pessoa idosa, para que haja menos sobrecarga e os cuidados sejam prestados com maior satisfação.

Conclusão: É necessário envolver elementos da família, sempre que possível, no cuidado à pessoa idosa no domicílio e investir nas visitas domiciliárias de enfermagem para atender às necessidades do cuidador e não apenas ter como objetivo o tratamento da pessoa idosa.

Palavras-chave: cuidador familiar, idoso dependente, necessidade do cuidador familiar e domicílio.

Enquadramento

O envelhecimento da população é um fenómeno em crescimento a nível mundial, relacionado com o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa. Prevê-se que o índice de envelhecimento duplique até 2080, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2020). A taxa de envelhecimento em 2019 cresceu para 161,3%, o que aumenta a pressão sobre as respetivas famílias, sobretudo nas mulheres, que representam cerca de 13%

das pessoas com idade igual ou superior a 50 anos que prestam cuidados, semanalmente, a uma pessoa familiar ou amigo (OECD, 2019; PORDATA, 2020).

Espera-se que o número de cuidadores familiares aumente ao longo dos anos, uma vez que o envelhecimento se encontra numa curva crescente, e a pessoa idosa poderá vivenciar situações crónicas ou incapacitantes (Collins e Swartz, 2011).

Na sociedade em que vivemos, é possível notar que as famílias prestam, no domicílio, cuidados cada vez mais complexos a um familiar dependente. Ribeiro e Pinto (2014) desenvolveram um estudo com 241 famílias que tinham familiares dependentes em que em relação à dependência do autocuidado, 7,9% das pessoas eram totalmente dependentes, 91,7% tinham alguma necessidade de ajuda de outra pessoa.

A literatura científica apresenta vários perfis em relação ao cuidador, como por exemplo principal/secundário ou formal/informal, sendo que o termo adotado por nós nesta revisão é o de cuidador familiar.

O cuidador familiar é definido como qualquer familiar, parceiro, amigo ou vizinho que tenha um relacionamento pessoal significativo prévio, e preste os cuidados a uma pessoa que vivencie uma situação crônica ou incapacitante, podendo viver com ou separadamente da pessoa que recebe esses cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006).

Os estudos revelam que quem assume o papel de cuidador é maioritariamente uma pessoa do género feminino, geralmente a esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras, com baixa escolaridade e sem atividade profissional, tendo também uma relação previa significativa com a

pessoa que cuidam, levando a uma diminuição das atividades de lazer e da sua vida social. Se a mulher não assumir o papel, é alvo de pressão social e familiar, fazendo com que tenha sentimento de culpa, o que implica que o papel seja assumido de forma quase obrigatória para proteger a pessoa idosa, daí a importância de reconhecer os cuidadores, respeitá-los, avaliar e atender às suas necessidades (Family Caregiver Alliance, 2006; Areosa, Henz, Lawisch e Areosa, 2014; Sequeira, 2018).

Para ajudar os cuidadores familiares a cuidar da pessoa idosa dependente é recomendado que os mesmos tenham uma avaliação para identificar o seu nível de sobrecarga e necessidades, que cuidem da sua própria saúde, mantenham uma dieta saudável, pratiquem exercício físico, ingressem em grupos de apoio e possam usufruir de uma pausa no cuidado, permitindo o seu descanso (Arensa et al., 2014).

“Os enfermeiros são os profissionais de saúde aptos a ajudar e assistir os familiares no desempenho do seu papel enquanto cuidadores e consequentemente promover melhores cuidados à pessoa dependente” (Peixoto e Machado, 2016, p.131).

As dificuldades no cuidar são uma causa frequente de internamentos

hospitalares por agravamento do estado de saúde da pessoa idosa, pela falta de capacidade e conhecimento do cuidador ou por falta de apoio social. Para melhorar a qualidade dos cuidados, a capacitação do cuidador deve fazer parte do plano de intervenção dos enfermeiros (Landeiro, Peres e Martins, 2015).

Considera-se fundamental criar estratégias que permitam aos cuidadores familiares ter acompanhamento frequente, criando uma ligação com os enfermeiros, tornando-se mais fácil o incentivo à participação social destes cuidadores com outros grupos que vivem situações idênticas, contribuindo para a criação de uma rede de apoio aos mesmos (Sousa, Ferreira, Gonçalves, Polaro e Fernandes, 2020).

Há um conjunto de assuntos prioritários que devem ser trabalhados, sendo que os profissionais de saúde desempenham um papel ativo, destacando-se:

a importância da adesão ao regime terapêutico; o papel do prestador de cuidados; as estratégias que facilitam a prestação de cuidados – ajudas técnicas, procedimentos simples (técnica do banho, alimentação, mobilização, etc.), medidas de segurança, adaptação do ambiente, etc.; os serviços de apoio; a comunicação, como lidar com as alterações (Sequeira, 2018, p. 252)

Adotar a função de cuidador familiar é uma experiência que tem um impacto significativo na vida do mesmo, e que acaba por causar alterações físicas, emocionais, sociais e financeiras, porque o cuidado é grande parte das vezes contínuo e longo, envolve diversas intervenções e exige conhecimentos específicos, que se acumulam com todas as outras atividades do dia-a-dia, levando por vezes a uma sobrecarga que diminui a qualidade de vida do cuidador e aumenta a sua morbilidade, pelo que é fundamental a sua prevenção (Sena e Gonçalves, 2008; Sequeira, 2010; Collins e Swartz, 2011).

Segundo Areosa et al. (2014), as principais queixas dos cuidadores são o esforço físico necessário para realizar o cuidado, o comportamento da pessoa idosa, como a teimosia e o humor, os encargos económicos, e a preocupação em deixar a pessoa idosa sozinha no domicílio.

Em Portugal existe o projeto RADAR, que teve início em janeiro de 2019, com o objetivo de identificar e conhecer as características da população da cidade de Lisboa com mais de 65 anos, que não têm apoio regular de instituições, articulando-se as suas necessidades com os diversos parceiros do Programa Lisboa, Cidade de Todas as Idades. Este projeto presta um apoio

fundamental para muitas pessoas idosas da cidade (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2020).

Se houvesse mais disponibilidade para considerar as necessidades dos cuidadores, haveria mais incentivo para que as pessoas idosas fossem cuidadas no seu domicílio, reduzindo as dificuldades para os cuidadores, aumentando também a sua satisfação e a prestação de melhores cuidados (Sequeira, 2013).

O contributo do enfermeiro poderá ser uma mais-valia para a qualidade de vida dos cuidadores, proporcionando-lhes diferentes formas de lidar com as situações que surgem, e podendo assim, ser trabalhadas com o objetivo do bem-estar biopsicossocial do cuidador e da pessoa idosa (Sousa et. al, 2020).

É nesta problemática que incide o objetivo desta revisão, que consiste em identificar as necessidades do cuidador familiar de uma pessoa idosa dependente no domicílio.

Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados com palavras em linguagem natural, em português e em inglês, e as respetivas palavras indexadas.

Dado o envelhecimento da população e a crescente necessidade e cuidados no domicílio, os cuidadores

familiares deverão ser alvo de atenção com a prestação de cuidados, mas também, às necessidades psicológicas, sociais e espirituais (Landeiro, Peres e Martins, 2015).

A realização desta scoping review é necessária, para salientar as necessidades que os cuidadores familiares relatam em contexto domiciliário, com vista a reduzir os custos em saúde.

Questão de investigação

Para a pesquisa seguimos a versão PCC. Sendo o P o tipo de participantes (cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes), o C o conceito (necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas), e o C o contexto (cuidados no domicílio), de acordo com o The Joanna Briggs Institute, com vista a definir os critérios para inclusão e exclusão de estudos na revisão da literatura, na modalidade de uma scoping review.

Procuramos responder à seguinte questão: quais as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes no domicílio?

Critérios de inclusão

Os critérios utilizados para a pesquisa de informação foram: cuidadores familiares com mais de 18 anos que

prestam assistência a pessoas idosas dependentes em pelo menos uma atividade de vida diária e/ ou instrumental, artigos que abordem as necessidades dos cuidadores familiares no domicílio, e qualquer tipo de estudo.

Métodos

Estratégia de Pesquisa

Os estudos selecionados encontram-se disponíveis em bases de dados online e a pesquisa foi realizada durante o período de setembro de 2020 a janeiro de 2021. Esta estratégia foi dividida em 3 etapas; na primeira recorremos a diferentes bases de dados como a CINAHL Complete e MEDLINE Complete (ambas via EBSCO host), a Pubmed, a Nursing Reference Center, e a SciELO Portugal, para pesquisa das palavras-chave: cuidador familiar, idoso dependente, necessidade do cuidador familiar e domicílio.

Na segunda etapa empregamos as palavras-chave identificadas, em inglês, e os termos indexados nas bases de dados supracitadas (Apêndice I). As palavras-chave, traduzidas para inglês, identificadas para a questão de investigação foram: family caregiver, elderly, needs assessment, e domiciliary care.

Na terceira etapa consideramos todos os artigos em linguagem natural e

palavras indexadas, sem critério de temporalidade, para identificar todos os estudos relevantes.

Após a leitura minuciosa de 197 artigos, foram selecionados 8 que responderam à questão desta revisão, correspondendo estes à amostra final da presente scoping review. O processo de seleção e exclusão de artigos encontra-se detalhadamente apresentado no fluxograma PRISMA (Figura 1).

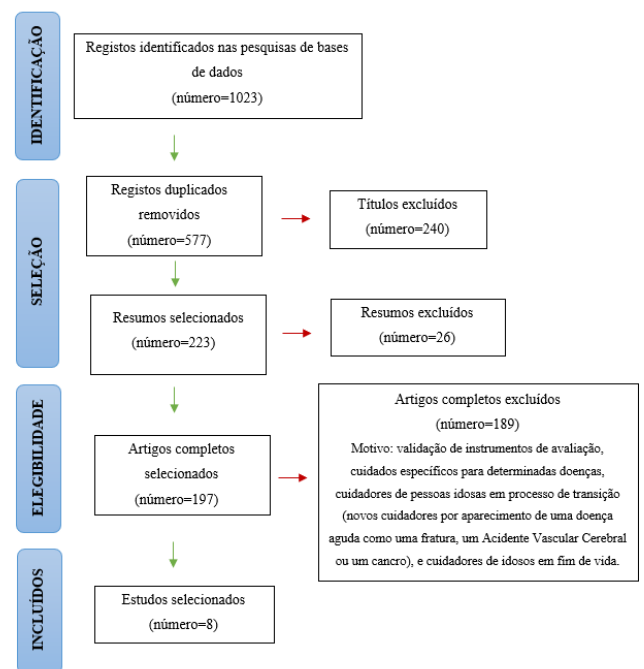


Figura 1. Fluxograma PRISMA

Seleção dos dados

Os 1023 estudos identificados durante a pesquisa nas bases de dados foram revistos e foram excluídos 826 por duplicação, título e resumo.

Os 197 artigos considerados relevantes foram analisados na íntegra tendo em conta os critérios de inclusão

definidos. Alguns artigos foram excluídos por apresentarem outros assuntos como: validação de instrumentos de avaliação (9 artigos), cuidados específicos para determinadas doenças (130 artigos), cuidadores de pessoas idosas em processo de transição (32 artigos) (novos cuidadores por aparecimento de uma doença aguda como uma fratura, um Acidente Vascular Cerebral ou um cancro), e cuidadores de idosos em fim de vida (18 artigos), por não ser o objetivo da presente revisão. No final, ficamos com um conjunto de 8 artigos, através dos quais se concretizou esta scoping review.

Extração de Resultados

De acordo com o The Joanna Briggs Institute, o processo de extração de dados é feito com recurso a um guia que fornece um resumo dos resultados, de acordo com o objetivo e a questão da scoping review (Apêndice II).

Apresentação de Resultados

Considerando a questão de investigação anteriormente apresentada, os resultados foram mapeados com recurso a um quadro resumido, que menciona as necessidades dos cuidadores familiares em cada artigo, assim como a percepção que é dada ao

cuidador familiar de uma pessoa idosa dependente no domicílio (Apêndice III).

Discussão

O número crescente de pessoas idosas implica que o sistema de saúde adequue as necessidades de visitas domiciliárias, uma vez que a tendência é que as pessoas idosas vivam o maior tempo possível no seu domicílio (Stoltz, Udén e Willman, 2004).

Há uma necessidade de apoiar o papel dos cuidadores familiares, pois os mesmos referem que o domicílio é o ambiente ideal para cuidar das pessoas idosas. As alterações no bem-estar psicológico, tal como o isolamento, são as que têm mais impacto comparadas com outros aspetos da saúde do cuidador e a família parece ter um papel fundamental no desafio de cuidar (Lane, McKenna, Ryan e Fleming, 2003).

É notório que as visitas domiciliárias são agendadas tendo em conta as necessidades da pessoa idosa. O cuidador é visto como um recurso pelo sistema de saúde e não como um parceiro. O cuidador deveria ter direito a apoios que visem promover a sua qualidade de vida, e não só ser avaliada a pessoa idosa que necessita de cuidados (Lévesque et al., 2010). Os cuidadores familiares são parceiros essenciais na gestão dos cuidados de saúde, bem como

na implementação de intervenções que complementam esses cuidados. Os seus conhecimentos consolidados com os profissionais de saúde através da supervisão e capacitação são fundamentais, tal como a família e amigos são considerados uma importante fonte de apoio (Odenheimer et al., 2013; Fernandes, Margareth e Martins, 2018).

Assim, uma necessidade importante sentida pelos cuidadores foi o apoio e a interação com profissionais de saúde, no domicílio, proporcionando-lhes a prática de habilidades para o cuidado da pessoa idosa, e de acordo com os mesmos, o enfermeiro proporciona apoio emocional e tranquilidade durante a visita domiciliária. Os cuidados de enfermagem no domicílio eram importantes para resolver as dificuldades dos cuidadores, sobretudo para resolver problemas físicos na pessoa idosa (Chao e Roth, 2000; Lane, McKenna, Ryan e Fleming, 2003; Stoltz, Udén e Willman, 2004).

Schirm (1989), referiu que as informações que contribuam para o entendimento sobre o cuidado de enfermagem das pessoas idosas no domicílio é essencial, para os profissionais de saúde maximizarem os serviços, garantindo o bem-estar de um

número crescente de pessoas idosas dependentes, para as quais a qualidade da vida é, sem dúvida, uma meta mais realista.

Atualmente, os cuidadores adquirem informações principalmente por meio da equipa de enfermagem, pois têm um contato mais longo e mais próximo, quando comparados com outros profissionais de saúde (Dixe et al., 2019).

Os cuidadores quando iniciam esta função precisam de ser informados sobre os serviços disponíveis para conseguirem autoconfiança nas suas habilidades e nos cuidados que terão de ter com a pessoa que cuidam. O início das suas funções é determinante para uma abordagem preventiva que promova a qualidade de vida dos mesmos. Tendo melhor qualidade de vida há menos sobrecarga, uma vez que compreendem facilmente os aspetos gratificantes do cuidar e têm sensação de satisfação e utilidade. Há necessidades referentes às estratégias de coping, controlo de stress, promoção da autoestima e da autoidentidade, pois o ter de cuidar de uma pessoa é uma experiência desafiante, na qual existe uma maior preocupação com a saúde e segurança do outro do que consigo mesmo (Hall, 2002; Stoltz, Udén e Willman, 2004; Lévesque et al., 2010).

Rodríguez-Pérez et al. (2017), também afirmaram que é necessário ter em conta as estratégias de coping na avaliação do cuidador familiar, assim como o suporte social, pois a sua qualidade de vida poderá ser melhorada com esses apoios.

De acordo, com o estudo de Fernandes, Margareth e Martins (2018), os cuidadores manifestaram várias necessidades agrupadas em: necessidade de aprender sozinhos, necessidade de tempo para manter os seus papéis, necessidade de uma rede de apoio, resiliência ao enfrentar desequilíbrios familiares e necessidade em relação aos recursos para cuidar. O conhecimento representa uma necessidade fundamental do cuidador familiar, uma vez que ao se considerar essa necessidade há melhor compreensão da situação.

Os cuidadores valorizam a oportunidade que os profissionais de saúde proporcionam ao escutá-los e o facto de terem alguém que se preocupa com as suas necessidades. A melhor forma de atender às mesmas é através de uma relação de confiança que promova a autorreflexão e a participação na tomada de decisões (Lévesque et al., 2010).

De acordo com Stoltz, Udén e Willman (2004), os cuidadores referem falta de liberdade, sendo o isolamento social a sua consequência. Quando existe

sentimento de reciprocidade de afeto e de companheirismo da família e dos amigos, há satisfação em cuidar. Há também emoções negativas, como fardo, stress e preocupação em relação à pessoa que cuidam, daí a importância de tentar apoiar não apenas a pessoa dependente.

É exigido aos cuidadores que executem todas as tarefas necessárias para o bem-estar da pessoa idosa, percebendo assim que a sua função de cuidador está a ser bem desempenhada, mas para isso referem que é essencial ter recursos suficientes e sentir uma resposta positiva nos membros da família para diminuir a sua sobrecarga e facilitar os cuidados (Chao e Roth, 2000).

É importante ter em consideração as necessidades individuais dos cuidadores no domicílio, pois realizam várias tarefas além do próprio cuidado com a pessoa idosa, como as tarefas relacionadas com a sua própria vida. A forma como a família trabalha em conjunto para gerir a situação em relação à pessoa idosa, pode gerar sentimentos positivos para o cuidador em relação à sua satisfação no cuidado, ou por outro lado, agravar a sua sobrecarga. Surge por isso a necessidade de um plano de intervenção que oriente os familiares nas interações saudáveis relacionadas com o cuidado, uma vez que os familiares

poderão reduzir a sobrecarga do cuidador (Kim e Yeom, 2016).

Há necessidade ao nível da prática de habilidades, nomeadamente nas tarefas diárias como os cuidados de higiene e os posicionamentos, assim como necessidade ao nível do envolvimento de outros membros da família nos cuidados (Yedidia e Tiedemann, 2008).

Nota-se sobrecarga no cuidador quando o mesmo refere ter necessidade de descanso, sendo que o objetivo é para o alívio do cuidador e não propriamente para mais cuidados à pessoa idosa (Neville e Byrne, 2007).

O descanso do cuidador foi referido como uma necessidade para permitir que os cuidadores mantenham o seu papel e mantenham o controlo sobre a sua própria vida, tendo a sua liberdade ao invés do dever de cuidar 24 horas de outra pessoa (Lane, McKenna, Ryan e Fleming, 2003).

Um dos avanços nas políticas de saúde foi a criação e implementação da Lei n.º 100/2019 (2019), que constituiu o estatuto do cuidador informal que permite, como supracitado, o direito do cuidador em “beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional” (p.10).

No seu estudo, Hall (2002), dividiu as necessidades dos cuidadores

em quatro categorias: as normativas, as sentidas, as expressas e as comparativas. As necessidades normativas identificam a necessidade comum de informação, apoio emocional, aconselhamento e socialização. Em relação às necessidades sentidas, são necessidades de informação e de apoio emocional. As sociais relacionam-se com o ter de lidar com comportamentos difíceis, ajuda com cuidados físicos e o descanso do cuidador. As necessidades expressas são por vezes despercebidas, uma vez que o foco de atenção é a pessoa idosa dependente que está a receber os cuidados. Nas necessidades comparativas percebeu-se que as pessoas cuidadoras mais velhas têm menos a perder com a adoção do seu papel (Hall, 2002).

De acordo com Plöthner et al. (2019), a necessidade ao nível da informação foi uma das principais (desde a necessidade de informações sobre os serviços existentes até informações sobre as fontes de ajuda da comunidade), assim como as necessidades educacionais. No seu estudo, a maioria da população idosa referiu desejo em ficar no domicílio a receber os cuidados necessários.

Há uma expectativa crescente de que o autocuidado, a gestão das doenças crónicas e a promoção da saúde

continuam a ser um desafio, pois o envelhecimento da população continua em crescimento, tal como o aumento das comorbilidades associadas à idade, e é por isso importante aumentar a investigação e corpo de conhecimento para possibilitar o desenvolvimento deste cuidado na prática (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath e Robertson-Malt, 2010; Plöthner et al., 2019).

Conclusões e recomendações

A elaboração desta scoping review surgiu da necessidade de demonstrar a importância do papel do cuidador, no cuidado a uma pessoa idosa dependente no domicílio. Na sequência da mesma, importa refletir sobre o papel do enfermeiro na visita domiciliária, no que diz respeito ao cuidado com o cuidador e não apenas ao cuidado da pessoa idosa.

É importante referir que durante a pesquisa deparamo-nos com uma panóplia de informação sobre a transição para o papel de cuidador, pois grande parte dos artigos abordavam a questão da alta hospitalar após uma fratura ou outra patologia aguda, em deterioração de informação sobre as necessidades dos cuidadores que cuidavam no domicílio há algum tempo.

O cuidador familiar ao cuidar de uma pessoa idosa dependente pode sofrer um efeito negativo na própria saúde e no seu bem-estar, correndo maior risco de desenvolver problemas mentais e psicológicos ao contrário de pessoas que não são cuidadoras. É essencial que sejam capacitados para fazer escolhas com base na educação e na informação (Hall, 2002; Plöthner et al., 2019).

A questão do papel dos membros da família foi uma necessidade abordada em vários estudos, como uma ajuda no cuidado com a pessoa dependente, assim como o direito ao descanso do cuidador. No entanto, habitualmente os cuidadores têm a perceção de que há outras pessoas com maior necessidade de descanso, o que leva a que procurem ajuda muito tardiamente, pois o receio que têm das Unidades é que a pessoa idosa não seja igualmente cuidada como no domicílio (Neville e Byrne, 2007).

Os cuidadores familiares são um recurso informal vital que pode contribuir para diminuir a carga social do cuidado (Kim e Yeom, 2016).

Concluindo, devem ser estabelecidos planos de educação e treino para cuidadores, assim como visitas domiciliárias sem o intuito de cuidar apenas da pessoa idosa, e haver suporte no que diz respeito à informação

acerca de apoios existentes na comunidade, bem como haver uma abordagem acerca de estratégias de coping.

Por fim, consideramos que o número de bases de dados pesquisadas, bem como o caminho de pesquisa escolhido, pode ter sido insuficiente para identificar todas as referências relevantes, no entanto faz sentido haver mais investigação acerca das necessidades dos cuidadores familiares no domicílio, pois os mesmos também podem ter doenças crónicas e idade avançada, o que dificultará o cuidado à pessoa idosa se não lhes for prestado o devido apoio.

Conflitos de interesse

Não há conflito de interesses a declarar.

Referências Bibliográficas

- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D. & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 482-494. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012
- Chao, S. & Roth, P. (2000). The experiences of Taiwanese women caring for parents-in-law. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), 63-638. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01319.x
- Collins, L. e Swartz, K. (2011). Caregiver Care. *American Family Physician*, 83 (11), 1309-1317. Acedido em: 30-09-2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2011/0601/p1309.html>
- Dixe, M. A.C.R., Teixeira, L.F. C., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19 (255), 1-9. Doi: 10.1186/s12877-019-1274-0
- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (I). San Francisco. Acedido em: 15-09-2020. Disponível em: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1630

- Fernandes, C. S., Margareth, Â. & Martins, M. M. (2018). Family caregivers of dependent elderly: same needs, different contexts – a focus group analys. *Geriatrics Gerontology and Aging*, 12 (1), 31-37. Doi: 10.5327/Z2447-211520181800008
- Hall, J. (2002). Assessing the health promotion needs of informal carers. *Nursing older people*, 14 (2), 14-18. Doi: 10.7748/nop2002.04.14.2.14.c2202
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. *Destaque informação à Comunicação Social*, 1 – 21. Acedido em: 10-09-2020. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y
- Kim, E. Y. & Yeom, H. E. (2016). Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 11-12. Doi: 10.1111/jocn.13188
- Kitson A., Conroy T., Wengstrom Y., Profetto-McGrath J. & Robertson-Malt S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423–434.
- Landeiro, M. J. L., Peres, H. & Martins, T. (2015). Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5 (3), 486-498. Doi: 10.5902/2179769216886
- Lane, P., McKenna, H., Ryan, A. & Fleming, P. (2003). The Experience of the Family Caregivers' Role: A Qualitative Study. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 17 (2), 137-151. Doi: 10.1891/rtnp.17.2.137.53173
- Lei n.º 100/2019 (2019). Estatuto do cuidador informal. *Diário da República*, I Série (N.º 171 de 06-09-2019), 3 – 16. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Lévesque, L., Ducharme, F., Caron, C., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. & Nolan, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing*

- Studies*, 47 (7), 876–887. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.006
- Neville, C. C. & Byrne, G. J. A. (2007). Staff and Home Caregiver Expectations of Residential Respite Care for Older People. *Collegian*, 14 (2), 27-31. Doi: 10.1016/s1322-7696(08)60552-1
- Odenheimer, G., Borson, S., Sanders, A. E., Swain-Eng, R. J., Kyomen, H. H., Tierney, S. ... Johnson, J. (2013). Quality improvement in neurology: dementia management quality measures. *Neurology*, 81 (17), 1545–1549. Doi:10.1212/WNL.0b013e3182a956bf
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. Doi: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Peixoto, M. J. & Machado, P. P. (2016). Programas de intervenção aos familiares cuidadores. In T. Martins, M. J. Peixoto, F. Araújo & P. P. Machado (Org.), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp.131-142). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Plöthner, M., Schmidt, K., de Jong, L. Zeidler, J. & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19 (82), 1-22. Doi: 10.1186/s12877-019-1068-4
- PORDATA (2020). *Índice de envelhecimento*. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 27-36. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100005
- Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. J. & del Pino Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15 (71), 1-8. Doi: 10.1186/s12955-017-0634-8
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2020). *Projeto Radar regressa*

- às ruas de Lisboa. Acedido em: 24-02-2020. Disponível em: <https://mais.scml.pt/lisboacidade/todasidades/noticias/projeto-radar-regressa-as-ruas-de-lisboa/>
- Schirm, V. (1989). Functionality impaired elderly: their need for home nursing care. *Journal of Community Health Nursing*, (6) 4, 199-207. Doi: 10.1207/s15327655jchn0604_3
- Sena, E. L. S. & Gonçalves, L. H. T. (2008). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17 (2), 232-240. Doi: 10.1590/S0104-07072008000200003
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II (12), 9-16. Acedido em 30-10-2020. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491–500. Doi: 10.1111/jocn.12108
- Sequeira, C. (Coord.) (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Sousa, S. M., Ferreira, D. F., Gonçalves, L. H. T., Polaro, S. H. I. & Fernandes, D. S. (2020). Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enfermagem Brasil*, 19 (3), 246-252. Doi: 10.33233/eb.v19i3.3081
- Stoltz, P., Udén, G. & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 111-119. Doi: 111–119. 10.1111/j.1471-6712.2004.00269.x
- Yedidia, M. J. & Tiedemann, A. (2008). How Do Family Caregivers Describe Their Needs for Professional Help?. *Journal of Social Work Education*, 44 (3), 43-47. Doi: 10.5175/JSWE.2008.773247710

APÊNDICES

Apêndice 1 – Estratégia de Pesquisa

Quadro 1 – Estratégia de pesquisa

Pesquisa		Fórmula de pesquisa	Número de artigos obtidos
#1	S1	(MH "Caregiver Burden") OR (MH "Extended Family") OR (MH "Professional-Family Relations") OR (MH "Dependent Families") OR (MH "Caregiver Attitudes") OR (MH "Family Relations") OR (MH "Family") OR (MH "Caregivers") OR (MH "Patient-Family Relations") OR (MH "Family Attitudes") OR (MH "Caregiver Support")	CINHAL Complete (139)
	S2	(MH "Frail Elderly") OR (MH "Aged, 80 and Over") OR (MH "Aged")	
	S3	(MH "Needs Assessment") OR (MH "Patient Assessment") OR (MH "Information Needs") OR (MH "Human Needs (Psychology)") OR (MH "Human Needs (Physiology)") OR (MH "Functional Assessment") OR (MH "Competency Assessment") OR (MH "Geriatric Functional Assessment") OR (MH "Risk Assessment") OR (MH "Family Assessment") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Geriatric Assessment")	
	S4	(MH "Home Health Aides") OR (MH "Home Health Care")	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	
#2	S6	(MH "Caregivers") OR (MH "Family") OR (MH "Family Relations") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Family Health") OR (MH "Professional-Family Relations")	MEDLINE Complete (366)
	S7	(MH "Frail Elderly") OR (MH "Aged")	
	S8	(MH "Needs Assessment") OR (MH "Risk Assessment") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Geriatric Assessment")	
	S9	(MH "Home Health Aides") OR (MH "Nursing Care")	
	S10	S6 AND S7 AND S8 AND S9	
#3	S11	"caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "caregiver"[All Fields]) OR "family caregiver"[All Fields]	Pubmed (518)
	S12	"aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields] OR "elderly"[All Fields] OR "elderlies"[All Fields] OR "elderly's"[All Fields] OR "elderlys"[All Fields]	
	S13	"needs assessment"[MeSH Terms] OR ("needs"[All Fields] AND "assessment"[All Fields]) OR "needs assessment"[All Fields]	
	S14	"home care services"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "home care services"[All Fields] OR ("domiciliary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "domiciliary care"[All Fields]	
	S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14	
#4		(caregivers AND elderly AND needs assessment AND domiciliary care)	Nursing Center Reference (0)
#5		(caregivers AND elderly AND needs assessment AND domiciliary care)	SciELO Portugal (0)

Apêndice 2 - Extração dos dados

Quadro 2 – Extração dos dados

Autores, país, ano, título e publicação	Objetivo	Tipo de estudo	População/ participantes	Resultados
Lévesque, L., Ducharme, F., Caron, C., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. & Nolan, M. Canadá, 2010 A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners International Journal of Nursing Studies.	Explorar as experiências de cuidadores e profissionais que participaram no teste Family Caregivers Support Agreement, que é projetado para facilitar a parceria entre cuidadores e profissionais, de modo que a avaliação das necessidades e os serviços de suporte subsequentes, sejam acordados de forma a atender às expectativas do cuidador.	Estudo qualitativo	6 profissionais (enfermeiras e assistentes sociais) (Canadá) e 17 cuidadores primários de familiares idosos frágeis que usufruíam de cuidados domiciliários.	O estudo reafirma as descobertas da Suécia e do Reino Unido de que o uso de uma ferramenta como o Family Caregivers Support Agreement aprimora o trabalho em parceria e cria uma relação cuidador/ profissional com base numa relação de confiança.
Stoltz, P., Udén, G. & Willman, A. Suécia, 2004. Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Revisão sobre a evidência científica disponível sobre o apoio a cuidadores familiares que cuidam de uma pessoa idosa no domicílio.	Revisão sistemática da literatura		Os cuidadores familiares temem o isolamento social e desejam relacionar-se em grupos com colegas, para fins sociais e de aprendizagem, e referem necessitar de descanso do cuidador.
Lane, P., McKenna, H., Ryan, A. & Fleming, P. Irlanda, 2003. The Experience of the Family Caregivers' Role: A Qualitative Study. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal.	Explorar o perfil, o papel e as necessidades dos cuidadores familiares como meio de compreender a sua experiência de cuidar e explorar suas experiências de cuidados no domicílio.	Estudo qualitativo	215 cuidadores selecionados aleatoriamente.	O estudo categorizou os dados em: o papel/ contexto e as atitudes de cuidar, o impacto do cuidar e a necessidade de apoiar o papel dos cuidadores.
Neville, C. C. & Byrne, G. J. A. Austrália, 2007.	Visão sobre o valor que é atribuído ao descanso do cuidador, identificando razões e expectativas.	Estudo quantitativo.	100 cuidadores no domicílio e 25 funcionários de lares de idosos.	Os profissionais de saúde e cuidadores com baixo nível de conhecimento sobre o descanso do cuidador não são capazes de tirar o

Staff and home caregiver expectations of residential respite care for older people. Collegian.				máximo proveito desses cuidados.
Schirm, V. Estados Unidos da América, 1989. Functionality Impaired Elderly: Their Need for Home Nursing Care. Journal of Community Health Nursing.	Compreensão dos requisitos de cuidados de pessoas idosas com deficiência funcional que vivem na comunidade.	Estudo qualitativo.	53 pessoas idosas com cuidador familiar.	O grupo de pessoas idosas no domicílio têm características semelhantes a pessoas dependentes em lares de idosos. Existe uma necessidade que tem como foco o bem-estar dos cuidadores.
Hall, J. Reino Unido, 2002. Assessing the health promotion needs of informal carers. Nursing older people.	Avaliar as necessidades dos cuidadores de pessoas idosas.	Revisão da literatura.		Grupos de apoio para cuidadores são um meio garantido para a educação para a saúde, mas é necessário a longo prazo um planeamento e compromisso, capacitação, recursos apropriados e estratégias de avaliação.
Chao, S. & Roth, P. Taiwan, 2000. The experiences of Taiwanese women caring for parents-in-law. Journal of Advanced Nursing,	Explorar as experiências de mulheres que cuidavam dos seus sogros no domicílio.	Estudo qualitativo.	31 mulheres com idade entre 23 e 58 anos.	Os comportamentos de cuidado eram influenciados pelas expectativas culturais. No entanto, o esforço para alcançar esse resultado resultou em perceções diferentes, que variaram da serenidade ao sacrifício pessoal.
Yedidia, M. J. & Tiedemann, A. Estados Unidos da América, 2008. How Do Family Caregivers Describe Their Needs for Professional Help? Journal of Social Work Education.	Verificar as necessidades que podem ser consideradas importantes pelos cuidadores.	Estudo qualitativo	40 cuidadores familiares.	As necessidades prioritárias reveladas pelos cuidadores familiares foram: informações sobre os serviços disponíveis, gestão de stresse e estratégias de coping, ajuda com questões financeiras e ajuda na comunicação com profissionais de saúde.

Apêndice 3 – Apresentação dos resultados de pesquisa

Quadro 3 – Apresentação dos resultados da pesquisa

Artigo	Necessidades dos cuidadores familiares	Percepção sobre o cuidador
Lévesque, L., Ducharme, F., Caron, C., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. & Nolan, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners.	- Suporte psicoeducacional; - Visita domiciliária de profissionais de saúde, para que haja confiança, autorreflexão e participação na tomada de decisões.	- O cuidador é visto como um recurso pelo sistema de saúde e não um parceiro; - Tendo melhor qualidade de vida há menos sobrecarga.
Stoltz, P., Udén, G. & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review.	- Suporte (estratégias de coping) e experiências pessoais; - Ajuda financeira; - Informação; - Educação.	- Os cuidadores referem falta de liberdade, sendo o isolamento social a sua consequência.
Lane, P., McKenna, H., Ryan, A. & Fleming, P. (2003). The Experience of the Family Caregivers' Role: A Qualitative Study.	- Apoio da família; - Visita domiciliária de profissionais de saúde, proporcionando-lhes a prática de habilidades; - Descanso do cuidador.	- As alterações no bem-estar psicológico são as que têm mais impacto comparadas com outros aspetos da saúde do cuidador.
Neville, C. C. & Byrne, G. J. A. (2007). Staff and home caregiver expectations of residential respite care for older people.	- Descanso do cuidador.	- Os cuidadores revelam sobrecarga, sofrimento psicológico e depressão; - Têm a percepção de que há outras pessoas com necessidade maior a nível de descanso, procurando ajuda muito tardiamente.
Schirm, V. (1989). Functionality Impaired Elderly: Their Need for Home Nursing Care.	- Visita domiciliária de profissionais de saúde, que tenha como foco o bem-estar dos cuidadores.	- Os cuidadores mencionaram a doença crónica (própria) como uma preocupação.
Hall, J. (2002). Assessing the health promotion needs of informal carers.	- Normativas: informação, apoio emocional, aconselhamento e socialização; - Sentidas: informação e apoio emocional; - Sociais: ter de lidar com comportamentos difíceis, ajuda com cuidados físicos e descanso do cuidador;	- O cuidador familiar pode ter um efeito negativo na sua saúde e no seu bem-estar, correndo maior risco de desenvolver problemas mentais.

	- Estratégias de coping, controlo do stress, promoção da autoestima e da autoidentidade.	
Chao, S. & Roth, P. (2000). The experiences of Taiwanese women caring for parents-in-law.	- Resposta positiva nos membros da família; - Visita domiciliária de enfermagem.	- Os cuidadores não expressam as necessidades pessoais, por uma questão cultural.
Yedidia, M. J. & Tiedemann, A. (2008). How Do Family Caregivers Describe Their Needs for Professional Help?	- Prática de habilidades (cuidados de higiene e posicionamentos); - Envolvimento de outros membros da família; - Informação dos serviços disponíveis; - Estratégias de coping; - Ajuda com questões financeiras; - Comunicação com profissionais de saúde.	

Apêndice III – Registo de enfermagem na visita domiciliária

VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM

DADOS RELATIVOS AO UTENTE A QUEM SE PRESTAM CUIDADOS

Nº de processo _____ Data de nascimento ____ - ____ - 202 ____

Nome _____

AValiação Inicial

DADOS GERAIS:

Nome preferido _____

Estado civil:

Casado ☐ Divorciado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Outros ☐

Profissão _____

Observações _____

Habilitações literárias:

Analfabeto ☐

Ensino secundário ☐

Ensino superior ☐

Ensino básico 1º ciclo ☐

Ensino básico 2º ciclo ☐

Ensino básico 3º ciclo ☐

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

Ativo: Desempregado ☐ Empregado ☐ Trabalhador/estudante ☐

Não ativo: Doméstica ☐ Estudante ☐ Reformado por idade ☐ Reformado por invalidez ☐

PRESTADOR DE CUIDADOS:

Papéis (especificar) _____

Nome e relação com o utente _____

Parentesco: Amigo ☐ Ajudante de saúde ☐ Familiar ☐ Outro ☐ Vizinho ☐

Escolaridade do prestador de cuidados:

Analfabeto ☐ Ensino secundário ☐ Ensino superior ☐ Ensino básico 1º ciclo ☐ Ensino básico 2º ciclo ☐ Ensino básico 3º ciclo ☐

Profissão _____

Contacto _____

Observações _____

TEGUMENTOS:

Integridade cutânea: Alteração da integridade cutânea ☐ Observações _____

Úlcera de pressão: Local de identificação – Domicílio ☐ Domicílio/ Hospital ☐ Hospital ☐ Observações _____

Data de início _____

APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO:

Tratamento de roupa:

1 vez por semana ☐ 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐ 4 vezes por semana ☐ 5 vezes por semana ☐

Higiene habitacional:

1 vez por semana ☐ 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐ 4 vezes por semana ☐ 5 vezes por semana ☐

Fornecimento de alimentação:

1 vez por semana ☐ 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐ 4 vezes por semana ☐ 5 vezes por semana ☐

Acompanhamento ao exterior:

1 vez por semana ☐ 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐ 4 vezes por semana ☐ 5 vezes por semana ☐

PROCESSO DE ENFERMAGEM: escalas de avaliação da pessoa idosa

ESCALA DE BRADEN (FOCO: avaliar risco de úlcera por pressão)

Percepção sensorial: Completamente limitada ☐ Muito limitada ☐ Ligeiramente limitada ☐ Nenhuma limitação ☐

Humidade: Pele constantemente húmida ☐ Pele muito húmida ☐ Pele ocasionalmente húmida ☐ Pele raramente húmida ☐

Atividade: Acamado ☐ Sentado ☐ Anda ocasionalmente ☐ Anda frequentemente ☐

Mobilidade: Completamente imobilizado ☐ Muito limitada ☐ Ligeiramente limitada ☐ Nenhuma limitação ☐

Nutrição: Muito pobre ☐ Provavelmente inadequada ☐ Adequada ☐ Excelente ☐

Fricção e forças de deslizamento: Problema ☐ Problema potencial ☐ Nenhum problema ☐

ESCALA DE MORSE (FOCO: avaliar o risco de queda)

Historial de quedas, nos últimos 3 meses: Não ☐ Sim ☐

Diagnóstico (s) secundário (s): Não ☐ Sim ☐

Ajuda para caminhar: Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas ☐ Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho ☐

Apoia-se no mobiliário para andar ☐

Terapia intravenosa: Não ☐ Sim ☐

Postura no andar e na transferência: Normal/ acamado/ imóvel ☐ Debilitado ☐ Dependente de ajuda ☐

Estado mental: Consciente das suas capacidades ☐ Esquece-se das suas limitações ☐

ÍNDICE DE BARTHEL (FOCO: avaliar autocuidado)

Alimentação: Dependente ☐ Precisa de ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) ☐ Independente ☐

Transferências: Dependente, não tem equilíbrio sentado ☐ Necessita de ajuda de outra pessoa, não consegue sentar-se ☐ Precisa de alguma ajuda ☐ Independente ☐

Toalete: Dependente, necessita de alguma ajuda ☐ Independente a fazer a barba, lavar a cara e lavar os dentes ☐

Utilização do wc: Dependente ☐ Necessita de alguma ajuda ☐ Independente ☐

Banho: Dependente, necessita de alguma ajuda ☐ Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) ☐

Subir e descer escadas: Dependente ☐ Necessita de ajuda ☐ Independente, com ou sem ajudas técnicas ☐

Vestir: Impossível ☐ Com ajuda ☐ Independente ☐

Controlo intestinal: Incontinente ou precisa do uso de clisters ☐ Acidente ocasional ☐ Controla perfeitamente, podendo fazer uso de supositório ou similar ☐

Controlo urinário: Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho ☐ Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) ☐ Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manusear a algália sozinho ☐

Mobilidade: Imóvel ☐ Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ☐ Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ☐ Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) ☐

Data da próxima visita domiciliária: ____ - ____ -202__

Motivo: _____

NOTAS

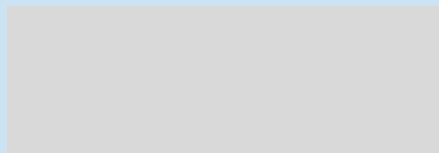
Data: ____ - ____ -202__

Assinatura: _____

Apêndice IV – Guia para o cuidador

Guia prático: CUIDADOR FAMILAR

Prevenção de quedas na pessoa idosa



Março de 2021

QUEDAS



As quedas são responsáveis por muitas consequências graves e mortes acidentais nos idosos. Por ser possível prevenir a queda, **é fundamental criar ambientes seguros** e adotar estilos de vida saudáveis.

Motivos de queda nos idosos:

- Alteração da marcha;
- Postura inadequada;
- Diminuição da visão;
- Diminuição do equilíbrio;
- Diminuição da força muscular;
- Doenças (osteoporose, doença cardiovascular);
- Alguns medicamentos (diuréticos, laxantes, medicação para a tensão arterial e para dormir);
- Síndrome demencial;
- Negação da fragilidade;
- Ansiedade e depressão.

A queda poderá provocar fraturas, traumatismos cranianos (cabeça) e lesões nos músculos que irão diminuir a capacidade de se movimentar e realizar as suas atividades diárias, diminuindo a sua qualidade de vida.

Para o cuidador a queda terá também impacto trazendo muitas vezes a necessidade de reajuste da dinâmica familiar, custos adicionais, sobrecarga emocional, física e económica, sentimentos de culpa e desgaste do cuidador.

A maior parte das quedas acontecem em casa, por isso é importante olhar à volta e analisar.

O que deve analisar em casa?

Chão:

- Superfícies escorregadias - escolha uma carpete ou azulejos antiderrapantes ou coloque um material antiderrapante por baixo do tapete;
- Coloque cores ou texturas com contraste onde existe uma mudança no nível do chão;
- Mantenha o piso sem fios elétricos - pode utilizar fita para colar à parede e desimpedir o caminho;
- Retire tapetes soltos ou pregue-os ao chão;
- O pavimento deve estar em bom estado;
- Cuidado com escadas sem corrimão;
- Nunca deixe o piso molhado;
- Evite objetos dispersos pelo chão.



Calçado e roupa:

- Todo o calçado deve ter calcanhares reforçados, estar preso ao pé e de preferência de velcro;
- Deve evitar o uso de cintos nos robes e optar por robes com botões;
- As solas devem ser antiderrapantes;
- A roupa deve ter a altura certa para que não tropece.



Iluminação:

- Todas as divisões devem ter iluminação suficiente;
- Os interruptores devem ser de fácil acesso e perto da porta;
- Ao substituir uma lâmpada, peça ajuda se for de difícil acesso;
- Aumente a potência das lâmpadas;
- Coloque iluminação extra nos locais com maior risco de queda;
- Mantenha uma lanterna nas proximidades.

Escadas:

- Coloque um interruptor de luz na parte superior e inferior das escadas;
- Corrimões em ambos os lados da escada;
- Utilize fita adesiva colorida para marcar as arestas dos degraus;
- Mantenha a escadas e os degraus sem objetos;
- Nunca se apresse nas escadas;
- Repare ou peça para reparar imediatamente os danos;
- Certifique-se que o tapete está preso ou remova-o.

Casa de banho:

- Utilize tapetes ou piso antiderrapante;
- No duche: utilize tapetes de borracha e antiderrapante;
- Use um chuveiro de mão e um assento de banho resistente;
- Instale barras de apoio ao lado da sanita;
- Use barras de apoio (não toalheiros), quando for entrar e sair do duche ou banheira;
- Limpe o molhado logo após o banho.



Cozinha:

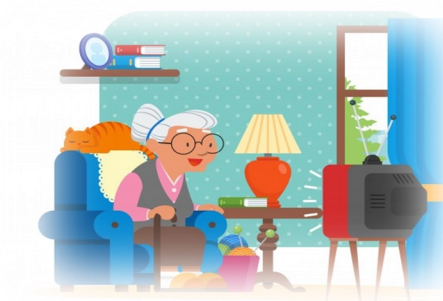
- Organize a cozinha para que os utensílios que utiliza sejam fáceis de alcançar;
- Coloque os itens leves em armários superiores e pesados em armários inferiores;
- Peça ajuda para chegar a lugares altos;
- Nunca use uma cadeira como escadote.

Quarto:

- Tenha sempre ao seu alcance um candeeiro, interruptor ou lanterna;
- Mantenha um telefone ao lado da cama;
- Instale barras de apoio para ajudar a levantar e deitar;
- Mantenha sempre os óculos perto, caso necessite;
- A altura da cama está correta, se sentado os pés ficarem apoiados no chão;
- Organize as roupas mais usadas num local de fácil acesso;
- Nunca tranque a porta.

Sala de estar:

- Deixe um espaço amplo para se movimentar com segurança entre o mobiliário;
- Confirmar se o mobiliário é estável;
- Utilize cadeiras, poltronas ou sofás que possuam apoio lateral para ajudar no sentar e levantar;
- Deve ficar com a coluna apoiada e os pés assentes no chão;
- Os assentos baixos podem ser utilizados quando colocadas almofadas.



É por isso aconselhável:

- Praticar atividade física;
- Fazer uma dieta equilibrada com reforço hídrico de 1,5L/dia;
- A vitamina D tem um papel fundamental na prevenção de fraturas;
- Falar com os profissionais de saúde.

Fora de casa:

- Mantenha os passeios e garagem ao pé da sua casa em bom estado;
- Mantenha as entradas e quintal bem iluminado e sem obstáculos;
- Realize as reparações e limpezas necessárias para manter o piso em bom estado (remover musgo e folhas);
- Cuidado com superfícies irregulares;
- Arrumar o material de jardinagem após o uso;
- Comunique qualquer dano na via pública;
- Use calçado e roupa adequada.



Deve procurar uma atividade que goste ou fazer algumas caminhadas, pelo menos 2 horas e meia por semana. Seja qual for o exercício escolhido, comece sempre pelo aquecimento, que é muito importante para evitar lesões.

Se necessário, deve usar uma ajuda técnica para andar: andarilho, canadianas ou bengala.

Se preferir não sair à rua, os exercícios de equilíbrio e de força são especialmente bons na prevenção de quedas, e deve progressivamente aumentar o tempo de execução dos exercícios à medida que for tolerando.

Ande devagar e com cuidado. Tenha muita atenção ao chão, obstáculos e outros perigos.

Ser ativo ajuda a proteger os ossos, a nossa saúde mental e pode prevenir doenças como a osteoporose, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e cancro.

Mantenha sempre uma lista com os contactos de emergência perto do seu telefone.



E se cair?



- Peça ajuda ou telefone para alguém;
- Se não se puder levantar, tente arrastar-se até ao telefone ou à porta e peça ajuda;
- Se tiver dúvidas em relação à gravidade da lesão, não se mexa até a ajuda chegar;
- Mantenha um alarme pessoal ou um telemóvel consigo para que possa pedir ajuda;
- Dê uma chave de reserva a um membro da família ou vizinho para que eles possam chegar até si rapidamente.

É importante conversar com um profissional de saúde e familiar/ vizinho sobre a queda e as possíveis causas para que se possa evitar uma nova queda.

Referências bibliográficas:

Almeida, A.; Pinto, A. M.; Dantas, C. & Nossa, P. (2018). *Manual de Boas Práticas para a Prevenção de Quedas em Idosos*. Cáritas Diocesana de Coimbra.

Direção Regional da Solidariedade Social (2016). *Manual do Cuidador: prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Açores: Governo dos Açores. Disponível em: https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quedas.pdf

Ministério da Saúde, Centro de Investigação para Tecnologias Interativas e Instituto Nacional de Engenharia Biomédica (2017). *Tropeções, quedas e trambolhões: Livro digital sobre prevenção de quedas*. Universidade do Porto.

Informe-se dos seus direitos enquanto cuidador:

Lei 100/ 2019: Cuidador informal é o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada. O **estatuto de cuidador informal** só pode ser reconhecido a um cuidador por domicílio.

Deverá apresentar um **requerimento**, devidamente instruído em modelo próprio, junto dos serviços competentes de **Segurança Social**. O subsídio de apoio ao cuidador informal principal é uma prestação do subsistema de solidariedade.

O reconhecimento como cuidador informal confere direito à emissão de um **cartão de identificação de cuidador informal**.

O **descanso do cuidador** no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pode ser requerido junto do Centro de Saúde da área de residência, por um período máximo de **90 dias por ano**.

Se necessitar de **apoio domiciliário** deverá dirigir-se à **Junta de Freguesia** da sua área de residência para obter informação sobre as instituições que prestam o serviço. O valor a pagar depende dos seus rendimentos e despesas.

Caro cuidador

- Por vezes pode sentir-se cansado;
- Tente dividir as tarefas com outro familiar, sempre que possível;
- Pode chorar se ajudar, e sorrir sem se sentir culpado;
- Se necessita de ajuda contacte a equipa de saúde da USF da Luz, estaremos disponíveis para o ajudar.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

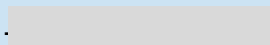
Contactos úteis

(Centro de Dia e apoio domiciliário) na sua Área de Residência:

- **Associação dos reformados e pensionistas de Benfica (no Bairro do Charquinho):**
Dra Isabel Ramos e Dra Patrícia Pinto – 217 15 4254 ou 939 324 147
- **Centro Social Paroquial de Nossa Senhora do Amparo de Benfica:** (junto à Igreja de Benfica): Dra Paula Sequeira – 217 600 362 (geral@cspbenfica.pt)
- **Associação Rute (no Bairro das Pedralvas):** Dra Marta Carvalho e Dra Carmen – 217 145 511 ou 925 008 625
- **Centro Social e Paroquial de Carnide:** Dra M^a João Jordão (assistente social) – 217 112 520
- **Lar da Confraria de São Vicente de Paulo:** Dra Maria Ribeiro (assistente social) – 217 140 433
- **IPSS de Carnide:** 217 121 330
- **Junta de Freguesia de Benfica:** 217 123 000

Outros:

- **Linha de Saúde 24:** 800 24 24 24



- **Hospital de Santa Maria:** 217 805 000/ **Urgência Geral:** 217 805 111



Elaborado por: Ana Sofia Cunha

Aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa Idosa

Supervisão clínica Enfermeira Graça Capela e Orientadora Professora M^a Adriana Henriques

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apêndice V – Apresentação do projeto na USF

Capacitação do cuidador familiar na prevenção de quedas da pessoa idosa no domicílio:

— Intervenção de Enfermagem

Orientadora: Prof. Dr^a. Adriana Henriques
Enf. Especialista Graça Capela

Orientando: Ana Sofia Lopes Cunha

Justificação do tema

Na [] constata-se que existe um elevado número de pessoas idosas que têm cuidador familiar. Existe uma necessidade de formação aos cuidadores familiares em diversos aspetos, um deles a prevenção das quedas.

O projeto que vou desenvolver tem como finalidade identificar o perfil do cuidador familiar de pessoas idosas dependentes e as necessidades da díade (cuidador-pessoa cuidada) inscritos na da []. Este projeto pretende avaliar o risco de queda das pessoas idosas dependentes em casa e de acordo com o risco identificado e as condições do contexto, desenvolver um plano de intervenção que possa contribuir para a prevenção das quedas no domicílio.

Portugal não é exceção ao resto mundo e apresenta uma população envelhecida. É esperado que o índice de envelhecimento duplicará até 2080, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens. No ano de 2001 a taxa de envelhecimento era de 101,6%, e em 2019 cresceu para 161,3% (PORDATA, 2020; Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Tendo em conta que o envelhecimento nos influencia a todos, é necessário haver uma intervenção e responsabilização de todos na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias ou prestadores de cuidados. Isto representa um desafio difícil e de grande responsabilidade para os serviços de saúde, que visam a implementação e melhoria de estratégias de intervenção, que consigam dar resposta às necessidades específicas das pessoas idosas e dos seus cuidadores (DGS, 2006).

No ano de 2018, a queda foi a principal causa de morte nas pessoas idosas nos EUA, correspondendo a 32.522 mortes (CDC, s.d.).

Aproximadamente 30% das pessoas com mais de 65 anos caem por ano, e para aqueles com mais de 75 anos as percentagens são maiores. Entre 20% e 30% das pessoas idosas que sofrem uma queda, ficam com lesões que reduzem a mobilidade, aumentam a dependência e aumentam o risco de morte prematura (WHO, 2004).

Kuzuya et al., (2006), realizaram um estudo com 1478 cuidadores familiares e 1874 pessoas idosas. Desses 1874 idosos, 30,3% (567) apresentou uma queda nos últimos 6 meses. No seu estudo concluíram que o facto de ter história de queda e apresentar humor depressivo, levou a resultados mais elevados de sobrecarga. Compreende-se então que prevenir quedas é importante, não só para as pessoas idosas, mas também para os seus cuidadores familiares.

Revisão literatura

Um cuidador familiar pode ser definido como qualquer parente, parceiro, amigo ou vizinho que tenha um relacionamento pessoal significativo e ofereça uma vasta assistência a alguém com uma condição crônica ou incapacitante. Esses indivíduos podem ser cuidadores primários ou secundários e viver com ou separadamente da pessoa que recebe os cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006).

É possível perceber que existem cada vez mais famílias a prestar cuidados cada vez mais complexos a um familiar dependente no seu domicílio. Ribeiro e Pinto (2014) realizaram um estudo com 241 famílias prestavam cuidados a um familiar dependente. Com este estudo foi possível observar que, considerando o grau de dependência do autocuidado global, 7,9% das pessoas eram totalmente dependentes, 91,7% tinham algum grau de necessidade de ajuda de outra pessoa e 0,4% necessitavam apenas de equipamento.

A WHO (2007) também criou um modelo que mostra que existe uma relação das quedas/lesões causadas pelas quedas com os diferentes fatores de risco: **comportamentais** (polimedicação, uso abusivo de álcool, falta de atividade física, calçado não apropriado); **ambientais** (casas de fraca construção, chão e escadas escorregadios, tapetes, iluminação insuficiente, chão estragado ou irregular); **socioeconómicos** (baixos rendimentos e escolaridade, casas inadequadas, falta de sociabilização e de recursos da comunidade, acesso limitado a serviços sociais e de saúde) e **biológicos** (Idade, sexo e raça, doenças crónicas e declínio das funções cognitivas, afetivas e físicas).

Normalmente, nos acidentes com pessoas idosas, os fatores de riscos nunca estão individualizados, estando pelo menos dois em interação, e quando existe interação entre estes fatores, aumenta o risco de queda. (DGS e Fundação MAPFRE, 2012; WHO, 2007).

A maioria das intervenções são multifatoriais e representam um desafio por exigirem a coordenação entre profissionais de saúde e incluem o exercício e atividade física, avaliação clínica, ajuste de medicação, modificação ambiental e educação (American Geriatrics Society and British Geriatric Society 2010).

Os cuidadores são um grupo extremamente importante quando se trata de prestar cuidados à população idosa dependente. Estes precisam de ser encorajados e apoiados em situações em que experimentam dificuldades. Cuidar destes cuidadores é uma opção que pode garantir a qualidade dos cuidados prestados e a proteção da saúde e do bem-estar da díade (pessoa idosa/cuidador) (Sequeira, 2012).

Os cuidadores familiares são uma parte essencial dos cuidados de saúde, em especial nos cuidados a longo prazo, e merecem por parte dos enfermeiros, uma atenção especial e redobrada, é por isso importante reconhecer, respeitar, avaliar e responder às suas necessidades, que estão maioritariamente relacionadas com a prestação de cuidados, mas também, às necessidades psicológicas, sociais e espirituais (Landeiro, Martins, Peres, 2016).

Objetivos

Objetivo geral:

Capacitar o cuidador familiar para prevenir as quedas na pessoa idosa no domicílio

Desenvolver competências sobre as necessidades dos cuidados familiares

Realizar formação no domicílio ao cuidador familiar

Caracterizar o perfil do cuidador da



Mobilizar a equipa de enfermagem para a realização de intervenções de prevenção de queda na pessoa idosa através da capacitação do cuidador familiar

4. Cronograma

Anos		2020				2021			
Meses		Setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	Março	Abril
Locais		Unidade de Saúde Familiar 							
Objetivos específicos	1.1	Férias do Natal							
	1.2								
	1.3								
	1.4								

1.1 – Desenvolver competências sobre as necessidades dos cuidadores familiares para capacitar os cuidadores familiares

1.2 – Caracterizar o perfil do cuidador da

1.3– Realizar formação no domicílio ao cuidador familiar

1.4– Mobilizar a equipa de enfermagem para a realização de intervenções de prevenção de queda na pessoa idosa através da capacitação do cuidador familiar

Referências Bibliográficas

American Geriatrics Society and British Geriatric Society (2010). Prevention of Falls in Older Persons:

AGS/BGS Clinical Practice Guideline. New York : American Geriatrics Society.

Centers for Disease Control and Prevention (s.d.). Wisqars: Explore nonfatal injury data Visualization tool. Disponível em: <https://wisqars-viz.cdc.gov:8006/non-fatal/explore/selected->

years?nf=eyJpb nRlbnRzLjpbLjEiXS wibWVjaHMiOlsiMzA2MCJdL Cj0cmFmZmljLjpbLjAiXS w iZG lzc iC i6WyI xIiwiMiIsLjQiL C l1I l0sInNleC i6WyI xI iwiMiIsLjMiXS w iY WdlR3JvdXBzTWluLjpbLjY l1LTY5Il0sImFnZUdyb3Vwc01heC i6WyI4N SsiXS w iY3VzdG9tQWdlc01pb iI6WyIwIl0sImN1c3Rv bUFnZ XNNY XgiOlsiMTk5Il0sImZyb21ZZWFyLjpbLjIwMTgiXS widG9ZZWFyLjpbLjIwMTgiXS w iY WdlY nV0dG4iOiI l1WXIiL C Jncm91cGJ5MSI 6IkFHRUdQIn0%3D

Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa: DGS. Acedido a 03 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>

Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (I). San Francisco. Acedido em: 15-09-2020. Disponível em: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1630

Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de população residente. *Destques*, 17, 1-19. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Landeiro, M. J. L., Peres, H. & Martins, T. (2015). Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5 (3), 486-498. Doi: 10.5902/2179769216886

PORDATA (2020). *Índice de envelhecimento*. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 27-36. Acedido em 30-09-2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100005

Sequeira C. (2012). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of clinical nursing*. 22(3-4), 491-500.
Doi: 10.1111/jocn.12108

Kuzuya M., Masuda Y., Hirakawa Y., Iwata M., Enoki H., Hasegawa J., Izawa S., e Iguchi A. (2006). Falls of the elderly are associated with burden of caregivers in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 21, 740–745. Acedido a 27 de outubro de 2020. DOI: 10.1002/gps.1554

WHO (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age.