



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

**Prevenção da utilização frequente do serviço de urgência
pelas pessoas idosas frágeis de uma
Unidade de Saúde Familiar: Intervenção de enfermagem
para a promoção do cuidado de Si**

Alexandra Seara Almeida

**Lisboa
2021**

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

**Prevenção da utilização frequente do serviço de urgência
pelas pessoas idosas frágeis de uma
Unidade de Saúde Familiar: Intervenção de enfermagem
para a promoção do cuidado de Si**

Alexandra Seara Almeida

Orientador: Professora Dr.^a Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
2021**

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”
(Fernando Pessoa)

A todos vós, os que me ajudaram e acompanharam nesta caminhada.

A todos os utentes, aos que já cuidei e aos futuros.

Em especial ao Dinis, meu filho,
pela espera das horas dos momentos em que estive ausente.

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada não teria sido possível concretizá-la se estivesse sozinha. Foram inúmeras as pessoas que estiveram a meu lado, facilitando este percurso. Deste modo, deixo o meu profundo reconhecimento arriscando-me a nomear com a esperança de não esquecer ninguém:

À Professora Dr.^a Idalina Gomes, minha orientadora, pelo **incondicional** apoio, incentivo, disponibilidade e ensinamentos que contribuí em muito para o meu crescimento não só profissional, mas também pessoal.

Ao Sérgio Jorge, meu orientador de estágio e amigo, igualmente pela sua disponibilidade e seus pelos preciosos conselhos e críticas construtivas.

Às enfermeiras Manuela Teotónio, Cristina Amaral, Cláudia Lampreia, Elsa Filipe e Artur Beja orientadores de estágio, pela partilha dos vossos sábios conhecimentos e apoio durante a azafama dos vossos dias de trabalho.

À Maria Inês Pereira, minha chefe de serviço e amiga, em facilitar perante um serviço exigente e pelos momentos de confissão e sábios conselhos.

Aos profissionais de ambos os locais de campo de estágio pelo afável acolhimento fazendo-me sentir parte da equipa e não uma “simples” estagiária.

À minha equipa pela paciência, solidariedade e compreensão, apoiando e facilitando os momentos de cuidados e estudo.

Às colegas de turma do 10^o curso de mestrado especialização em enfermagem, essencialmente ao grupo orientado pela Professora Dr.^a Idalina Gomes, pela união. Em especial à Daniela Cruz, amizade principiada, pelo seu ombro amigo nos momentos mais complicados da minha vida e partilha de descobertas simplificando e descomplicando momentos árduos.

À Enfermeira Chefe do serviço de urgência do Hospital Garcia de Orta, Susana Saiote pelos conselhos e orientação.

À minha família e aos meus amigos pelo carinho, incentivo e compreensão dos momentos ausentes. Especialmente, às minhas amigas Ana Luísa Miranda e Joana Santos, pelas sugestões de melhoria para a conceção do trabalho escrito.

Os meus pais, simplesmente por **tudo** e que infelizmente não conseguiram ver o resultado final.

Ao Edgar, meu companheiro, meu amigo, minha âncora e meu porto de abrigo, que tanto me apoiou ao longo destes dias, substituindo-me na minha ausência, estando sempre **presente** a meu lado e acreditando que chegaria ao fim, mesmo quando eu própria hesitei.

A todos vocês que fizeram e fizeram parte da minha vida, por existirem e não me serem indiferentes, por enriquecem o meu ser, o meu sincero **obrigada**. Ficarão para sempre na minha memória, estejam onde estiverem...

Bem-haja a todos vós.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACeSLC – Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AUGPCI – Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos

AVC – Acidente vascular cerebral

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CAD – Consulta aberta diária

CHS index – fenótipo de fragilidade de Fried

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

CSBA – Conselice Study of Brain Aging

CSP – Cuidados de saúde primários

eFI – Índice eletrónico de fragilidade

EFS – Edmonton Frail Scale

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESNO – European Specialist Nurse Organisation

FC – familiar cuidador

GDS-15 – Escala Depressão Geriátrica abreviada

GEDI – Geriatric Emergency Department Intervention

GFI – Groningen Frailty Indicator

ICN – International Council of Nurses

IPO – Instituto Português de Oncologia

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MNA –Escala Mini Nutritional Assessment

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PI – pessoa idosa

Proc. - Processo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPICE – Simple Protocol for Independent Computing Environments

SPQ – Sherbrooke Postal Questionnaire

SU – Serviço de urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – Strengths, Weaknesses, Oportunities, Threats

TFI – Tilburg Frailty Indicator

UC – Unidades de contexto

UF – Unidades de frequência

UFSU – Utilizadores frequentes do serviço de urgência

UGP – Urgência Geral Polivalente

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL

UR – Unidades de registo

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFX – Unidade de Saúde Familiar X

WHO – World Health Organization

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade transversal às populações de todo o mundo. Com o aumento da esperança média de vida, aumenta igualmente o número de doenças crónicas e as incapacidades físicas, constatando-se que a pessoa idosa apresenta um maior risco de fragilidade. Neste sentido a procura de cuidados de saúde pelas mesmas, nos últimos anos é cada vez maior, nomeadamente pelos serviços de urgência. Conscientes desta realidade os profissionais de saúde da unidade de saúde familiar “X” (USFX) em parceria com o projeto “Instituições de Ensino e Saúde Amigas da Pessoa Idosa” criaram o projeto “USFX Amiga das Pessoas Idosas” no qual o nosso projeto se incluiu. Assim este relatório, contempla o percurso realizado na USFX em Lisboa e o Serviço de Urgência (SU) da área de abrangência. Nele abordamos as atividades que possibilitaram o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, nomeadamente na elaboração do diagnóstico para da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas frágeis de uma USF, com vista a elaboração de um plano de intervenções para prevenção desta situação. Como metodologia optou-se pela do projeto. Como quadro conceptual incidiu-se no modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016).

Como resultado das atividades realizadas destacam-se: realização de estudo de caso em que as intervenções de enfermagem se basearam no modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016); realização de uma revisão *scoping* para identificar os motivos da utilização frequente do SU pela pessoa idosa e a realização de um estudo qualitativo/quantitativo para identificar os motivos da utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas da USFX. Concluímos, através da evidencia científica, que a fragilidade na pessoa idosa leva ao aumento da utilização frequente do SU e à sobrecarga do mesmo, afetando a sustentabilidade do sistema de saúde e da economia. Destacámos como motivo da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USFX o descontrolo da doença crónica. Deste modo, torna-se imperioso que os enfermeiros especialistas adotem medidas que visem o controlo/prevenção da utilização frequente SU, bem como a realização de mais estudos para aprofundar os motivos desta utilização.

Palavras-chaves: pessoa idosa, fragilidade, utilizador frequente, serviço de urgência, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Population aging is a reality throughout the world. With the increase in average life expectancy, the number of chronic illnesses and physical disabilities also increases, showing that the elderly has a greater risk of frailty. Therefore, the demand for health care by them, in recent years, is increasing, namely the emergency department. Aware of this reality, the health care professionals on the Primary Healthcare Facility “X” (PHFX) in partnership with the project “Educational and Healthcare Institutions Friendly of the Elderly” created the project “PHFX Friendly of the Elderly” in which our project is included. Thus, this report includes the route taken at the PHFX in Lisbon and the Emergency Department (ED) of the coverage area. We cover the activities that led to the development of skills of master and specialist nurse in the field of Medical-Surgical nursing, an elderly, namely in the preparation of the diagnosis for the frequent use of the ED by the frail elderly of a PHF, with a goal to elaborate an intervention plan to prevent this situations. The methodology chosen was the project. The conceptual framework focus in Partnership Model for the Promotion of Self-Care (Gomes, 2016).

As a result of the activities carried out, the following stands: a case study in which nursing interventions were based on the Partnership Model for the Promotion of Self-Care (Gomes, 2016); a scoping review to identify the reasons for the frequent use of the ED by the elderly and the carrying out of a qualitative / quantitative study to identify the reasons for the frequent use of the emergency department by the elderly at the PHFX. We concluded, through scientific evidence-base, that frailty in the elderly leads to an increase use of the ED and its overload, affecting the sustainability of the health system and the economy. We highlight the reason of the frequent use of the ED by elderly at PHFX is uncontrolled chronic disease. Thus, it is imperative that specialist nurses adopt measures to control / prevent frequent use of ED, as well as carry out further studies to go deep in the reasons for this frequent use.

Key words: elderly, frailty, frequent user, emergency department, nursing care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	17
1.1. Envelhecimento e fragilidade: implicações na utilização frequente do serviço de urgência	17
1.1.1. Utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas: implicações, causas e estratégias	19
1.2. Cuidar das pessoas idosas frágeis na comunidade num sistema de cuidados amigo das pessoas idosas: Implicações na prevenção da utilização frequente dos Serviços de Urgência	26
1.2.1. Fragilidade na pessoa idosa: Intervenção em parceria para promoção do <i>Cuidado de Si</i>	31
2. IMPLEMENTAÇÃO	35
2.1. Metodologia do projeto	35
2.2. Finalidade e objetivos	35
2.3. Caracterização dos locais de estágio	36
2.3.1. A unidade de saúde familiar X	36
2.3.2. O serviço de urgência geral polivalente	37
2.4. Considerações éticas	37
2.5. Atividades, Resultados obtidos e Competências desenvolvidas	38
2.5.1. Atividades direcionadas para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador, na prevenção da utilização frequente do SU	38
2.5.2. Atividades direcionadas para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prevenção da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USFX	53

2.5.3. Atividades direcionadas para a identificação dos motivos que levam à utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USFX	56
2. CONCLUSÃO	66
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT

ANEXO II – Escala Tilburg Frailty Indicator (TFI) – versão portuguesa

ANEXO III – Autorização para a utilização do TFI – versão portuguesa

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos gerais e específicos e atividades

APÊNDICE II – Os motivos da utilização frequente do serviço de urgência pela pessoa idosa: Revisão *scoping*

APÊNDICE III – Análise SWOT

APÊNDICE IV – Guião do processo de parceria

APÊNDICE V – Estudo de caso

APÊNDICE VI – Memórias descritivas das sessões de formação

APÊNDICE VII – Planos das sessões de formação

APÊNDICE VIII – Folhas de presenças das sessões de formação

APÊNDICE IX – Grelhas de avaliação e avaliação das sessões de formação

APÊNDICE X – Apresentação da primeira sessão de formação

APÊNDICE XI – Questionário de diagnóstico

APÊNDICE XII – Apresentação da segunda sessão de formação

APÊNDICE XIII – Póster apresentado nas 1^a Jornadas de Enfermagem na ESEL

APÊNDICE XIV – Guião de Entrevista

APÊNDICE XV – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

APÊNDICE XVI – Cronograma do Relatório de Estágio

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) desenvolvido no 3.º semestre. Este tem como objetivo relatar de forma crítica e reflexiva as atividades realizadas nos estágios e as competências de enfermeiro mestre e especialista (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019) desenvolvidas, tendo por base o projeto intitulado: “Prevenção da utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas frágeis de uma Unidade de Saúde Familiar: Intervenção de enfermagem para promoção do *Cuidado de Si*”.

O presente trabalho está inserido no projeto “Instituições de Ensino e Saúde Amigas da Pessoa Idosa”, coordenado pela Professora Dr.ª Idalina Gomes ESEL, integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL (UI&DE), que tem como objetivo criar parcerias com as instituições quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários (CSP), para melhor cuidar das pessoas idosas, indo ao encontro das suas reais necessidades, respeitando o seu projeto de saúde e vida, promovendo o *Cuidado de Si* (Gomes, 2016). Uma das parcerias estabelecidas foi com uma Unidade de Saúde Familiar X (USFX) da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), colaborando no projeto de investigação “**USFX amiga das Pessoas Idosas**”. Os profissionais de saúde desta unidade de saúde familiar (USF) estão cientes da problemática do envelhecimento da população a nível mundial, nacional e no contexto da USF. Desta forma, aderiram ao projeto com a intenção de melhorar os cuidados que oferecem às pessoas idosas nesta USF.

O projeto que pretendemos desenvolver, inserido no projeto acima referido, surge no seguimento da recolha de dados da plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde se verificou que esta USF apresentava uma taxa anual ajustada de utilização frequente do serviço de urgência situada nos 3,90%, superando o máximo aceitável na contratualização, que é de 3,30%, e uma taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar de 62,39%, ultrapassando o valor máximo esperado de 50,00%. Estes resultados são superiores à média das outras unidades do agrupamento de

Centros de Saúde (ACeS) e da ARSLVT. Neste contexto perceberam a imperiosidade de conhecer essas pessoas idosas e identificar os motivos que os levam a ser utilizadores frequentes do serviço de urgência (UFSU). Para os profissionais importa ter este conhecimento pelas implicações que a utilização frequente do serviço de urgência (SU) têm na qualidade de vida das pessoas idosas e famílias e pelas consequências no SNS, nomeadamente na superlotação (devido, por exemplo, ao aumento do tempo de espera) e na sobrecarga do SU, na diminuição da qualidade dos cuidados prestados, no ambiente tenso com profissionais stressados e na insatisfação do utente. Todos estes fatores levam ao aumento dos recursos, com aumento dos custos para a saúde, afetando a segurança e eficiência do SU e a própria sustentabilidade do sistema da saúde e económico (Kraaijvanger, Leeuwen, Rijpsma, & Edwards, 2016; Leporatti, Ameri, Trincherro, Orcamo, & Montefiori, 2016; Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell, 2017; Andrews & Kass, 2018).

Os fatores que levam ao aumento da utilização do SU, referidos na literatura, são variados, estando relacionados com o envelhecimento da população, com as perspetivas da pessoa face aos serviços de saúde, com episódios evitáveis associados a problemas não urgentes, ao aumento do número de pessoas com doença(s) crónica(s), às condições de vulnerabilidade e às condições de fragilidade (Leporatti et al., 2016; Coster et al., 2017; Andrews & Kass, 2018; Dufour et al., 2019).

Deste modo, o SU está a evoluir para que os cuidados sejam mais direcionados para diminuir/controlar a fragilidade nesta população, controlando eventos adversos durante e após a utilização do SU e orientar os cuidados após utilização, de forma a prevenir a utilização frequente dos SU, numa perspetiva de cuidados integrados (Hoogendijk et al., 2019). Importa assim salientar que a identificação da fragilidade deve iniciar o seu percurso nos CSP, porque muitos dos fatores e motivos do desenvolvimento da mesma decorrem do contexto de vida da pessoa. Consequentemente, as USF's têm uma importância fundamental na prevenção e controlo das doenças crónicas e da fragilidade para evitar que esta condição seja motivo para aumentar a utilização frequente do SU (Gobbens et al., 2017).

Assim sendo, tem sido dada maior importância aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, na prevenção e controlo da síndrome de fragilidade nas pessoas idosas. O que passa por um cuidado centrado na pessoa idosa e no seu familiar cuidador (Gobbens et al., 2017), de modo a elaborar um plano de cuidados que resulte da tomada de decisão entre a pessoa idosa e o enfermeiro, a partir de uma relação de parceria, que tenha em conta o seu projeto de vida e saúde e que

promova o *Cuidado de Si* (Gomes, 2016). Deste modo, suportaremos o desenvolvimento deste projeto neste modelo conceptual. Este assenta no conhecimento da pessoa e do seu contexto como condição para se intervir em parceria, pelo que uma questão que se nos colocou é quem são estas pessoas idosas e que motivos a levam a ser UFSU? Definimos como **objetivos gerais**: desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, na prevenção da utilização frequente do SU; desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USF; colaborar no projeto de investigação “USFX amiga das Pessoas Idosas”.

Para a realização deste projeto de estágio e concretização dos seus objetivos optou-se pela metodologia de projeto, uma vez que se centra “na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 3). Para o implementar optou-se por dois locais de estágio distintos: uma USF pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central (ACeSLC) e o SU da área da abrangência da respetiva USF.

O presente trabalho está estruturado nos seguintes capítulos: Introdução; o capítulo 1, que contempla o enquadramento, onde se aborda: o envelhecimento: implicações na utilização frequente do SU; a utilização frequente do SU pelas pessoas idosas: implicações, causas e estratégias; cuidar das pessoas idosas frágeis na comunidade; fragilidade na pessoa idosa: intervenção em parceria para promoção do *Cuidado de Si*. O capítulo 2, diz respeito à implementação, que inclui a: metodologia do projeto; finalidade e objetivos; caracterização dos locais de estágio; considerações éticas e as atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas direcionadas para os três objetivos gerais. Seguidamente encontra-se a conclusão; as referências bibliográficas; anexos e por último os apêndices¹.

¹ A redação deste trabalho baseou-se nas normas do Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações norma APA (Godinho, 2020) e de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo abordamos os conceitos de envelhecimento e fragilidade, para conseguir analisar a utilização frequente do SU pelas pessoas idosas e as implicações, causas e estratégias a adotar. De seguida abordaremos a importância dos Centros de Saúde amigo das pessoas idosas na prevenção da fragilidade e da utilização frequente do SU, interrelacionando com o desafio colocado aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, no sentido de intervirem, utilizando um quadro conceptual de cuidados que promova o *Cuidado de Si*.

1.1. Envelhecimento e fragilidade: implicações na utilização frequente do serviço de urgência

Graças aos avanços na medicina e na tecnologia, tanto a nível de diagnóstico, como de terapêutica ou de suporte/otimização de função de órgão, existem melhores condições sociais e a esperança média de vida das pessoas tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas décadas, quer a nível nacional, como a nível mundial (Gobbens et al., 2017; Carneiro, Simões, & Carneiro, 2019). A nível nacional, os dados estatísticos, fornecidos pela PORDATA, referentes ao ano de 2018 mostram que dos 10 276 617 indivíduos residentes em Portugal, 1 928 225 são indivíduos com 65 ou mais anos (PORDATA, 2019). Este aumento da esperança média de vida da população quer a nível mundial, quer a nível nacional reflete-se num aumento do número de pessoas idosas e num aumento de doenças crónicas como: diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, doenças reumáticas, obesidade, demência, sendo cada vez mais raro morrer de doença aguda. A doença crónica é incurável e causa incapacidades/deficiências progressivamente limitantes, que são decorrentes de alterações patológicas irreversíveis. A projeção demográfica para a maioria dos países desenvolvidos revela que a proporção de pessoas idosas continuará a crescer. Desta forma, surgem novos desafios para os governos, que precisam de colmatar as implicações ao nível social e ao nível da saúde, resultantes do envelhecimento populacional. Desafios esses que passam por promover um envelhecimento saudável e ativo, apostando nos recursos sociais, económicos e da saúde (Lana & Schneider, 2014; Gobbens et al., 2017). Neste contexto, em fevereiro de 2020, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde reuniram-se governos, sociedades, civis, agências

internacionais, profissionais, academias, imprensa e setor privado e elaboraram a proposta “Decade of Healthy Ageing (2020-2030)”. O objetivo é melhorar a vida da pessoa idosa, das suas famílias e da comunidade, para garantir que ninguém seja deixado para trás e que cada pessoa possa cumprir o seu potencial com dignidade e igualdade num ambiente saudável (World Health Organization [WHO], 2020).

O processo de envelhecimento é dinâmico, progressivo e influenciado por diversos fatores, nomeadamente: morfológicos, funcionais, bioquímicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos e económicos. Quando estes fatores estão em desequilíbrio afetam a saúde, a capacidade funcional e a qualidade de vida da pessoa idosa, colocando-a mais predisposta à fragilidade (Kelly, Mrengqwa, & Geffen, 2019). Algumas destas alterações refletem-se em diferentes tipos de perdas: diminuição da capacidade em adaptar-se ao meio ambiente, limitações físicas, perdas cognitivas e sensoriais, perda da independência, perda do papel e posição social, isolamento social e sintomas depressivos. O que, por sua vez, leva a estados de vulnerabilidade e fragilidade, devido a fatores internos e/ou externos. Constata-se que esta população apresenta maior prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e síndromes geriátricas (Lana & Schneider, 2014; Augusti, Falsarella, & Coimbra, 2017).

Nas últimas décadas pesquisadores, organizações, governantes têm dado importância aos aspetos relacionados com a pessoa idosa, que vão muito além dos aspetos fisiopatológicos. Constata-se que a pessoa idosa está sujeita a fragilidade, consoante a presença de doenças crónicas, comorbilidades e estilos de vida. Por sua vez, a fragilidade leva ao aumento do risco de vulnerabilidade e de resultados adversos, tais como quedas, incapacidade, hospitalização, institucionalização e mortalidade (Hoogendijk et al., 2019).

O conceito de *fragilidade* está a ser cada vez mais utilizado. A sua definição não é fácil e apesar dos esforços, ainda não existe consenso em relação à mesma. Inicialmente baseava-se apenas nos aspetos físicos. Atualmente, cada vez mais pesquisadores, profissionais de saúde e políticos estão convencidos de que a fragilidade é multidimensional, afetando aspetos não só físicos, mas também psicológicos, sociais e económicos (Lana & Schneider, 2014; Augusti et al., 2017; Gobbens et al., 2017; Hoogendijk et al., 2019).

Segundo Hoogendijk et al. (2019), citando Markle-Reid M & Browne G. (2003), os investigadores são unânimes em três aspetos a serem considerados em relação à definição do conceito de fragilidade: o primeiro refere-se à fragilidade como multidimensional, com fatores físicos e psicossociais; o segundo aspeto salienta que

embora a prevalência aumente com a idade, a fragilidade é uma condição extrema, sendo consequência normal do processo de envelhecimento; em terceiro lugar, a condição de fragilidade é dinâmica, o que significa que um indivíduo pode flutuar entre os vários níveis de fragilidade. Os estudos referidos preveem que a fragilidade aumente à medida que aumenta o envelhecimento da população.

Entre as principais características da fragilidade estão a diminuição da funcionalidade de múltiplos sistemas orgânicos, acompanhado igualmente de aumento de vulnerabilidade, de fatores de stresse, do número de internamento, institucionalização, quedas, com menor qualidade de vida, incapacidades e morte prematura (Gobbens et al., 2017; Dent et al., 2019; Hoogendijk et al., 2019). Quanto maior forem os fatores de stresse (por exemplo: mais episódios agudos relacionados com a doença crónica) mais rápida é a deterioração da capacidade funcional da pessoa idosa (Dent et al., 2019). Desta forma, a distinção entre a idade e a fragilidade parece tão ténue que facilmente é generalizado que todas as pessoas se tornam frágeis quando envelhecem (Perna et al., 2017). Torna-se importante ressaltar que a fragilidade pode ocorrer em qualquer pessoa de qualquer idade, por exemplo, aquando da presença de doença crónica (Hoogendijk et al., 2019).

Para cuidar desta população é necessário que os profissionais apresentem formação específica, que permita identificar as situações de fragilidade e na reabilitação/gestão do quotidiano, visto que são utentes que necessitam de longos períodos de supervisão e/ou cuidados individualizados (Alhamdan et al., 2015; Carneiro et al., 2019). Inevitavelmente esta situação passa pelos CSP, no sentido de ajudar a gerir as situações de doença(s) crónica(s), de modo a prevenir as comorbilidades na comunidade e as complicações daí decorrentes que levem a utilização frequente do SU.

1.1.1. Utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas: implicações, causas e estratégias

Apesar dos esforços para que a aposta incida sobre os CSP verifica-se uma crescente utilização do SU. Um dos primeiros estudos realizados, sobre a utilização frequente do SU, remonta ao estudo realizado por James Mannon, em 1976 (Burns, 2017). Desde então, a tomada de conhecimento para o aumento da utilização do SU tem sido uma realidade constante e frequente em vários países. Por exemplo, nos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália o aumento dos

cuidados do SU é de 3% a 6% a cada ano. Mais especificamente, na Inglaterra os utilizadores do SU duplicaram de 6,8 milhões de utentes no período de 1966 a 1967, para 13,6 milhões no período de 2006 a 2007, e volta a aumentar para 14,3 milhões no período de 2012 a 2013 (Leporatti et al., 2016; Coster et al., 2017). Em França o número de visitas ao SU aumentou 50% entre 2000 e 2015 (Or & Penneau, 2018). De facto, Leporatti et al. (2016) e Coster et al. (2017), referem que esta tendência é confirmada na maioria dos países industrializados e em Portugal.

Existem algumas definições para o conceito utilizador frequente do SU, a que reúne maior consenso é a do utente que recorre ao SU, **num período de um ano um mínimo de quatro vezes** (Legramante et al., 2016; Dufour et al., 2019).

O aumento constante da utilização do SU nos últimos anos é uma fonte de pressão sobre os hospitais e o sistema de saúde levantando questões sobre a sua adequada utilização (Or & Penneau, 2018). O impacto deste aumento conduz à superlotação do SU, aumento de custos, diminuição da qualidade do serviço, aumento do tempo de espera, ambiente tenso com profissionais stressados, insatisfação do utente, levando à sobrecarga do serviço (Kraaijvanger et al., 2016; Leporatti et al., 2016; Coster et al., 2017; Andrews & Kass, 2018). Além do mais, a utilização frequente do SU causa também impacto no fluxo dos utentes ao SU, contribuindo de igual modo para a sobrecarga e superlotação do serviço, afetando a sustentabilidade do sistema de saúde e economia (Kuek et al., 2018).

A utilização inadequada do SU contribui para o desperdício de recursos económicos, ameaçando a segurança e eficiência do SU. A utilização inadequada do SU é responsável pelo elevado custo de exames não urgentes, levando a uma superlotação que é a principal razão para a ineficácia do SU. Embora os valores das percentagens sejam ainda discutíveis, os estudos revelam que as taxas de utilização do SU são 320 a 728% mais altas do que as da clínica, permitindo uma economia potencial de 69 a 86% se os utentes não urgentes fossem tratados em contextos CSP em vez no SU (Leporatti et al., 2016). Na Holanda 41% a 52% dos episódios de urgência poderiam ser atendidos num serviço de CSP a custos mais baixos (Kraaijvanger, Rijpsma, et al., 2016). Dufour et al. (2019), apoiam o que foi dito e acrescentam que um melhor acesso aos CSP para a pessoa idosa com doença crónica pode reduzir os episódios do SU, hospitalizações e, conseqüentemente, os custos (como por exemplo, as consultas no CSP são mais baratas do que as do SU).

Os fatores que levam ao aumento da utilização do SU são complexos e multifatoriais e prendem-se com o envelhecimento da população (visto que é uma

população que necessita de cuidados diferenciados e complexos), com o aumento do número de pessoas com múltiplas condições crónicas, com as próprias perspectivas das pessoas relacionadas com os serviços de saúde e com episódios evitáveis associados a problemas não urgentes (Coster et al., 2017; Andrews & Kass, 2018; Dufour et al. 2019). Dufour et al. (2019) realizaram uma revisão da literatura e concluíram que a utilização frequente do SU deve-se a fatores relacionados com: um número elevado de hospitalizações; o facto de viver numa área rural adjacente a um centro urbano; o baixo poder económico; a polimedicação e antecedentes pessoais relacionados com doença cardíaca. Segundo o estudo realizado por Leporatti et al. (2016), esta situação prende-se ainda com condições de vulnerabilidade, como por exemplo: abuso de álcool e drogas, condições crónicas e do foro psicológico.

Outros autores referem que os motivos que levam as pessoas a recorrer ao SU dizem respeito: à acessibilidade limitada; à falta de confiança nos CSP ou ao desconhecimento de outros serviços de apoio, por o utente julgar que a sua condição se trata de uma situação urgente; à conveniência; à opinião de familiares, amigos ou outros profissionais de saúde; ao utente considerar que a sua condição exige recursos e instalações especializadas; ao desejo de querer ser atendido rapidamente; à dificuldade no acesso aos CSP; à dificuldade em conseguir uma consulta com o médico de família em tempo útil e horário de atendimento limitado por parte dos CSP (Legramante et al., 2016; Coster et al., 2017; Kraaijvanger et al., 2017; Andrews & Kass, 2018). Kraaijvanger et al. (2017) acrescentam que os motivos também se prendem com: o alívio da dor ou do desconforto e obter segurança; a necessidade de uma segunda opinião ou cuidados de acompanhamento; uma condição preocupante (medo de condições de risco de vida); a preferência pelas instalações ou profissionais do SU, e ainda, como acrescentam os autores Or & Penneau (2018), pela disponibilidade de equipamentos técnicos.

Atualmente, os serviços de urgência têm revelado consciência sobre a tendência crescente de pessoas idosas que apresentam fragilidade. Estes serviços estão a evoluir de modo a que os cuidados agudos sejam mais direcionados para diminuir a fragilidade. A importância de identificar a fragilidade no SU está relacionada em compreender as manifestações agudas da doença, para prevenir eventos adversos durante e após a visita ao hospital, de forma a implementar intervenções destinadas a prevenir esses eventos e orientar os cuidados (Hoogendijk et al., 2019).

Deste modo, uma vez que a pessoa idosa apresenta maior probabilidade de fragilidade, aquando da presença de doença aguda ou exacerbação da doença

crónica, necessitando de cuidados específicos e complexos, é-lhe atribuído uma prioridade mais elevada comparativamente com os jovens adultos (Dufour et al., 2019). Contudo, muitos profissionais do SU apresentam uma especialização limitada em geriatria. Esta falta de experiência pode levar a situações de: subtriagem, taxas mais altas de internamento, cuidados atrasados e fragmentados, intervenções invasivas e desnecessárias, acarretando inevitavelmente, num maior tempo de permanência no SU (Marsden et al., 2017).

A pessoa idosa, como utilizador frequente do SU, revela ser uma população bastante heterogénea. A identificação das suas características permite melhorar a compreensão em relação às suas necessidades a nível dos cuidados de saúde e sociais, garantindo a qualidade de cuidados (Dufour et al., 2019). As diretrizes do SU geriátrico recomendam um atendimento multidisciplinar em equipa, num ambiente geriátrico-amigável que possui protocolos e indicadores de qualidade para rastrear a fragilidade, incidindo sobre, por exemplo nos cuidados a ter: a nível dos cateteres urinários, gestão de medicamentos, prevenção de quedas, *delirium* e transições de cuidados e acompanhamento, sendo este último de extrema importância e ainda pouco estudado (Hoogendijk et al., 2019).

Marsden et al. (2017) cientes do envelhecimento da população e que esta recorre frequentemente ao SU, que muitas vezes se revela num ambiente caótico, realizaram um estudo no sentido de maximizar a qualidade do atendimento a esta população, contribuindo inevitavelmente, no controlo dos custos com diminuição da recorrência ao SU, portanto da UFSU. O estudo foi realizado na Austrália e incidiu no “Geriatric Emergency Department Intervention (GEDI MOC)”. O GEDI MOC revelou medidas inovadoras, nomeadamente na importância de uma equipa que apresente conhecimentos a nível da gerontologia. Além disso, o estudo permitiu concluir que é uma mais-valia a articulação entre os CSP e o SU. O foco principal é oferecer atendimento de alta qualidade às pessoas idosas frágeis através da continuidade de cuidados à medida que utilizam o SU. O sucesso do GEDI MOC prende-se com o facto de as intervenções resultarem de pesquisas rigorosas.

Além de ser necessário melhorar as condições do SU, tornando-o mais eficaz na prestação de cuidados, e também essencial realizar estudos no sentido de conhecer quem são os utilizadores frequentes, para posteriormente direccionar as políticas. A grande aposta, como já foi frisado anteriormente, incide nos CSP, porque a falha de resposta destes serviços vai, inevitavelmente, aumentar a procura do SU. Ao direccionar os cuidados do SU para os CSP será socialmente benéfico, porque 15

a 40% dos episódios de urgência deveriam ser solucionados em serviços de saúde fora dos hospitais e porque os custos são mais reduzidos nos CSP. Além de que, 5 a 20% dos atendimentos de cuidados urgentes prestados nos serviços CSP evitaram a utilização do SU (Pinchbeck, 2019). Em Inglaterra foram desenvolvidas políticas no sentido de tornar os CSP mais eficientes passando por existir: um prolongamento de horário de funcionamento no fim da tarde e ao fim de semana; serviços de atendimento sem necessidade de registar ou marcar uma consulta; proximidade; serviço gratuito e acessibilidade. Medidas mais abrangentes podem passar por: reestruturar as práticas nos CSP; expandir os CSP para locais adequados e criar novos serviços (Pinchbeck, 2019). Or & Penneau (2018) ressaltam igualmente a importância do baixo tempo de espera relativamente às consultas.

Burns (2017), a partir de uma revisão da literatura sugere outras medidas que podem revelar um impacto positivo, aquando da utilização frequente do SU: melhorar a eficácia do serviço prestado pelo transporte em ambulância com recurso a programas que incidem nos enfermeiros; utilização de vídeos e conferências com médicos de urgência; e pessoas especialmente treinadas (paramédicos), respondendo a chamadas não urgentes.

Para Heede & Voorde (2016), as intervenções para reduzir a utilização do serviço de urgência passam por: serviços que acarretam custos de pagamento; fortalecimento dos CSP; desvio pré-hospitalar (serviços telefónicos: triagem telefónica e consulta telefónica); coordenação (gestor de caso); apoio à educação e autogestão e barreiras ao acesso aos SU.

Tendo em conta, que a utilização frequente do SU está, por vezes, associada à sua inadequada utilização, em que a pessoa recorre devido a episódio de doença não urgente, outra medida a adotar passa pela educação/literacia, de modo a que o utente possa compreender melhor os sintomas da doença, de forma a escolher corretamente o serviço a que deve recorrer (Andrews & Kass, 2018).

Bodenmann et al. (2014) constataram que vários países tais como: Estados Unidos, Canadá, Suécia, Reino Unido, Holanda, Espanha e Austrália introduziram intervenções inspirados no “Gestor de caso” (*Case Management*). Este tipo de intervenção consiste em formar equipas multidisciplinares compostas por enfermeiros, psicólogos e médicos de Medicina Interna. Nesta equipa é eleito um gestor de caso que coordena os cuidados, guia o utente através do processo e fornece apoio social. Este tipo de cuidado é centrado no utente, apresentando uma natureza holística,

levando ao *empowerment* do mesmo. Além disso, os cuidados não se limitam ao hospital, estendendo-se até à comunidade.

Steinmiller, Routasalo, & Suominen (2015), a partir da revisão da literatura realizada, dão uma perspetiva interessante em como diminuir a utilização frequente do SU pelas pessoas idosas. Os autores sugerem que se deve capacitar a pessoa idosa a saber distinguir os sintomas de doença aguda da crónica. E que o enfermeiro, aquando a alta do SU deve ter particular atenção quando se trata de uma pessoa idosa especialmente se esta reside sozinha, pois quando a articulação do SU para o domicílio não é bem planeada existe uma forte probabilidade de que a pessoa idosa recorra novamente ao SU. Consequentemente, é necessário prepará-la melhor, explicando com mais exatidão os cuidados necessários a ter e dar-lhe mais tempo para assimilar essa informação. O enfermeiro deve também explicar à pessoa idosa onde se dirigir perante os sintomas de modo a evitar que esta regresse ao SU. Os mesmos autores, reforçam igualmente a importância de que é preciso mais articulação entre os diferentes serviços de saúde, como por exemplo: entre o atendimento primário e o apoio domiciliário.

O estudo realizado por Dermody, Sawyer, Kennedy, Williams, & Brown (2017) incidiu em intervenções de enfermagem no SU, de modo a impedir uma nova visita ao mesmo. Os autores do estudo sugerem o desenvolvimento e implementação de um programa de transição multifacetado entre o SU e o domicílio, incluindo uma avaliação geriátrica abrangente e a realização de um acompanhamento através de visita domiciliar 24 a 48 horas após a alta do SU, de forma a gerir/identificar os problemas crónicos e/ou agudização da doença da pessoa idosa, garantindo desta forma, uma transição segura do SU para o domicílio. Sugeriram, também, o desenvolvimento de um programa de triagem dirigido para as pessoas idosas e as suas famílias. Este programa permitiria o contato com uma enfermeira geriátrica do SU, de modo a serem colocadas perguntas sobre a situação clínica da pessoa idosa, caso esta não consiga estabelecer contato com o seu médico de família. Devido à sua especialidade profissional, o enfermeiro está familiarizado com os recursos disponíveis e dirigidos para a pessoa idosa, de modo a satisfazer as necessidades únicas da mesma. Portanto, os diretores do SU poderiam incentivar os enfermeiros a obter a certificação de especialização em enfermagem em urgência geriátrica, de forma a aprimorar as competências em enfermagem. De salguardar que este estudo foi realizado nos Estados Unidos da América e que em Portugal é uma realidade inexistente, porém é

deveras importante a reflexão, de modo a que se promova o incentivo, para que a mesma exista a nível curricular (em Portugal).

O estudo realizado por Kelley, Parke, Jokinen, Stones, & Renaud (2011), conclui que o SU do Hospital de Ontário, no Canadá apresentava um ambiente impróprio para a prestação de cuidados à pessoa idosa, uma vez que era um serviço superlotado, com um ambiente caótico, com equipamentos e móveis que criavam barreiras à prestação de cuidados, levando à insatisfação da pessoa idosa, uma vez que as suas expectativas nem sempre eram atendidas. Considerando o SU como parte importante dos cuidados de saúde à pessoa idosa é primordial a implementação de mudanças nas políticas e nas práticas, de modo a atender à complexidade das necessidades de cuidados da mesma. Os autores fazem referência a um conceito inovador – *SU amigo das pessoas idosas*. Para tal, o SU deverá abranger as quatro dimensões: ambiente físico; clima social; políticas e procedimentos hospitalares e sistema de saúde. Um SU amigo da pessoa idosa permite reduzir a vulnerabilidade da mesma, promover a sua segurança, limitando, deste modo, os resultados adversos associados à permanência no SU.

Outra medida para reduzir a utilização do SU passam por conhecer quem são os utilizadores frequentes. Particularmente, no que se refere à pessoa idosa, a verdade é que o SU não é propriamente o serviço que reúne as melhores condições para a prestação ideal de cuidados. O SU destina-se principalmente a situações efetivamente graves/emergentes. Relativamente à pessoa idosa, quando esta permanece por longos períodos de tempo no SU aumenta a probabilidade de apresentar agravamento da sua situação clínica, podendo surgir situações de delírio, infeções (como por exemplo: urossépsis), quedas e morte (Marsden et al., 2017) (Marsden et al., 2017). Deste modo, uma das medidas a adotar passa pela aposta nos CSP, uma vez que revelam uma maior proximidade com a pessoa idosa, com cuidados mais direcionados para responder às necessidades reais e por serem mais baratos comparativamente com os prestados pelo SU, permitindo desta forma a continuidade e acompanhamento dos cuidados (Heede & Voorde, 2016).

Vários são os estudos que realçam que são os enfermeiros os principais prestadores de cuidados à pessoa idosa quando esta se encontra no SU. Perante as necessidades específicas da mesma é imperioso uma organização e um cuidar preciso, de modo a satisfazer as suas necessidades únicas (Steinmiller et al., 2015). Gomes (2016), salienta a importância de uma relação de parceria. O enfermeiro deve ser capaz de olhar para a pessoa idosa para além das suas necessidades, deve ter

tempo e espaço para estabelecer uma relação de qualidade, de modo a promover uma relação de confiança. Deste modo, denota-se a importância em promover um envelhecimento ativo; ajudar a estabelecer um plano de cuidados incluindo o familiar cuidador e/ou família e ajudá-los a saber a que serviço devem recorrer perante os sintomas (doença aguda, agravamento da doença crónica), de forma a que a pessoa idosa não recorra em primeiro lugar ao SU (Dermody et al., 2017).

Por conseguinte, salientamos que as medidas passam resumidamente por um SU mais dirigido à pessoa idosa com enfermeiros especialistas nesta área, capazes de prestarem cuidados de modo a estabelecer uma relação de parceria, vendo a pessoa idosa como um ser de projeto de vida e de saúde, proporcionando conforto e bem-estar, possibilitando que a mesma prossiga com a sua trajetória de vida. É primordial estabelecer uma relação de parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa, com a construção de uma ação conjunta através do revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se de forma a assumir ou a assegurar o *Cuidado de Si* Gomes (2016). As medidas passam igualmente por uma eficaz valorização e prestação dos CSP, com Centros de Saúde amigos das pessoas idosas, nomeadamente no que se refere à intervenção na síndrome de fragilidade.

1.2. Cuidar das pessoas idosas frágeis na comunidade num sistema de cuidados amigo das pessoas idosas: Implicações na prevenção da utilização frequente dos Serviços de Urgência

O número de pessoas idosas frágeis tem vindo a aumentar. As suas necessidades de saúde, como, por exemplo, o aumento das doenças crónicas, comorbilidades, polimedicação e síndromes geriátricas, torna-os usuários cada vez mais frequentes do serviço de saúde (Lubenow, Barrêto, Nogueira, & Silva, 2016). Além disso, a pessoa idosa pode ter dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde, tornando-a mais suscetível a receber cuidados inadequados (Kelly et al., 2019). Concomitantemente, os serviços de saúde têm evoluído exponencialmente, verificando-se uma enorme aposta a nível dos meios tecnológicos. Com cuidados cada vez mais “técnicos”, estes centram-se na doença, banalizando a pessoa que está doente. É como se a tecnologia fosse unicamente a opção para a cura. Porém, tratando-se pessoas idosas frágeis, os cuidados devem voltar-se para a essência ancestral da enfermagem, em que o cuidado é centrado na pessoa; é centrado no

doente como pessoa, indo ao encontro da sua história, preferências, diversidades, valores; tendo presente que é um ser único, ajudando-o desta forma, no percurso para o futuro satisfazendo as suas reais necessidades (Carneiro et al., 2019).

Segundo Marsden et al. (2017) um dos desejos da pessoa idosa é manter-se a residir no seu domicílio. Estes autores verificaram que existe uma grande percentagem de pessoas idosas frágeis que vivem no seu domicílio (ou em instituições da comunidade) e que expressam a preferência pelo tratamento no local onde habitam reforçando a importância dos CSP. Deste modo, os cuidados de saúde primários devem adotar políticas, de forma a satisfazer as necessidades da população idosa, de modo a prevenir, promover e atrasar as condições incapacitantes resultantes do envelhecimento (Lubenow et al., 2016). Abdellatif et al. (2017) também referem que os CSP devem ser a primeira linha de cuidados de saúde.

Segundo a perspetiva de Starfield (2002), os CSP são a “porta” de entrada principal para os serviços de saúde; a continuidade dos cuidados, especialmente para as condições crónicas; a interligação, a coordenação, a centralidade do processo na família e a orientação para a comunidade, devendo estes ser os principais responsáveis por resolver os problemas de saúde. Os CSP referem-se a “cuidados essenciais de saúde”, que facilitam a acessibilidade, direcionando para cuidados de saúde sustentáveis, que vão para além da saúde tradicional e convencional e do sistema de atendimento (Ikpotokin, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem-se debruçado sobre esta temática no sentido de encontrar soluções. Tem realizado inúmeros estudos, muitos deles incidindo sobre a opinião das pessoas idosas, dos seus familiares cuidadores e profissionais. Em 2004 é publicado “Towards Age-friendly Primary Health Care”, onde constam diretrizes que incidem nos CSP em que estes devem ser “amigos das pessoas idosas” de forma a prevenir e controlar a fragilidade na pessoa idosa (WHO, 2004). Os sistemas de saúde devem melhorar a sua organização em torno das necessidades e preferências da pessoa idosa, de forma a fortalecer os cuidados de saúde centrados na pessoa idosa, estando deste modo igualmente preparado para lidar com a mudança demográfica. A adaptação abrange vários eixos, tais como: barreiras físicas, assistência clínica, prevenção da doença e promoção da saúde, informação à pessoa e atividades sociais e comunitárias (Acosta-Benito, Rodríguez-Fernández, Barrio-Cortes, & García-Pliego, 2018).

Os CSP de modo a tornarem-se amigos das pessoas idosas devem oferecer a esta população uma melhor acessibilidade; disponibilidade de equipamentos,

medicamentos e recursos humanos qualificados; serviços preventivos; aconselhamento clínico; bem como instalações e políticas direcionadas para as necessidades e preocupações desta população garantindo a qualidade dos cuidados (Kelly et al., 2019). Van de Pol et al. em 2015 já referiam que os CSP deviam apostar na autonomia, independência e na experiência profissional e salientaram a necessidade das consultas serem mais demoradas, permitindo estar mais tempo com a pessoa idosa. Além disso, os CSP devem explorar o estado cognitivo, emocional e físico (com programas dirigidos para as doenças crónicas), a capacidade funcional, o ambiente socioeconómico. Segundo os autores Acosta-Benito et al. (2018), a organização dos CSP deve basear-se na horizontalidade da assistência e na coordenação dos serviços sociais e de saúde.

Os CSP amigos da pessoa idosa incluem igualmente a racionalização do número de consultas médicas; a coordenação entre cuidados primários e hospitalares; a adequação das informações à pessoa e a confidencialidade, tendo em conta os aspectos éticos que devem prevalecer em todos os cuidados. Atividades comunitárias e a organização de redes de apoio comunitário que incluam conhecimento de todos os recursos disponíveis na zona habitacional da pessoa idosa. Além do mais, Acosta-Benito et al. (2018) referem que é fundamental alcançar o *empowerment* da pessoa idosa, aumentando o seu conhecimento e autonomia na tomada de decisão. Do mesmo modo, Gomes (2016) salienta que o enfermeiro a partir do processo de construção de parceria com a pessoa idosa permite que esta **assume** ou **assegure** um ***Cuidado de Si***, de forma a ir ao encontro do seu projeto de vida e saúde. Na terceira fase do processo de parceria como promotor do *Cuidado de Si*, de Gomes (2016), o enfermeiro ao construir uma ação conjunta com a pessoa idosa permite que a mesma desenvolva competências para agir e decidir perante os objetivos definidos. Portanto existe uma partilha de responsabilidades e poder para ajudar a pessoa idosa a transformar as suas capacidades **potenciais** em **reais**. Quanto às barreiras arquitetónicas e ambiente físico da instituição de saúde, as medidas precisam de ser tomadas pelo uso equitativo dos recursos, tendo em consideração as possíveis limitações da pessoa idosa, deve ter igualmente em conta a flexibilidade, intuição e simplicidade. Em relação à deslocação, esta deve exigir pouco esforço físico e deve haver ajudas técnicas. A sinalização da instituição precisa de ser adaptada, a nível dos corredores, gabinetes de consultas, salas de espera e casas de banho. Atitudes de escuta ativa, respeito e empatia devem ser incentivados, de modo a garantir qualidade e dignidade de cuidados (Acosta-Benito et al., 2018).

Ssensamba, Mukuru, Nakafeero, Ssenyonga, & Kiwanuka (2019) realçam que para que os CSP sejam amigos da pessoa idosa é crucial os aspetos como a liderança e a governança, uma vez que permitem o desenvolvimento de políticas e documentos orientadores que fortalecem ambientes facilitadores e a criação de parcerias com outras instituições. Salientam também a importância da aposta da especialização dos profissionais, nomeadamente nos médicos, enfermeiros e assistentes sociais na área da geriatria.

Alhamdan et al. (2015) realizaram um estudo onde avaliaram os cuidados prestados pelos CSP à pessoa idosa na cidade de Riade, na Arábia Saudita, com o intuito de fornecer dados para adequar as políticas de saúde e que os CSP melhorem as suas condições para que sejam amigos da pessoa idosa. Nesse estudo, concluíram que as principais preocupações de saúde para as pessoas idosas, passam por problemas relacionados com a obesidade, diabetes e suas complicações, doença cardiovascular, cancro, declínio cognitivo e demência. Há ainda a ter em conta a questão da fragilidade, especialmente quando as pessoas idosas apresentam doença(s) crónica(s) ou comorbilidades.

No estudo realizado por Joling et al. (2018), os autores apoiam a ideia acima referida e acrescentando que os CSP devem apostar numa equipa multidisciplinar qualificada, sem descurar os cuidadores informais. Referem também a importância de melhorar a acessibilidade aos CSP. Uma vez que a maior parte das pessoas idosas prefere continuar no seu domicílio, é igualmente importante melhorar os serviços comunitários, pois ajudam a manter os CSP sustentáveis. Neste sentido, existem Indicadores de Qualidade que monitorizam e estimulam os serviços, uma vez que são indicadores válidos, capazes de mensurar o desempenho da prática e permitem avaliar e ou alterar a qualidade dos respetivos serviços. Estes indicadores são úteis para os profissionais, pesquisadores e políticos.

Muitos são os países que têm vindo a apostar no melhoramento da qualidade dos CSP. Porém, verificam-se ainda algumas lacunas, como, por exemplo, no estudo realizado por Williams-Roberts, Abonyi, & Kryzanowski (2018) no Canadá, concluíram que a pessoa idosa identificou vários aspetos que podem ser otimizados, nomeadamente: melhorar o relacionamento, continuidade na informação, decisão compartilhada (pessoa idosa, família, profissional), aumento do número de profissionais (enfermeiros, geriatras, fisioterapeutas e assistentes sociais) e aumento das parcerias com organizações comunitárias.

O estudo realizado por Balsinha, Marques, & Gonçalves-Pereira (2018) em Portugal, recorreu ao uso do SPICE (Simple Protocol for Independent Computing Environments) nas consultas de rotina (portanto de um protocolo de comunicação para ambientes virtuais) para avaliar as necessidades dos profissionais e utentes. Concluíram que as entrevistas realizadas forneceram informações valiosas sobre as necessidades não atendidas pelas pessoas idosas nos CSP, contudo a sua implementação pode não ser simples e requer estratégias complexas.

Kelly et al. (2019) consideram outro aspeto importante, referindo que os CSP devem apostar no atendimento domiciliário e serviços sociais de nível comunitário para manter a saúde da população idosa, reduzir a fragilidade e a institucionalização. Estes autores salientam que a pessoa idosa tende a apresentar problemas complexos e crónicos, exigindo intervenções mais abrangentes e multidisciplinares, tendo em consideração os aspetos biopsicossociais da saúde. Para CSP mais amigos da pessoa idosa é necessário um atendimento centrado na pessoa idosa, com iniciativas comunitárias e modelos inovadores (desenvolvimento ou melhoramento do sistema de informação, avaliação geriátrica a nível comunitário) de modo a melhorar o bem-estar desta, pois só assim é possível dar resposta às suas necessidades complexas, permitindo o fortalecimento da prestação de cuidados. Ideia igualmente apoiada pelo modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016) em que nas fases do processo revelar-se e envolver-se o enfermeiro ao construir uma realação de parceria permite conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa; a sua identidade; quais os seus valores e cultura, promovendo o seu projeto de vida e saúde para a realização da mesma, demonstrando respeito. Além do mais o enfermeiro ao envolver-se permite a “criação de um espaço de reciprocidade, (...) para desenvolver uma relação de qualidade (...) e (...) confiança, que vai para além do revelar-se” (Gomes, 2016, p. 232). O enfermeiro recorre a uma abordagem afetiva, de transparência e verdade.

Outro estudo realizado por Ssensamba et al. (2019), no Uganda, refere que os serviços geriátricos amigos da pessoa idosa não estão bem documentados, limitando-se apenas às necessidades sociais, prejudicando o acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos. Referem ainda que existem lacunas a nível da liderança e governação, financiamento, recursos humanos e equipamentos geriátricos.

Deste modo, verifica-se que os CSP são o pilar fundamental do sistema de saúde e que são estes quem melhor consegue estabelecer as estratégias mais adequadas, de modo a satisfazer as necessidades complexas da pessoa idosa,

mantendo ou melhorando o seu nível de saúde (Acosta-Benito et al., 2018). Este é um aspecto fundamental quando falamos de pessoas idosas frágeis.

1.2.1. Fragilidade na pessoa idosa: Intervenção em parceria para promoção do *Cuidado de Si*

É primordial identificar as pessoas sujeitas à fragilidade de forma a serem beneficiadas por estratégias de prevenção ou de cuidado. Neste sentido, nas últimas décadas, têm sido desenvolvidos instrumentos para quantificar objetivamente a fragilidade para fins de triagem ou diagnóstico (Hoogendijk et al., 2019).

Os instrumentos de fragilidade são prognósticos numa ampla área de intervenções. Em instituições de longa permanência, estes instrumentos podem ser usados para classificar a gravidade da fragilidade, identificando pessoas que podem beneficiar com determinado cuidado quer a nível de cuidado avançado ou paliativo. De maneira semelhante, em instituições de tratamento agudo, os instrumentos de fragilidade podem ser usados para atribuir categorias de triagem, de forma, a adequar e gerir os planos de cuidados (Dent et al., 2019). O recurso a instrumentos de avaliação da fragilidade é um método que pode ser utilizado na primeira fase do modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016), **revelar-se**, uma vez que permite a construção de uma ação de cuidados a partir da identificação das necessidades da pessoa idosa, antecipando complicações e proporcionando conforto e bem-estar, personalizando o cuidado. Nesta fase o enfermeiro tenta conhecer a pessoa idosa e perante este interesse a mesma demonstra vontade em dar-se a conhecer, promovendo o seu projeto de vida e de saúde.

Existe uma panóplia de instrumentos de avaliação da fragilidade, como por exemplo “Groningen Frailty Indicator” (GFI), “Edmonton Frail Scale” (EFS), índice “Sherbrooke Postal Questionnaire” (SPQ), índice formulado pelo “Conselice Study of Brain Aging” (CSBA), “The Frailty Trait Scale” (FTI), fenótipo de fragilidade de Fried (CHS index), PRISMA-7, “Índice eletrónico de fragilidade” (eFI). Dos inúmeros instrumentos ressaltamos o “Tilburg Frailty Indicator” (TFI) por ser um questionário fácil e rápido de usar, baseado numa abordagem multidimensional da fragilidade, avaliando vários aspetos: físicos, psicológicos e sociais. É um instrumento com fortes evidências que garante a confiabilidade e validade. É um instrumento útil, quando o investigador não detém tempo para utilizar entrevistas. A versão final do TFI foi

construída em 2008 e publicado pela primeira vez em 2010. Foi desenvolvido para identificar pessoas idosas frágeis a residir no domicílio, expressando uma abordagem multidimensional de fragilidade. Tem sido frequentemente validado e comparado com outros instrumentos demonstra mais confiabilidade e validade (Gobbens et al., 2017).

Em 2014 foi editada a primeira publicação da escala para a população portuguesa, sendo validada pelo investigador Professor Dr. Tiago Coelho e colaboradores (Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, & Fernandes, 2015).

O TFI pode ser utilizado na triagem precoce de fragilidade, avaliando se a pessoa necessita de uma abordagem multidimensional geriátrica. Avalia igualmente as necessidades de cuidados, direcionando intervenções personalizadas, com o intuito de evitar a deterioração e acontecimentos adversos, ou visando a manutenção da situação de saúde (Gobbens et al., 2017).

Devido à heterogeneidade da fragilidade é importante adotar estratégias eficazes de prestação de cuidados que abranjam a prevenção e controlo da fragilidade. A primeira abordagem inicia-se com a triagem recorrendo à aplicação de um instrumento de avaliação. Este processo é indiscutivelmente difícil, dada a ambivalência da definição de fragilidade e dos instrumentos de avaliação. As seguintes intervenções devem ser personalizadas, de forma a preservar a independência, a função física e cognitiva da pessoa. Existe uma panóplia de intervenções, como por exemplo: ajudar a pessoa idosa a adotar estilos de vida saudáveis (encorajando-a a realizar programas de atividade física, uma alimentação saudável, convívio social), evitar a polimedicação, encaminhar para apoio social (Dent et al., 2019). Desta forma, as intervenções são multidimensionais e interdisciplinares incidindo em várias vertentes e serviços. É igualmente importante que vão ao encontro das prioridades e que promovam uma abordagem proactiva, conseguindo desta forma responder às suas necessidades complexas, garantindo cuidados assentes numa visão holística (Gobbens et al., 2017).

Dent et al. (2019) concordam com o que foi acima descrito, referindo que a atividade física, com programas individuais ou em grupo e com multicomponentes (tais como treino assistido, aeróbico, equilíbrio e coordenação) foram relatados como tendo melhorado a velocidade da marcha, a força muscular, o equilíbrio, a mobilidade e o desempenho físico nas pessoas idosas frágeis. Hoogendijk et al. (2019) sublinham que as intervenções nos CSP que promovem a atividade física e uma alimentação saudável podem limitar a progressão indesejável da pré-fragilidade à fragilidade.

Outra intervenção direcionada com a alimentação, consiste em fornecer suplementos proteicos e calóricos à alimentação. Esta intervenção revela melhorias no desempenho físico e força muscular, contudo revela-se ser ineficaz no aumento do índice de massa corporal (Dent et al., 2019).

A identificação e tratamento de outras perdas de capacidade intrínseca, tais como, visão, audição e o humor podem contribuir para o agravamento da fragilidade. Isto porque, a capacidade funcional é o resultado do impacto acumulado destas perdas entre a interação do indivíduo com o seu meio ambiente (Dent et al., 2019). Os mesmos autores também afirmam que é igualmente importante avaliar as prioridades e os recursos psicossociais que podem afetar o funcionamento e a qualidade de vida da pessoa com fragilidade.

Deste modo, Gobbens et al. (2017) referem que na última década, o foco tem vindo a mudar de forma promissora em direção a uma integração mais ampla nos diferentes níveis: assistência médica e saúde pública, apoio social, apoio habitacional e educacional. A fragilidade pode afetar negativamente o envelhecimento e não pode ser resolvida como um mero tratamento geriátrico. Portanto, requer uma abordagem que incida numa deteção precoce e num cuidado proactivo da pessoa idosa e do seu familiar cuidador. Embora o plano de cuidados seja centrado no utente é importante ter presente que este não é uma lista de desejos do utente, mas sim, um plano intencional que resulta da tomada de decisão entre o profissional e o utente. O plano emerge de uma relação sólida e de confiança entre ambas as partes, tendo por base a comunicação (Carneiro et al., 2019).

Hoogendijk et al. (2019) realçam que o enfermeiro (especialmente o de CSP) está preparado para avaliar e identificar as necessidades da pessoa idosa frágil e agir de modo a controlar a fragilidade e os seus efeitos adversos. Está igualmente preparado para estabelecer uma relação com a pessoa e familiar cuidador, em que os cuidados abrangem os domínios físico, ambiental e psicossocial.

Do mesmo modo, Gomes (2016), refere que

uma pessoa doente não pode ser entendida como alguém que depende, em absoluto, de quem dele cuida, sem qualquer responsabilidade no seu processo de saúde. Esta é vista como alguém que participa de forma activa, livre e dinâmica co-responsável no seu projeto de vida e de saúde (p. 152).

Acrescenta ainda que o enfermeiro deverá construir uma relação de parceria de forma a ir ao encontro pessoa idosa, de modo a vê-la

como um ser de projecto e de cuidado e o tempo e espaço necessários para a construção de uma relação de qualidade, que resulte no estabelecimento de laços de confiança, que levem a um verdadeiro encontro entre o enfermeiro e o doente idoso, onde estes se revelam mutuamente e «descansam» um no outro, agindo em parceria (Gomes, 2016, p. 179).

O Modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* resulta de um estudo realizado por Gomes (2016), onde evidenciou que a **parceria** entre o enfermeiro e a pessoa idosa, na relação de cuidados no domicílio, promove o *Cuidado de Si*. Existe uma construção de ação conjunta entre a pessoa idosa e o enfermeiro, permitindo capacitar a pessoa idosa para **assumir** (a pessoa idosa consegue ter o controlo sobre o seu projeto de vida) ou **assegurar** o controlo do *Cuidado de Si* (a família adquire capacidade para ajudar a cuidar da pessoa idosa). A construção deste processo de parceria é caracterizado por cinco fases que estão inter-relacionadas: **revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro**. A pessoa idosa é o centro dos cuidados, sendo vista como um ser de projeto e de cuidado, promovendo a sua realização pessoal, o desenvolvimento da sua dignidade, sentido de vida e capacidade de decisão. Desta forma, contribui para a autonomia da pessoa idosa para que esta possa controlar ou prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

2. IMPLEMENTAÇÃO

Neste capítulo vai ser abordada a metodologia utilizada para a realização do projeto de estágio, a descrição dos locais de estágios, as considerações éticas, a finalidade, objetivos e atividades que foram delineadas para a realização do projeto e os resultados obtidos e competências desenvolvidas.

2.1. Metodologia do projeto

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a de trabalho de projeto. Considerou-se que esta era a metodologia mais adequada, visto que se pretende ter por base a identificação de um problema e, conseqüentemente, a implementação de estratégias e intervenções para uma resolução o mais eficaz possível. Uma vez que recorre à pesquisa, análise e resolução de problemas contribui para uma prática baseada na evidência, promovendo deste modo, o aumento da qualidade dos cuidados (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia assenta em cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação de resultados (relatório, artigo científico) (Ruivo et al., 2010).

É uma metodologia muito próxima da investigação-ação “em que o investigador interfere no próprio campo da investigação, estando diretamente ligado às conseqüências da sua ação e intervenção” (Ruivo et al., 2010, p. 4), portanto existe uma dinâmica entre a teoria e a prática o que leva à produção de conhecimento e desenvolvimento de competências.

2.2. Finalidade e objetivos

O projeto de estágio teve como finalidade desenvolver/adquirir competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e familiar cuidador. Definimos como objetivos gerais: Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador, na prevenção da utilização frequente do SU; Desenvolver competências na

equipa de enfermagem para a prevenção da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USF; Colaborar no projeto de investigação “USFX amiga das pessoas idosas”. Destes objetivos gerais foram definidos objetivos específicos e respetivas atividades que estão explanados no Apêndice I e desenvolvidos em maior profundidade no próximo capítulo. A referir que as atividades foram a referir que em Apêndice XVI encontra-se o cronograma, onde estão esplanadas as atividades que foram realizadas a nível temporal.

2.3. Caracterização dos locais de estágio

Tratando-se da problemática identificada por uma USF, os locais de estágio para a concretização do projeto foram incontestavelmente uma USF pertencente ao ACeSLC e o SU da área de abrangência da respetiva USF. Os locais em questão são serviços com uma ampla abrangência de pessoas idosas, serviços disponíveis para a receção de estudantes de enfermagem, proporcionam ao estudante o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre e serviços empenhados na concretização do projeto em causa.

O primeiro estágio realizado foi no período compreendido de 23 de setembro a 19 de dezembro de 2019 e foi realizado na USF. O segundo estágio decorreu no período de 06 de janeiro a 07 de fevereiro de 2020 e decorreu no SU. De referir que surgiu a oportunidade de realizar 3 dias de observação numa consulta pós-urgência, integrado neste último estágio. Seguidamente são apresentados os respetivos serviços onde decorreu o estágio².

2.3.1. A unidade de saúde familiar X

As USF são instituições elementares dos cuidados de saúde primários, que prestam cuidados aos indivíduos e respetivas famílias. Apresentam equipas constituídas por diversos profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistente técnico e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. A equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional contribuindo para uma relação interpessoal e profissional estável. Prestam cuidados de saúde personalizados à população

² A referir que foi omitido propositadamente alguns dados, de modo a garantir o anonimato dos respetivos serviços de acordo com o direito à privacidade.

inscrita, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos. A equipa da USF auto propõem-se no alcance dos objetivos, responsabilizando-se pelo cumprimento de um plano de ação, tendo em vista o reforço da eficácia, eficiência e acessibilidade dos cidadãos (SNS, 2020).

2.3.2. O serviço de urgência geral polivalente

O SU tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes que tenham sido sujeitos de acidente ou doença súbita que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

Segundo o relatório do Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência [CRRNEU] (2012) definiu como atividade assistencial urgente

como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (p. 8).

O SU apresenta três tipologias de serviços: Serviço de Urgência Polivalente (SUP); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); e Serviço de Urgência Básico (SUB). Em 2005 surge o Despacho Nº 19124/2005 que obriga à adoção do protocolo de Triagem de Manchester (ACSS, 2015).

2.4. Considerações éticas

Na realização deste projeto os princípios éticos e deontológicos, assim como a confidencialidade e anonimato da informação e dados foram uma preocupação constante. Deste modo, foi solicitado autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT a realização de campo de estágio na USF. O projeto está, por sua vez, inserido no projeto da respetiva USFX. O parecer concedido pela Comissão de Ética foi favorável, como pode ser consultado no Anexo I.

Foi também pedida autorização à Coordenadora do ACeSLC da respetiva USF para a realização de estágio. Foi solicitado autorização ao Conselho de Administração para realizar estágio no SU e dias de observação na Consulta Pós-Urgência.

Durante a realização de estágio na USF desenvolveu-se um projeto de investigação ação. Neste sentido, aquando do pedido da participação dos utentes na realização das entrevistas foi elaborado um documento, tendo por base o Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, de 27 de abril de 2016 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2018), de forma a obter consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice XV). Foi tido em conta a privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos.

A prestação de cuidados também teve como base os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) e do Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2019). De referir que foi igualmente cumprido as normas internas de ambos os locais de estágio.

Foi ainda solicitada autorização para a aplicação do TFI versão portuguesa no trabalho de investigação ação (Anexo III).

2.5. Atividades, Resultados obtidos e Competências desenvolvidas

Seguidamente serão abordadas as atividades que foram executadas por forma a atingir a finalidade e os objetivos definidos, assim como os resultados obtidos e competências desenvolvidas.

Como já foi referido, as atividades foram inicialmente planeadas, aquando da estruturação do projeto. Além disso, ao longo dos ensinamentos clínicos procurou-se sempre aproveitar ao máximo todas as oportunidades. Desta forma, surgiram outros momentos de aprendizagem igualmente importantes para o enriquecimento do conhecimento e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, mantendo sempre presente os objetivos primeiramente delineados.

2.5.1. Atividades direcionadas para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou cuidador, na prevenção da utilização frequente do SU

Atividade 1 – Revisão narrativa da literatura

Para uma excelência nos cuidados o enfermeiro deve basear-se numa prática avançada de enfermagem. O enfermeiro com uma prática avançada de enfermagem é detentor de competências adicionais que aplica no seu contexto de cuidados; possui

um profundo conhecimento e experiência em enfermagem, sendo capaz de prestar cuidados em situações complexas, indo ao encontro das necessidades da pessoa, da família e da comunidade. O enfermeiro de prática avançada desenvolve os seus conhecimentos recorrendo a vários domínios: à pesquisa, à investigação, à educação, à liderança e à consultadoria (Canadian Nurses Association, 2019).

Resultados e competências desenvolvidas:

Durante o projeto realizou-se uma contínua revisão narrativa da literatura, que consiste em sintetizar a informação relevante sobre um determinado tópico, após uma revisão seletiva de artigos. Esta forneceu uma visão geral do conhecimento atual, permitindo identificar teorias, métodos e lacunas relevantes (Green, Johnson, & Adams, 2006), o autor Ribeiro (2014) acrescenta que “são, basicamente, análises da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas ou digitais, baseadas na interpretação e análise crítica do autor” (p. 677).

A revisão narrativa foi realizada através de bases de dados *online*, livros e artigos científicos periódicos, selecionando a melhor evidência científica, tendo em conta, o ano de publicação (preferencialmente, dependendo da temática, artigos até cinco anos de publicação), revista e autores conceituados. A revisão consistiu essencialmente sobre as temáticas: envelhecimento, fragilidade, cuidados de saúde primários, utilização frequente do SU, promoção do *Cuidado de Si*, competências do enfermeiro especialista e mestre, enfermagem avançada (Ribeiro, 2014).

A revisão da literatura permitiu aprofundar as temáticas, identificar tendências, prever estudos futuros e identificar as palavras-chave. Além disso, a partir da revisão da literatura foi possível desenvolver bases sólidas de modo a prestar os melhores cuidados à pessoa idosa e realizar as sessões de formação. Assim sendo, possibilitou enriquecer o conhecimento, desenvolvendo competências a nível de enfermeira especialista na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019) e a nível de mestre, uma vez que desenvolve e aprofunda conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível superior, sendo um contributo primordial na orientação, fundamentação e prestação de cuidados.

Atividade 2 – Realização de revisão *scoping*

A enfermagem tem vindo a apostar cada vez mais na metodologia de revisão da literatura, de forma a permitir uma prática baseada na evidência científica. A revisão da literatura reúne o máximo de informação disponível e pertinente num único estudo,

permitindo assimilar os resultados dos estudos no âmbito dos cuidados de saúde (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018).

Sousa et al. (2018) fazem referência a 14 denominações de revisão da literatura sendo: Revisão crítica; Revisão integrativa; Revisão da literatura; Revisão de mapeamento/mapa sistemático (*Mapping review*); Meta-análise; Revisão de estudos mistos/revisão de métodos mistos; Visão geral; Revisão sistemática qualitativa/síntese de evidências qualitativas; Revisão rápida; Revisão *scoping* (*scoping review*); Revisão do estado da arte; Revisão sistemática; Revisão sistematizada; Pesquisa e revisão sistemáticas; e Revisão de guarda-chuva ou revisão de cobertura (*umbrella review*). Ribeiro (2014) constata a variedade de termos utilizados na revisão e sintetiza-os em: revisão sistemática, meta análise, revisão narrativa e revisão integrativa.

Resultados e competências desenvolvidas:

Além da revisão narrativa anteriormente realizada, optou-se por realizar nova pesquisa, o que permitiu aumentar ainda mais o conhecimento inicialmente adquirido. Perante a panóplia de revisões da literatura optou-se pela revisão *scoping*, visto que fornece uma avaliação preliminar do tamanho potencial e a extensão da literatura de investigação disponível. Destina-se a identificar a natureza e a abrangência das evidências (Sousa et al., 2018). A realização da revisão *scoping* cingiu-se à temática sobre os motivos que levam à utilização frequente do serviço de urgência e à questão de investigação: quais os motivos que levam as pessoas idosas a recorrer frequentemente ao serviço de urgência? Para tal, recorreu-se à plataforma eletrónica EBSCO Host e às bases de dados MEDLINE Complete, a CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina seguindo o protocolo de pesquisa definido pelo The Joanna Briggs Institute (2015).

Tendo os cuidados assentes na prática baseada na evidência possibilitou identificar o estado de arte da temática em questão e fundamentar a ação. A revisão *scoping* ao mapear a literatura existente proporciona uma informação ampla, aprofundada e sistematizada, identificando lacunas existentes na investigação (Apêndice II) (Ribeiro, 2014).

A realização desta pesquisa permitiu recorrer de uma forma mais simplificada e estruturada às bases de dados acima referidas que eram até então desconhecidas. Uma procura intensiva nas bases de dados e do protocolo The Joanna Briggs Institute (2015) possibilitou compreender como a pesquisa deve ser realizada, tomando consciência da real complexidade de realizar este tipo de pesquisa.

Numa revisão exaustiva de numa primeira pesquisa obteve-se 223 artigos. Depois de uma análise reduziu-se para quatro artigos. Da análise destes artigos pode-se concluir que existe uma lacuna sobre os motivos que levam a pessoa idosa a recorrer frequentemente ao SU. Denotou-se que existe uma grande preocupação em caracterizar esta população, comparativamente em saber o porquê da escolha em recorrer ao SU em vez de outros serviços disponíveis na comunidade. Embora se tenha consciência das diferenças entre os sistemas de saúde dos diferentes países dos respetivos artigos analisados, outra conclusão desta pesquisa passa pela necessidade mundial de uma abordagem individualizada do cuidar da pessoa idosa que recorre frequentemente ao SU, incidindo sobretudo na importância da articulação entre os serviços do SU e dos CSP.

Deste modo, a realização da pesquisa requereu tempo e perspicácia permitindo o desenvolvimento de competências, não só a nível da área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mas também a nível da investigação (OE, 2019). Como enfermeira mestre possibilitou ainda saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). Além do mais, uma vez que se trata de um trabalho de investigação pretende-se propor a respetiva revisão para a participação no 10º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa a realizar em 2021.

Atividade 3 – Reflexão sobre as competências de enfermeiro especialista, mestre e em prática avançada de enfermagem

A mais-valia do enfermeiro especialista na promoção do bem-estar da pessoa tem sido demonstrada em inúmeros e variados trabalhos de pesquisa em todo o mundo (ESNO, 2015). Para compreender o que é ser um enfermeiro especialista é primordial conhecer a sua definição e respetivas competências. Uma possível definição de enfermeiro especialista é dada pelo International Council of Nurses [ICN] (2008), definindo que “é um enfermeiro preparado além do nível de um enfermeiro generalista e autorizado a atuar como especialista com conhecimentos avançados em um ramo da área de enfermagem. A prática especializada inclui clínica, ensino, administração, funções de pesquisa e consultoria” (ICN, 2008, p. 7). O enfermeiro especialista é igualmente capaz de liderar e dirigir com êxito uma iniciativa comunitária e influenciar a pessoa para a mudança de comportamento, de modo a melhorar o seu estado de saúde (ESNO, 2015). Além disso, o desenvolvimento de competências de

liderança é uma competência crucial, pois permite que os cuidados sejam prestados com qualidade (Holmerová et al., 2012).

Segundo a OE (2005) o enfermeiro especialista é o enfermeiro que está habilitado e lhe é reconhecido competência científica, técnica e humana para prestar cuidados que vão para além de cuidados gerais, uma vez que são cuidados de enfermagem relacionados com a sua área de especialidade. Deste modo, as competências comuns do enfermeiro especialista referem-se às competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização (OE, 2010).

Da mesma forma é imperioso conhecer as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O enfermeiro especializado nesta área tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa a partir da planificação rigorosa dos cuidados, de modo a dar resposta às necessidades complexas da pessoa e família, promovendo a prevenção da doença e a promoção da saúde. O enfermeiro desenvolve “uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

O grau de mestre em enfermagem é atribuído aos enfermeiros detentores de conhecimentos aprofundados e especializados na sua área de especialização, demonstrando um alto nível de julgamento clínico e tomada de decisão. O enfermeiro mestre desenvolve competências em diversas áreas, designadamente na área de investigação, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas permitindo aprofundar e inovar os conhecimentos (OE, 2010).

Comumente o enfermeiro de prática avançada é detentor de um profundo conhecimento e experiência em enfermagem, apresentando habilidades e capacidade de decisão ou raciocínio diagnóstico perante situações dinâmicas e complexas, de modo a atender às necessidades da pessoa, família e comunidade. O enfermeiro de prática avançada apresenta competências segundo a Canadian Nurses Association (2019), em: “analisar e sintetizar conhecimento; criticar, interpretar e aplicar a teoria; participar e liderar pesquisas de enfermagem e outras disciplinas; usar as suas competências clínicas avançadas; desenvolver e acelerar o conhecimento de enfermagem e a profissão como um todo” (p. 13).

Devido ao seu alto nível de especialização e maturidade, o enfermeiro de prática avançada é visto como um profissional detentor de: autonomia da prática clínica; competência de liderança, capacidade de investigação e de gestão e como sendo um perito (Kucera, Higgins, & McMillan, 2010; Morilla-Herrera et al., 2015). É igualmente detentor de um raciocínio, reflexão e análise complexos conseguindo executar avaliações e decisões clínicas, atuando como líder, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados e gerir situações complexas de saúde (Philpot, Tolson, & Morley, 2011; Canadian Nurses Association, 2019).

Resultados e competências desenvolvidas:

Como estudante de um curso de especialidade e mestrado em enfermagem é imperioso conhecer as competências que lhe estão inerentes, pois só após a tomada de conhecimento é que se passa a ter consciência do que é ser enfermeira especialista e mestre, permitindo deste modo, proceder como tal. Indo ao encontro do que referiu Benner (2005), com a realização deste projeto de estágio pretendi progredir no meu nível de competência, passando de um nível de proficiência (uma vez que sou enfermeira há dezasseis anos, sou detentora de experiência, o que me permite prestar cuidados fundamentados com base na capacidade de decisão, percebendo a situação na sua globalidade e não de forma isolada), para um nível de perita, que, segundo Benner (2005), neste nível a enfermeira é dotada de enorme experiência e atua a partir da identificação profunda, conseguindo deste modo, dar uma resposta direcionada consoante cada situação.

Deste modo, como atividade desenvolvida foi necessário realizar pesquisa bibliográfica sobre documentos e artigos que abordassem o tema. Consequentemente, pude desenvolver competências que demonstraram um maior nível de autonomia profissional, permitindo realizar avaliações de saúde e doença mais abrangentes; aperfeiçoar a capacidade crítica e melhorar a assertividade. Além do mais, indo ao encontro do que foi referido por Holmerová et al. (2012) permitiu igualmente, prestar cuidados assentes na melhor evidência, com segurança, dignidade e compaixão. Como salientam os autores Kucera et al. (2010) o enfermeiro de prática avançada presta cuidados que são baseados no respeito genuíno, orienta, apoia e viaja com o utente através do encontro. Deste modo, foi possível o desenvolvimento de habilidades e o crescimento a nível profissional, fortalecendo o que é ser enfermeira, de modo a responder às necessidades e potencialidades da pessoa.

Atividade 4 – Realização de estágio

A realização de estágio possibilita ao estudante o desenvolvimento pessoal e profissional perante os momentos vivenciados (Rigobello et al., 2018). O estágio permite a articulação entre a escola e o campo de estágio, portanto entre a teoria e a prática, possibilitando o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, habilidade e atitudes profissionais, de forma autónoma, responsável e criativa, sendo uma ferramenta fundamental para a formação do estudante (Esteves, Cunha, Bohomol, & Negri, 2018; Rigobello et al., 2018). Além disto, é por meio do estágio que se dá a articulação entre o ensino e o serviço de campo de estágio em que os saberes se cruzam em benefício do estudante e conseqüentemente dos utentes (Rigobello et al., 2018). Outra particularidade é que a partir dos variados cenários vividos e perante a exigência e desafios específicos é possibilitado ao estudante a formação da sua identidade (Rigobello et al., 2018).

O estudante, a partir do processo participativo, enriquece os seus conhecimentos sob a orientação de profissionais. Pode desenvolver capacidades de observação, comunicação, reflexão, autonomia, responsabilidade, segurança, proteção, liderança, gestão, criatividade, pensamento crítico³ e tomada de decisão, “estimulando-o a assumir uma *práxis* transformadora” (Esteves et al., 2018, p. 1843).

Keshk, Qalawa, & Ibrahim (2018) acrescentam que a realização de estágio é uma experiência stressante devido à responsabilidade que é necessária para a desempenhar. É um período de aprendizagem, adaptação, socialização e consolidação de conhecimentos, de modo a adquirir competências (conhecimento, habilidades e atitude). O estágio é uma forma de desenvolvimento profissional.

Resultados e competências desenvolvidas:

Somente a partir da realização de estágio é que é possível atingir os objetivos inicialmente delineados. Aproveitar todos os momentos de aprendizagem é crucial para o enriquecimento do saber, desta forma a realização de vários campos de estágio foi deveras estimulante para este enriquecimento. O facto de se tratar de ambientes de cuidados díspares do habitual permitiu o desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo, práticas educativas e identificação das potencialidades e fragilidades (Ramos et al., 2018). Importa salientar, que é igualmente importante refletir sobre os aspetos positivos e negativos que surgem ao longo dos momentos de aprendizagem. Para tal no Apêndice III encontra-se uma análise SWOT.

³ o pensamento crítico é um pensamento intencional, organizado e sistemático que visa orientar o mesmo, indo ao encontro da pessoa vendo-a como um ser biopsicosocioespiritual (Silva et al., 2012).

O primeiro campo de estágio teve a duração de 13 semanas e foi realizado na USF. Neste campo de estágio tive a experiência de prestar cuidados em locais outrora nunca prestados, refiro-me aos cuidados domiciliários. Este tipo de cuidados despertava em mim algum receio e um enorme desafio, uma vez que me era totalmente desconhecido. Mas munindo-me de algumas ferramentas como foi o caso do aprofundamento do modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016) simplificou, tornando o desconhecido em algo natural. Foi igualmente enriquecedor noutros domínios, nomeadamente: na prestação de cuidados; no desenvolvimento do autoconhecimento; na motivação; nas vertentes formativa e relacional; na assertividade e também ao nível da investigação, tendo sido inclusive uma das áreas mais desenvolvidas.

À *posteriori* o segundo campo de estágio foi no SU, que teve a durabilidade de 5 semanas, pude igualmente desenvolver competências de melhoria contínua da qualidade, responsabilidade profissional, comunicacionais e essencialmente de dinamizador e de articulação. A ideia de realizar estágio neste campo foi acompanhada por alguma inquietação até ao início do mesmo, devido sobretudo aos mitos e ideias pré-concebidas que envolvem este serviço. Contudo, tal não se verificou devido ao acolhimento dos enfermeiros orientadores e restantes elementos da equipa. Foi ainda proporcionada a realização de três dias de observação de uma consulta pós urgência. Durante estes dias de observação, pude perceber o funcionamento da consulta e a atuação fundamental do enfermeiro no processo de cuidar, essencialmente preventivo e como pode ser realizado o encaminhamento para outros serviços. Permitiu principalmente a articulação entre a consulta e a USF onde foi realizado estágio. No decorrer destes estágios várias atividades foram desenvolvidas que passaremos de seguida a descrever e analisar.

Atividade 5 – Prestação de cuidados em contexto hospitalar e de CSP

As teorias de enfermagem proporcionam o desenvolvimento da enfermagem como ciência e orientam o cuidado personalizado e centrado na pessoa. O modelo biomédico tem vindo a demonstrar-se como insuficiente na satisfação das necessidades da pessoa. Deste modo, a enfermagem tem vindo a dar ênfase a outras dimensões, proporcionando outras formas de cuidar, de modo a valorizar a pessoa, os seus valores e cultura e permitindo o envolvimento de todos os intervenientes no processo de cuidado. Assim a enfermagem, tem vindo a preconizar um cuidado mais humanizado, articulando a parte humanística com o conhecimento científico, indo para

além do cuidado biológico, abrangendo igualmente as dimensões mental, emocional e espiritual (Saviato & Leão, 2016).

A enfermagem é considerada como uma ciência do cuidar em que o objetivo é ajudar a pessoa a atingir um elevado nível de harmonia, de modo a prevenir a doença e a promover a saúde. Considera-se que um dos instrumentos mais adequados para estabelecer e manter a relação de ajuda e confiança entre o enfermeiro e a pessoa é a empatia (Waltson, 1999). Os cuidados de enfermagem devem basear-se em conceitos como a empatia para um exercício profissional completo e holístico (Saviato & Leão, 2016). O enfermeiro deve igualmente prestar cuidados humanizados que visem o bem-estar, tendo como base o respeito pelo ser humano (Cabral, 2001); isto é, considerar a pessoa no seu todo e reconhecer a sua individualidade, indo ao encontro das suas necessidades e desejos (Coutinho, 2005).

Para Oliveira & Queirós (2015) os enfermeiros estão preparados para desempenhar funções em qualquer serviço hospitalar. Porém, é fundamental a formação contínua, que deve ser um aspeto integrante da rotina dos mesmos, de modo a aprofundar o desenvolvimento pessoal e profissional. Consequentemente, o enfermeiro deve desenvolver capacidade de análise e resolução de problemas, assim como um pensamento crítico, princípios que são fundamentais nos cuidados de enfermagem. Segundo Drennan (2012) os programas de mestrado em enfermagem apresentam um impacto positivo nas capacidades de liderança e habilidades de gestão do enfermeiro que podem ser aplicadas no local de trabalho. Para Matney, Staggers, & Clark (2016), o enfermeiro do SU deve possuir conhecimento e perícia sendo capaz de avaliar a informação, identificar um problema e elaborar/atualizar planos de cuidados de acordo com as necessidades da pessoa.

O enfermeiro que presta cuidados de enfermagem na comunidade “terá necessariamente de saber cruzar e articular de forma harmoniosa o conhecimento de diversos instrumentos de trabalho — oriundos da saúde pública, da prática clínica e dos cuidados de saúde primários” (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001, p. 76). Deste modo, permite a promoção da saúde e a prevenção da doença, recorrendo a atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos da comunidade (Correia et al., 2001).

O enfermeiro inserido na comunidade deve avaliar as necessidades e providenciar cuidados de enfermagem especializados aos utentes. Porém, estes cuidados podem revelar-se como um desafio que acarreta algumas dificuldades,

essencialmente quando os cuidados vão para além dos cuidados somáticos (Duarte, 2007). Ciente desta realidade, o estudo de Gomes (2016) centra-se na parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa numa relação de cuidados no domicílio. A autora considera ser primordial, num contexto de vulnerabilidade e dependência, estabelecer uma relação de parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa, de modo a ver a pessoa idosa com potencial para a promoção do *Cuidado de Si*, de modo a ir ao encontro do seu projeto de vida e saúde.

Resultados e competências desenvolvidas:

As ações realizadas foram sempre assentes com base no pensamento, uma vez que o pensamento e a ação do enfermeiro de prática avançada estão interdependentes, visto que ambas são fundamentais para a prática avançada (Kucera et al., 2010). Acredita-se que a prestação de cuidados apresentou um impacto positivo na qualidade da maioria das pessoas idosas e seus familiares cuidadores, uma vez que, mais importante que prestar cuidados técnicos, baseados num modelo biomédico, foram prestados cuidados onde se estabeleceu uma relação de empatia e harmonia (Waltson, 1999).

Como foi acima referido prestar cuidados em contexto domiciliário revelou-se um desafio, implicando o desenvolvimento de inúmeras competências de modo a ser possível prestar cuidados de qualidade. Tendo presente que o domicílio é o local privilegiado pela pessoa idosa, onde esta se sente protegida e segura, tendo presente o modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016) recorreu-se a competências de empatia, de interesse, de preocupação, de orientação, de relação e de respeito, para se conseguir entrar no seu espaço, sem que se sentisse invadida, permitindo ter tempo e espaço, de modo a criar uma relação de confiança e de cuidado para manter o seu projeto de vida e saúde. Foi igualmente possível, o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na medida em que se conseguiu cuidar da pessoa idosa e do seu familiar cuidador a vivenciar situações específicas e complexas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na USF o enfermeiro orientador era enfermeiro de família e o seu dia estava organizado consoante a marcação das consultas. Deste modo, existiam atividades que não estavam diretamente relacionadas com os objetivos do projeto. Assim sendo, diariamente planeava o dia articulando não apenas com o enfermeiro orientador, mas também com os outros enfermeiros da restante equipa da USF, de modo a usufruir ao

máximo todos os contatos com a pessoa idosa, proporcionando igualmente perspetivas diferentes no cuidar.

A nível hospitalar foi aplicado a mesma organização. Devido à especificidade de funções da enfermeira orientadora pode igualmente colaborar com os outros enfermeiros da equipa do SU na prestação direta de cuidados.

Durante a realização de estágio na USF pude desenvolver um estudo de caso. Contudo, primeiramente pude realizar outra atividade que diz respeito à construção de um guião de colheita de dados (Apêndice IV). Seguindo o modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016) foi possível a elaboração de um guião de colheita de dados extremamente completo, o que permitiu o conhecimento aprofundado em múltiplas áreas da pessoa idosa e do seu familiar cuidador. Como o guião era longo estava um pouco renitente à sua aplicação por poder ser cansativo para os intervenientes do estudo de caso. Tal não se verificou, uma vez que este momento foi uma forma de estarem acompanhados, de serem ouvidos, de sentirem que alguém se preocupa com eles e de serem cuidados.

Se não tivesse elaborado um guião seguindo o modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016), não teria explorado todos os aspetos e não teria percebido que a familiar cuidadora, embora fosse uma pessoa muito idosa, com alguma limitação na mobilidade e com baixa escolaridade, estava bem-adaptada às novas tecnologias e recursos da comunidade, uma vez que esta sabia utilizar multibanco; ia ao supermercado, mas as compras eram entregues em casa pelo respetivo estabelecimento, por exemplo.

Realizar uma colheita de dados com base neste guião possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências de organização e estabelecimento de prioridades, garantindo deste modo que os cuidados prestados fossem de qualidade. Ademais, o facto de apresentar um pensamento estruturado direcionou a formulação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, para ajudar a pessoa e o familiar cuidador a melhor enfrentar o seu projeto de vida e saúde, assumindo o *Cuidado de Si* (Silva et al., 2012). Permitiu igualmente a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica (Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi, & Rabelo, 2009).

Outro aspeto que o guião possibilitou foi o conhecimento e desenvolvimento de técnicas que até então não tinham sido utilizadas, como, por exemplo, a entrevista e uso de algumas escalas de avaliação, como por exemplo o Mini Exame do Estado

Mental (MEEM) e o TFI. Para que a sua utilização fosse aplicada corretamente sem enviesar os resultados foi necessária a realização de pesquisa.

Relativamente ao estudo de caso, o recurso a este método de estudo a partir das suas sucessivas etapas (recolha, análise e interpretação da informação) provenientes de variadas fontes (pesquisa documental, observação participante, aplicação de escalas de avaliação e entrevista semiestruturada) permitiu obter informação de natureza diversa e posteriormente realizar comparações entre os dados, recorrendo à triangulação como estratégia de validação. O estudo de caso baseou fortemente num trabalho de campo. É um método de investigação imprescindível na enfermagem, uma vez que tem como base uma pesquisa intensiva e aprofundada do sujeito de estudo, recorrendo a uma organização e planeamento, de modo a compreender simultaneamente a singularidade e a globalidade do caso (Gautério-Abreu, Ávila, Santos, Ilha, & Silva, 2016; Figueiredo & Amendoeira, 2018).

A realização deste estudo de caso permitiu descobertas interessantes, como, por exemplo aquando da aplicação das escalas de avaliação, em particular com o senhor L. Era evidente que este apresentava confusão mental, mas, ao ser empregue o MEEM, descobriu--se surpreendentemente que este ainda tinha capacidade de ler, escrever e de algum raciocínio matemático. Esta descoberta resultou numa estratégia para minimizar o desenvolvimento deste sintoma o que até então seria impensável.

Um dos maiores desafios deste estudo de caso foi a alteração de boas práticas relacionadas com comportamentos de risco, que inclusivamente já tinham sido identificados pelo familiar cuidador. Um dos impedimentos poderá estar associado à com a limitação do tempo de estágio, não permitindo encontrar outras estratégias em conjunto com o familiar cuidador. Outro impedimento poderá dever-se à alteração de comportamentos e de rotinas na pessoa idosa, revelando-se uma tarefa difícil, na medida em que esta apresentava hábitos enraizados há muito tempo.

O que gostaria de ressaltar deste estudo de caso é que devido a um “simples” aspeto físico – lesões cutâneas resultantes da dermatite de estase, foi possível detetar a fragilidade desta família e elaborar vários diagnósticos de enfermagem, atuando em várias áreas, bem mais importantes que o diagnóstico inicial, sendo possível promover o *Cuidado de Si*. Para uma melhor compreensão do estudo de caso este poderá ser consultado no Apêndice V onde se encontra aprofundado.

Deste modo, a prestação de cuidados, tendo como base o modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* Gomes (2016), permitiu a sistematização do cuidado e solidificar a enfermagem enquanto profissão. Assim

sendo, permitiu o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista na área da responsabilidade profissional, ética e legal, uma vez que possibilitou o desenvolvimento de cuidados prestados segundo as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019). Para elaborar o estudo de caso também recorri a outros instrumentos de auxílio com o recurso a diversas escalas de avaliação, genograma e ecomapa. Deste modo, são igualmente desenvolvidas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que foram prestados cuidados à pessoa familiar cuidadora, permitindo vivenciar processos complexos decorrentes de doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Assim, houve desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, na área de melhoria contínua da qualidade, uma vez que foi garantido um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e proporcionado um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). Houve igualmente, o desenvolvimento de competências de mestre, visto que foram aplicados os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Atividade 6 – Consultadoria

Durante a realização de estágio nos diferentes campos foram proporcionados momentos que promoveram o desenvolvimento de consultadoria. Uma das competências de enfermeiro de prática avançada de enfermagem é ser consultor. Sendo detentor de um nível de especialização avançado o enfermeiro pode desenvolver a capacidade de consultor entre os diferentes profissionais da equipa. Liderança, autonomia profissional e trabalho em equipa multidisciplinar são características essenciais para um desempenho eficaz de uma enfermagem de prática avançada. Desenvolver competências de consultadoria permite uma melhor qualidade nos cuidados e conseqüentemente melhorar o sistema de saúde (Morilla-Herrera et al., 2015; Canadian Nurses Association, 2019).

O enfermeiro especialista ao aplicar os seus conhecimentos como consultor poderá trabalhar em colaboração com outros profissionais e desempenhar um importante papel como gestor de caso e participação em projetos. Além do mais, a sua presença melhora a comunicação e aumenta a confiança na equipa levando à satisfação da mesma, do utente e do seu familiar cuidador. Por fim, o enfermeiro consultor traz ainda benefícios em inúmeras áreas, tais como: a redução do número

de hospitalizações evitáveis; a articulação no serviço de urgência, suavizando a transição para o hospital; a redução do declínio funcional e consequentemente diminuição da mortalidade (Philpot et al., 2011).

Trabalhar numa equipa multidisciplinar revela-se “como principal recurso de prestação de serviços em todas as áreas da saúde, em especial nos Cuidados de Saúde Primários, que abrangem uma ampla gama de necessidades de saúde e sociais da população” (Neves, 2012, p. 126). Uma equipa multidisciplinar “diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, e a multidisciplinaridade refere-se à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios” (p. 127). Deste modo é fundamental a parceria entre os vários elementos da equipa, uma vez que os utentes por vezes necessitam de cuidados complexos em que a resposta implica o recurso a vários profissionais, disciplinas ou organizações.

Outro aspeto importante o consultador é quem permite detetar precocemente situações de pré-fragilidade, atuando de forma preventiva, uma vez que articula com os vários elementos da equipa, nomeadamente com o médico, dietista, fisioterapeuta, farmacêutico, assistentes operacionais, prevendo situações de risco. Deste modo, está desperto para situações delicadas, estando mais preparado na prestação de cuidados complexos comparativamente com outros profissionais (Philpot et al., 2011).

Resultados e competências desenvolvidas:

Foram vários os momentos que proporcionaram o desenvolvimento de consultadoria. Como futura enfermeira especialista é imperioso conhecer os elementos que formam a equipa multidisciplinar da instituição onde encontro-me a realizar estágio e quais as instituições e projetos que dão suporte à mesma, com o intuito de saber que apoios existem para satisfazer as necessidades da pessoa idosa. Neste sentido, ao longo do ensino clínico na USF houve a oportunidade de assistir a duas reuniões do projeto “Cuidar a Par”. Estas reuniões contam com a participação das equipas multiprofissionais da consulta externa do Instituto Português de Oncologia (IPO) e do ACeSLC, onde são apresentados casos, por norma, complexos que necessitam de ajuda para encontrar a melhor resposta para o utente e/ou familiar cuidador. Desta forma, a participação nesta atividade, que tem como foco a pessoa idosa frágil, foi considerada como sendo importante.

Durante o mesmo estágio foi proporcionado outro momento de consultadoria onde o enfermeiro orientador foi a uma reunião entre o familiar cuidador (de uma utente idosa frágil) e a assistente social conjuntamente com o diretor do centro de

apoio. Nesta reunião pude observar a importância da articulação do enfermeiro no processo de cuidar. Foi o enfermeiro, com os seus conhecimentos, que articulou as dúvidas do familiar cuidador e as da assistente social, promovendo o esclarecimento das mesmas encontrando uma resposta satisfatória em prol do bem comum de todos e essencialmente da pessoa idosa.

Ainda no mesmo estágio tive a oportunidade de ser incluída no projeto de investigação em desenvolvimento da respetiva USF, mantendo a participação até ao termino do projeto. Deste modo, pude desenvolver competências na área de “Melhoria contínua de qualidade” nomeadamente na investigação e a nível da consultadoria.

O estágio no SU também proporcionou momentos de consultadoria, nomeadamente entre o projeto do Grupo de Orientação dos Hiperfrequentadores do SU e a USF dando a conhecer a existência dos projetos entre os dois serviços.

Foi articulada uma reunião com o Diretor de Informática do Centro Hospital Universitário Lisboa Central, uma vez que os profissionais da USF sentem dificuldade em identificar os utentes que são utilizadores do SU da sua USF. Neste sentido a reunião com o Diretor do departamento de Informática pretendeu dar conhecimento desta dificuldade e em encontrar uma estratégia para a resolver. No final da reunião o Diretor disponibilizou um ficheiro em EXCEL, que poderá ser atualizado mensalmente, tendo sido dado a conhecer ao Conselho Técnico da USFX.

Outro momento de consultadoria foi durante a realização dos dias de observação na consulta pós urgência, como foi referido na atividade 4. Durante este estágio houve a articulação entre a respetiva consulta com a USF, possibilitando a deteção de um problema e a contribuição para a solução do mesmo.

Consequentemente todas estas atividades proporcionaram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, na área da melhoria contínua da qualidade, na medida em que possibilitaram uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este tipo de articulação entre os vários profissionais de diversos locais de trabalho trouxe um enorme enriquecimento para a prática de cuidados. Esta partilha de conhecimento permitiu adequar com maior eficácia os cuidados, sendo uma mais-valia para o utente e familiar cuidador.

A consultadoria promove a articulação entre a equipa multidisciplinar, permite uma comunicação eficaz entre os vários profissionais, uma compreensão da diversidade, competências e saberes de cada profissional “as várias disciplinas aprendem das outras, com as outras e sobre as outras”. Há que saber interagir e

negociar entre os vários elementos (Neves, 2012, p. 126). A abordagem passa pela clareza de objetivos, liderança, comprometimento e participação de cada profissional.

2.5.2. Atividades direcionadas para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prevenção da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USFX

As competências seguidamente desenvolvidas vão ao encontro das competências comuns do Enfermeiro Especialista, uma vez que incidem na melhoria contínua da qualidade; na garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte na área da governação clínica; na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Atividade 7 – Realização de sessões de formação

A realização das sessões de formação é dirigida a adultos, assim sendo, trata-se de educação para adultos (Andragogia⁴) que é diferente da educação para a criança. Na educação para adultos é importante conhecer as características de cada adulto para poder adequar as estratégias a utilizar. No final do século XX surgem alguns estudiosos em que direcionam os seus estudos para esta área. Para nós, o que se destaca mais é Knowles, que em 1980 publica o seu modelo intitulando-se: “o ciclo andragógico de Knowles”. Para o Knowles citado por Barros (2018), Andragogia significa “a arte e ciência de ajudar os adultos a aprender” (p.4). Na Andragogia o educando aprende aquilo que tem necessidade de saber, de forma a que lhe possa ser útil, portanto o educando automotiva-se para aprender. Deste modo, o educador apenas tem que estimular o educando a aprender (Barros, 2018).

Para Freire (2000) citado por Barros (2018), a educação para adultos assenta no diálogo ético e comunicação, incidindo numa abordagem político pedagógica, criando o conceito de dialogicidade de Freire. Para o autor o educador é um mediador sociopedagógico “em que não trabalha para o outro, nem sobre o outro, mas sim com o outro”, respeitando a identidade cultural do educando, assim como, a sua dignidade humana (Barros, 2018, p. 16).

⁴ Decompondo a palavra Andragogia em que *andr* significa adulto e *gogia* significa ciência, uma definição de Andragogia pode ser «a arte e ciência de ajudar os adultos a aprender». Para Knowles o “modelo andragógico parte-se do pressuposto de que o educando adulto tem necessidade de saber em que medida o conhecimento a adquirir lhe poderá ser útil” (Barros, 2018, p. 4).

Para Merriam (2009) o conceito da educação para adultos está em constante reformulação. Trata-se de um fenómeno complexo e que deve ser visto como um fenómeno holístico, envolvendo o corpo, as emoções, o espírito e a mente. A autora constata que nos últimos anos tem sido dada maior atenção aos contextos onde a aprendizagem ocorre e que a aprendizagem é um fenómeno multidimensional, não apenas uma atividade cognitiva.

Neste seguimento, a necessidade de formação existe em variados contextos quer formais, informais ou não formais. A “chegada de um especialista armado das metodologias pertinentes para o identificar e proceder à sua exploração” (Ribas, 2015, p. 46). O diagnóstico de necessidade de formação vem suprimir as necessidades por meio da viabilização dessa mesma formação. Uma das fontes distintas de informação é fornecida pela perspectiva dos trabalhadores que exercem no posto de trabalho e um dos vários instrumentos de diagnóstico das necessidades de formação é adquirida por meio de questionário (Ribas, 2015). Deste modo, a educação para adultos é interpretada como criação de significado ou construção de conhecimento, trazendo várias implicações para a prática (Merriam, 2009).

Resultados e competências desenvolvidas:

As sessões de formação foram elaboradas segundo os princípios da educação para adultos, deste modo, a primeira sessão de formação foi dirigida à equipa multidisciplinar da USF. Esta sessão de formação teve como objetivo dar a conhecer a problemática dos utilizadores frequentes do serviço de urgência da USF à equipa e motivar a mesma para que participasse no projeto. Para motivar os elementos da equipa foi necessário conhecê-los. Durante os dias de observação percebi que era uma equipa motivada e focada em cumprir os indicadores contratualizados. Neste sentido, a estratégia encontrada para motivar a equipa foi mostrar-lhes a problemática, revelando os indicadores da taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar e da taxa anual ajustada de utilizadores frequentes ou muito frequentes do serviço de urgência hospitalar. Para esta sessão de formação e após uma pesquisa foram elaborados documentos que serviram de apoio e que são essenciais, a referir: memória descritiva⁵ (Apêndice VI), um plano de sessão⁶ (Apêndice VII), uma folha de

⁵ A memória descritiva permite dar a conhecer: o tema, resumo, o objetivo geral, os objetivos específicos, destinatários, formador, local, data, hora e duração. A memória descritiva possibilita a divulgação da sessão de formação e motivar os participantes a assistir.

⁶ O plano de sessão deve basear-se no conteúdo programático, de modo a incluir todo o planeamento da sessão de formação. É um documento que serve simultaneamente de apoio e consulta para o formador sobre todas as atividades necessárias para a realização da sessão de formação. A estrutura do plano de sessão vai ao encontro do que está estipulado e segundo as particularidades e necessidades do formador (Diogo & Vieira, 2006).

presença (Apêndice VIII), uma grelha de avaliação da sessão⁷ (Apêndice IX) e apresentação da sessão de formação (Apêndice X). Relativamente à grelha de avaliação o que foi referido nos “aspectos positivos” deram incentivo a manter esses aspetos. Relativamente aos aspetos negativos ou sugestões, estes impulsionaram a mudança para melhorar, como por exemplo “aumentar um pouco o tom de voz e eliminar o nervosismo”; “utilização de bengalas linguísticas”; “tom de voz monocórdica”, portanto aspetos referentes à postura durante a apresentação. Deste modo, a avaliação da sessão tornou-se deveras importante para a minha própria avaliação, uma vez que permitiu não só saber o que fiz corretamente, mas principalmente melhorar os aspetos menos positivos, ajudando na orientação de futuras sessões de formação, especialmente na sessão de que se segue (a segunda sessão de formação).

Para a segunda sessão de formação foi tida em conta aspetos apontados na avaliação da primeira sessão; como por exemplo controlar o nervosismo, colocar corretamente a voz, utilizar diapositivos com cores agradáveis. Foi elaborado um questionário de diagnóstico para avaliar a pertinência do tema na equipa. O questionário de diagnóstico foi realizado na aplicação “Google forms” e com a ajuda do enfermeiro orientador este colocou-o no grupo do WhatsApp do serviço. A partir da análise do respetivo questionário conclui-se que: 75% dos enfermeiros não conheciam o conceito fragilidade; metade dos enfermeiros sabiam identificar uma pessoa idosa frágil; 87,5% dos enfermeiros é que conheciam uma escala de avaliação da fragilidade; nenhum enfermeiro, durante a prestação de cuidados, recorria a uma escala de avaliação da fragilidade; nenhum enfermeiro conhecia a escala “Tilburg Frailty Indicator” e todos os participantes consideraram pertinente a realização de uma sessão de formação sobre o tema fragilidade. Deste modo, o questionário de diagnóstico foi pertinente, uma vez que confirmou a relevância da realização da sessão da formação sobre este tema e direcionou o conteúdo a ser abordado na sessão de formação. No Apêndice XI encontra-se o questionário de diagnóstico colocado à equipa de enfermagem e respetivas respostas. Seguidamente foi realizada uma pesquisa bibliográfica com base em artigos credíveis, recentes e realizados por investigadores na área. No fim da sessão de formação, como forma de consolidar a

⁷ A grelha de avaliação permite avaliar a sessão de formação, nomeadamente as atividades do formador. A avaliação é uma parte do processo de planeamento e deve fornecer informação ao formador de modo a proporcionar melhoria nas futuras formações. A avaliação da formação deve contemplar da qualidade da formação, a orientação do controlo de qualidade da formação e a análise da satisfação dos participantes (Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE, 2012).

informação transmitida, foi proporcionado um momento de participação com a apresentação de um caso fictício que permitiu a aplicação do instrumento de avaliação TFI – versão portuguesa. Este momento de forma descontraída proporcionou aos participantes perceberem a aplicabilidade da respetiva escala (Anexo II). No Apêndice XII pode ser consultada a apresentação da segunda sessão de formação.

Ao realizar as duas sessões de formação para a USF pode desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, na área da melhoria contínua da qualidade, garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na investigação, na governação clínica e na assertividade, permitindo uma *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

2.5.3. Atividades direcionadas para a identificação dos motivos que levam à utilização frequente do SU pelas pessoas idosas da USFX

Na persecução deste objetivo foram desenvolvidas competências comuns de enfermeira especialista na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao: basear a *praxis* clínica especializada em evidência científica e ao interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2019) e de enfermeira mestre a nível de ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Atividade 8 – Participação em evento científico

Num estudo de investigação o pesquisador procura conhecer uma nova situação. Por outras palavras, a investigação é uma forma de produção de conhecimento resultante da interpretação da realidade (Tozoni-Reis, sem data). Para tal, o pesquisador tem que obedecer a uma metodologia. A metodologia indica o tipo de pesquisa e as respetivas etapas a serem utilizados pelo pesquisador.

Relativamente à comunicação e divulgação dos resultados e descobertas da pesquisa é uma das etapas de extrema importância na investigação. Deste modo, o pesquisador deve recorrer a estratégias de: argumentação, síntese e criatividade, revelando o domínio que o pesquisador tem sobre a área (Tozoni-Reis, sem data).

Uma das formas de apresentar os resultados da investigação é através de póster. A comunicação em póster permite a exposição de um trabalho de forma sintética. É utilizado em eventos científicos e o(s) autor(es) estão junto do mesmo e

apresentam-no perante o público aquando da sua aproximação. O recurso a póster permite captar a atenção do público e o contato com o(s) autor(es). A sua elaboração obedece a normas, tendo em conta as normas gerais e aos requisitos da organização do evento. Deve conter determinados aspetos de forma a “produzir interesse, favorecer a legibilidade e destacar as informações segundo sua relevância” apresentando equilíbrio e harmonia visual (Dantas & Oliveira, 2015, p. 8). Este obriga a uma exposição, que pode ser através de impressão num cartaz ou de uma projeção, sendo exibido num espaço designado pela respetiva organização onde ocorre o evento (Dantas & Oliveira, 2015).

Resultados e competências desenvolvidas:

Nas 1ª Jornadas de Enfermagem na ESEL, que decorreram no dia 18 de dezembro de 2019, pude participar com a apresentação de um póster onde foi ilustrado a problemática dos utilizadores frequentes do SU pelas pessoas idosas de uma USF. Primeiramente foi elaborado um resumo de acordo com as normas da instituição. A aprovação do júri foi positiva, ficando desta forma inscrita para a atividade “comunicação em póster”. A elaboração do mesmo obedeceu igualmente às normas das respetivas jornadas e às normas da elaboração de póster. No póster foram colocadas como conclusões principais, de modo a capacitar a equipa da USFX para diminuir a UFSU é necessário recorrer a competências de enfermeiro mestre e especialista de prática de enfermagem avançada na área: da investigação (nomeadamente na realização de um diagnóstico de situação, pesquisa e utilização de evidência científica e divulgação de resultados); liderança (na identificação das necessidades, iniciativa no processo de mudança e na sua condução e formação à equipa) e articulação (com as equipas: USFX, SU e informática e de governação clínica). No Apêndice XIII encontra-se o póster apresentado. No dia da jornada foi apresentado o poster aos participantes de modo a dar conhecimento da temática, foi permitido espaço para esclarecimento de dúvidas. De referir, que esta não foi a primeira vez que esta atividade foi desenvolvida, todavia, desta vez, devido ao enriquecimento e orientação de que usufruí, a elaboração do resumo e do póster foi realizada com maior exigência e rigor.

Deste modo, através desta participação pude desenvolver competências comuns de enfermeira especialista na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a *praxis* clínica na evidência científica, uma vez que interpretamos, organizamos e divulgamos resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2019, p.

4749) e de enfermeira mestre a nível do ser capaz de comunicar as conclusões, os conhecimentos e o raciocínio, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

Atividade 9- Colaboração no estudo de investigação desenvolvido no âmbito da UFSX amiga das pessoas idosas, para identificar os motivos que leva a pessoa idosa a ser um UFSU

Para aprofundar os motivos que levam as pessoas idosas da USFX a serem UFSU colaborámos no projeto que está a ser desenvolvido pela respetiva USF. A investigação qualitativa “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (Minayo, 2001, p. 22) e “reconhece, afirma e situa o papel do pesquisador como instrumento humano, que faz parte da pesquisa. No caso específico da entrevista, os entrevistadores trabalham com o material: selecionam-no, interpretam-no, descrevem-no e analisam-no” (Miguel, 2010, p. 5). Após reflexão criteriosa optou-se pela escolha do método de recolha de dados: a entrevista numa abordagem qualitativa, uma vez que se pretende-se investigar dados descritivos de uma situação, através do contacto direto (Miguel, 2010; Batista, Matos, & Nascimento, 2017).

A entrevista é um método de qualidade, amplamente utilizado pelos investigadores, permitindo obter dados objetivos (que também podem ser obtidos através de fontes secundárias, como é o caso de: censos, estatística) e subjetivos (que só são ser obtidos através da entrevista) pela interação entre duas ou mais pessoas. Deste modo, procura compreender a subjetividade por meio de depoimento de como a pessoa observa, vivência e analisa a situação, construindo conhecimento (Batista et al., 2017; Minayo & Costa, 2018).

Após a realização da entrevista os dados recolhidos têm que ser analisados. A fase de análise de dados apresenta como objetivo a compreensão dos mesmos, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e responder às perguntas colocadas, enriquecendo deste modo, o conhecimento “ultrapassando a instância do senso comum” (Taquette, 2016, p. 526). Existem vários métodos de análise de conteúdo, para o nosso estudo optou-se pela análise de conteúdo segundo Bardin (2016) por se considerar a mais adequada.

Resultados e competências desenvolvidas:

A pesquisa qualitativa está relacionada com a capacidade de compreensão do significado de um fenómeno e descrição pormenorizada dos contextos, sem dar

relevância aos números “a quantidade é substituída pela intensidade, pela imersão profunda” (Taquette, 2016, p. 526). Neste tipo de pesquisa não existe verdade absoluta, uma vez que o que se pretende é compreender a complexidade de um fenómeno (Miguel, 2010). Deste modo, segundo Mozzato & Grzybovsk (2011) “o investigador é o instrumento principal e o maior interesse está no processo, não nos resultados ou produtos, além de que os investigadores qualitativos tendem a analisar os dados de forma indutiva” (p. 737).

Um dos métodos largamente utilizados na pesquisa qualitativa é a entrevista. Esta é um método que permite colher dados fornecidos pelos entrevistados, que estão relacionados com o conhecimento, atitudes, crenças e sentimentos. Para os autores Batista et al. (2017), a entrevista pode ser descrita como sendo uma conversa organizada e com uma finalidade.

Com o objetivo de conhecer os motivos e as razões que levam a pessoa idosa utente de uma USF a ser um UFSU, optou-se pela realização de um estudo qualitativo com recurso a entrevista semiestruturada como método de recolha de dados, uma vez que se pretende obter informações acerca do que pensam os participantes do estudo em causa (Minayo & Costa, 2018).

Segundo Batista et al. (2017), para realizar uma entrevista é necessário aplicar a arte de saber ouvir, saber perguntar e saber conversar. O entrevistador deverá saber ouvir de forma atenta e ativa, demonstrando interesse não apenas no que está a dizer o entrevistado, mas também nas suas emoções, de modo a compreender e aprofundar a conversa sem, contudo, influenciar a mesma. Miguel (2010) acrescenta que há interesse no outro, interesse em ouvir as suas histórias, reflexões e encadeamento dos factos, de modo a compreender o significado que cada um atribui ao acontecimento. O entrevistador tem que estar atento aos minuciosos pormenores, para que nada lhe passe despercebido, tem que saber explorar o riso, as pausas, o silêncio, os gestos corporais e a linguagem não-verbal, o que exige técnica, prática, mas sobretudo sensibilidade. Pode contar com o auxílio recorrendo a um gravador ou câmara de filmar, em que pode repetir a entrevista as vezes que forem necessárias. Deste modo, a entrevista é única, exclusiva e um trabalho árduo e intenso.

A escolha dos participantes da entrevista foi por conveniência, tendo em conta os critérios de inclusão: utentes da USFX; pessoas idosas com 65 e mais anos; pessoas idosas que após aplicação mini mental (MEEM) não revelasse alterações cognitivas; pessoas idosas que fossem UFSU (indivíduos com quatro episódios de recorrência ao SU, durante um período temporal de um ano); ser uma pessoa idosa

frágil (depois de aplicado o instrumento de avaliação da fragilidade TFI – versão portuguesa; familiares cuidadores de pessoas idosas utentes da USFX que preenchem os respetivos critérios que foram referidos acima.

Estes foram selecionados pelos enfermeiros de família, tendo em conta os critérios de inclusão. Num primeiro contato o enfermeiro de família, através de consulta ou telefone, abordou o entrevistado no sentido de o informar da existência do estudo do objetivo do mesmo e do interesse em participar. Só com uma resposta positiva o utente era informado que seria contactado por uma das investigadoras. Segundo Batista et al. (2017) esta abordagem diminui o fator surpresa e dá confiança ao entrevistado para participar e diminui o nervosismo. Posteriormente, foi contactado o entrevistado para confirmar se continuava interessado em participar na entrevista. Após aceitação foi combinado o dia e local de acordo com a preferência do mesmo.

No momento da entrevista a primeira abordagem consistiu em apresentar-me e explicar sobre a finalidade do estudo que estávamos a realizar e do objetivo da entrevista. Foi igualmente explicado que a participação era voluntária, que seria assegurado o anonimato, que a entrevista seria Audi gravada e que a qualquer momento poderia desistir, sem sofrer qualquer tipo de coação. Antes se iniciar a entrevista foi permitido o esclarecimento de dúvidas. Após cumprir todos estes aspetos, foi solicitado consentimento informado e esclarecido para dar início à entrevista. No decorrer da entrevista tentou-se proporcionar um ambiente cordial, um discurso adequado ao entrevistado, de modo a promover um ambiente harmonioso propício para o desenrolar da conversa e expressão de sentimentos e emoções. O local escolhido também facilitou neste sentido. O facto de ser o entrevistado a escolher o local da entrevista (especialmente quando a opção foi o domicílio) possibilitou uma maior segurança e abertura de emoções e sentimentos. De referir que as entrevistas tiveram uma duração média de cinze minutos. Foram realizadas entre o período tempo de quatro a treze de dezembro de 2019 (Apêndice XIV – Guião da entrevista).

A entrevista foi terminada, igualmente, de forma cordial, agradecendo a participação, mostrando disponibilidade para possíveis esclarecimentos.

A transcrição das entrevistas é um paço deverás importante. Deste modo, foi realizada em ambiente silencioso, foram ouvidas inúmeras vezes e tentou-se ao máximo escrever toda a conversa, nomeadamente as pausas e a entoação da voz.

Seguidamente é apresentado a análise das entrevistas tendo em conta os pressupostos teóricos da Análise de Conteúdo de (Bardin, 2016). A análise de conteúdo, na pesquisa qualitativa, trata-se de uma descrição objetiva, sistemática,

quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e respetiva interpretação. Segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo apresenta 3 etapas: **pré-análise**, **exploração do material** e por último **tratamento dos resultados, inferência e interpretação**. A pré-análise é uma fase em que se sistematizam as ideias iniciais, colocadas pelo quadro referencial teórico, de modo a elaborar um esquema preciso de desenvolvimento das operações de análise. Na exploração do material, codificam-se os dados, estes são transformados sistematicamente e agregados em unidades. Consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e na identificação das unidades de registro (UR), unidades de contexto (UC), que é a unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem) e unidades de frequência (UF) (que é referente ao número de vezes que a unidade de registro se repete).

A categorização consiste na organização das categorias, onde estas e as subcategorias são explicadas, com base nas unidades de sentido identificadas anteriormente (Leite, 2017). A categoria é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos.

O entrevistador identifica as categorias que podem ser *a priori* ou *à posteriori*, conforme a perspetiva da análise. As categorias *à priori* são determinadas antes de se iniciar a análise, são conceitos mais gerais e mais abstratos. Por outro lado, as categorias *à posteriori* surgem a partir dos dados recolhidos, sendo mais específicas e concretas, permitindo um avanço teórico (Taquette, 2016; Leite, 2017). É uma etapa importante, na medida em que irá possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências (Bardin, 2016). Neste estudo foram cumpridas as três etapas sugeridas por Bardin (2016) e já em cima referidas. Quer as categorias, quer as subcategorias foram definidas *à posteriori*, ou seja, de forma indutiva a partir dos significados referidos pelos participantes de forma explícita e por análises de frequência. Assim, realizou-se uma divisão manual da informação recolhida através das entrevistas em unidades manejáveis de síntese, na procura de padrões e de descoberta de aspetos importantes. A enumeração permitiu aferir o gradiente e a quantificação aplicada aos referentes do material analisado.

Resultados

Como foi referido, era um dos critérios de inclusão identificar se existia alguma alteração do estado mental dos participantes, que comprometesse a informação fornecida pelos mesmos através da entrevista. Deste modo, identificamos que dos

seis participantes (pessoas idosas) três apresentaram alteração do estado mental, assim a entrevista foi realizada aos respetivos familiares cuidadores (FC) que demonstraram disponibilidade e desejo em participar. Devido a alguns fatores, nomeadamente à dificuldade em identificar utentes da USFX que fossem pessoas idosas e UFSU; à disponibilidade dos mesmos em participar na entrevista e à da gestão do tempo, foram apenas entrevistados seis utentes, durante o tempo em que durou estágio. A salientar que como pertencemos à equipa de investigação do projeto a decorrer na USFX, a intenção é dar continuidade às entrevistas, todavia devido à situação atual de pandemia, esta veio dificultar a continuação do projeto, porém pretende-se retomar assim que seja oportuno.

Caraterização dos Participantes

Os participantes foram seis (três eram pessoas idosas, utentes da USFX e UFSU, os restantes três foram os familiares cuidadores dos respetivos utentes da USFX). Em relação aos utentes, um era do sexo masculino e dois do sexo feminino. As idades situavam-se entre os 70 e os 78 anos de idade. Após a aplicação do TFI pode-se concluir que os três utentes entrevistados eram todos pessoas idosas frágeis. Relativamente aos FC dois destes eram os conjugues dos utentes e um deles a filha, dois eram do género feminino e um do género masculino. Todos viviam com o respetivo utente que também foram identificados como sendo pessoas idosas frágeis.

A análise da informação recolhida, foi agrupada em categoria, subcategorias, unidades de registo e unidades de frequência.

De forma a simplificar as Unidades de registo foram codificadas em “U” quando se referem a declarações prestadas pelos próprios utentes e em “F” quando as informações se referem aos familiares cuidadores dos respetivos utentes.

Após a análise das entrevistas emergiram **quatro categorias: Perceção de ser UFSU; Serviços que dão apoio ao SU, Situação de saúde/doença que levaram ao SU e Razões que levaram a recorrer ao SU.**

Relativamente à categoria “**Perceção de ser UFSU**” nesta identificaram-se duas subcategorias: Utilizador não frequente do SU e Utilizador frequente do SU. Para a categoria “**Serviços que dão apoio ao SU**” emergiram as subcategorias: conhecimento e desconhecimento. Em relação à categoria “**Situação de saúde/doença que o levaram ao SU**”, nesta emergiram duas subcategorias: acidentes, agravamento da doença crónica doença e percebeu-se que quando eram utilizadores frequente por motivo de doença na maior parte das vezes (com 4 unidades

de frequência) o motivo foi o mesmo. A última categoria “**Razões que levaram a recorrer ao SU**” identificaram-se quatro subcategorias: Procura de Cuidados especializados; Referenciado por profissionais de saúde; Medo de agravamento da situação de doença; Dificuldade na acessibilidade à USFX.

Discussão dos resultados

Em relação à categoria “**Perceção de ser UFSU**”, concluímos que apenas um dos seis participantes tinha a perceção de ser um UFSU, como refere F02 “*Foi quatro vezes.*”. Os restantes cinco participantes não tinham essa perceção. A referir como salvaguarda, após consentimento dos próprios, tinha sido primeiramente consultado o processo clínico, no sentido de confirmar se todos os utentes eram UFSU, tendo-se constatado que sim (uma vez que este era um dos critérios de inclusão). Este resultado leva-nos a pressupor que os participantes podem não dar a devida importância quando recorrem ao SU, ou podem-se ter esquecido do número de vezes que recorreram ao mesmo. Este é um aspeto importante a ser aprofundado, na medida em que o enfermeiro pode informar os utentes e familiares cuidadores sobre os vários serviços que dão apoio ao SU, nomeadamente a Consulta Aberta Diária (CAD) da USFX, explicar a finalidade de cada serviço e as implicações e consequências quando o SU é utilizado de forma indevida.

Relativamente à categoria “**Serviços que dão apoio ao SU**”. Apenas o U4 é que afirmou que conhecia a USFX como serviço que dá apoio ao SU sem necessitar de ser elucidado “*É só aqui. Já aqui venho há trinta anos*”. Esta dificuldade em identificar outros serviços que dão apoio ao SU, foi igualmente constatada na pesquisa efetuada, como referem os autores: Kraaijvanger, Leeuwen, Rijpsma, & Edwards (2016); Legramante et al. (2016); Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell (2017); Andrews & Kass (2018), em que afirmam que existe desconhecimento, por parte da população, sobre os serviços que dão apoio ao SU. Deste modo, uma vez mais, denota-se a importância em informar e esclarecer os utentes e familiares cuidadores sobre a existência dos serviços que dão apoio ao SU, assim como a sua finalidade.

Na categoria “**Situação de saúde/doença que o levaram ao SU**”, da respetiva análise surgiram as subcategorias: Acidentes, Agravamento da doença crónica. Após a análise dos dados, constatou-se que a maior parte dos motivos que fizeram com que os participantes recorressem ao SU estavam relacionados com períodos de agudização da(s) doença(s) crónica(s), sobrepondo-se aos motivos associados a acidentes, nomeadamente a quedas. Estes motivos dizem respeito a

doenças do foro: circulatório, úlcera varicosa, úlcera diabética, dor, cardíacos, urinários e respiratórios. Concluiu-se igualmente, que os motivos que mais se repetiram estavam relacionados com sintomas do foro cardíaco. Outro aspeto a salientar, é que os participantes do estudo, também referiram que os motivos que os fizeram recorrer ao SU da última vez, eram os mesmos que das outras vezes, “*Foi, sempre os mesmos...*” (U05). Apenas um participante referiu que se dirigiu ao SU por motivos diferentes “*Sim, motivos diferentes.*” (U04). O que nos leva a refletir na importância do papel do enfermeiro na promoção do *Cuidado de Si*, tendo em conta o duplo sentido deste conceito: o de ajudar a pessoa idosa a gerir as situações de saúde doença, promovendo nelas o *Cuidado de Si* próprias ou capacitando o FC para assegurar o cuidado do seu familiar doente (Gomes, 2016).

Por último a **quarta categoria “Razões que levaram a recorrer ao SU”** identificaram-se as seguintes subcategorias: Procura de Cuidados especializados; Referenciado por profissionais de saúde; Medo de agravamento da situação de doença; Dificuldade na acessibilidade à USFX. Depois da análise dos dados, pode-se concluir que as razões foram: procuram cuidados especializados; são referenciados por profissionais de saúde (médico de família e assistentes em cuidados domiciliários); os utentes e os familiares cuidadores consideram que os sintomas são urgentes e simultaneamente têm medo que os mesmo se agravem se não forem atendidos rapidamente “*Bem eu só vou ao serviço de urgência quando efetivamente tenho mesmo medo que aconteça qualquer coisa mais grave.*” (F06) e por dificuldade na acessibilidade à USFX “*(...) porque no Centro de Saúde não me atendem na altura própria. Tenho, tenho que ir para o hospital.*” (F02). Estes resultados vão ao encontro do que foi mencionado na pesquisa realizada, como por exemplo, como referem os autores Coster et al. (2017), em que os resultados do estudo mostraram que os utentes consideravam que a sua condição exige recursos e instalações especializadas, por desejarem ser atendidos rapidamente e pela dificuldade no acesso aos CSP. Os autores Kraaijvanger et al. (2016), salientam que as razões prenderam-se com medo de condições de risco de vida. Deste modo, torna-se primordial que os enfermeiros consigam desmitificar os preconceitos relacionados com o SU e sobre o funcionamento e atendimento da USFX, mais especificamente a CAD e promovam um acompanhamento de proximidade com a pessoa idosa que a ajude a gerir a sua situação de saúde/fragilidade/doença no seu quotidiano de Vida.

Conclusão

Ao longo do tempo tem-se verificado um aumento crescente da utilização frequente do SU o que leva inevitavelmente ao aumento dos custos e sobrecarga do serviço. Após a análise das entrevistas realizadas aos seis participantes, pode-se constatar que se tratavam todos de pessoas Idosas frágeis em que a maioria não tinha a perceção que era um UFSU. Este facto torna-se numa barreira para diminuir/controlar esta problemática.

Os participantes do estudo não identificaram a CAD, inserida na USFX, o serviço que dá apoio ao SU para situações urgentes. Por outro lado, constatou-se que a maioria dos motivos que levaram os participantes a recorrer ao SU estavam relacionados com períodos de agudização da(s) doença(s) crónica(s), sobrepondo-se aos motivos associados a acidentes, e as razões relacionadas com a procura de cuidados especializados; referenciação por profissionais de saúde; medo de agravamento da situação de doença e dificuldade na acessibilidade à USF. O que realça a importância dos enfermeiros dos CSP precisam de apostar mais na prevenção e gestão da doença crónica e promover a literacia da pessoa idosa e do FC em parceria com estas para promover o *Cuidados de Si*, para um desenvolvimento sustentável da saúde, em que a saúde/doença seja vista como um projeto em inter-relação constante com o projeto de vida da pessoa (Gomes, 2016).

Como limitação do estudo salienta-se o facto de não se ter conseguido incluir mais participantes. Um dos motivos deveu-se à dificuldade, por parte do Enfermeiros, em identificar o utente como UFSU e depois as dificuldades colocadas pelas questões da pandemia, pelo que no futuro pensamos retomar o estudo e continuar a aprofundar a compreensão dos motivos que levam as pessoas idosas e os FC a serem UFSU.

2. CONCLUSÃO

O mundo assiste atualmente ao aumento do envelhecimento da população, tornando-se um assunto de extrema relevância ao nível social, económico e de saúde.

Com o envelhecimento gradual da população, aumenta inevitavelmente o número de doenças crónicas e incuráveis, as comorbidades e as incapacidades físicas. Deste modo, tende a aumentar a fragilidade nas pessoas idosas (a nível físico, psicológico e social), o que, por sua vez, acarreta um aumento da procura de cuidados de saúde, de forma a atender às suas necessidades específicas e complexas (Lubenow et al., 2016). Por conseguinte, a pessoa idosa frágil tende a recorrer cada vez mais ao SU tornando-se um UFSU. O aumento da procura destes serviços reflete-se num aumento dos gastos a nível da saúde e da economia (Williams-Roberts et al., 2018) e torna-se num desafio para os governantes e gestores da saúde que precisam de garantir cuidados de qualidade à pessoa idosa (Lubenow et al., 2016).

Assim desenvolvemos um projeto para prevenir e controlar a utilização frequente num serviço de urgência, que teve como finalidade desenvolver/adquirir competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e ao familiar cuidador.

A realização do presente relatório constituiu-se como o culminar deste percurso dinâmico de aprendizagem, onde se sublinha o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento e/ou aquisição de competências com vista à atribuição, tanto do título de Mestre em Enfermagem, como de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa Idosa.

Após a revisão da literatura, nomeadamente a revisão *scoping*, percebemos que a resposta à utilização frequente do serviço de urgência incide em duas vertentes: no SU e nos CSP. Segundo Hoogendijk et al. (2019) para combater esta problemática é necessário apostar na evolução dos SU específicos para pessoas idosas, de modo a que, os cuidados sejam mais direcionados para diminuir/controlar a fragilidade desta população. Ao serem tomadas medidas que ajudem a conter os incidentes adversos durante e após a utilização do SU e ao orientar os cuidados após a sua utilização, será possível prevenir e diminuir a utilização frequente do SU.

Porém, outros autores afirmam que a resposta para atender às necessidades complexas desta população incide na aposta nos CSP. Gobbens et al. (2017)

salientam que os CSP têm uma importância fundamental na diminuição da utilização frequente do SU. Da mesma forma, Williams-Roberts et al. (2018) referem que é essencial uma aposta em equipas multiprofissionais e melhorar a acessibilidade a estes serviços. Deste modo, a abordagem para prevenir e controlar a UFSU passa por um cuidado centrado na pessoa idosa e no seu familiar cuidador (Gobbens et al., 2017) de modo a elaborar um plano personalizado. Este plano deve resultar na tomada de decisão entre a pessoa idosa e o enfermeiro a partir de uma relação de parceria estabelecida entre ambos, permitindo ir ao encontro do seu projeto de vida e saúde e promover o Cuidado de Si como refere (Gomes, 2016).

O caminho realizado durante o terceiro semestre do curso de mestre e especialista na área médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, permitiu o enriquecimento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências. A realização de estágio na USFX e no SU, possibilitou prestar cuidados até outrora nunca prestados, nomeadamente nos cuidados domiciliários e no SU, tendo sempre em conta a responsabilidade profissional e os princípios éticos, legais e deontológicos e a melhor evidência científica. Durante o estágio foi permitida a realização de inúmeras atividades que concorreram para o desenvolvimento das competências comuns de enfermeira especialista na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente com a realização das seguintes atividades: revisão narrativa da literatura; reflexão sobre as competências de enfermeiro especialista, mestre e em prática avançada de enfermagem; participação em evento científico (com a elaboração de um póster) e realização de entrevistas. Na área de melhoria contínua da qualidade, com as atividades: realização de estágio; prestação de cuidados em contexto hospitalar e de CSP (com a elaboração de um guião de colheita de dados e um estudo de caso); consultadoria (ao participar nas reuniões do Projeto “Cuidar a Par”; em participar numa reunião de articulação entre o enfermeiro orientador, o familiar cuidador e a assistente social conjuntamente com o diretor do centro de apoio; ao pertencer ao projeto de investigação em desenvolvimento da USFX; ao articular com os elementos do projeto do Grupo de Orientação dos Hiperfrequentadores do SU e os profissionais da USFX, no sentido de agendar uma reunião entre ambos; em realizar duas reuniões com o Diretor de Informática e ao articular com a consulta pós urgência e a USFX) e a realização de duas sessões de formação. Ao nível da investigação, com a atividade: realização de revisão *scoping*.

Foi possível desenvolver igualmente competências de mestre ao desenvolver e aprofundar conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível mais complexo

relativamente a situações novas e não familiares, através das atividades: realização de revisão *scoping* e ao prestar cuidados em contexto hospitalar e de CSP (com a elaboração de um guião de colheita de dados; estudo de caso onde se recorreu a uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, utilização de instrumentos de avaliação e cuidados baseados no modelo de intervenção em parceria para a promoção do Cuidado de Si (Gomes, 2016) e a partir da realização de um estudo qualitativo (onde se realizaram entrevistas semiestruturadas aos utentes da USFX que eram UFSU, para perceber os motivos da utilização frequente do SU. Desenvolvemos também competências ao nível da comunicação das conclusões, dos conhecimentos e dos raciocínios subjacentes, por intermédio da atividade: participação em evento científico (com a realização de um póster), na elaboração do relatório e futuramente na participação no congresso da CIAIQ 2021.

Ao longo deste percurso senti algumas dificuldades relacionadas, essencialmente, com áreas desconhecidas e com elementos não previstos (de ordem pessoal e devido à atual situação pandémica). Algumas dificuldades sentidas incidiram sobretudo em: limitados conhecimentos em determinadas áreas, tais como a investigação, simultaneidade de atividades, desconhecimento das normas e intervenções de enfermagem desenvolvidas nos campos de estágio e na aquisição de hábitos saudáveis/mudança de comportamentos por parte dos utentes. Essas dificuldades foram encaradas como momentos de aprendizagem e de crescimento não só do domínio profissional, mas também pessoal, permitindo melhorar e desenvolver novas competências. Como elementos facilitadores há a salientar: a motivação em querer fazer, ser e estar; a disponibilidade constante da professora orientadora; a motivação da equipa da USFX em participar no projeto; a participação da equipa da USFX nas sessões de formação; a disponibilidade dos utentes e familiares cuidadores em participar no estudo de investigação-ação; a excelente aceitação da estudante por ambas as equipas dos campos de estágio e a pertinência e atualidade do tema abordado.

Encontrando-me no culminar desta jornada, concluo que foram adquiridas e desenvolvidas competências de enfermeira mestre e especialista na área médico-cirúrgica, na vertente pessoa idosa, na medida em que foi permitido prestar cuidados de qualidade que foram centrados na individualidade da pessoa idosa, indo ao encontro às suas reais necessidades e às potencialidades no seu projeto de saúde e vida. Munida de competências, procurámos cuidar em parceria com a pessoa idosa e com o seu familiar cuidador.

Como trabalho futuro, como realização pessoal saliento o desejo em divulgar este relatório de estágio, essencialmente através de congressos, devido à pertinência e atualidade do tema. O tema abordado, que inicialmente me era desconhecido tornou-se deveras interessante e absorvente. De tal modo, que esta jornada irá ser enriquecedora do meu quotidiano, uma vez que forneceu ferramentas que com as quais irão permitir uma prestação de melhores cuidados. Cuidados esses que estarão assentes num modelo de parceria do *Cuidado de Si*, permitindo ir ao encontro do projeto de vida e saúde da pessoa e familiar cuidador; na assertividade sendo capaz de argumentar com clareza e firmeza sobre as intervenções planeadas; na consultadoria, uma vez permitiu saber identificar a importância de articular com os variados profissionais e/ou serviços de modo a atingir a máxima eficácia dos cuidados e clarear a pertinência da investigação e a desabrochar o gosto desta área que é fundamental para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Além do mais, após a pesquisa apercebemo-nos da existência de inúmeros estudos publicados, porém a utilização frequente do SU continua a ser uma realidade difícil de contornar e uma problemática a nível mundial. A partir do nosso estudo, pode-se concluir que os utentes e os seus familiares cuidadores quando se dirigem ao SU é porque consideram que os motivos são urgentes e procuram cuidados especializados. Deste modo, pretende-se com a divulgação deste trabalho junto às equipas de ambos os serviços: revelar a importância da abordagem do enfermeiro CSP a esta população, para desmitificar pré-conceitos existentes por parte da pessoa idosa sobre os serviços; elucidar os profissionais sobre a importância de manter a doença(s) crónica(s) controladas e a pertinência de orientar a pessoa idosa e os seus familiares cuidadores perante os sintomas a que serviço deverão recorrer.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdellatif, T. M. F., Jaziri, A. M. S. A. Al, Taryam, M. M. O., Monsef, N. A., Buharoun, A. I., Elbadawi, S. A. M., & Ashtar, M. S. (2017). Dubai Primary Health Care Centers Conformation to WHO Age-Friendly Primary Healthcare Recommendations. *Advances in Aging Research*, 6, 83–92. Obtido de https://www.scirp.org/pdf/AAR_2017101015355625.pdf.
- Acosta-Benito, M. A., Rodríguez-Fernández, V., Barrio-Cortes, J., & García-Pliego, R. A. (2018). Age-friendly primary care health centers why are they necessary? *International Journal of Family & Community Medicine*, 2(4), 180–183. Obtido de <https://pdfs.semanticscholar.org/0826/16cefd876bb570a966d38f35f37ef00644af.pdf>.
- ACSS. (2015). Recomendações técnicas para Serviços de Urgências. Obtido de http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urgências_final.pdf.
- Alhamdan, A. A., Alshammari, S. A., Al-Amoud, M. M., Hameed, T. A., Al-Muammar, M. N., Bindawas, S. M., ... Calder, P. C. (2015). Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment. *Saudi Med J*, 36(9), 1091–1096. Obtido de doi: 10.15537/smj.2015.9.11789.
- Andrews, H., & Kass, L. (2018). Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Internal and Emergency Medicine*, 1–8. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380133>.
- Augusti, A. C. V., Falsarella, G. R., & Coimbra, A. M. V. (2017). Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, RBMFC*, 12 (39), 1–9. Obtido de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/848826/1353-8779-1-pb.pdf>.
- Balsinha, C., Marques, M. J., & Gonçalves-Pereira, M. (2018). A brief assessment unravels unmet needs of older people in primary care: a mixed-methods evaluation of the SPICE tool in Portugal. *National Library of Medicine*, 19, 637–643. Obtido de doi:10.1017/S1463423617000950.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1.ª ed.). São Paulo: Edições 70.
- Barros, R. (2018). Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou o

- dialógico como essência da mediação sociopedagógica. *Educação e Pesquisa*, 44, 1–19. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201844173244>.
- Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23–38. Obtido de <file:///C:/Users/EU/Downloads/Aentrevistacomotcnicadeinvestigaonapesquisaqualitativa.pdf>.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bodenmann, P., Velonaki, V.-S., Ruggeri, O., Hugli, O., Burnand, B., Wasserfallen, J.-B., ... Daeppen, J.-B. (2014). Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 14(264), 2–11. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071797/pdf/1472-6963-14-264.pdf>.
- Burns, T. R. (2017). Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *International Emergency Nursing*, 1–5. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.001>.
- Cabral, D. G. C. (2001). Humanizar: entre o projeto de vida e o dever profissional, uma reflexão. *Informar, revista de formação contínua em enfermagem*, 6(24), 14–17.
- Canadian Nurses Association. (2019). Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian framework. *Canadian Nurses Association*, 1–58. Obtido de <https://www.cna-aaic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf>.
- Carneiro, R., Simões, C., & Carneiro, A. H. (2019). Plano individual e integrado de cuidados como objeto da relação clínica. *Revista.SPMI*, 26(2), 147–152. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v26n2/v26n2a13.pdf>.
- Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2015). Portuguese Version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural Adaptation and Psychometric Validation. *Geriatrics & Gerontology International*, 15, 951–960. Obtido de <https://doi.org/10.1111/ggi.12373>.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *ResearchGate*, 75–82. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/321706255>.
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic

- Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137-1149. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5599959/pdf/ACEM-24-1137.pdf>.
- Coutinho, C. (2005). Humanizar é sempre possível. *Informar, revista de formação contínua em enfermagem*, 11(35), 39–42.
- CRRNEU. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU. *Grupo de Investigação em Geografia da Saúde Universidade de Coimbra*. Obtido de file:///C:/Users/EU/Downloads/i022909 (1).pdf.
- Dantas, L. M. V., & Oliveira, A. A. (2015). *Como elaborar um pôster acadêmico*. Cachoeira: UFRB. Obtido de https://www.ufrb.edu.br/gestaopublica/images/phocadownload/materialdidatico/como_elaborar_pster.pdf.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República, I Série*(N.º 157 de 16-08-2018), 4147–4182. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.
- Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet*, 394, 1376–1386. Obtido de doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4).
- Dermody, G., Sawyer, P., Kennedy, R., Williams, C., & Brown, C. J. (2017). ED utilization and self-reported symptoms in community-dwelling older adults. *Journal of Emergency Nursing*, 43(1), 57–69. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.10.001>.
- Diogo, R., & Vieira, J. (2006). *Guia metodológico* (1.ª ed.). Comissão Europeia. Obtido de <https://www.fea.pt/files/74f9fca7e9045a5d6cfb2253bee1b03251d029f1.pdf>.
- Drennan, J. (2012). Masters in nursing degrees: An evaluation of management and leadership outcomes using a retrospective pre-test design. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 102–112. Obtido de <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01346.x>.
- Duarte, S. F. C. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: revisão sistemática da literatura. *ResearchGate*, 1–24. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/271013656>.
- Dufour, I., Chouinard, M.-C., Dubuc, N., Beaudin, J., Lafontaine, S., & Hudon, C. (2019). Factors associated with frequent use of emergency-department services in a geriatric population: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(185), 1–9.

- Obtido de <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-019-1197-9>.
- ESNO. (2015). Competences of the Clinical Nurse Specialist (CNS): Common plinth of competences for the common training framework of each specialty. *European Specialist Nurse Organisation*, 1–11. Obtido de <file:///C:/Users/EU/Downloads/26th-PNAE-Competences-of-the-CNS.pdf>.
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1842–1853. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>.
- Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS*, 6(2), 102–107. Obtido de <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>.
- Gautério-Abreu, D. P., Ávila, J. A., Santos, S. S. C., Ilha, S., & Silva, B. T. (2016). Contribuições do estudo de caso para o cuidado de enfermagem: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10(3), 1149–1154. Obtido de doi: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201627.
- Gobbens, R. J., Schols, J. M., & Assen, M. A. van. (2017). Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1739–1752. Obtido de http://www.zhga.nl/external/files/2017-10-19_R_Gobbens_TFI.pdf.
- Godinho, N. (2020). Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referencias bibliográficas e citações norma APA. *ESEL*.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas Edições Académias.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647067/pdf/main.pdf>.
- Heede, K. Van den, & Voorde, C. Van de. (2016). Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy*, 1337–1349. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016302688?via%3Dihub>.
- Holmerová, I., Koopmans, R., Savic, B. S., Egervári, A., Hermann, B., Ruseckiene, R.,

- & Tolson, D. (2012). Advancing Long Term Care: Central European Perspectives. *JAMDA*, 13, 578–580. Obtido de [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(12\)00136-3/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(12)00136-3/fulltext).
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394, 1365–1375. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6).
- ICN. (2008). Nursing Care Continuum Framework and Competencies. *International Council of Nurses*, 1–44. Obtido de https://sigafsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Competerencies.pdf.
- Ikpotokin, S. O. (2017). Commentary: Primary Health Care Delivery Services in the World. *Journal of Healthcare Communications*, 2(3), 1–3. Obtido de <http://healthcare-communications.imedpub.com/commentary-primary-health-care-delivery-services-in-the-world.pdf>.
- Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE. (2012). *Referencial de formação pedagógica inicial de formadores*. Departamento de Formação Profissional, Centro Nacional de Qualificação de Formadores. Obtido de https://www.apg.pt/downloads/file422_pt.pdf.
- Joling, K. J., Eenoo, L. van, Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., ... Roest, H. tte G. van der. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLOS ONE*, 9, 1–19. Obtido de <https://doi.org/10.1371/journal.%0Aone.0190298>.
- Kelley, M. Lou, Parke, B., Jokinen, N., Stones, M., & Renaud, D. (2011). Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *Journal of Health Services Research*, 16(1), 6–12. Obtido de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ad0a472a-c104-4292-b0d7-4d1698f57a68%40sdc-v-sessmgr02>.
- Kelly, G., Mrengqwa, L., & Geffen, L. (2019). “They don’t care about us”: older people’s experiences of primary healthcare in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatrics*, 19(98), 1–14. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1116-0>.
- Keshk, L. I., Qalawa, S. A. A., & Ibrahim, N. M. (2018). Effectiveness of an educational program regarding nursing process on acquiring advanced skills among internship nursing students. *International Journal of Nursing*, 5(2), 32–44. Obtido de doi: 10.15640/ijn.v5n2a4.
- Kraaijvanger, N., Leeuwen, H. van, Rijpsma, D., & Edwards, M. (2016). Motives for

- self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 16(685), 1–19. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148909/pdf/12913_2016_Article_1935.pdf.
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., Willink, L., Lucassen, P., Leeuwen, H. van, & Edwards, M. (2016). Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23, 593–598. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12680>.
- Kucera, K., Higgins, I., & McMillan, M. (2010). Advanced nursing practice: a futures model derived from narrative analysis of nurses' stories. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 43–53. Obtido de https://www.ajan.com.au/archive/Vol27/27-4_Kucera.pdf.
- Kuek, B. J. W., Li, H., Yap, S., Ng, M. X. R., Ng, Y. Y., White, A. E., & Ong, M. E. H. (2018). Characteristics of frequent users of Emergency Medical Services in Singapore. *PREHOSPITAL EMERGENCY CARE*, 0(0), 1–10.
- Lana, L. D., & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira Geriátrica Gerontol*, 17 (3), 673–680. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>.
- Legramante, J. M., Morciano, L., Lucaroni, F., Gilardi, F., Caredda, E., Pesaresi, A., ... Palombi, L. (2016). Frequent use of Emergency Departments by the elderly population when continuing care - Is not well established. *PLOS ONE*, 11(12), 1–11. Obtido de doi: 10.1371/journal.pone.0165939.
- Leite, R. F. (2017). Perspectiva da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa: algumas considerações. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(9), 539–551. Obtido de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/129/98>.
- Leporatti, L., Ameri, M., Trincherò, C., Orcamo, P., & Montefiori, M. (2016). Targeting frequent users of emergency departments: Prominent risk factors and policy implications. *Health Policy*, 120, 462–470. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033015>.
- Lubenow, J. A. M., Barrêto, A. J. R., Nogueira, J. de A., & Silva, A. O. (2016). Access for the Elderly to Primary Health Care Services: an Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 9(46), 1–13. Obtido de <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1484/1175>.
- Marsden, E., Taylor, A., Wallis, M., Craswell, A., Broadbent, M., Barnett, A., ... Glenwright, A. (2017). A structure, process and outcome evaluation of the

- Geriatric Emergency Department Intervention model of care: a study protocol. *BMC Geriatrics*, 17(76), 1–8. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363028/pdf/12877_2017_Article_462.pdf.
- Matney, S. A., Staggers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' wisdom in action in the Emergency Department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1–10. Obtido de <http://doi.org/10.1177/2333393616650081>.
- Merriam, S. B. (2009). Beyond Andragogy: New Directions in Adult Learning Theory. *Adult Education Research Conference*. Obtido de <https://newprairiepress.org/aerc/2009/symposia/2>.
- Miguel, F. V. C. (2010). A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da linguística aplicada. *Revista Odisseia - PPgEL/UFRN*, 5, 1–11. Obtido de <https://periodicos.ufrn.br/odisseia/article/view/2029>.
- Minayo, M. C. S. (2001). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Em *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (18.^a ed., pp. 9–31). Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40, 139–153. Obtido de <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>.
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martín-Santos, F. J., Uttumchandani, S. K., Campos, Á. L., Bautista, J. C., & Morales-Asencio, J. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 1–18. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010>.
- Mozzato, A. R., & Grzybovsk, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *RAC*, 15(4), 731–747. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>.
- Neves, M. M. A. M. da C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 125–134. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a13.pdf>.
- OE. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*.
- OE. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- OE. (2015). Código Deontológico. Obtido de

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Oliveira, L. M. N., & Queirós, P. J. P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista investigação em Enfermagem*, 77–89. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/275714022>.
- Or, Z., & Penneau, A. (2018). A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. *Health Policy*, 1–7. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.003>.
- Perna, S., Francis, M. D., Bologna, C., Moncaglieri, F., Riva, A., Morazzoni, P., ... Rondanelli, M. (2017). Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. *BMC Geriatrics*, 17(2), 1–8. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209899/pdf/12877_2016_Article_382.pdf.
- Philpot, C., Tolson, D., & Morley, J. E. (2011). Advanced Practice Nurses and attending physicians: a collaboration to improve quality of care in the nursing home. *JAMDA*, 12(3), 161–165. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.012>.
- Pinchbeck, E. W. (2019). Convenient primary care and emergency hospital utilisation. *Journal of Health Economics*, 68, 1–16. Obtido de [file:///C:/Users/EU/Downloads/1-s2.0-S0167629618311342-main\(1\).pdf](file:///C:/Users/EU/Downloads/1-s2.0-S0167629618311342-main(1).pdf).
- Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P., & Rabelo, E. R. (2009). Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 1–7. Obtido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf.
- PORDATA. (2019). *População residente, estimativas a 31 de Dezembro: total e por grupo etário*. Obtido de <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+etário-7>.
- Ramos, T. K., Nietzsche, E. A., Cogo, S. B., Cassenote, L. G., Böck, A., & Martins, F. S. (2018). Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(1), 59–71. Obtido de doi: 10.5902/2179769228124.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do

- enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, // *Série*(N.º 135), 19359–19370. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>.
- Ribas, B. A. da S. (2015). *Diagnóstico de Necessidades de Formação num centro de formação de gestão participada*. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22660/1/ulfpie047556_tm.pdf.
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671–682. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a09.pdf>.
- Rigobello, J. L., Bernardes, A., Moura, A. A., Zanetti, A. C. B., Spiri, W. C., & Gabrie, C. S. (2018). Estágio Curricular Supervisionado e o desenvolvimento das competências gerenciais: a visão de egressos, graduandos e docentes. *Escola Anna Nery*, 22(2), 1–9. Obtido de doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0298.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–37. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *EEAN*, 20(1), 198–202. Obtido de doi: 10.5935/1414-8145.20160026.
- Silva, R. S., Pereira, Á., Ribeiro, A. G., Marinho, C. M. da S., Carvalho, I. S., & Ribeiro, R. (2012). Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. *Revista enfermagem UERJ*, 20(2), 267–273. Obtido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/1552>.
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *ResearchGate*, 46–55. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/325949541_Revisoes_da_literatura_cientifica_tipos_metodos_e_aplicacoes_em_enfermagem.
- Ssensamba, J. T., Mukuru, M., Nakafeero, M., Ssenyonga, R., & Kiwanuka, S. N. (2019). Health systems readiness to provide geriatric friendly care services in Uganda: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(256), 2–13. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1272-2>.
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

- Steinmiller, J., Routasalo, P., & Suominen, T. (2015). Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 284–305. Obtido de doi: 10.1111/opn.12090.
- Taquette, S. R. (2016). Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *Atas CIAIQ 2016*, 2, 524–533. Obtido de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. Australia: The Joanna Briggs.
- Tozoni-Reis, M. F. C. (sem data). A pesquisa científica em andamento. *UNESP*, 1–19. Obtido de <https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/196/3/01d10a02.pdf>.
- Van de Pol, M. H. J., Fluit, C. R. M. G., Lagro, J., Niessen, D., Rikkert, M. G. M. O., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2015). Quality care provision for older people: an interview study with patients and primary healthcare professionals. *British Journal of General Practice*, 500–507. Obtido de doi: 10.3399/bjgp15X686065.
- Waltson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem* (1ª). Loures: Lusociência.
- WHO. (2020). Decade of Healthy Ageing (2020-2030). Obtido de <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc>.
- Williams-Roberts, H., Abonyi, S., & Kryzanowski, J. (2018). What older adults want from their health care providers. *Patient Experience Journal*, 5(3), 81–90. Obtido de <https://pxjournal.org/journal/vol5/iss3/11>.⁸

Sites:

<https://www.sns.gov.pt/>

⁸ As Referências bibliográficas seguiram as orientações da Norma *American Psychological Association*, 6th edition

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT

Exmo. Senhor

Dr. Sérgio Jorge

Sérgio Luis Roque

sergio.jorge@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

8911/CES/2019

17.10.2019

Assunto: USF Oriente Amiga das Pessoas Idosas.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 11.10.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente de Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer

Proc.111/CES/INV/2019

Título: USF Oriente Amiga das Pessoas Idosas.

Enquadramento institucional do proponente: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem; Unidade de Saúde Familiar Oriente

Investigador principal: Idalina Delfina Gomes

Orientador Pedagógico: NA

Co-Investigadores : Maria Ana Gaspar; Mariana Antunes; Janine Correia; Joao Marques Santos; Sergio Jorge e Alexandra Seara.

Integram o projeto como peritos externos convidados o professor doutor Gorjao Clara (Presidente do Nucleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna), o dr. Paulo Reis Pina (especialista em medicina interna com competencia em geriatria, medicina da dor e cuidados paliativos pela Ordem dos Medicos, a enfermeira Madalena Martins e a enfermeira Graziela Soares e a professora doutora Patricia Pontifice.

Âmbito:

Financiamento :

I.- Fundamentação do estudo:

No contexto da formação clínica e prestação de cuidados de saúde não se pode ignorar o envelhecimento da população mundial, nomeadamente em Portugal, que é o segundo país mais envelhecido da União Europeia (Sievert, Neubecker & Klingholz, 2017). Segundo os dados da PORDATA (2019) dos 10 276 617 indivíduos residentes em Portugal, 2 244 225 tem 65 ou mais anos.

Na USF Oriente estão inscritos 13 826 utentes, dos quais 28,83% tem 65 anos ou mais, o que consubstancia um índice de dependência de idosos de 50,01%. Este é o segundo 1º valor mais elevado verificado nas unidades do ACES de Lisboa Central e superior aos 34,82% registados na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Governo da República Portuguesa, 2019a).

O progressivo envelhecimento da população, associado a mudanças de estilos de vida, conduz ao aumento das necessidades em saúde, resultantes do aumento das doenças crónicas e do número de pessoas idosas com dependência (Ministério da Saúde, 2018).

Um desafio à responsabilidade individual e coletiva, envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, o que implica mudanças de comportamentos. É importante reduzir as incapacidades numa atitude de recuperação global precoce, indo ao encontro das necessidades da pessoa e família, tendo em conta a comunidade (Direção Geral da Saúde, 2004; Costa, 2017).

Por conseguinte, as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários tem necessariamente de preocupar-se em melhorar o bem-estar das pessoas idosas e famílias, provendo sistemas e ambientes de cuidados de segurança que otimizem a participação das pessoas idosas e famílias nos seus cuidados de saúde, particularmente no que diz respeito à promoção da autonomia.

Este projeto integra-se num outro com um âmbito mais abrangente, coordenado pela professora doutora Idalina Gomes da ESEL em parceria com diferentes instituições de ensino superior e contextos de saúde (hospitalar, unidades de cuidados de saúde primários (USF Conchas e USF Oriente), lar/residências), denominado "Instituições de Ensino e Saúde

Amigas das Pessoas Idosas”, que tem como finalidade promover a funcionalidade, segurança, independência, autonomia e dignidade da pessoa idosa, promovendo o cuidado de Si.

Neste modelo os cuidados são centrados na pessoa idosa e orientados por aquilo que é o seu projeto de vida, trabalhando-se em parceria com ela, ajudando-a na gestão do seu processo de saúde, contribuindo para a sua segurança, continuidade de cuidados e envelhecimento activo, isto é, promovendo o cuidado de Si (Gomes, 2016).

Neste contexto inovador são expectáveis ganhos em saúde para as pessoas idosas e família, pela promoção da funcionalidade da pessoa idosa, pelo aumento da capacidade da pessoa idosa e familiar cuidador para a autogestão da sua situação de saúde-doença e por uma utilização mais adequada dos serviços de saúde, garantindo uma alta qualidade assistencial numa melhor relação custo-benefício e ainda a redução de complicações relacionadas com a agudização da doença crónica, a diminuição do recurso ao serviço de urgência e a melhor integração de cuidados.

Com este projeto pretende-se ainda contribuir na resposta as necessidades identificadas pela equipa da USF Oriente no que respeita a elevada taxa de utilização frequente e muito frequente dos serviços de urgência pelas pessoas idosas inscritas na unidade³.

II.- Apreciação Ética

A) Beneficência

- 1.- Qual o valor social e a pertinência clínica, epidemiológica e de saúde proposta pelo estudo de investigação? Conhecimento de uma população específica
- 2.- A pergunta de investigação é suportada por uma adequada revisão do estado da arte e inclui a descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros Países? Sim
- 3.- O estudo tem condições para responder à questão de investigação? Sim
- 4.- Qual o benefício expectável desta investigação? Adequar a intervenção às necessidades dos idosos do contexto
- 5.- Qual o balanço entre danos e riscos prováveis que podem ocorrer neste estudo? favorável
- 6.- É imperativo que o estudo de investigação seja realizado em seres humanos? Sim
- 7.- A participação na investigação preenche critérios de melhor interesse para os participantes? Sim

B) Respeito pela Dignidade Humana

- 8.- Prevê-se a obtenção do consentimento informado dos participantes? Quem terá a responsabilidade pela sua obtenção? Sim
- 9.- Existe um formulário de consentimento? Sim
- 9.1.- Existe um folheto informativo com informação sobre o projeto de investigação? Sim
- 9.2.- Com uma linguagem clara e compreensível que explicita a finalidade do estudo, os seus objetivos, os potenciais benefícios, os incómodos e os riscos? Sim
- 9.3.- Informa sobre pessoa de contacto (nome e telefone)? Nome e endereço eletrónico
- 9.4.- Consentimento em duplicado? Sim
- 9.5.- Define data e assinatura do investigador responsável e do doente ou do seu representante legal? Sim

9.6.- Clarifica e especifica liberdade para decidir e para retirar consentimento sem prejuízo para os participantes nomeadamente no que respeita aos cuidados de saúde, se for o caso. Sim

9.7.- Identificação do Encarregado de Proteção de Dados da ARSLVT (nome e contacto) NA

10.- Os participantes são autónomos e competentes? Está prevista a obtenção de um representante legal? Sim

11.- Confidencialidade e privacidade de dados pessoais – prevê-se a recolha de dados de saúde sensíveis dos participantes? Não

11.1.- Está prevista a recolha de dados por cruzamento de informação disponível em diversas bases de dados? Não

11.2.- Qual a modalidade proposta pelo investigador para a anonimização e a encriptação de dados de saúde sensíveis?

11.3 – Quais os procedimentos adotados para se garantir, em permanência, a confidencialidade e a privacidade de dados pessoais sensíveis de saúde, em particular no que concerne á recolha, acesso, análise e armazenamento dos dados? Para garantir o anonimato dos dados serão retirados todos os identificadores diretos, números de identificação, nomeadamente o do processo clínico dos participantes. Os responsáveis do projeto irão gerar números aleatórios para cada processo de modo a tornar inviável o relacionamento dos dados com os titulares dos mesmos e os resultados serão apresentados por categorias/ percentagens não se relacionando com os titulares dos mesmos.

11.4.- Está prevista, justificada e explícita a duração total de armazenamento dos dados sensíveis dos doentes? Sim

11.5 – O perfil de dados de saúde sensíveis deste projeto de investigação pode considerar-se como constituindo um risco potencial de impacto na confidencialidade e privacidade dos participantes que seria recomendável pedir parecer ao Encarregado Geral de Proteção de Dados da ARSLVT? Não

C) Justiça

12.- Identifica-se alguma forma de coação dos potenciais participantes no envolvimento na investigação? Existe algum grau de dependência dos participantes tem relação ao investigador? Não

13.- Identifica-se alguma potencial forma de discriminação dos participantes neste estudo? Não

D) Não maleficência

14.- Quais os grandes riscos identificados nesta proposta de investigação? NA

15.- A investigação pode colocar os participantes face a um risco inaceitável? Não

E) Integridade

16.- O Investigador demonstra ter competências profissionais, experiência e/ ou formação em investigação? Sim

17.- A equipa de investigação tem competências profissionais e experiência ou formação em investigação?
Sim

18.- Os centros de estudo dispõem de condições materiais e humanas para o desenvolvimento da investigação? Omissa

19.- São identificados potenciais conflitos de interesse entre o investigador, a instituição e eventuais financiamentos externos? NA

20. Está formalmente prevista a publicação e/ ou divulgação do estudo? Após a implementação de cada fase do projeto serão divulgados os resultados obtidos, dando a conhecer aos participantes a pertinência do mesmo e o caminho percorrido, além de pretender ser um estímulo para outras unidades de saúde e/ou instituições.

De acordo com as práticas científicas serão publicados os resultados do projeto em revistas científicas específicas ou apresentados em reuniões científicas e em congressos nacionais e internacionais.

21.- identifica-se a quem cabe a propriedade dos dados do estudo? Existem condicionantes à publicação dos resultados do estudo pelos investigadores? Sim; não

Custos, Financiamento e Recursos Humanos

- **Físicos:** Utilização das instalações da USF Oriente
- **Monetários:** 1500€ da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem para despesas de publicação de artigos e despesas de deslocação para apresentações em conferências. Pretende-se submissão de candidatura a Programa(s) de financiamento existente(s) para cobrir outras despesas.

IV- Outros

Cronograma: O período temporal de desenvolvimento do projeto é entre Setembro de 2019 e Setembro de 2022

CV dos Investigadores: sim

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: NA

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Parecer favorável da Coordenadora da USF Oriente, Dra Maria Ana Gaspar.

Declaração do Diretor Executivo do ACES : Parecer favorável do Diretor Executivo do ACES Lisboa Central, Dr Guilherme Ferreira.

Previsão de custos financeiros para os ACES:

Compromisso de entrega de relatório final: sim

Apreciação:

Trata-se de um estudo de investigação ação pretendendo-se: Determinar as ações já realizadas na USF Oriente com foco nas pessoas idosas; Conhecer a perceção das pessoas idosas sobre os cuidados prestados na USF Oriente; Conhecer a perceção dos familiares cuidadores de pessoas idosas sobre os cuidados prestados na USF Oriente; Conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre os cuidados que são

prestados as pessoas idosas e familiares cuidadores na USF Oriente; Identificar os motivos que levam os utentes idosos da USF Oriente a utilização frequente do serviço de urgência.

Trata-se de um projecto que aparenta ter um delineamento sistemático e que procura um novo conhecimento.

Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que ainda não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento;
- 4.- é um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética.

Conclusão:

Relativamente à metodologia, os investigadores apresentam descrição clara da fundamentação, plano de identificação, recrutamento, colheita de dados e tratamento dos mesmos relativos à fase de diagnóstico de um estudo de investigação ação.

Analisado o processo entende esta comissão que o processo tem condições de aplicabilidade respeitando os princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população pelo que se emite parecer favorável à implementação da fase diagnóstica do estudo (conforme solicitado).

11de outubro 2019

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

ANEXO II

Escala Tilburg Frailty Indicator (TFI) – versão portuguesa

TILBURG FRAILTY INDICATOR (TFI)

Gobbens, van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010

Versão Portuguesa: Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, & Fernandes, 2014

Parte A: Determinantes de fragilidade

1. Qual é o seu sexo?

masculino feminino

2. Qual é a sua idade?

_____ anos

3. Qual é o seu estado civil?

casado(a)/vive com um parceiro(a)

separado(a)/divorciado(a)

solteiro(a)

viúvo(a)

4. Em que país nasceu?

5. Quantos anos de escolaridade completou?

_____ anos

6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?

250€ ou menos

501€ a 750€

1001€ a 1500€

2001€ ou mais

251€ a 500€

751€ a 1000€

1501€ a 2000€

7. Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

Saudável

nem muito nem pouco saudável

não saudável

8. Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

sim não

9. Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

- a morte de uma pessoa querida sim não

- uma doença grave em si próprio sim não

- uma doença grave numa pessoa querida sim não

- um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante sim não

- um acidente de viação sim não

- um crime sim não

10. Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

sim não

Parte B: Componentes de fragilidade

B1: Componentes físicos

11. Sente-se fisicamente saudável?

sim não

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

sim não

Tem problemas na sua vida diária devido a:

13.dificuldade em andar? sim não

14.dificuldade em manter o seu equilíbrio? sim não

15.dificuldade de audição? sim não

16.dificuldade de visão? sim não

17.falta de força nas suas mãos? sim não

18.cansaço físico? sim não

B2: Componentes psicológicos

19. Tem problemas com a sua memória? sim por vezes não

20. Tem-se sentido em baixo durante o ultimo mês? sim por vezes não

21. Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o ultimo mês? sim por vezes não

22. É capaz de lidar bem com os problemas? sim não

B3: Componentes Sociais

23. Vive sozinho? sim não

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

25. Recebe suficiente apoio de outras pessoas? sim não

Pontuação da Parte B: Componentes de fragilidade (varia: 0 – 15)

Questão 11: sim = 0, não = 1	Questão 22: sim = 0, não = 1
Questão 12 – 18: não = 0, sim = 1	Questão 23: não = 0, sim = 1
Questão 19: não e por vezes = 0, sim = 1	Questão 24: não = 0, sim e por vezes = 1
Questão 20 e 21: não = 0, sim e por vezes = 1	Questão 25: sim = 0, não = 1

Pontuação final: _____	Pontuação B2 (domínio psicológico): _____
Pontuação B1 (domínio físico): _____	Pontuação B3 (domínio social): _____

Ponto de corte: 6

ANEXO III

Autorização para a utilização do TFI – versão portuguesa



Alexandra Seara Almeida <alexandraseara51@gmail.com>

Autorização do uso da escala TILBURG FRAILTY INDICATOR (TFI) versão portuguesa

4 mensagens

Alexandra Seara Almeida <alexandraseara51@gmail.com>

11 de setembro de 2019 07:53

Para: tfc@eu.ipp.pt

Bom dia Professor Doutor Investigador Tiago Coelho,

O meu nome é Alexandra Seara Almeida sou estudante do 10º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a frequentar o terceiro semestre do curso com a realização de estágio na Unidade de Saúde Familiar Oriente. Nesta unidade proponho-me a desenvolver um projeto com o tema: "Prevenção dos utilizadores frequentes do serviço de urgência pelas pessoas idosas de uma USF: Intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de Si". Uma das atividades deste projeto é realizar entrevista a uma amostra de utentes pertencentes à respetiva unidade e que recorrem frequentemente ao Serviço de Urgência do Hospital de São José. Na pesquisa bibliográfica efetuada pareceu-me deveras pertinente empregar a escala TILBURG FRAILTY INDICATOR (TFI) versão portuguesa. Assim sendo, venho por este meio solicitar a sua autorização em aplicar a escala no meu projeto de estágio.

Antecipadamente grata.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Seara Almeida.

Tiago Coelho <tfc@eu.ipp.pt>

11 de setembro de 2019 12:16

Para: Alexandra Seara Almeida <alexandraseara51@gmail.com>

Boa tarde,
Obrigado pelo seu contacto.
Tem autorização para usar a versão PT do TFI.
Com os melhores cumprimentos,
Tiago Coelho

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--

Tiago Coelho, PhD

Professor Adjunto



POLITÉCNICO DO PORTO. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE | SCHOOL OF HEALTH

M [Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 400. 4200-072 Porto. Portugal](#)

T +351 222 061 000 F +351 222 061 001



Alexandra Seara Almeida <alexandraseara51@gmail.com>
Para: Tiago Coelho <tfc@eu.ipp.pt>

11 de setembro de 2019 23:08

Boa noite Professor Doutor Tiago Coelho

O meu muito obrigada pela pronta resposta e pela autorização da escala.

Com os melhores cumprimentos,
Alexandra Seara

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Alexandra Seara Almeida <alexandraseara51@gmail.com>
Para: Sérgio Luís Roque Jorge | USF Oriente <sergio.jorge@arslvt.min-saude.pt>

11 de setembro de 2019 23:09

[Texto das mensagens anteriores oculto]

APÊNDICES

APÊNDICE I

Objetivos gerais e específicos e atividades

		Objetivos específicos	Atividades
1º Objetivo geral	Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e/ou familiar cuidador, na prevenção da utilização frequente do SU	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre quem e quais as razões da pessoa idosa que recorre frequentemente ao SU; • Analisar o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador que recorre frequentemente ao SU; • Prestar cuidados em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador na prevenção da UFSU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão narrativa da literatura; • Realização de revisão <i>scoping</i>; • Reflexão sobre as competências de enfermeiro especialista, mestre e em prática avançada de enfermagem; • Realização de estágio; • Prestação de cuidados em contexto hospitalar e de CSP; • Consultadoria.
2º Objetivo geral	Desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção da utilização frequente do SU pela pessoa idosa de uma USF	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador na prevenção da UFSU; • Motivar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento de intervenções na pessoa idosa na prevenção da UFSU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de duas sessões de formação.
3º Objetivo geral	Colaborar no projeto de investigação USFX amiga das pessoas idosas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os motivos da UFSU pelas Pessoas idosas da USFXO 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em evento científico; • Realização de entrevistas.

APÊNDICE II

Os motivos da utilização frequente do serviço de urgência pela pessoa
idosa: Revisão *scoping*

Alexandra Seara¹, Idalina Delfina Gomes²

¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Enfermeira Generalista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; e-mail: alexandrarseara51@gmail.com

²Professora Doutora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: idgomes@esel.pt

RESUMO

Introdução: A população a nível mundial encontra-se a envelhecer. A pessoa idosa tende a ser um utilizador frequente do serviço de urgência o que traduz num aumento dos gastos do sistema de saúde, revelando-se uma problemática. O objetivo desta revisão *scoping* é analisar os motivos da utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas.

Métodos: utilizou-se como metodologia a revisão *scoping*. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost Web e B-on e nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina. A data de publicação dos artigos selecionados obedeceu ao período temporal entre 2014 e 2019. Foram utilizadas as recomendações do PRISMA para selecionar os artigos obtidos.

Resultados: as pessoas idosas tendem a recorrer ao SU devido a motivos relacionados com condições de saúde, acessibilidade, por considerarem a sua situação como urgente, devido a opiniões de profissionais de saúde, fatores individuais e perceção por parte do utente de que a sua condição exige recursos e instalações específicas.

Conclusões: os estudos revelam que a pessoa idosa é um utilizador frequente do SU, porém denota-se uma insuficiência de estudos sobre os motivos que levam a mesma a ser um utilizador frequente do SU.

ABSTRACT

Background: The world population is aging. The elderly person tends to be a frequent user of the emergency department, which translates into an increase in health system expenses, proving to be a problem. The purpose of this scoping review is to analyze the reasons for the frequent use of the emergency department by the elderly.

Methods: scoping review was used as methodology. The research was carried out on the EBSCOhost Web and B-on platform and in the MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials and MedicLatina databases. The publication date of the selected articles followed the period between 2014 and 2019. Recommendations from the PRISMA were used to search the articles.

Results: Elderly people tend to resort to the ED due to reasons related to health conditions, accessibility, because they consider their situation as emergent, due to the opinions of health professionals, individual factors and the user's perception that their condition required resources and specific facilities.

Conclusions: Studies show that the elderly person is a frequent user of the ED, but there is an insufficient number of studies related to the reasons that lead him to be a frequent user of the ED.

Palavras-chave: Pessoa idosa, Utilizador frequente, Motivos, Serviço de Urgência
Keywords: Aged, Frequent user, Reason, Emergency Department

Background

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial. Estima-se que em 2025 existirão em todo o mundo 1,2 mil milhões de pessoas idosas, sendo que as pessoas idosas com ou mais de 80 anos constituirão um grupo etário de extrema importância. O aumento da esperança média de vida é um objetivo partilhado por inúmeras sociedades. Contudo, este facto só se traduz numa conquista se for acompanhado por qualidade de vida. Neste sentido, as políticas devem incidir num envelhecimento ativo e saudável. Porém, constata-se que o envelhecimento populacional tem levado ao aumento da incidência e prevalência de doenças, assim como ao aumento dos índices de óbitos causados pelas doenças crónicas não transmissíveis (Barreto, Carreira, & Marcon, 2015).

Desta forma, a população idosa é um dos grupos etários que mais recorre ao serviço de urgência (SU) o que faz alterar a capacidade e os cuidados no mesmo, visto que a pessoa idosa apresenta um maior tempo de permanência no SU, uma maior taxa de internamento hospitalar, um maior risco de declínio funcional e morte após uma visita ao SU comparativamente com as pessoas de faixas etárias mais jovens. Além do mais, cerca de um terço a metade dos utentes idosos recorrerá novamente ao SU no prazo de 90 dias (Hendin, Eagles, Myers, & Stiell, 2018). Quando a pessoa idosa se torna num utilizador frequente do SU⁹ esta necessita de cuidados mais direcionados, de modo a satisfazer as suas necessidades, revelando-se num utilizador que requer mais gastos ao nível da saúde (Norman, Mello, & Choi, 2016).

Além disso, constata-se que muitos desses episódios são de utilização inadequada do SU uma vez que, levam a um excessivo uso dos meios complementares de diagnósticos e tratamento, à superlotação do SU e, conseqüentemente, ao aumento do tempo de espera. Tudo isto traduz-se novamente, num aumento dos custos com a saúde, revelando-se num fardo para o sistema de saúde (Kraaijvanger, Leeuwen, Rijpsma, & Edwards, 2016).

Partindo destes pressupostos, e considerando os poucos estudos existentes não só a nível de Portugal, mas também a nível mundial em torno desta temática, considerou-se pertinente a realização de uma revisão *scoping*, seguindo a orientação dos princípios preconizados pela *Scoping Review* do The Joanna Briggs Institute (2015). O objetivo desta revisão incide em determinar quais os motivos da utilização

⁹ existem várias definições para utilizador frequente do serviço de urgência, sendo a mais consensual a do utente que recorre ao SU um mínimo de quatro vezes, num período temporal de um ano (Norman, Mello, & Choi, 2016).

frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas. A questão de investigação foi elaborada tendo como base a mnemónica PCC, sendo que: População (P), Conceito (C) e Contexto (C). Deste modo, surgiu a seguinte questão: quais os motivos (C) que levam as pessoas idosas a recorrer frequentemente (P) ao serviço de urgência (C)?

1. Objetivo

Esta revisão *scoping* tem como objetivo analisar e mapear a literatura existente sobre os motivos da utilização frequente do serviço de urgência pela pessoa idosa.

2. Critérios de inclusão

Tipo de participantes

A revisão *scoping* incluiu pessoas idosas, portanto pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade que sejam utilizadores frequentes do serviço de urgência.

Conceito

O conceito da presente revisão incidiu sobre quais os motivos da utilização do serviço de urgência, por parte destes utilizadores.

Contexto

A atual revisão cingiu-se ao serviço de urgência.

Tipo de estudos

Foram contemplados todos os tipos de estudo: primários, qualitativos, quantitativos, meta-análises e revisões da literatura. Deste modo, os estudos selecionados respeitaram os critérios de inclusão acima descritos. Pretendia-se, portanto, que: abordassem no título ou resumo, a problemática da utilização frequente do serviço de urgência; fossem estudos originais ou estudos de caso; estivessem publicados eletronicamente na íntegra; se encontrassem escritos nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e no limite temporal de cinco anos, entre dezembro de 2014 a dezembro de 2019. Excluíram-se editoriais, cartas, teses, dissertações, monografias e livros.

Quadro 1. Critérios de inclusão

População	Todos os artigos que incluíram pessoas idosas, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade e que sejam utilizadores frequentes do serviço de urgência
Conceito	Todos os artigos que abordaram quais os motivos da utilização do serviço de urgência
Contexto	Todos os estudos que se cingiram ao serviço de urgência
Tipos de estudo	Todos os estudos primários, qualitativos, quantitativos, meta-análises e revisões da literatura
Língua	Artigos escritos nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola
Data de publicação	Limite temporal de cinco anos, entre dezembro de 2014 a dezembro de 2019

3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa incide nas 3 etapas definidas pelo The Joanna Briggs Institute (2015). A primeira etapa consistiu numa pesquisa inicial não estruturada nas bases de dados eletrónicas, Google Académico e na plataforma EBSCOhost Web. A leitura do título e resumo dos artigos selecionados possibilitou a identificação das palavras-chave. A pesquisa ocorreu a 11 de abril de 2020. Seguidamente procedeu-se à segunda etapa onde se realizou nova pesquisa para identificar os descritores. Estes foram extraídos de DECS (Descriptors in Health Sciences), do Portal da VHL (Virtual Health Library) e da MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. Os artigos resultaram da pesquisa realizada no motor de busca EBSCOhost Web, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina e no motor de busca B-on, recorrendo aos operadores booleanos “or” e “and”. Posteriormente procedeu-se à análise dos artigos selecionados recorrendo à checklist do Statement for Reporting Systematic Review and Meta-Analyses of Studies – PRISMA (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015).

Quadro 2. Palavras-chave

Palavras-chave	Português	Inglês
	Pessoa idosa;	Aged
	Utilizadores frequentes	Frequent user
	Motivos; Razões	Motives; Reason; Self-referral
Serviço de urgência	Emergency Department Emergency Service	

Seguidamente é apresentada o Quadro 3 que resume a estratégia de pesquisa.

Quadro 3. Estratégia de pesquisa

Motor de busca: EBSCOhost Web	Base de dados	MEDLINE Complete
	Frase booleana	[(“Elderly”) OR (MM “Aged”) OR (MH “Aged 80 and over) OR (“Frequent user”)] AND [(“Reason”) OR (“Self-referral”) OR (MH “Motivation”)] AND [(“Emergency Department”) OR (MH “Emergency Service,Hospital”) OR (MH “Emergency Medical Services”)]
	Filtros ativados	Limitadores: Texto integral; Período temporal: entre dezembro de 2014 e dezembro de 2019; Idade: ≥ 65 anos Modo de pesquisa: frase booleana
	Base de dados	CINAHL Complete
	Frase booleana	[(“Elderly”) OR (MM “Aged”) OR (MH “Aged 80 and over) OR (“Frequent user”)] AND [(“Reason”) OR (“Self-referral”) OR (MH “Motivation”) OR (MH “Self-Talk”)] AND [(“Emergency Department”) OR (MH “Emergency Service”)]
	Filtros ativados	Limitadores: Texto integral; Período temporal: entre dezembro de 2014 e dezembro de 2019; Idade: ≥ 65 anos Modo de pesquisa: frase booleana
	Base de dados	Cochrane Central Register of Controlled Trials
Frase booleana	[(“Elderly”) OR (MH “Aged”) OR (“Aged 80 and over”) OR (“Frequent user”)] AND [(“Reason”) OR (“Self-referral”) OR (MH “Motivation”) OR (“Self-Talk”)] AND [(“Emergency Department”) OR (MH “Emergency Service, Hospital”) OR (MH “Emergency Medical Services”) OR (“Emergency Service”)]	
Filtros ativados	Período temporal: entre dezembro de 2014 e dezembro de 2019; Modo de pesquisa: frase booleana	
Base de dados	MedicLatina	
Frase booleana	[(“Elderly”) OR (MH “Aged”) OR (MH “Aged 80 and over”) OR (Frequent user)] AND [(“Reason”) OR (MH “Motivation”) OR (MH “Self-Talk”)] AND [(“Emergency Department”) OR (MH “Emergency Service,Hospital”) OR (MH “Emergency Medical Services”) OR (MH “Emergency Service”)]	
Filtros ativados	Período temporal: entre dezembro de 2014 e dezembro de 2019; Modo de pesquisa: frase booleana	
Motor de busca: B-on	Frase booleana	[(TI elderly people) OR (TI Aged) OR (TI aged, 80 and over) OR (TI Frequent users)] AND [(TI reasons) OR (TI causes) OR (TI factos) OR (TI motives) OR (TI motivations)] AND [(TI emergency service, hospital) OR (TI emergency department) OR (TI emergency room)]
	Filtros ativados	Limitadores: Texto integral; Período temporal: entre dezembro de 2014 e dezembro de 2019; Modo de pesquisa: frase booleana

Por último a terceira etapa consistiu na análise dos artigos extraídos da segunda etapa. Para tal foram construídas os Quadros 4 e 5. Seguidamente, procedeu-se ainda à leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de identificar outros estudos igualmente relevantes, que pudessem ser incluídos na respetiva revisão *scoping*.

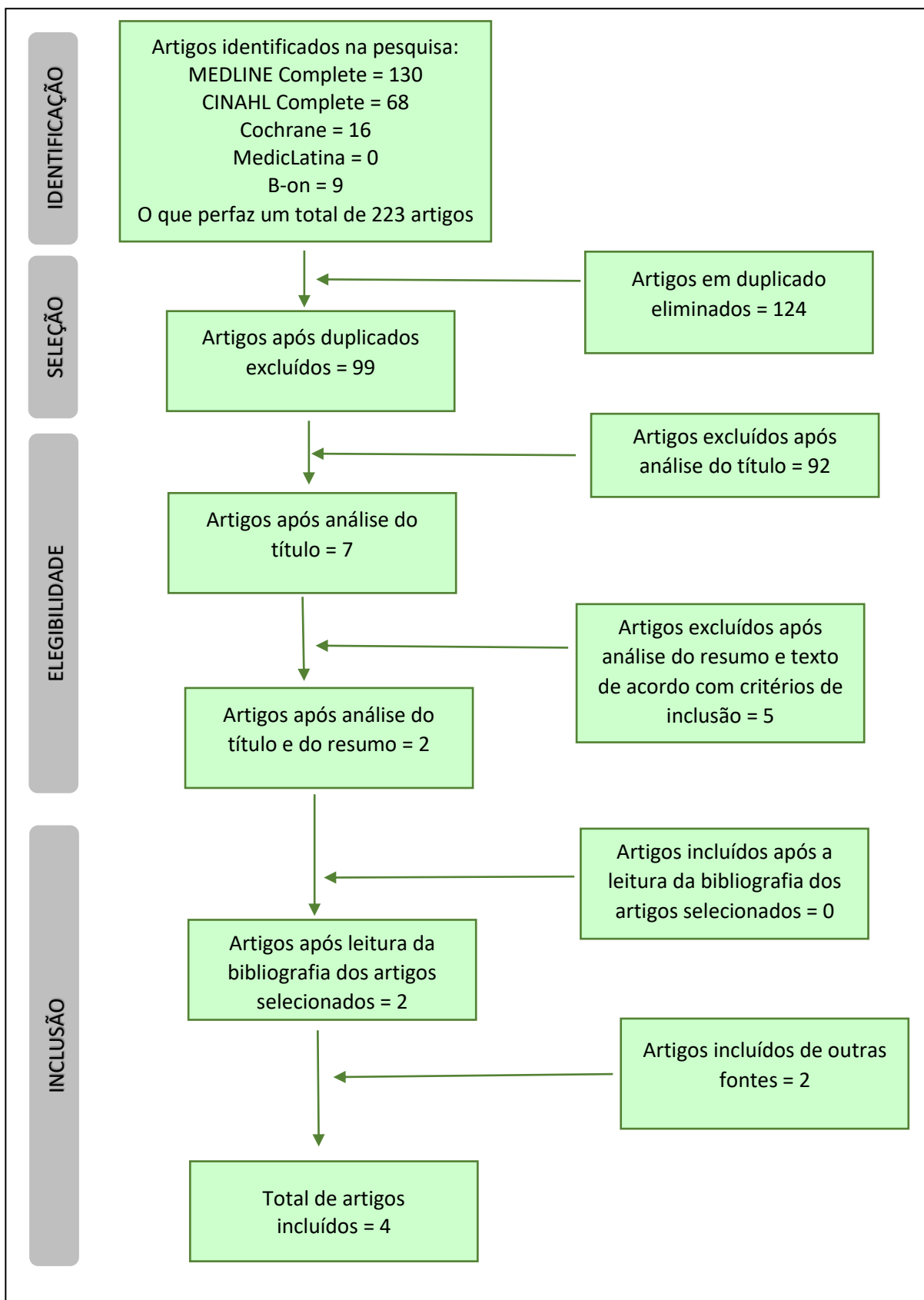
4. Metodologia

A metodologia utilizada foi a revisão *scoping*. Esse tipo de revisão fornece uma avaliação preliminar do tamanho potencial e a extensão da literatura de investigação disponível. Tem como objetivo identificar a natureza e extensão das evidências de pesquisa (Grant & Booth, 2009). Esta revisão resulta da análise de artigos a partir da questão(ões) de investigação, à semelhança da revisão sistemática, uma vez que tenta ser metódica, transparente e replicável. Pode ser usada para mapear os principais conceitos subjacentes à temática e para esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais. É útil para examinar evidências quando ainda existem dúvidas acerca da temática, fornecendo orientação para revisão ou revisões sistemáticas. Pode igualmente ajudar os investigadores a identificar e a definir perguntas, critérios de inclusão, assim como intervenções, comparações e resultados de interesse (The Joanna Briggs Institute, 2015).

5. Resultados

Da pesquisa efetuada nas bases de dados resultaram um total de 223 artigos. Seguidamente procedeu-se à análise dos mesmos tendo como base o PRISMA que é exemplificado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



O quadro seguinte resume os principais resultados de cada um dos artigos obtidos a partir da revisão *scoping*.

Quadro 4. Instrumento de extração de dados mais relevantes para a revisão

Artigo n.º 1	
Título: “ED utilization and self-reported symptoms in community-dwelling older adults”	
Autores	Gordana Dermody, Patricia Sawyer, Richard Kennedy, Courtney Williams, Cynthia J. Brown
Revista	Journal Emergency Nursing
Ano de publicação	2017
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo/finalidade	O objetivo deste estudo foi descrever os sintomas relatados pelas pessoas idosas da comunidade que recorreram ao SU e comparar com os sintomas das pessoas idosas da comunidade que não utilizaram o SU.
População do estudo e tamanho da amostra	403 pessoas idosas da comunidade
Metodologia/métodos	Este estudo é uma análise secundária aos dados dos participantes do Estudo de Envelhecimento da Universidade do Alabama (UAB). O atual estudo (Estudo de Envelhecimento da UAB II) baseou-se nos dados dos dois estudos anteriores: o Estudo de Envelhecimento da UAB I (1999-2008) e o Estado de Alabama: Pesquisa a Longo Prazo de Avaliação de Necessidades (2002). Foram realizadas entrevistas através de contato telefónico por pessoas treinadas recorrendo a um guião de entrevistas.
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Duração da intervenção: junho de 2010 a Agosto de 2011.
Artigo n.º 2	
Título: “Predictors of frequent emergency department visits among rural older adults in Ontario using the Resident Assessment Instrument-Home Care”	
Autores	Eva Neufeld, Katelynn A. Viau, John P. Hirdes, Wayne Warry
Revista	Australian Journal of Rural Health
Ano de publicação	2016
País de origem	Canadá

Objetivo/finalidade	Investigar o uso frequente do SU pelas pessoas idosas do meio rural em Ontário (Canadá) e identificar os motivos que podem ser atribuídos à utilização frequente do SU.
População do estudo e tamanho da amostra	12 118 pessoas idosas do meio rural em Otário (Canadá)
Metodologia/métodos	Estudo com desenho transversal do hospital de Ontário através de dados administrativos referentes à assistência domiciliar rural. Os dados comparam os utilizadores frequentes do SU (ou seja, > 4 visitas/ano) com os utilizadores regulares (ou seja, 1-3 visitas/ano) e sem uso do SU. Foi realizada uma análise de regressão logística múltipla usando variáveis independentes de avaliações de saúde em atendimento domiciliar.
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Duração da intervenção: durante um período entre setembro de 2008 a agosto de 2010.

Artigo n.º 3

Título: “Emergency department visits in older people: pattern of use, contributing factors, geographical differences and outcomes”

Autores	Carlotta Franchi, Massimo Cartabia, Paola Santalucia, Marta Baviera, Pier Mannuccio Mannucci, Ida Fortino, Angela Bortolotti, Luca Merlino, Valter Monzani, Antonio Clavenna, Maria Carla Roncaglioni, Alessandro Nobili
Revista	Aging Clinical and Experimental Research
Ano de publicação	2017
País de origem	Itália
Objetivo/finalidade	Avaliar o padrão e os fatores que contribuem para as visitas do SU, assim como a distribuição geográfica das pessoas com idades de 65 anos ou mais, que vivem na região italiana da Lombardia em 2012.
População do estudo e tamanho da amostra	1 949 020 utentes idosos que vivem na região da Lombardia
Metodologia/métodos	Foi realizado um estudo da população, com base num banco de dados administrativo. Utilizou-se a regressão logística do modelo multinomial, de modo a comparar as características entre cada grupo. A estatística G de Getis-Ord foi usada para avaliar os agrupamentos de altas e baixas taxas de prevalência de visitas a nível distrital. Para estimar a gravidade da doença que leva ao SU, as visitas foram estratificadas com base no nível de urgência e resultado.

	Este estudo faz parte de uma colaboração farmacoepidemiológica sobre pessoas idosas que vivem em Lombardia, o EPIFARM - Projeto para Idosos (Progetto EPIdemiologia del FARMaco nell'Anziano).
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	O teste de tendência de Cochran-Armitage foi empregado para avaliar a relação entre as variáveis e o número crescente de visitas ao SU. A carga de trabalho do clínico geral foi avaliada por meio de duas variáveis: o número total de responsáveis e a percentagem de utentes idosos. Ambas as variáveis foram categorizadas na base dos quartis da sua distribuição. Um modelo multinominal de regressão logística com seleção gradual e nível de significância $\alpha = 0,05$ foi realizado para comparar as características de cada grupo versus grupo 0 para avaliar as variáveis associadas à utilização do SU. Os dados foram analisados usando o SAS 9.2. Duração da intervenção: entre 1 de janeiro a 31 de dezembro 2012
Artigo n.º 4	
Título: "Older people in the emergency department: a literature review"	
Autores	Jekaterina Steinmiller, Pirkko Routasalo, Tarja Suominen
Revista	International Journal of Older People Nursing
Ano de publicação	2015
País de origem	Finlândia
Objetivo/finalidade	Analisar estudos sobre utentes idosos que recorreram ao SU incidindo sobre quais as razões da visita ao SU, que fatores afetam o processo de alta e quais os fatores associados ao regresso (repetitivo) ao SU.
População do estudo e tamanho da amostra	Pessoas idosas
Metodologia/métodos	A revisão da literatura recorreu a análise de conteúdo. Foi realizada uma busca abrangente em duas bases de dados eletrónicas.
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Foi realizada uma busca alargada nas bases de dados eletrónicas. Os critérios de inclusão foram: pesquisa original escrita em inglês; publicado 2002–2012; sobre pessoas idosas; razões para a visita ao SU; fatores que afetam o processo de alta e os que estão associados ao regresso (repetitivo) ao SU. Posteriormente foi realizada uma análise de conteúdo. Foram obtidos 25 estudos, que foram identificados e avaliados criteriosamente.

Para a apresentação dos resultados foi criada o Quadro 5 que discrimina os motivos da utilização frequente do serviço de urgência indo ao encontro dos objetivos e da questão de investigação.

Quadro 5. Instrumento para apresentação de resultados

	Artigo n.º 1	Artigo n.º 2	Artigo n.º 3	Artigo n.º 4	
Motivos da utilização frequente do SU	Condições de saúde	Presença de dor, sensação de cansaço e falta de ar. Seguidamente deveu-se a dificuldades em realizar as AVD's, problemas com o equilíbrio (podendo levar a episódios de queda e lesões).	Insuficiência cardíaca congestiva, Gastroenterite, Colite e Anemia. O utente recorre ao SU mas em menor probabilidade por: falta de cuidador, diagnóstico de doença crónica, comprometimento nas AVD's, determinados diagnósticos neurológicos e dor.		Quedas, doenças cardiovasculares, saúde mental, doença músculo-esquelética, condições do foro abdominal, reações adversas a medicamentos, condições dermatológicas, neurológicas e respiratórias, estado de saúde precário e acidentes.
	Acessibilidade			Quando o SU se encontra a uma distância de 10Km do local de residência do utente, este apresenta maior probabilidade em recorrer ao SU.	
	Utente considera a sua situação como urgente		Autoavaliação de uma má condição de saúde.	O utente avalia erradamente a sua situação como urgente (76% dos episódios foram triados de cor branca).	Autoavaliação errada de uma má condição de saúde. Situações que apresentavam baixo risco de morte.
	Opinião dos profissionais de saúde				Sugestão da enfermeira.

	Fatores individuais			Os utentes recorreram mais durante o mês de agosto e a segunda-feira foi o dia da semana com maior número de admissões, sendo o período temporal entre as 8 e as 14 horas.	Recorrem ao SU em determinados horários do dia, dias da semana ou estações do ano (utilizam mais o SU durante o inverno). Por causa de várias condições de saúde, que podem tornar-se muito difíceis de serem geridas em casa pelos cuidadores.
	Perceção do utente sobre os cuidados que necessita			Os utentes idosos confiam nos profissionais do SU para responder prontamente às suas necessidades médicas, em termos de intervenções diagnósticas e terapêuticas e consultas especializadas, mesmo para condições que poderiam ser resolvidas nos serviços ambulatoriais.	

6. Discussão

A análise realizada incidiu sobre quatro artigos, que estão explanados no Quadro 5. Após a leitura dos quatro artigos conclui-se que os mesmos foram realizados nos Estados Unidos da América, Canadá, Itália e Finlândia.

A partir da análise dos artigos verifica-se que o principal motivo que leva a pessoa idosa a recorrer ao SU está relacionado com a condição de saúde. Como se pode verificar pelo que foi referido nos artigos n.º 1, n.º 2 e n.º 4. O estudo do artigo n.º 1 focou apenas este motivo, porém salienta que eventualmente não será o único motivo pelo qual a pessoa idosa recorre ao SU, podendo existir outros motivos. Verificaram também que não foi encontrada uma distinção significativa entre as pessoas idosas residentes no meio rural comparativamente com as pessoas idosas residentes no meio urbano. Relativamente aos artigos n.º 2 e 4, estes referem igualmente, motivos relacionados com a condição física, mas focam-se maioritariamente ao nível de diagnósticos.

Seguidamente o segundo motivo pelo qual a pessoa idosa recorre ao SU é devido a uma inadequada avaliação da sua situação clínica, uma vez que auto avaliam a sua condição de saúde como urgente sem o ser, como se pode constatar no que é referido nos artigos n.º 2, 3 e 4.

Em relação ao artigo n.º 2, os investigadores deste artigo concluíram que os principais fatores determinantes da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas de meio rural incide em diversos critérios e características clínicos e de igual modo em fatores sociodemográficos.

O mesmo acontece no artigo n.º 3, em que os autores concluíram que as pessoas idosas avaliam erradamente a sua situação clínica como sendo urgente, 76% das visitas dos utilizadores frequentes deveu-se a situações não urgentes (episódios triados por cor branca). Concluíram igualmente que o mês de agosto, foi o mês que mais recorreram. E a segunda-feira foi o dia da semana com maior número de admissões, sendo o período temporal entre as 8 e as 14 horas. Verificaram também, que os utentes confiam nas capacidades dos profissionais do SU para responder prontamente às suas necessidades clínicas, em termos de intervenções, diagnósticos, terapêutica e consultas especializadas, mesmo para as condições que poderiam ser atendidas nos serviços ambulatoriais. Outro dado interessante é que a pessoa idosa

tende a recorrer mais ao SU quando este se encontra a uma distância de até 10 km do seu local de residência.

Por último no artigo n.º 4 os autores concluíram que os fatores associados à utilização frequente do SU foram também devido a fatores sociodemográficos, problemas sociais, condições clínicas, necessidade de avaliação sistemática da saúde, uso de serviços de saúde e inadequação dos cuidados prestados. Alguns utentes recorreram ao SU porque foram referenciadas por sugestão da enfermeira, especialmente em pessoas idosas mais velhas, uma vez que esta considerou que os mesmos necessitavam de outra avaliação do seu estado de saúde. À semelhança do artigo n.º 3 os autores deste artigo também referem que as pessoas idosas recorrem ao SU em determinados horários do dia, dias da semana ou estações do ano, prendendo-se por questões relacionadas com as suas necessidades (reportam que o inverno foi a estação do ano em que a pessoa idosa recorreu mais ao SU). Por último, constaram que os utentes recorreram por causa de várias condições de saúde, que podem tornar-se muito difíceis de serem geridas em casa pelos cuidadores.

7. Conclusões

Após a análise dos artigos selecionados constatou-se que existe uma lacuna sobre os motivos que levam a pessoa idosa a recorrer frequentemente ao SU. Denotou-se que existe uma maior preocupação em saber quem são as pessoas idosas; portanto em caracterizar esta população. Durante a pesquisa não foi encontrado um único estudo que aborde o porquê da escolha da pessoa idosa recorrer ao SU em vez de outros serviços da comunidade (tais como Saúde 24, consulta aberta, entre outros), que poderão igualmente dar resposta.

Algumas soluções que os autores dos vários artigos deram passam pelos CSP e/ou SU. Em relação ao SU estes deveriam apresentar enfermeiros especializados em geriatria e as instalações deveriam ser mais direcionadas para a pessoa idosa.

Outros autores sugeriram que é necessário esclarecer melhor a pessoa idosa que mora sozinha sobre os cuidados a ter após a alta do SU, uma vez que, nem sempre compreende as medidas/cuidados a tomar. O enfermeiro deve ser mais explícito e demorar mais tempo na explicação. No fim deve certificar-se de que a pessoa idosa compreendeu na íntegra o que foi explicado e a que serviço se deve

dirigir perante os sintomas. Os autores salientam que é um desafio especialmente difícil para as pessoas idosas de outras culturas.

Tendo em consideração, a diferença entre os sistemas de saúde dos diferentes países, existe uma necessidade comum a nível mundial de uma abordagem específica em cuidar da pessoa idosa que visita frequentemente o SU, ressaltando a importância da articulação entre os serviços.

8. Implicações para a pesquisa

Ao longo da leitura dos artigos selecionados denotou-se a importância em descrever como e quem são os utilizadores do SU. Deste modo, sugere-se nova revisão *scoping* sobre caracterizar a pessoa idosa que recorre ao SU, no sentido de melhor compreender a problemática da utilização frequente do SU, de forma a dirigir os cuidados e as políticas de saúde para satisfazer eficazmente as necessidades e potencialidades da pessoa idosa.

Gostaríamos de ressaltar que devido à heterogeneidade de países incluídos nos artigos é necessário ter consciência que existem diferenças a nível dos cuidados e políticas de saúde, financiamento e cultura entre cada país, além de que nem todos os países apresentam SU geriátricos ou enfermeiros com especialidade em geriatria.

Uma vez que os estudos que incidem sobre quais os motivos da utilização frequente do SU pelas pessoas idosas são escassos propõe-se a realização de um estudo de investigação nesta área.

9. Implicações para a prática

Tendo presente os motivos pelos quais a pessoa idosa recorre frequentemente ao SU poder-se-ão adequar os cuidados e as políticas de saúde de modo a satisfazer as necessidades e potencialidades da mesma e ao seu familiar cuidador.

Conflito de interesse

Declara-se que não existiu quaisquer conflitos de interesse por parte dos autores desta revisão da literatura.

Referências bibliográficas

- Barreto, M. S., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 325–339. Obtido de <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092/18731>.
- Dermody, G., Sawyer, P., Kennedy, R., Williams, C., & Brown, C. J. (2017). ED utilization and self-reported symptoms in community-dwelling older adults. *Journal of Emergency Nursing*, 43(1), 57–69. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.10.001>.
- Franchi, C., Cartabia, M., Santalucia, P., Baviera, M., Mannucci, P. M., Fortino, I., ... Nobili, A. (2017). Emergency department visits in older people: pattern of use, contributing factors, geographical differences and outcomes. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29, 319–326. Obtido de [doi:10.1007/s40520-016-0550-5](https://doi.org/10.1007/s40520-016-0550-5).
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epiemiol. Serv. Saude*, 24(2), 335–342. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Journal compilation*, 26, 91–108. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>.
- Hendin, A., Eagles, D., Myers, V., & Stiell, I. G. (2018). Characteristics and outcomes of older emergency department patients assigned a low acuity triage score. *CJEM-JCMU*, 20(5), 762–769. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29502553>.
- Kraaijvanger, N., Leeuwen, H. van, Rijpsma, D., & Edwards, M. (2016). Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature.

BMC Health Services Research, 16(685), 1–19. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148909/pdf/12913_2016_Article_1935.pdf.

Neufeld, E., Viau, K. A., Hirdes, J. P., & Warry, W. (2016). Predictors of frequent emergency department visits among rural older adults in Ontario using the Resident Assessment Instrument-Home Care. *Australian Journal of Rural Health*, 24, 115–122. Obtido de doi: 10.1111/ajr.12213.

Norman, C., Mello, M., & Choi, B. (2016). Identifying frequent users of an urban Emergency Medical Service using descriptive statistics and regression analyses. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(1), 39–45. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729417/pdf/wjem-17-39.pdf>.

Steinmiller, J., Routasalo, P., & Suominen, T. (2015). Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 284–305. Obtido de doi: 10.1111/opn.12090.

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. Australia: The Joanna Briggs.

APÊNDICE III
Análise SWOT

Análise SWOT

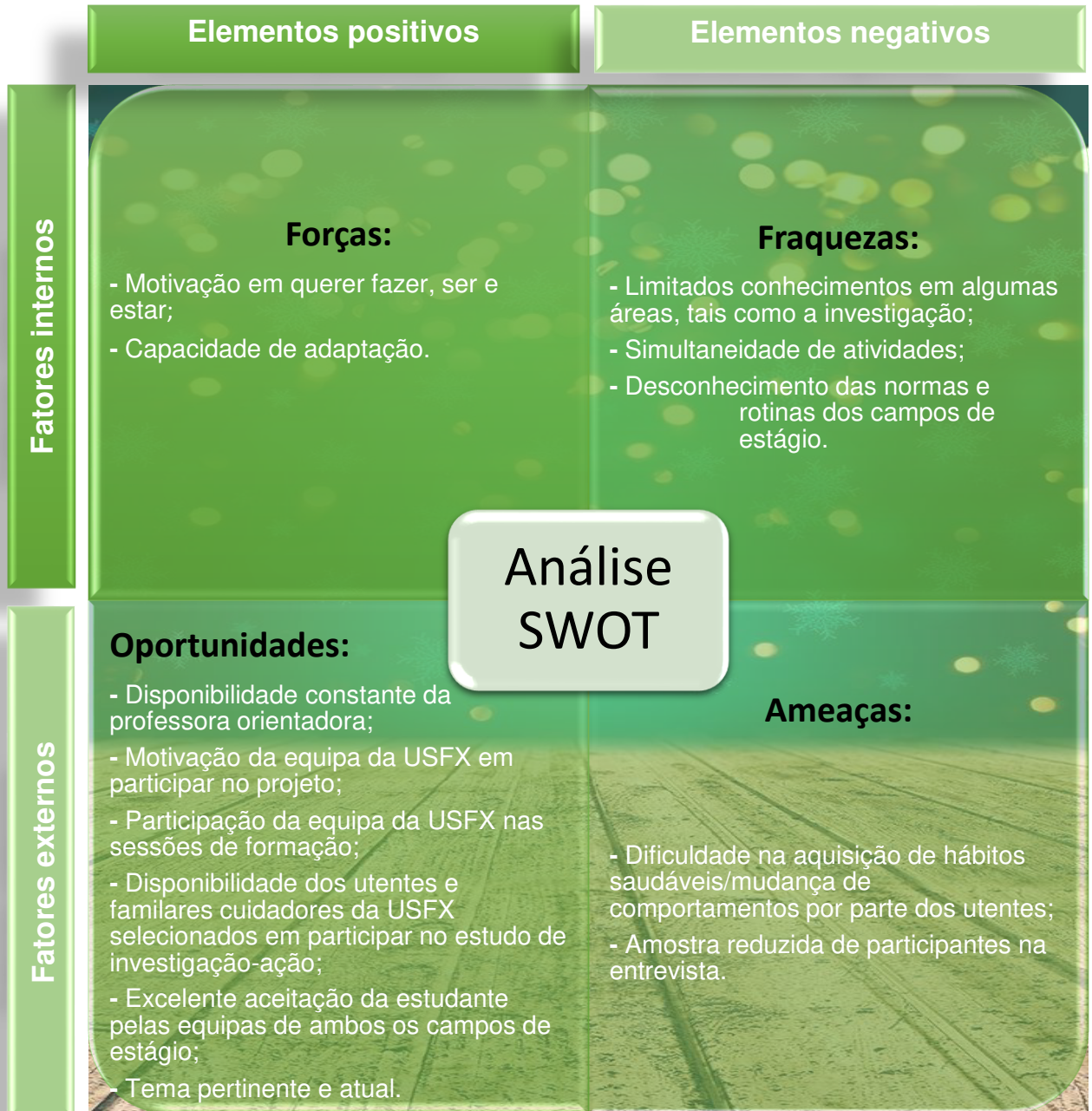
A análise SWOT é um método/ferramenta facilitador na organização dum plano estratégico, de modo a melhorar a eficácia no desempenho. Permite a criação de estratégias que possibilitam o contorno de dificuldades ao longo do trabalho. O termo SWOT é uma sigla derivado da língua inglesa que significa: **S**trengths (forças), **W**eaknesses (fraquezas), **O**portunities (oportunidades) e **T**hreats (ameaças). Deste modo, consiste na identificação das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças. Sendo que, força/oportunidade é algo positivo, e fraqueza/ameaça é algo negativo. As forças/fraquezas estão relacionadas com o ambiente interno; portanto são de ordem pessoal (como por exemplo: atitudes e comportamentos) as oportunidades/ameaças resultam do ambiente externo; isto é, são aspetos de ordem organizacional, estrutural e institucional (Mendes et al., 2016; Barbosa et al., 2017). Por outras palavras pretende-se maximizar “(...) os pontos fortes com uma visão clara e objetiva sobre quais são suas forças e fraquezas no ambiente interno e suas oportunidades e ameaças no ambiente externo” (Mendes et al., 2016, p. 1238).

Primeiramente a análise SWOT surgiu como modelo de avaliação da posição de uma organização ou empresa face ao mercado (Santos & Damian, 2018). Porém, ao longo do tempo os autores foram-se apercebendo da aplicabilidade e versatilidade da análise e atualmente é utilizada em variados campos, nomeadamente na: gestão, saúde, pesquisa e investigação (como por exemplo na: elaboração de relatórios, trabalhos de investigação) (Mendes et al., 2016; Barbosa et al., 2017).

Mendes et al. (2016) ressaltam a importância da análise SWOT como estratégia para uma melhor prática de gestão na saúde e que deve fazer parte do processo de formação de todos os enfermeiros, “para que os mesmos compreendam na teoria e vislumbrem e vivenciem na prática as possibilidades de articulação entre gerência e cuidado na prática profissional do enfermeiro” (p. 1238).

Depois de elaborada a análise SWOT dever-se-á dirigir esforços no sentido em superar as dificuldades sinalizadas maximizando o desempenho. Simultaneamente os objetivos e metas serão definidos com maior rigor, possibilitando adequar e orientar o desempenho para que se atinja um nível mais elevado de sucesso.

Quadro 1. Análise SWOT



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, N. C. T., Cordeiro, B. C., Abrahão, A. L., Xavier, M. L., Carvalho, R. S., Silva, R. O. C., & Vieira, M. F. (2017). Educação em saúde: o uso da matriz SWOT para análise de projetos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(11), 4298–4304. Obtido de doi: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201704.
- Mendes, V. R., Santos, E. M., Santos, I. C. J., Silva, I. R., Silva5, L. S., & Silva, C. S. O. (2016). Matriz Swot como ferramenta estratégica no gerenciamento da assistência de enfermagem: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7(3), 1236–1243. Obtido de <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3643>.
- Santos, B. R. P., & Damian, I. P. M. (2018). O mapeamento do conhecimento por meio da análise SWOT: estudo em uma organização pública de saúde. *Em Questão*, 24(3), 253–274. Obtido de doi: <http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245243.253-274>.

APÊNDICE IV
Guião do processo de parceria

GUIÃO DO PROCESSO DE PARCERIA

Guião do processo de parceria na pessoa idosa (PI) e seu familiar cuidador (FC) como utilizador frequente do serviço de urgência (SU) da USFX:

A Promoção do *Cuidado de Si* em cinco fases

PRIMEIRA FASE:

REVELAR-SE		
“caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e da enfermeira) como ser de projeto e de cuidados” (Gomes, 2016, p.231)		
DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA E FAMILIAR CUIDADOR	PI	FC*
Cumprimentar a pessoa.	X	X
Apresentar-se (nome, desempenho profissional atual).	X	X
Explicar o intuito da conversação (objetivo da avaliação para obter consentimento):		
<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade de cuidados específicos à PI; • Quem é o FC de referência. 	X	X
Promover a afetividade (demonstrar simpatia/empatia).	X	X
Promover um ambiente relacional propício à interação (mostrar disponibilidade e respeito pela pessoa).	X	X
Promover a escuta ativa (capacidade de compreensão e avaliação da situação).	X	X
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA (QUEM É?)	PI	FC*
Nome	X	X
Nome pelo qual gosta de ser tratado	X	X
Sexo	X	X
Biótipo (ectomorfo, mesomorfo, endomorfo)	X	X
Idade	X	X
Nacionalidade/naturalidade	X	X
Escolaridade	X	X
Contacto telefónico/eletrónico	X	X

Atividade profissional (atual e/ou anterior)	X	X
Estado civil	X	X
Religião e espiritualidade	X	X
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA (O QUE É A PESSOA?)	PI	FC*
Agregado familiar (com quem vive)	X	X
Pessoa de referência e/ou FC (nome, parentesco, contato telefónico).	X	X
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio).	X	X
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é própria ou alugada).	X	X
Situação económica (existem dificuldades, se sim, de que tipo).	X	X
Rede de apoio (médico família, apoio social, centro dia, familiar cuidador).	X	X
Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si).	X	X
Hábitos de vida/comportamentos aditivos (tabaco, álcool, jogo).	X	X
Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivencia a situação atual.	X	X
CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	PI	FC*
Referenciação/Origem (Instituição/ Especialidade/ Nome do médico)	X	X
Diagnóstico primário (se existente)	X	X
Tem conhecimento do seu diagnóstico? (compreende e aceita?)	X	X
Tem conhecimento do seu prognóstico? (compreende e aceita?)	X	X
Antecedentes pessoais	X	X
Alergias	X	X
Medicação domiciliária	X	X
Uso de terapêutica não farmacológica/ terapias alternativas?	X	X
Responsabilidade da gestão terapêutica (cumpre regime autonomamente?)	X	X
CONHECER O PERCURSO DO UTENTE DA USFX COMO UTILIZA FREQUENTE DO SU	PI	FC*
Identificar quantas vezes foi no último ano a PI ao SU.	X	X
Descobrir os motivos que fez recorrer a PI ao SU.	X	X
Quais as razões que o faz recorrer a PI ao SU.	X	X
Saber se a PI conhece outros serviços de urgência.	X	X
CONHECER O FAMILIAR CUIDADOR	FC*	
Antecedentes pessoais (com relevância/limitações no cuidar do outro)		
Limitações que comprometam o apoio à PI.		
A PI tem conhecimento das suas limitações/ dificuldades (compreende, aceita e apoia?).		

Contexto de vida (laboral, social, familiar).	
Vive com a PI?	
CONHECER O PERCURSO DO FC NO ACOMPANHAMENTO DA PI	FC*
Tem conhecimento do diagnóstico da PI? (compreende e aceita?)	
Tem conhecimento do prognóstico da PI? (Compreende e aceita?)	
Há quanto tempo acompanha/cuida da PI?	
É apenas o FC o único a acompanhar a PI ao SU?	
Que implicações para a sua vida o fato da PI ser um utilizador frequente do SU?	
Quais as dificuldades/necessidades que tem face aos cuidados à PI?	

SEGUNDA FASE:

ENVOLVER-SE	
“caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança, que vai para além do revelar-se” (Gomes, 2016, p. 232).	
Conhecer a SINGULARIDADE NA PESSOA IDOSA	PI
<u>Estado Mental:</u> <ul style="list-style-type: none"> consciência/orientação: aplicação do Mini Exame do Estado Mental- MEEM. 	Pontuação:
<u>Estado funcional:</u> <ul style="list-style-type: none"> Marcha: Escala de Holden; Avaliação do risco de queda: Escala de Morse; Atividades básicas vida: Escala de Barthel; Atividades instrumentais vida: Índice de Lawton & Brody. Aplicar a escala de fragilidade “Tilburg Frailty Indicator” (TFI) – versão portuguesa 	Pontuação: Pontuação: Pontuação: Pontuação: Pontuação:
<u>Estado afetivo:</u> <ul style="list-style-type: none"> Estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15; Funcionamento familiar: APGAR Familiar 	Pontuação: Pontuação:
<u>Estado nutricional:</u> <ul style="list-style-type: none"> Mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, dentição, ingestão hídrica, tipo de alimentação; Escala Mini Nutritional Assessment (MNA). 	Pontuação:

Eliminação (vesical e intestinal, padrão medidas adaptativas).		
Sono (padrão, medidas adaptativas).		
Estado sensorial (visão, audição, tato, paladar alterações, próteses, medidas adaptativas).		
CONHECER A SINGULARIDADE NO FAMILIAR CUIDADOR	FC*	
<u>Estado Mental:</u> <ul style="list-style-type: none"> Consciência/orientação: eventual aplicação do Mini Exame do Estado Mental- MEEM. 	Pontuação:	
<u>Estado funcional:</u> <ul style="list-style-type: none"> Marcha: Escala de Holden; Avaliação do risco de queda: Escala de Morse; Atividades básicas vida: Escala de Barthel; Atividades instrumentais vida: Índice de Lawton & Brody; Aplicar a escala de fragilidade “Tilburg Frailty Indicator” (TFI) – versão portuguesa 	Pontuação: Pontuação: Pontuação: Pontuação: Pontuação	
<u>Estado afetivo:</u> <ul style="list-style-type: none"> Funcionamento familiar: APGAR Familiar; Sobrecarga do cuidador: Escala de Zarit; Estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15. 	Pontuação: Pontuação: Pontuação:	
Sono (padrão, medidas adaptativas).		
Estado sensorial (visão, audição, tato, paladar alterações, próteses, medidas adaptativas).		
CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA USFX	PI	FC*
A enfermeira realizar acolhimento à USFX (espaço físico, equipa, organização, consultas e tratamentos disponíveis).	X	X
A enfermeira fornece o guia de acolhimento.	X	X
A enfermeira procura saber quais as expectativas em relação à USFX.	X	X
A enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis.	X	X
A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa).	X	X
A enfermeira procura saber se a PI sabe reconhecer os motivos que o fizeram recorrer ao SU.	X	X
A enfermeira procura conhecer se a PI sabe sobre reconhecer as causas que o fizeram recorrer ao SU.	X	X
A enfermeira avalia a acessibilidade à USFX (marcação de consulta presencial ou através de telefone, ou como se desloca até à USFX).	X	X
A enfermeira avalia o conhecimento e gestão do Plano Terapêutico Integrado, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base) e medidas não farmacológicas.	X	X
Sente que é ouvido na programação do Plano Integrado Terapêutico? <ul style="list-style-type: none"> Se não, o que pensa que deve ser alterado? 	X	X
Sente-se envolvido nos cuidados à PI? <ul style="list-style-type: none"> Se não, o que pensa que deve ser alterado? 		X

TERCEIRA FASE:

CAPACITAR OU POSSIBILITAR: CAPACITAR	
“é construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico, os conhecimentos de cada um para a definição de objectivos (...) nas actividades de manutenção de vida (...) e de reparação” (Gomes, 2016, p. 233-234).	
PROMOVER O CUIDADO DE SI	PI
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre o Plano Terapêutico Integrado, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base) e medidas não farmacológicas.	
A enfermeira valida a aquisição e compreensão da informação fornecida sobre o Plano Terapêutico Integrado e incentiva à sua adesão.	
A enfermeira fornece folhetos informativos disponíveis na USFX.	
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre os efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
A enfermeira identifica as potenciais necessidades da PI e desenvolve estratégias de esclarecimento.	
A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades existentes.	
A enfermeira promove o Cuidado de Si, respeita os tempos da PI e respeita as suas preferências.	
CAPACITAR OU POSSIBILITAR: POSSIBILITAR	
“é uma experiência de acção, onde o enfermeiro e o doente idoso realizam o ser com, partilhando os significados da experiência, assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro deveria ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia” (Gomes, 2016, p. 235).	
PROMOVER O CUIDADO DO OUTRO	FC*
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre o Plano Terapêutico Integrado, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base) e medidas não farmacológicas.	
A enfermeira valida a aquisição e compreensão da informação fornecida sobre o Plano Terapêutico Integrado e incentiva o apoio do FC à adesão pela PI.	
A enfermeira fornece folhetos informativos disponíveis na USFX.	
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre os efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
A enfermeira identifica as necessidades enquanto pessoa singular e enquanto cuidador da PI.	
A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades que identifica de modo a ultrapassá-las.	
A enfermeira promove o Cuidado do Outro respeitando e preservando a identidade do FC.	

QUARTA FASE:

COMPROMETER-SE		
“desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa” (Gomes, 2016, p. 236).		
PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR	PI POSSIBILITAR O CUIDADO DE SI	FC* POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO
A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do Cuidado.	X	X
A enfermeira ajuda a construir a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado (Cumprimento do Plano Terapêutico Integrado; recurso ao apoio dos profissionais).	X	X
A enfermeira valida/ implementa intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si na manutenção do projeto de vida e saúde da pessoa.	X	X
A enfermeira ajuda o FC a construir a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado de Si enquanto cuidador de outrem.		X

QUINTA FASE:

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO: ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO	
“o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar” (Gomes, 2016, p. 236).	
Assumir o controlo do cuidado de si próprio	PI
Detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si.	
Sabe reconhecer os motivos da recorrência ao SU.	
Conhece e sabe gerir o Plano Terapêutico Integrado, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base) e medidas não farmacológicas.	
Tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
Reconhece e faz uso quando necessário dos recursos disponíveis da comunidade (Consulta Aberta Diária, Saúde 24, Atendimento permanente).	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO: ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO “a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente” (Gomes, 2016, p. 236).	
Assegurar o cuidado do outro	FC
Assume o papel de cuidador com agrado.	
O papel de cuidador permite-lhe manter em simultâneo o seu projeto de vida e saúde (componente social, profissional, familiar).	
Detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao Cuidado do Outro na sua multidimensionalidade.	
Conhece os recursos disponíveis na comunidade (Consulta Aberta Diária, Saúde 24, Atendimento permanente).	
Sabe aceitar e reconhecer que a PI é utilizador frequente do SU	
Conhece e sabe gerir o Plano Terapêutico Integrado, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base) e medidas não farmacológicas.	
Tem conhecimento sobre os efeitos secundários da terapêutica na PI, auxilia na vigilância e prevenção dos mesmos (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
Participa ativamente junto da PI para que esta não seja um utilizador frequente do SU.	
Reúne capacidades para assegurar o projeto de vida e saúde da PI.	

APÊNDICE V
Estudo de caso

ESTUDO DE CASO

Com base no Modelo de Parceria para a promoção do *Cuidado de Si*

INTRODUÇÃO

O aumento do número de pessoas idosas com fragilidade que recorrem frequentemente ao SU é uma realidade cada vez mais constante. Deste modo, têm sido criadas medidas no SU de forma a que os cuidados sejam mais direcionados face às necessidades complexas desta população, permitindo diminuir/controlar a fragilidade, não apenas durante a permanência no serviço, mas também na orientação dos cuidados após a sua utilização, contribuindo na prevenção da utilização frequente do SU (Hoogendijk et al., 2019). Importa salientar que a fragilidade não deve ser apenas identificada no SU, porque muito dos fatores e motivos estão relacionados com os CSP. Portanto, as USF apresentam um papel fundamental na identificação da fragilidade de modo a evitar que a pessoa idosa seja UFSU (Gobbens et al., 2017).

A abordagem em prevenir/controlar a fragilidade passa por um cuidado centrado na pessoa idosa e do seu familiar cuidador (Gobbens et al., 2017) de modo a elaborar um plano consciencializado que resulta da tomada de decisão entre a pessoa idosa e o enfermeiro, a partir de uma relação de parceria estabelecida entre ambos, permitindo ir ao encontro do projeto de vida e saúde da mesma. A relação de parceria é uma intervenção fundamental em enfermagem, onde assenta o Modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016).

A realização do estágio na USF proporcionou a prestação de cuidados a diversos utentes idosos e respetivos familiares cuidadores. A visita domiciliária permitiu uma maior aproximação destes utentes, sendo todos eles pessoas idosas frágeis. O senhor L foi-me apresentado numa das visitas domiciliárias que realizei com o meu enfermeiro orientador de estágio. A escolha em realizar um estudo de caso sobre o senhor L prendeu-se por variados motivos nomeadamente porque tratava-se de uma pessoa idosa, era um utilizador frequente do SU, apresentava vários antecedentes pessoais, era uma pessoa frágil, pela disponibilidade do familiar cuidador e porque os cuidados foram prestados em contexto domiciliário.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Seguidamente é descrito o caso do senhor L tendo em conta o guião anteriormente desenvolvido com base no Modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* de Gomes (2016).

Modelo de parceria para a promoção do <i>Cuidado de Si</i>	Fase REVELAR-SE
--	-----------------

O Modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* assenta em cinco fases que estão interligadas entre si. Na fase **revelar-se** é quando a pessoa e o enfermeiro se dão a conhecer. O enfermeiro tenta conhecer a pessoa no seu todo, tendo em conta os seus valores e cultura. Por conseguinte o enfermeiro ao tentar conhecer a pessoa percebe quais são as suas capacidades por forma a ajudá-la a concretizar o seu projeto de vida e saúde. Do mesmo modo ele está igualmente a dar-se a conhecer. Nesta fase o enfermeiro recorre a competências de comunicação, promovendo a “afetividade demonstrando carinho, simpatia; promove a escuta ativa; mostra disponibilidade; pergunta antes de acuar; mostra respeito pela pessoa; demonstra capacidade para compreender a pessoa e capacidade para avaliar a situação com o doente” (Gomes, 2016, p. 231).

Nesta primeira fase fui dada a conhecer ao senhor L e à respetiva familiar cuidadora, que era a sua esposa, pelo enfermeiro de família. Devido a inúmeros motivos os cuidados eram prestados em contexto domiciliário. No primeiro contato fui apresentada (nome, profissão, que era estagiária e o motivo da minha presença) e pedido autorização da minha presença, tendo sido aceite por ambos. Criou-se facilmente uma relação de confiança e partilha e quando foi pedido autorização para se realizar um estudo de caso sobre o senhor L foi aceite de imediato. Ao longo dos dias de prestação de cuidados foi sempre promovida uma escuta ativa, simpatia/empatia, criando um ambiente promotor de afetividade, de respeito e de confiança.

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA

O estudo de caso é sobre o senhor L, que gostava de ser chamado por senhor L. Casado com a senhora M, que é simultaneamente a sua familiar cuidadora¹⁰.

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA

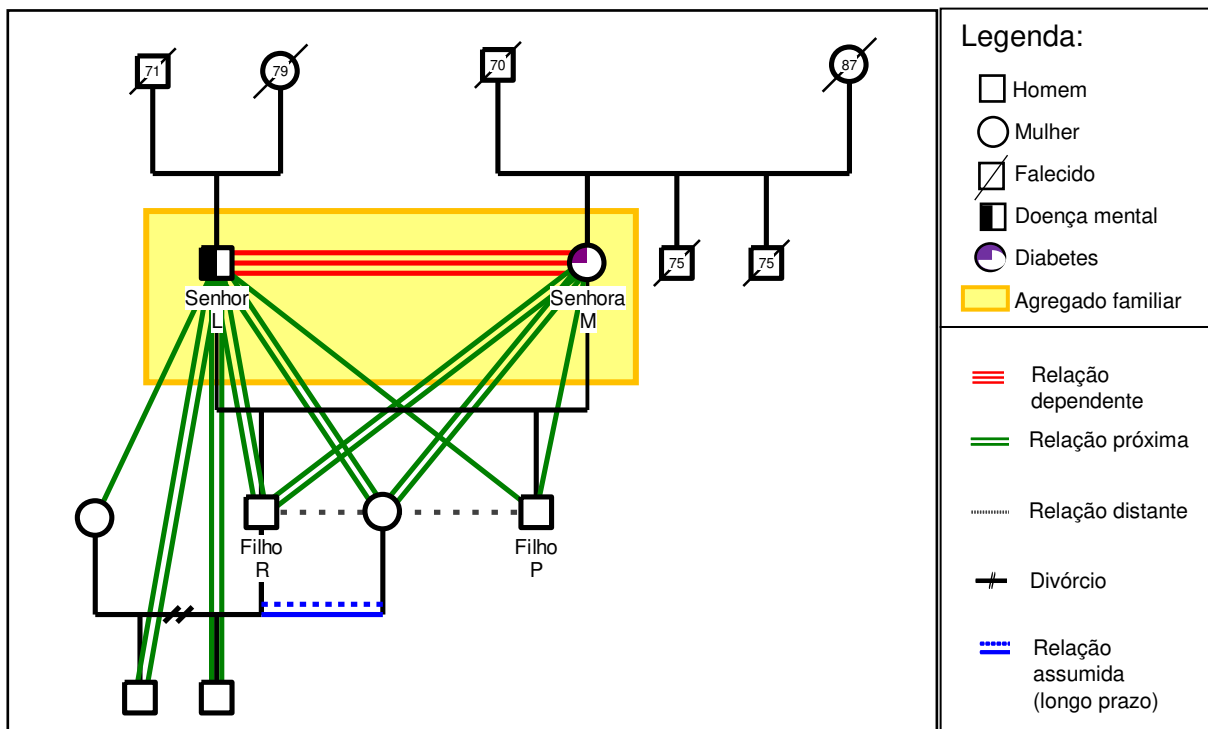
Conhecer o contexto de vida da família deverá ser um objetivo imprescindível do enfermeiro de família. Figueiredo (2012), ciente deste facto, desenvolve o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como sendo um referencial sustentado nas práticas de cuidados em contexto dos CSP. Este modelo pretende capacitar as famílias a partir de uma atuação do enfermeiro de CSP, em que este a partir de uma avaliação e intervenção familiar possibilita a produção de novos conhecimentos, traduzindo-se em inovadoras interações com as famílias.

Deste modo, procedeu-se à identificação do agregado familiar do senhor L. Este era composto pelos dois, pelo senhor L e pela senhora M. Sendo a senhora M respetivamente a pessoa de referência e o familiar cuidador do senhor L. A rede familiar restringia-se aos seus dois filhos, uma nora e dois netos. O maior apoio era dado pela esposa. Era esta quem organizava todos os assuntos relacionados com a casa e gestão financeira, nomeadamente realizava as compras, comprava os medicamentos, confeccionava a comida e geria o dinheiro. Recebia com alguma regularidade a visita do filho mais velho, seguido dos netos e por último do filho mais novo. Em relação aos vizinhos, tinha pouco apoio por parte destes, até porque tinha mudado recentemente de domicílio. Para melhor compreender a relação entre cada elemento da família e os diversos problemas de saúde foi elaborado um genograma¹¹ que é seguidamente apresentado.

Figura 1. Genograma da família do senhor L

¹⁰ De referir que foi omitido propositadamente os dados sociobiográficos, no sentido de garantir a privacidade e anonimato de acordo com o direito à privacidade.

¹¹ O genograma é um instrumento de avaliação familiar muito útil nos CSP. Permite de forma rápida e clara a representação em forma gráfica as relações familiares, identificando as respetivas afetividades entre os respetivos elementos. O genograma ilustra a família através de símbolos, que por sua vez, obedecem a regras revelando o psicossocial e a doença do indivíduo no contexto familiar. Deverá abranger no mínimo três gerações (Nogueira et al., 2017).



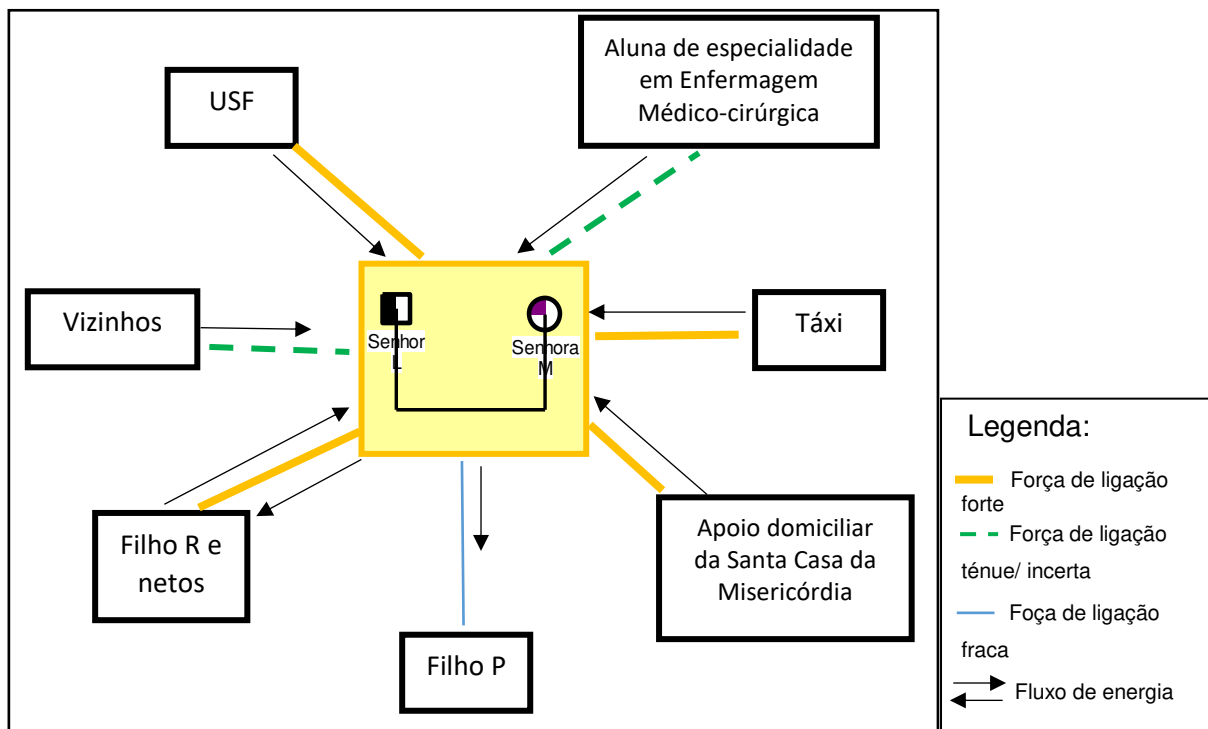
Em relação às condições habitacionais o senhor L habitava numa casa que era alugada. Devido ao baixo poder económico, o cálculo de pagamento da renda resultava do IRS do agregado familiar e o restante era pago pela Segurança Social. A casa onde anteriormente moravam encontrava-se em condições muito degradadas e durante o tempo decorrido entre os dias de observação e a realização de estágio a família mudou de domicílio. A nova casa correspondia a um apartamento de um prédio. Apresentava boas condições de salubridade, com água potável, esgotos e era composta por dois quartos, uma cozinha, uma casa de banho e uma sala. A casa apresentava boa área e as divisões recebiam sol. O prédio possuía dois elevadores.

Pertenciam a uma classe social baixa. Como foi referido anteriormente, tinham apoio mensal na despesa da renda, sendo os restantes encargos económicos suportados pelo respetivo casal.

Em termos de apoio da comunidade recorriam à Santa Casa da Misericórdia em que esta prestava apoio nos cuidados de higiene ao senhor L três vezes por semana, sendo os gastos pagos pela família. Esta alteração na atividade de vida diária (AVD) foi verificada pelo enfermeiro de família, tendo referenciado para o serviço social em janeiro de 2018 devido essencialmente à dificuldade da mobilização do senhor L e à incapacidade em cuidar da senhora M nesta AVD. Recorriam ao apoio da USF em que o enfermeiro de família prestava cuidados domiciliários ao senhor L devido a lesões nos membros inferiores. Para situações mais complexas e agudas

recorriam ao SU da área de abrangência. As compras dos bens essenciais eram realizadas pela senhora M que se deslocava ao supermercado e posteriormente eram entregues no domicílio pelo estabelecimento. Para se deslocar na comunidade recorria ao táxi. Recorria sempre à mesma empresa de táxi (desde a época onde morou inicialmente) e era sempre o mesmo motorista. Recorriam também à ambulância para as situações agudas do senhor L. As despesas de água e luz eram pagas através do multibanco ou nos Correios. Com estas informações foi possível elaborar outro instrumento de avaliação familiar igualmente importante – o ecomapa¹². De referir que as informações foram fornecidas pela senhora M. O ecomapa está ilustrado na seguinte figura.

Figura 2. Ecomapa do agregado familiar do senhor L



O senhor L devido à degradação do seu estado cognitivo não apresentava nenhuma atividade de lazer. Desta forma, os dias eram passados de igual modo, em casa, por vezes à janela apreciando as condições climatéricas, o movimento da própria cidade e a assistir a programas televisivos.

¹² O ecomapa representa as relações da família com a comunidade auxiliando na avaliação como a família utiliza os respetivos apoios disponíveis. “Pode representar a presença ou a ausência de recursos sociais, culturais e económicos, sendo o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, é dinâmico” (Nascimento, Dantas, Andrade, & Mello, 2014, p. 212).

A senhora M ocupava o seu tempo livre a fazer passatempos (palavras cruzadas), a ver televisão e a ler.

No passado o senhor L chegou a fumar e a consumir, às refeições, bebidas alcoólicas (vinho tinto). A senhora M não sabia há quanto tempo tinha o senhor L parado de fumar, referindo que tinha sido há alguns anos. Em relação às bebidas alcoólicas parou aquando do diagnóstico da doença de Alzheimer, em 2010.

CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA

O senhor L era apenas seguido pelo seu médico e enfermeiro de família. Devido ao desenvolvimento da sua doença de base não apresentava capacidade cognitiva para compreender a sua situação clínica nem a evolução da mesma. Os antecedentes pessoais foram fornecidos pela senhora M e comparados com os descritos no seu processo da UFS, após consentimento da sua familiar cuidadora. Apresentava como antecedentes pessoais: Doença de Alzheimer, Fibrilhação auricular, Hipertensão arterial, Cardiopatia hipertensiva com Insuficiência cardíaca de classe I-II/IV (sendo portador de pacemaker), Hiperplasia benigna da próstata, Hiperuricemia, Anemia normocítica/normocrónica, Hérnia abdominal e Dermatite de estase originando úlceras a nível dos membros inferiores. Sem alergias conhecidas. Devido aos vários antecedentes pessoais e respetivas comorbilidades, apresentava consultas frequentes no médico de família, vários episódios no SU e um episódio de internamento hospitalar, sendo por isso, um UFSU.

Relativamente à medicação, era um utente polimedicado tomando: Espironolactona, Ácido acetilsalicílico, Acenocumarol, Serenoa repesn, Alopurinol, Metolazona, Enalapril, Torasemida e Memantina. A medicação era gerida pela esposa, era esta quem a comprava, quem ia ao médico pedir a receita e quem tinha a responsabilidade de fazer com que o senhor L a ingerisse no respetivo horário. A medicação era mantida na própria caixa e posteriormente guardada outra caixa. Nunca tinha recorrido a nenhuma terapia não farmacológica ou medicina alternativa.

CONHECER O PERCURSO DO UTENTE DA USF COMO UTILIZADOR FREQUENTE DO SU

O senhor L tinha recorrido ao SU, num período de um ano quatro vezes, por motivo de otorrágia e queda. A familiar cuidadora referiu que as razões pelas quais recorreu com o senhor L ao SU foi por ter considerado que se tratavam de situações agudas, sendo necessário existir uma resposta rápida e meios dirigidos. A senhora M conhece apenas outro serviço que dá apoio ao SU, que é a consulta aberta diária e de intersubstituição da USF. Referiu que já recorreu várias vezes a esta consulta e que gosta do atendimento, conseguindo dar resposta para situações mais simples.

CONHECER O FAMILIAR CUIDADOR

Em relação ao familiar cuidador trata-se da senhora M, que era a sua esposa. Gostava de ser chamada por senhora M¹³.

Em relação à senhora M esta era igualmente seguida na USF nomeadamente na consulta do médico de família e na consulta Utente com diabetes. Ao nível hospitalar era seguida nas consultas de especialidade ortopedia e cirurgia. Estava informada em relação às suas doenças e respetiva evolução. Apresentava como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, Diabetes *mellitus*, Hérnia do esófago e estômago, patologia osteoarticular do joelho e coluna e nódulo mamário em estudo (que durante o estágio obteve-se a confirmação de se tratar de nódulo maligno com possível intervenção cirúrgica).

Referente à medicação, a senhora M era igualmente polimedicada: Ramipril, Letrozol, Omeprazol, Metformina, Glimipirida, Beta-histina, Sertralina, Amlodipina e Ácido fólico. Era a própria quem geria a sua medicação cumprindo corretamente o regime medicamentoso. À semelhança do senhor L a medicação era mantida na própria embalagem e guardada noutra caixa (de referir que era noutra caixa da do senhor L). Também nunca tinha recorrido a nenhuma terapia não farmacológica, assim como à medicina alternativa.

¹³ Há semelhança do senhor L foi omitido propositadamente os dados sociobiográficos, no sentido de garantir a privacidade e anonimato de acordo com o direito à privacidade.

CONHECER O PERCURSO DO FAMILIAR CUIDADOR NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA IDOSA

Como já foi referido anteriormente a senhora M é a esposa e a familiar cuidadora do senhor L. Esta tem acompanhado e dado apoio desde sempre ao senhor L. É sempre a senhora M quem acompanha o senhor L aos serviços de saúde, quer às consultas, quer ao SU. Ela tem conhecimento dos diagnósticos do senhor L e da provável evolução dos mesmos, particularmente sobre a doença de Alzheimer. Aceita as limitações do senhor L e dá apoio, dentro das suas próprias capacidades. Porém, referiu, que por vezes tornava-se complicado essencialmente nos momentos em que este estava mais confuso, não conseguindo compreendê-lo, o que levava a tornar-se agressivo verbalmente ou quando estava constantemente a repetir a mesma frase/assunto num curto período de tempo.

Em termos de apoios, recorreram à Santa Casa da Misericórdia devido a vários motivos que se prendiam com alguma limitação física da senhora M, por consequência da sua doença osteoarticular a nível do joelho e costas, ao estado confuso do senhor L e alguma limitação física do mesmo. Em 2018 foi pedido apoio para os cuidados de higiene ao senhor L que foram assegurados por essa instituição. Tem apoio do médico e enfermeiro de família orientando-a para assuntos de saúde e sociais. O filho mais velho pontualmente realizava visitas levando alguns bens essenciais. Uma vez que tinham mudado recentemente de habitação ainda não conheciam os vizinhos de modo a que estes pudessem dar algum apoio.

A senhora M consegue gerir eficazmente as situações agudas das doenças crónicas do senhor L, estando bem informada sobre os apoios que tem disponíveis, assim como a sua utilização.

Uma vez que tem conhecimento dos riscos em relação ao senhor L., quando este fica sozinho em casa por longos períodos, a senhora M consegue organizar eficazmente as suas ausências para que não sejam demoradas.

As maiores dificuldades referidas pela senhora M em cuidar do senhor L são em relação ao facto de este não conseguir ocupar o seu tempo livre, querendo estar sempre a seu lado e às insónias durante a noite.

Modelo de parceria para a promoção do <i>Cuidado de Si</i>	Fase ENVOLVER-SE
---	------------------

A segunda fase caracteriza-se por criar uma relação que vai para além do revelar-se. Ao proporcionar tempo e espaço criam-se momentos de reciprocidade, dando origem a uma relação de qualidade e de confiança. Nesta fase o enfermeiro tenta perceber a singularidade da pessoa idosa de modo a dirigir os cuidados, para que estes sejam centrados na pessoa. Para tal, mostra competências de: escuta ativa, disponibilidade, solicitude, preocupação e respeito (Gomes, 2016).

CONHECER A SINGULARIDADE NA PESSOA IDOSA

Uma das formas em conhecer a singularidade da pessoa é recorrer à utilização de instrumentos de avaliação. Deste modo, para abranger o maior número de áreas recorreu-se a diversos instrumentos de avaliação.

Estado Mental

Para avaliar o estado mental utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental - MEEM¹⁴. Para poder melhor compreender a veracidade dos dados fornecidos há que saber primeiramente se a pessoa apresenta capacidade cognitiva para fornecer essas mesmas informações. No caso específico do senhor L eram nítidos os sinais de confusão e de esquecimento. Contudo, ao aplicar o MEEM houve surpresas em determinadas perguntas, pois numa fase inicial pensar-se-ia que não era capaz de responder acertadamente, mas tal não aconteceu. O score obtido foi de 15 valores, sendo o valor de corte para pessoas com mais de 40 anos de idade e com um a onze anos de escolaridade é de menor ou igual a 22, significa que o senhor L apresentava défices cognitivos.

¹⁴ O Mini Exame do Estado Mental - MEEM surgiu em 1975. O objetivo inicial do instrumento era o de avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência. Atualmente é um teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas. Permite uma simples e rápida avaliação das funções cognitivas (orientação, memória, atenção, capacidade de nomeação, de obediência a uma indicação verbal e escrita, de redação livre e de cópia de um desenho complexo (polígonos) no contexto clínico (Melo & Barbosa, 2015).

Estado Funcional

Em relação ao estado funcional foram aplicados vários instrumentos. A salientar a Escala de Holden¹⁵ em que o senhor L encontra-se na categoria 3 – Marcha dependente com supervisão, uma vez que o senhor L consegue andar numa superfície plana, porém para ele se sentir mais seguro apoia-se numa bengala e requer supervisão de uma pessoa. Não foi possível avaliar em superfícies inclinadas nem em escadas. O resultado obtido foi através de observação direta.

Outro instrumento utilizado foi a Escala de Queda Morse¹⁶. Após a aplicação do instrumento concluiu-se que o senhor L apresentava alto risco de queda, uma vez que obteve uma pontuação de 80 valores.

Foi utilizada a Escala de Barthel¹⁷ para avaliar o nível de dependência das atividades de vida diárias. Existe alguma discordância entre investigadores sobre os pontos de corte. Optou-se pelos autores (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007), uma vez que foram quem traduziu a escala para a versão portuguesa. Estes autores consideram o ponto de corte 60. Relativamente ao senhor L obteve-se uma pontuação total de 55 valores, concluindo que se tratava de uma pessoa dependente nas atividades de vida diárias.

Aplicou-se igualmente o Índice de Lawton & Brody¹⁸ para avaliar o nível de independência das atividades funcionais (AIVD) tendo-se obtido um valor de zero o que significa que o senhor L apresentava dependência total.

Uma vez que o senhor L apresentava défice cognitivo não foi possível aplicar o instrumento de avaliação de fragilidade Tilburg Frailty Indicator. Contudo, tendo em

¹⁵ A Escala de Holden “(...) determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas) (Duque, Gruner, Clara, Ermida, & Veríssimo, sem data, p. 10).

¹⁶ A Escala Queda de Morse foi desenvolvida em 1985 “(...) com o objetivo de identificar e prever as pessoas com risco de quedas fisiológicas” (Costa-Dias & Ferreira, 2014, p. 157), portanto permite avaliar o risco de queda. O seu preenchimento é rápido e por ser feito a partir de entrevista ou da consulta do processo (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014). O ponto de corte é aos 45. Para pontuações com valores iguais ou superiores a 45 significa que o utente apresenta alto risco de queda (Barbosa, Carvalho, & Cruz, 2015).

¹⁷ O Índice de Barthel foi descrito por Mahoney e Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa em 2007. Avalia o nível de dependência das atividades de vida diárias e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. A pontuação 0 (zero) corresponde à dependência total e a independência pode variar entre a pontuação 5, 10 ou 15 tendo em conta os níveis de classificação. Por conseguinte, a pontuação final varia entre 0 (máxima dependência) e 100 (independência total), com intervalos de 5 pontos, sendo a pontuação de cada atividade medida separadamente. Pode ser aplicado por entrevista à pessoa e/ou familiar cuidador ou através da observação direta (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Minosso, Amendola, Alvarenga, & Oliveira, 2010; Simões, Ferreira, & Dourado, 2018).

¹⁸ Os investigadores Lawton e Brody desenvolveram em 1969 o Índice de Lawton & Brody que avalia o nível de independência da pessoa idosa relativamente às atividades instrumentais (AIVD). Foi validada para a população portuguesa por (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins (2007). A pontuação final resulta da soma da pontuação das oito AIVD e varia entre 0 (zero) a 8 pontos relativamente ao sexo feminino e o (zero) a cinco relativamente ao sexo masculino (Duque et al., sem data).

conta o nível de dependência das escalas anteriormente avaliadas poder-se-á dizer que o senhor L seria uma pessoa idosa frágil, na medida em que apresentava défice nos domínios físicos, funcionais e cognitivos.

Estado afetivo

Em relação ao estado afetivo não foi possível aplicar a Escala Depressão Geriátrica abreviada (GDS-15)¹⁹ nem o APGAR familiar²⁰ uma vez que estas escalas idealmente deverão ser aplicadas a pessoas com um grau de demência leve a moderada (Apóstolo et al., 2014), o que não acontece com o senhor L.

Estado nutricional

Em relação ao estado nutricional foi possível observar que o senhor L não apresentava alteração da mucosa oral, porém apresentava comprometimento a nível da mastigação uma vez que não apresentava nenhuma peça dentária, nem compensando com a utilização de prótese. Deste modo, a alimentação das refeições principais (almoço e jantar) eram trituradas para apresentarem uma consistência mole e homogénea. As restantes refeições eram papas, iogurtes e bolachas. De referir, que conseguia comer bolachas uma vez que eram humedecidas em leite ou chá.

Foi aplicado a escala Mini Nutritional Assessment²¹. A escala foi aplicada com base no que foi referido pela senhora M. Ao longo da entrevista a senhora M revelou que o paladar do senhor L tem vindo a alterar-se, uma vez que dantes não apreciava a comida doce e que gostava de sopa e de fruta, porém neste momento acontece o contrário, e que tem vindo a diminuir a ingestão. Em relação à ingestão hídrica esta estava assegurada e não apresentava nenhum comprometimento. A pontuação obtida na triagem foi de 8 pontos. Uma vez que o valor obtido revelava que o senhor L apresentava risco de desnutrição, deu-se continuidade ao preenchimento da escala.

¹⁹ A Escala de Depressão em Geriatria com 15 itens (Geriatric Depression Scale, GDS-15) é uma versão curta da escala original Sheikh & Yesavage (1986). A GDS-15 é uma escala bastante utilizada, sendo um instrumento que avalia os sintomas depressivos na pessoa idosa. A versão portuguesa foi validada por Apóstolo et al. (2014).

²⁰ O instrumento Family APGAR foi desenvolvido pelo investigador Gabriel Smilkstein, em 1978 e serve para identificar as relações e função familiar, permitindo quantificar a perceção que o doente tem do funcionamento da sua família. A funcionalidade familiar resulta do somatório dos valores obtidos, em que valores compreendidos entre 0 (zero) e 4 pontos revela elevada disfuncionalidade; resultados entre 5 e 6 pontos revela moderada disfuncionalidade e por último resultados entre 7 a 10 pontos revela boa funcionalidade (Vera, Lucchese, Munari, & Nakatani, 2014). O instrumento foi validado para a população portuguesa por Azeredo em 1998 (Girão, 2015).

²¹ O Mini Nutritional Assessment (MNA) surgiu na década de 90 do século XX pelos investigadores Vellas et al. (Loureiro, 2008). É um instrumento que permite uma rápida avaliação do estado nutricional das pessoas idosas. É o método mais fundamentado sob o ponto de vista da investigação, sendo por isso o mais usado pelos profissionais de saúde que trabalham em Geriatria. É composto por duas secções, o MNA Short Form (MNA SF) para identificação do risco nutricional e o MNA Long Form (MNA LF) para a avaliação nutricional (Parente, Pereira, & Mata, 2018).

Na avaliação global obteve-se 12,5 pontos, o que perfaz a pontuação total de 20,5 pontos, revelando o mesmo resultado – risco de desnutrição.

Em relação à eliminação vesical o senhor L apresentava algum comprometimento, na medida em que apresentava incontinência urinária durante essencialmente o período noturno. A senhora M optou pelo recurso de utilização de fralda (também durante o dia) como forma preventiva de possíveis perdas. Relativamente à eliminação intestinal o senhor L não apresentava nenhum défice.

O senhor L não apresentava nenhuma alteração em relação ao sono. Acordava esporadicamente para ir ao sanitário urinar.

Por último em relação ao estado sensorial o senhor L apresentava alteração a nível da visão com diminuição da acuidade visual. Apresentava ortótese ocular, contudo nem sempre a utiliza. Apresentava diminuição da acuidade auditiva, sendo necessário aumentar o tom de voz para que este percebesse o que estava a ser verbalizado. Aparentemente sem alterações a nível do tato, olfato e paladar.

Apresentava pele e mucosas ligeiramente descoradas e desidratadas (apesar da uma aparente boa ingestão hídrica). Apresentava dermatite de estase a nível dos membros inferiores, com prurido levando ao aparecimento de lesões cutâneas.

De uma forma resumida, tendo em conta todos os instrumentos de avaliação aplicados pode-se concluir que o senhor L apresentava défice do estado mental e do estado funcional nomeadamente ao nível da mobilidade, o que compromete outras atividades de vida diárias, como por exemplo o autocuidado em higiene e vestuário. Deste modo, devido ao défice cognitivo as atividades funcionais estão afetadas, o que implica que o senhor L está totalmente dependente.

CONHECER A SINGULARIDADE NO FAMILIAR CUIDADOR

Da mesma forma para o senhor L, para conhecer a singularidade do familiar cuidador, a senhora M, recorreu-se à aplicação de vários instrumentos de avaliação através da observação direta e da entrevista.

Estado Mental

Foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) à senhora M obtendo-se uma pontuação de 27 valores, deste modo pode-se concluir que a senhora M não apresenta alteração do estado mental.

Estado funcional

Aplicado a escala de Holden, a senhora M corresponde à categoria 5 – Marcha independente, uma vez que é capaz de andar independentemente em superfícies planas ou inclinadas, assim como subir e descer escadas.

Em relação à escala de Morse, a senhora M teve uma pontuação de 40 pontos traduzindo-se num baixo risco de queda.

Na Escala de Barthel apresentou uma pontuação de 100 pontos o que significa que a senhora M apresentava independência total para as atividades de vida diárias.

Respetivamente ao Índice de Lawton e Brody, a senhora M obteve uma pontuação de 7 pontos. Uma vez que se tratando-se do sexo feminino, corresponde apenas a uma dependência ligeira.

Ao aplicar a escala de fragilidade Tilburg Frailty Indicator a senhora M apresentou uma pontuação no domínio físico de 3 pontos, no domínio psicológico de 0 (zero) pontos e no domínio social, de 1 ponto, o que perfaz uma pontuação final de 4 pontos. Deste modo, a senhora M apresenta baixo risco de fragilidade.

Estado afetivo

Ao contrário do senhor L, foi possível aplicar, na senhora M, as escalas Depressão Geriátrica abreviada (GDS-15) e o APGAR Familiar uma vez que a senhora M não apresentava défice cognitivo. Em relação à Escala GDS-15 a senhora M apresentou uma pontuação de 7 pontos. Sendo o ponto de corte no 5, a senhora M apresentava depressão. Relativamente ao APGAR Familiar apresentou uma pontuação de 9 pontos o que sugere ser uma família altamente funcional.

Foi ainda aplicada outra escala, a Escala de Zarit²² uma vez que a senhora M é o familiar cuidador. Nesta escala a senhora M obteve uma pontuação de 47 valores o que indicou que a senhora M apresentava uma sobrecarga ligeira.

Em relação ao padrão de sono a senhora M referiu que dormia razoavelmente bem. A salientar que não dormia no mesmo quarto que o senhor L. Justificou tal facto dizendo que apresentava outros hábitos para adormecer, nomeadamente ver televisão e como tal não queria incomodar o senhor L.

²² A Escala de Zarit surgiu em 1983 pelo investigador inglês Steve Zarit tendo sido adapta para Portugal por Carlos Sequeira. A escala avalia a sobrecarga do cuidador informal associada ao cuidar. Inclui "(...) informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento" (Sequeira, 2010, p. 11). A pontuação varia entre 22 e 110, em que um maior valor corresponde a uma maior perceção de sobrecarga (Sequeira, 2010).

Por último, referente ao estado sensorial a senhora M apresentava alteração a nível da visão com diminuição da acuidade visual, sendo necessário o recurso a ortoses. Apresentava prótese dentária total. Mantinha sem défice a audição e o paladar. Pressupõe-se que, devido à Diabetes *mellitus* tipo II, deveria apresentar alteração a nível do tato.

A partir da recolha dos dados através do recurso aos instrumentos de avaliação, pode-se concluir que a senhora M apresentava autonomia e capacidade de decisão, estando bem preparada para cuidar do senhor L. Porém, apresentava alguns indícios de cansaço e sinais de depressão relacionados com uma ligeira exaustão, uma vez que era a familiar cuidadora.

CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA USF

Uma vez que os cuidados prestados ao senhor L foram no próprio domicílio, este nunca teve necessidade de se deslocar à USF, o que se deduz que este não conhece as instalações da respetiva USF. Porém, durante a realização do estágio a senhora M deslocou-se à USF para realização de consulta. Neste momento teve-se a oportunidade de perceber que a senhora M estava bastante familiarizada com a USF. Sabe onde se situa a USF e o contato telefónico. Devido às suas dificuldades de mobilidade a senhora M optava por se deslocar até à USF através de meio de transporte público (Táxi). Dentro da USF, sobe o primeiro lanço de escadas recorrendo ao apoio do corrimão e depois utiliza o elevador para se deslocar entre os andares. Durante a consulta realizou-se o acolhimento e ao longo da consulta manteve-se sempre uma relação de confiança, uma escuta ativa, dando tempo e disponibilidade para permitir o esclarecimento de dúvidas. A senhora M conhece quem é a sua médica de família e respetivo enfermeiro de família. Conhece os programas da USF. A senhora M conhece igualmente o seu plano terapêutico e sente-se envolvida no mesmo referindo que são todos muito atenciosos e preocupados em resolver os seus problemas.

Modelo de parceria para a promoção do
Cuidado de Si

Fase CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Nesta fase constrói-se uma ação conjunta para o desenvolvimento de competências. Esta fase apresenta uma dupla função. Em relação ao capacitar a partir das anteriores fases, o enfermeiro fica munido de informação que lhe permite ajudar a transformar as capacidades potenciais da pessoa idosa em reais. O enfermeiro partilha responsabilidade com a pessoa idosa para que ambos em conjunto decidam o melhor caminho a seguir, sem nada impor. Portanto há uma partilha de poder; uma negociação. O enfermeiro estimula a pro-atividade da pessoa idosa para que esta participe ativamente no seu processo de cuidar (Gomes, 2016).

Relativamente ao possibilitar, o enfermeiro ajuda o familiar cuidador no cuidar da pessoa idosa, tendo em conta o que esta decidiria para si.

possibilitar implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajectória de vida, preservando a sua identidade no contexto social (Gomes, 2016, p. 235).

Nesta terceira fase, uma vez que o senhor L apresentava défices cognitivos, optou-se por uma abordagem em possibilitar a senhora M a manter-se envolvida no processo do Cuidado de Si ao senhor L. Depois de se estabelecer uma relação de confiança e parceria tornou-se mais fácil envolver a senhora M no plano terapêutico, de modo a ir ao encontro das necessidades e potencialidades do senhor L, respeitando-o e preservando a sua identidade. Durante a fase envolver-se conheceram-se as singularidades do senhor L e foram identificados alguns aspetos a melhorar. Em conjunto com a senhora M foi elaborado um plano de cuidados, sendo os diagnósticos de enfermagem formulados segundo os diagnósticos de enfermagem da NANDA²³, que se encontram no Quadro 1 e no Quadro 2 de modo a melhorar esses mesmos aspetos, capacitando o senhor L e possibilitando a senhora M para a promoção do Cuidado de Si.

²³ Os diagnósticos de enfermagem segundo NANDA permitem uma padronização dos termos utilizados. Estes revelam-se importantes no processo do cuidar, uma vez que permitem documentar uma prática holística de modo a que os estudantes sejam capazes de adquirirem conhecimento e os enfermeiros a colheita e análise de dados, aperfeiçoando e desenvolvendo a disciplina de enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Quadro 1. Plano de cuidados em parceria para a promoção do Cuidado de Si do senhor L

Envolver-se	Capacitar/Possibilitar	Comprometer-se		Assegurar o Cuidado de Si
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Enfermeira	Familiar cuidadora	Resultados de enfermagem
<p>Confusão crónica, relacionada com a manifestação do prejuízo nas funções cognitivas (memória, linguagem, tomada de decisão e função executiva) e dependência na execução das atividades diárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado mental através da aplicação da escala MEEM (DGS, 2011); • Manter um ambiente físico seguro e agradável (DGS, 2011); • Explicar os efeitos benéficos do sol, aromaterapia, musicoterapia (DGS, 2011); • Explicar a importância de apresentar rotinas (DGS, 2011); • Incentivar a independência para as AVD's e a realização de tarefas simples respeitando o ritmo do senhor L (DGS, 2011; Segal-Gidan et al., 2011); • Explicar à senhora M a importância de estimular a função cognitiva como a leitura e escrita de pequenos textos; • Explicar a importância de exercício físico (DGS, 2011); • Manter a interação social, incentivando o convívio com os vizinhos e familiares (DGS, 2011); • Desmitificar os comportamentos repetitivos e alterados do senhor L e explicar a importância de estar atenta aos sinais indicativos de evolução da doença (DGS, 2011); • Fornecer estratégias à senhora M para que esta conseguisse lidar com os comportamentos de irritabilidade do senhor L (Segal-Gidan et al., 2011); 	<p>A enfermeira comprometeu-se a diminuir a evolução da doença de Alzheimer</p>	<p>A senhora M comprometeu-se a estabilizar os efeitos da doença de Alzheimer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ao aplicar a MEEM obteve-se um score de 15 valores o que revela défice cognitivo; • A casa apresentava-se segura, limpa e sem ruídos; • A casa tinha sempre os estores levantados permitindo a entrada do sol e o senhor L por vezes dirigia-se à janela abrindo a mesma; • A senhora M evitava alterar a rotina diária; • A senhora M orientava para a realização das AVD's e dava-lhe tempo para que conseguisse realizá-las; • O senhor L conseguia ler, mas apresentava muita dificuldade em criar frases. Conseguia com muita dificuldade escrever o que lhe era ditado; • A senhora M tem consciência da progressão da doença; • O senhor L deambulava pela casa; • A senhora M mantinha pouco convívio com os vizinhos e familiares;

	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a manutenção da administração da medicação e o seu correto armazenamento (DGS, 2011). 			<ul style="list-style-type: none"> A senhora A mostrava compreender melhor os comportamentos do senhor L; A senhora M conseguiu redirecionar a atenção do senhor L num momento de irritabilidade; O senhor L tomava corretamente a medicação e esta passou a estar bem armazenada.
<p>Síndrome do idoso frágil, relacionado com deterioração de vários domínios de saúde (físico, funcional e social), manifestado por deambulação prejudicada, intolerância para a atividade, deficit no autocuidado banho e vestuário, isolamento social, nutrição desequilibrada e memória prejudicada</p>	<p><u>Banho:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicar as escalas de Barthel e Lawton & Brody (DGS, 2011); Clarificar a importância de um ambiente seguro (DGS, 2011); Explicar a importância de regular a temperatura da água (Alzheimer's Greater Los Angeles, 2008); Explicar a importância de estimular ao máximo a autonomia do senhor L (para que ele lave a totalidade da área do seu corpo) (Rosa, 2016); Elucidar para que seja o senhor L a secar o seu corpo (Rosa, 2016); Explicar da importância de falar com o senhor L durante a atividade (Rosa, 2016); Explicar a importância para que seja o senhor L a manter a sua aparência (Alzheimer's Greater Los Angeles, 2008); <p><u>Vestuário:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar a importância de ser o senhor L a escolher e a reunir a roupa (e de só utilizar o pijama durante a noite) (Rosa, 2016); Elucidar que deve ser o senhor L a despir-se (Rosa, 2016); Explicar a importância de apertar e desapertar os botões (Rosa, 2016). 	<p>A enfermeira comprometeu-se a encontrar estratégias para promover a melhoria dos domínios físicos, funcionais e capacidade cognitiva</p>	<p>A senhora M comprometeu-se em realizar algumas das atividades propostos para a melhoria, ou não desenvolvimento, dos domínios físicos, funcionais e capacidade cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> O senhor L obteve um score de 55 valores na escala de Barthel o que significa que é uma pessoa dependente para as AVD's e um score de 0 (zero) na escala de Lawton & Brody o que revela dependência total para as AIDV's; A senhora M conhece e utiliza os recursos da comunidade; A casa de banho apresentava segurança (por exemplo: sem presença de tapetes e a senhora M colocou um banco para o senhor L puder permanecer sentado durante a higiene); O senhor L consegue lavar e secar grande parte da área do seu corpo; A senhora M incentivou a ser o senhor L a desfazer a babar (recorrendo à utilização de máquina de babrbear). <p><u>Vestuário:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> O senhor L conseguia despir-se exceto as meias;

	<p><u>Alimentação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado nutricional utilizando a escala Mini Nutricional Assessment (DGS, 2015); • Validar sobre uma alimentação adequada para o senhor L (como por exemplo: textura da comida, fornecer alimentos do agrado do senhor L e incentivar para a ingestão de alimentos ricos em calorias e fibras, tais como <i>snacks</i>) (Alzheimer's Greater Los Angeles, 2008); • Explicar que no momento da refeição não deverá haver distrações (Segal-Gidan et al., 2011); • Explicar a importância de verificar a temperatura dos alimentos antes de serem servidos (especialmente se for aquecida no micro-ondas) (Alzheimer's Greater Los Angeles, 2008); • Esclarecer a importância em reforçar ainda mais a ingestão hídrica recorrendo a água com sabor (colocar um pão de canela, fruta), sopas e gelatina (DGS, 2015). 			<ul style="list-style-type: none"> • Por vezes o senhor L tinha o pijama vestido; • O senhor L apresentava muita dificuldade em apertar ou desapertar os botões. <p><u>Alimentação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • O senhor L obteve um score de 20,5 valores apresentando risco de desnutrição; • A senhora M adequava a textura da comida e quando a comida não era do agrado do senhor L tentava disfarçar com os alimentos preferidos; • A senhora M reforçou as refeições principais com gelatina; • O senhor L realizava pequenas refeições ao longo do dia com bolachas (que molhava no leite ou chá) ou pão; • As refeições principais passaram a ser realizadas na cozinha com a televisão desligada; • A senhora M passou a verificar a temperatura da alimentação antes de ser servida; • A senhora M acrescentou gelatina como sobremesa.
<p>Risco de queda elevado, relacionado com progressão da Doença de Alzheimer, manifestado por quedas frequentes (Score de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda aplicando a escala de queda de Morse (DGS, 2011); • Aplicar a escala de Holden; • Explicar a importância de uma iluminação adequada (Risso, 2012); • Incentivar a manter um ambiente seguro (remoção de tapetes e caminho desimpedido de obstáculos) (Risso, 2012); 	<p>A enfermeira comprometeu-se a diminuir os episódios de queda</p>	<p>A senhora M comprometeu-se a diminuir os episódios de queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O senhor L obteve um score de 80 valores o que significa alto risco de queda; • O senhor L obteve um resultado da categoria 3 o que revela que é dependente na marcha com supervisão; • A casa estava sempre bem iluminada;

	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar a importância do uso de calçado apropriado (Risso, 2012); • Incentivar o uso de ajudas técnicas (como por exemplo um apoio de marcha – bengala) (DGS, 2011); • Proporcionar alternativa em colocar colchão ou almofadas no chão (Risso, 2012); • Colocar uma luz de presença (Costa-Dias, 2014); • Incentivar a presença da senhora M no quarto durante a noite (Risso, 2012). 			<ul style="list-style-type: none"> • O ambiente era seguro, livre de obstáculos. Porém, não se conseguiu que o tapete do quarto fosse removido; • O senhor L apresentava chinelos bem-adaptados aos seus pés e com borracha antiderrapante; • O senhor L por vezes utilizava bengala para se apoiar. Contudo esta não apresentava borracha antiderrapante. • A senhora M não apresentava outro colchão e a colocação de almofadas não diminuiu o risco de queda pois resultou como mais um obstáculo; • Não foi colocada luz de presença; • A senhora M manteve-se a dormir noutro quarto.
<p>Eliminação urinária prejudicada, relacionado com Doença de Alzheimer, manifestado por noctúria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de não ingerir líquidos a partir das 16 horas (Valença, Albuquerque, Rocha, & Aguiar, 2016); • Elucidar para não ingeriu líquidos que sejam irritantes para a bexiga (chá) e alimentos obstipantes (Valença et al., 2016); • Explicar ao senhor L os exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e delegar à senhora M que lembre ao senhor L a repetição dos exercícios (Valença et al., 2016); • Clarificar a importância de urinar regularmente (Valença et al., 2016); • Confirmar o horário da toma dos diuréticos (ICS, 2015); • Incentivar a não colocação da fralda durante o dia (ICS, 2015); 	<p>A enfermeira comprometeu-se a diminuir os episódios de noctúria</p>	<p>A senhora M comprometeu-se a diminuir os episódios de noctúria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O senhor L diminuiu a ingestão hídrica depois das 17 horas; • Por vezes a senhora M fornecia chá; • O senhor L conseguiu compreender os exercícios; • A senhora M esquecia-se de lembrar o senhor da repetição dos exercícios; • O senhor L urinava regularmente; • A toma dos diuréticos era cumprida no horário correto; • O senhor L continuou a usar fralda durante o dia; • As calças do pijama eram de elástico fáceis de serem despidas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de utilizar calças fáceis de despir (Costa et al., 2017). 			
Integridade da pele prejudicada, relacionado com dermatite de estase, manifestado por várias lesões cutâneas a nível do terço inferior dos membros inferiores, rubor, calor e pele seca e descamativa	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tratamento às lesões aplicando nas lesões compressa viscosa impregnada com iodopovidona, e na pele circundante creme gordo, por último tapar toda a área com compressas e ligadura; • Ensino à senhora M em manter a pele íntegra (como por exemplo aplicação diária de creme hidratante e quando a pele apresentar rubor, calor e urticária aplicar pomada com cortisona). 	A enfermeira comprometeu-se em realizar o tratamento de modo a promover a cicatrização das lesões	A senhora M comprometeu-se em manter a pele sã dos membros inferiores com o intuito de evitar o surgimento de novas lesões	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de tratamento conforme planeado; • As lesões cicatrizaram; • A pele manteve-se sã.

Quadro 2. Plano de cuidados em parceria para a promoção do Cuidado de Si da senhora M

Envolver-se	Capacitar	Comprometer-se		Assumir o Cuidado de Si
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Enfermeiro	Senhora M	Resultados de enfermagem
Enfrentamento familiar comprometido, relacionado com apoio familiar insuficiente, manifestado por exaustão do familiar cuidador (senhora M)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a sobrecarga familiar utilizando a escala de Zarit (DGS, 2011); Estabelecer uma relação de empatia, respeito, confiança (Vargas, 2012) e parceria (Gomes, 2016); Validar os conhecimentos da senhora M sobre a possível evolução da doença do senhor L e dos autocuidados (DGS, 2011; Sousa et al., 2017); Proporcionar intervenções: psicoeducacional (aumento de conhecimento e habilidades, compreensão dos sintomas do senhor L); apoio emocional e apoio com foco sistémico (Torrinha, 2017); Ajudar a gerir sintomas de stress e de sentimentos de incapacidade em cuidar do senhor L (Sousa et al., 2017); Colocar a senhora M como observadora dos seus cuidados (Torrinha, 2017); Ajudar a senhora M a promover o cuidado de Si no seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016); Elucidar que os cuidados ao senhor L não terminam com a institucionalização do mesmo (DGS, 2011). 	A enfermeira comprometeu-se a melhorar o apoio familiar	A senhora M comprometeu-se a aceitar o apoio familiar	<ul style="list-style-type: none"> A senhora M obteve um score de 47 valores na escala de Zarit o que significa sobrecarga ligeira; Conseguiu-se criar uma relação de empatia, respeito e confiança; A senhora M conhecia e aceitava a evolução da doença do senhor L; Ao estabelecer uma relação de parceria, confiança e respeito o que possibilitou a partilha de emoções, sentimentos e medos; A senhora M ao compreender que prestava no geral bons cuidados proporcionou-lhe mais confiança; Ao ter perceção dos seus cuidados a senhora M teve consciência das suas competências como cuidadora; A senhora M sentiu mais confiança em prosseguir com o seu projeto de vida e saúde; A senhora M conhece e sabe como recorrer aos apoios da comunidade.
Risco de isolamento social, relacionado com função de cuidadora informal e mudança de domicílio,	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar recorrendo à escala GDS-15 (DGS, 2011); 	A enfermeira comprometeu-se a diminuir o isolamento social	A senhora M comprometeu-se a socializar mais	<ul style="list-style-type: none"> A senhora M obteve um resultado de 7 valores que revela risco de isolamento social;

<p>manifestador por insuficiente convívio social, muito tempo de permanência no domicílio apenas com o senhor L e verbalizações “Gostava de conviver mais!”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar espaço e tempo para expressar os seus sentimentos, medos e angústias (Vargas, 2012); • Explicar a importância de ter um momento só para si (Brodaty & Donkin, 2009); • Ajudar a aumentar a rede de apoio aos vizinhos (National Academies of Sciences Engineering and Medicine., 2016); • Explicar a importância da família em ser mais presente (National Academies of Sciences Engineering and Medicine., 2016); • Elucidar sobre a importância dos apoios da comunidade (National Academies of Sciences Engineering and Medicine., 2016). 			<ul style="list-style-type: none"> • Foi proporcionado espaço que possibilitou a partilha de sentimentos, medos e emoções; • A senhora M dedicou mais tempo a realizar palavras cruzadas; • A senhora M não conseguiu alargar a rede de apoio aos vizinhos; • A família manteve o mesmo apoio; • A senhora conhece os apoios da comunidade.
<p>Alimentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saber o que a senhora M conhece sobre uma alimentação saudável (Popa, Mateus, Correia, & Braz, sem data); • Informar sobre a importância de cumprir um horário para as refeições (Vieira, Vieira, Missias, Andrade, & Sousa, 2014); • Propor que deve realizar refeições ligeiras de 3/3 horas ou de 4/4 horas, com alimentos saudáveis (vegetais ou frutas cortados) (Vieira et al., 2014); • Reforçar a importância de uma alimentação saudável e variada (Vieira et al., 2014); • Sugerir a introdução de ervas aromáticas e especiarias (Popa et al., sem data). 	<p>A enfermeira comprometeu-se a instituir hábitos alimentares saudáveis</p>	<p>A senhora M comprometeu-se a adotar hábitos alimentares saudáveis</p>	

Modelo de parceria para a promoção do <i>Cuidado de Si</i>	Fase COMPROMETER-SE
--	---------------------

Nesta fase o enfermeiro e a pessoa idosa desenvolvem esforços para satisfazer o projeto de vida e saúde da pessoa idosa. O enfermeiro ajuda a pessoa idosa a cumprir o compromisso e os objetivos que a mesma idealizou ou definiu para si própria. Além disso, o enfermeiro pode também capacitar para que seja o familiar cuidador a ajudar a pessoa idosa a seguir o caminho, quando a mesma demonstra que não tem capacidade de autonomia para decidir sobre si (Gomes, 2016).

Na quarta fase ajudou-se a familiar cuidadora a cumprir o compromisso no cuidar, de modo a manter a individualidade do senhor L. Foram validadas as intervenções para a promoção do *Cuidado de Si*.

Modelo de parceria para a promoção do <i>Cuidado de Si</i>	Fase ASSUMIR O CONTROLO DE SI OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO
--	---

Esta última fase apresenta igualmente uma dupla faceta. Por um lado, o assumir o *Cuidado de Si* significa que a pessoa idosa tem a capacidade e a autonomia de controlar e decidir sobre o seu próprio projeto de vida e saúde. Por outro lado, o assegurar o cuidado do outro é quando o enfermeiro assegura o cuidado do outro ou ajuda a família, capacitando-a para o cuidar do outro de modo a ir ao encontro das suas necessidades, daquilo que o outro decidiria ser o melhor para si, prosseguindo com o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

Na última fase devido, às limitações do senhor L, assegurou-se o cuidado do outro através do familiar cuidador. A senhora M detém informação e conhecimento de modo a que lhe permite tomar decisões, a reconhecer os motivos das idas ao SU e como gerir o plano de cuidados. Porém detetou-se que a senhora M apresenta alguns sinais de exaustão de cuidador, uma vez que a mesma refere que cuidar do senhor L a impedia de socializar com outras pessoas, incluindo os familiares e vizinhos, e também a limitava nos momentos em que tinha que se ausentar de casa.

Em relação ao facto do senhor L ser um utilizador frequente do SU, a senhora M sabia os motivos por que este tinha recorrido, uma vez que foi ela quem pediu auxílio, mas não tinha a perceção que ele era um utilizador frequente do SU (porque não conhecia o conceito). Cumpria rigorosamente o plano medicamentoso (horário, dosagem), mas instituía poucas opções não farmacológicas. Além disso, só conhecia e recorria a consulta aberta diária da USF como serviço de apoio ao SU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para nós, acompanhar esta família e elaborar um estudo de caso foi deveras interessante e estimulante, uma vez que houve a possibilidade de atuar em diversas áreas. Contudo, alguns contratemplos impediram-nos de atingir em pleno os resultados que pretendíamos. A referir que a colheita de dados se tornou um pouco prolongada, mesmo aproveitando ao máximo todos os momentos. Uma vez que, se tratava de cuidados prestados no domicílio, a gestão do tempo tinha de ser articulada em consonância com os restantes enfermeiros. A deslocação entre os vários utentes dos cuidados domiciliários era realizada através de táxi. Uma das estratégias adotadas para poder aproveitar ao máximo o tempo, era que o utente fosse o primeiro a ser cuidado, deste modo eu continuava a prestar cuidados e no fim quando todos os enfermeiros tivessem prestado os cuidados eu era a última a ser trazida de volta para a USF. Outra desvantagem foi devido ao facto de só serem estipuladas duas visitas domiciliárias por semana a este utente. Neste sentido, não se conseguiu trabalhar algumas intervenções como inicialmente idealizado ou necessário, de modo a melhorar a condição de saúde e de vida.

Por exemplo, a mudança de alguns hábitos tornou-se deveras um desafio. Um deles estava relacionado com a remoção dos tapetes. Embora a senhora M soubesse da importância da ausência de tapetes, ou que estes devessem estar fixos ao chão, como estratégia em reduzir os episódios de queda, durante o estágio não foi possível a remoção do tapete do quarto do senhor L junto à cama. A senhora M referiu que o tapete era do agrado do mesmo e que tinha um valor sentimental para ele. Ainda relacionado com o diagnóstico risco de queda, foi o facto da senhora M se manter a dormir noutro quarto e não ter sido colocada uma luz de presença à noite no quarto do senhor L. As justificações cingiam-se a alterações de comportamentos e de hábitos, que devido à gestão do tempo não foram trabalhados o suficiente.

Outro aspeto que não se conseguiu melhorar na íntegra foi relativo à alimentação. Apesar da senhora M ter percebido a importância em melhorar alguns aspetos na alimentação, como a introdução de *snacks* ao longo do dia, alterar o tipo de pão, esta manteve os mesmos hábitos. Os motivos prenderam-se novamente com alteração de comportamentos (pois a senhora M referia que o pão de forma se mantinha fresco durante mais dias, evitando sair de casa para realizar compras).

Em relação aos cuidados de higiene não se conseguiu encontrar a equipa que dava apoio com o intuito de observar como estes cuidados eram prestados, de modo a verificar se haveria aspetos a melhorar. Do mesmo modo, também não foi possível observar a senhora M a prestar cuidados de higiene.

Em relação à senhora M os scores obtidos através das escalas de APGAR e de Zarit foram para mim uma surpresa, uma vez que a partir das verbalizações da senhora M idealizei um diagnóstico que depois não foi objetivado pela aplicação das respetivas escalas. Isto é, inicialmente antes de aplicar a escala APGAR supunha que se tratava de uma família com pouco apoio, porém o resultado obtido foi que se tratava de uma família funcional. O mesmo aconteceu com a escala de Zarit, uma vez que pensava que a senhora M se encontrava exausta por cuidar do senhor L, porém após a aplicação da escala verificou-se que a mesma apresentava apenas sobrecarga ligeira. Revelando, deste modo, a importância de aplicar uma escala.

Ainda em relação à senhora M, apesar da mesma ter consciência da importância do convívio social era-lhe difícil mantê-lo. Referiu por várias vezes que sentia falta das suas vizinhas onde morou cerca de cinquenta anos. Embora o prédio onde morava apresentasse vários apartamentos, era-lhe difícil estabelecer uma relação com os vizinhos. Referia que não os via e que, por essa razão, não sentia confiança para lhes poder solicitar ajuda. Sentia igualmente falta dos seus filhos e netos, referindo que gostava que os mesmos a visitassem mais vezes. Além disso, referiu que a dependência do senhor L lhe impedia de conviver e de sair mais vezes de casa. Uma possível solução para minimizar esta situação era recorrer aos apoios da comunidade. A senhora M, por exemplo, sabia da existência de unidades específicas para internamento por exaustão do cuidador, mas estava renitente à sua utilização. A senhora M dava uma resposta simples e mudava de assunto, quando se tocou neste tema. Dava a entender que estava conformada com o fato de ser a cuidadora do senhor L. Deste modo, não foi possível desmistificar que com a institucionalização do senhor L ela não deixaria de ser sua cuidadora.

Não descurando de que o senhor L tratava-se de um utilizador frequente do SU, pode-se constatar que a atuação do enfermeiro nesta área é deveras importante com o intuito de diminuir esta incidência. Para tal, o primeiro passo prende-se em conhecer os motivos e as razões pelos quais o senhor L foi levado ao SU. Após a análise sobre a informação fornecida pela senhora M, foi possível concluir que os motivos estavam relacionados com episódios agudos das suas doenças crónicas, sendo as quedas o incidente que mais se repetiu. Perante a informação recolhida,

pode-se concluir que a senhora M agiu em conformidade face aos sintomas, utilizando deste modo, corretamente o SU. Coloca-se então a questão “Como diminuir estes episódios?” Embora a senhora M estivesse ciente sobre as possíveis alterações para diminuir estes episódios, pouco alterou na sua rotina. A explicação mais lógica prende-se essencialmente com alterações de comportamentos, aspeto esse que é extremamente difícil de modificar. Por exemplo: não foi removido o tapete do quarto do senhor L (que foi causador de várias quedas) por ser do agrado do mesmo; a senhora M não dormia no mesmo quarto do senhor L, referindo que apresentava outras rotinas que iam interferir no sono do senhor L; não foi adquirido uma bengala para dar mais apoio na locomoção. Contudo, ao longo do ensino clínico também não foi possível ajudar em pleno nesta alteração, ou encontrar outras hipóteses em conjunto com a senhora M, que fossem igualmente eficazes para a diminuição do número de episódios de quedas.

Um aspeto particularmente interessante é que após a consulta do processo (depois de consentimento livre e esclarecido por parte da senhora M) verificou-se que existiram outros motivos que provocaram a ida do senhor L ao SU e que não foram identificados pela senhora M. Esses motivos estavam relacionados com o agravamento do edema dos membros inferiores e otorragia do ouvido direito.

Assim, ao analisar os motivos que levaram o senhor L ao SU constatou-se que os mesmos estavam associados a situações de agudização de doença crónica indo ao encontro do que foi referido na literatura nos estudos dos autores Kraaijvanger, Leeuwen, Rijpsma, & Edwards (2016); Legramante et al. (2016); Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell (2017) e Andrews & Kass (2018).

Outro aspeto está relacionado com o facto de a senhora M saber identificar as razões pelas quais recorreu ao SU com o senhor L. Esta considerava que o SU era o serviço mais adequado em dar resposta às necessidades, devido à presença de mais meios tecnológicos e de um atendimento rápido. Uma vez mais, está em consonância com o que foi referido nos estudos dos autores acima referidos. Além disso, sentiu-se necessidade em informar da existência de outros serviços que dão resposta ao SU, uma vez que, a senhora M apenas conhecia a Consulta Aberta Diária da USF. O mesmo está relatado nos estudos dos autores referidos anteriormente.

Em forma de síntese, a importância para nós deste estudo de caso, foi devido a um “simples” aspeto clínico – lesões cutâneas resultantes da dermatite de estase, possibilitou detetar que se tratava de um utilizador frequente do SU e simultaneamente da fragilidade desta família, permitindo elaborar diversos diagnósticos de enfermagem

atuando em variadas áreas, bem mais importantes do que o diagnóstico inicial, de modo a promover o *Cuidado de Si*. Como referido no primeiro capítulo deste relatório é primordial que o enfermeiro se baseie num modelo(s) de enfermagem, de modo a nortear a sua prática esteja. Por conseguinte, acompanhar e cuidar desta família revelou-se um desafio, implicando o recurso a diversas estratégias. Por exemplo, o fato dos cuidados serem prestados no domicílio (o que é uma novidade para mim) permitiu o desenvolvimento de competências.

Desta forma, o caso do senhor L revela-se num caso complexo, na medida em que se trata de uma pessoa idosa, com várias doenças crónicas, é utilizador frequente do SU e possui um familiar cuidador que carece igualmente de cuidados. Revela simultaneamente fragilidade, o que implica uma abordagem multidimensional com um plano terapêutico centrado na pessoa. Embora a senhora M conseguisse cumprir o plano medicamentoso e o seguimento nas respetivas consultas a nível da USF e hospitalar, revelou-se não ser suficiente, uma vez que o senhor L necessita de uma maior vigilância por parte dos profissionais de saúde, no sentido de minimizar a evolução das doenças crónicas. Consciencializando todos estes aspetos e tentando responder à pergunta acima colocada “Como diminuir estes episódios?”, uma possível resposta poderia passar por uma articulação mais eficaz entre o senhor L e a sua familiar cuidadora e a equipa multidisciplinar através da implementação da Gestão de Caso²⁴ tendo como base o modelo de intervenção em parceria para a promoção do *Cuidado de Si* (Gomes, 2016).

Embora ainda seja uma enfermeira mestranda, este estudo de caso revela a importância do enfermeiro especialista e mestre, uma vez que ao ser detentor de competências permite-lhe captar as singularidades de cada indivíduo, indo ao encontro das necessidades e potencialidades, individualizando o cuidado tendo como base uma relação de parceria, permitindo a promoção do *Cuidado de Si*.

²⁴ A gestão de casos é definida “(...) como um método para planear, coordenar, implementar e avaliar a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados ao paciente e à família, com vista a melhorar a qualidade de vida, a menor custo” (Guterres, Gonçalves, Afonso, Domingues, & Carvalho, 2013, p, 42). O gestor de casos possui uma importância fundamental, uma vez que, procura encontrar o equilíbrio entre as necessidades do paciente e as do sistema, maximizando a qualidade dos cuidados minimizando a fragmentação. A salientar, que nem todos os profissionais podem assumir o papel de gestor de caso, visto que são necessárias competências específicas, nomeadamente: comunicacionais, espírito de liderança, gestão de recursos e de conflitos (Guterres et al., 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Greater Los Angeles. (2008). *Guideline for Alzheimer's disease management - California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management: Final Report 2008*. California: Department of Public Health. Obtido de <https://www.alzheimersla.org/wp-content/uploads/2016/01/Professionals-Guideline-FullReport-CA.pdf>.
- Andrews, H., & Kass, L. (2018). Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Internal and Emergency Medicine*, 1–8. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380133>.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65–73. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14033>.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., 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. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2007). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. Em I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 217–220). Lisboa: ISPA.
- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-217.pdf>.
- Costa-Dias, M. J. M. da. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: Fatores de risco*. (Tese de Doutoramento). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>.
- Costa-Dias, M. J. M., & Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 153–161. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>.
- Costa-Dias, M. J. M., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e

- linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 7–17. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>.
- Costa, T. M. S., Neto, V. L. S., Domingos, M. M. C., Silva, B. C. O., Negreiros, R. V., & Silva, R. A. R. (2017). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes com esclerose múltipla. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(3), 1–16. Obtido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1331/291>.
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9), 1137–1149. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5599959/pdf/ACEM-24-1137.pdf>.
- DGS. (2011). Norma da Direção-Geral da Saúde. Obtido de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Abordagem-Terapêutica-das-Alterações-Cognitivas.pdf>.
- DGS. (2015). *Nutrição e doença de Alzheimer*. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.
- Duque, A. S., Gruner, H., Clara, J. G., Ermida, J. G., & Veríssimo, M. T. (sem data). *Avaliação geriátrica*. GERMI. Obtido de https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.
- Girão, S. M. M. (2015). *Determinantes da Incapacidade Funcional em Doentes com AVC*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/3269>.
- Gobbens, R. J., Schols, J. M., & Assen, M. A. van. (2017). Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1739–1752. Obtido de http://www.zhga.nl/external/files/2017-10-19_R_Gobbens_TFI.pdf.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas Edições Académicas.
- Guterres, J., Gonçalves, G., Afonso, A., Domingues, F., & Carvalho, G. (2013). Gestor de casos: expertise clínica. *Revista investigação em Enfermagem*, 5(2), 41–47. Obtido de http://sinaisvitais.pt/formasau/documents/rie/Rie5_r.pdf.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA - I*

- Definições e classificação 2018-2020* (11.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, *394*, 1365–1375. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6).
- ICS. (2015). *International Continence Society: Fact sheets - A background to urinary and faecal incontinence*. Londres: International Continence Society. Obtido de file:///C:/Users/EU/Downloads/ICS_Fact_Sheets_2015.pdf.
- Kraaijvanger, N., Leeuwen, H. van, Rijpsma, D., & Edwards, M. (2016). Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, *16*(685), 1–19. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148909/pdf/12913_2016_Article_1935.pdf.
- Legramante, J. M., Morciano, L., Lucaroni, F., Gilardi, F., Caredda, E., Pesaresi, A., ... Palombi, L. (2016). Frequent use of Emergency Departments by the elderly population when continuing care - Is not well established. *PLOS ONE*, *11*(12), 1–11. Obtido de doi: 10.1371/journal.pone.0165939.
- Loureiro, M. H. V. S. (2008). *Validação do «Mini-Nutricional Assesment» em idosos*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/19126947.pdf>.
- Melo, D. M., & Barbosa, A. J. G. (2015). O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(12), 3865–3876. Obtido de doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015.
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm*, *23*(2), 218–223. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>.
- Nascimento, L. C., Dantas, I. R. O., Andrade, R. D., & Mello, D. F. (2014). Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, *23*(1), 211–220. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100211&script=sci_arttext&tIng=pt.
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2016). *Families caring for an aging America*. Washington, DC: The National Academies Press. Obtido de doi: 10.17226/23606.

- Nogueira, A. P. F., Lucena, K. D. T., Pinto, B. P. V., Araújo, M. F., Ataíde, M. C. C., Neto, W. D. P., & Deininge, L. S. C. (2017). A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(12), 5110–5115. Obtido de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23522p5110-5115-2017>.
- Parente, A., Pereira, A. M., & Mata, A. (2018). Estado nutricional e nível de independência em pessoas idosas. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 12, 18–25. Obtido de <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1204>.
- Popa, C., Mateus, M. P., Correia, M. M., & Braz, N. (sem data). *Guião de Formação “Cuidado nutricional em idosos” Sessões CENIE 2018/2019*. UAlg, Interreg, CENIE. Obtido de [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/12790/3/VF_Completo_Guião de Formação Cuidado Nutricional em Idosos_Formações CENIE1.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/12790/3/VF_Completo_Guião_de_Formação_Cuidado_Nutricional_em_Idosos_Formações_CENIE1.pdf).
- Risso, S. M. G. (2012). *Risco de queda em doentes confusos: Estudo exploratório numa unidade hospitalar de medicina*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/15995>.
- Rosa, C. S. M. G. (2016). *Os cuidados de higiene corporal na pessoa idosa com demência*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/19003>.
- Segal-Gidan, F., Cherry, D., Jones, R., Williams, B., Hewett, L., & Chodosh, J. (2011). Alzheimer’s Disease Management Guideline: Update 2008. *Alzheimer’s & Dementia*, 7, 51–59. Obtido de doi:10.1016/j.jalz.2010.07.005.
- Sequeira, C. A. C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9–16. Obtido de <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>.
- Simões, A. L., Ferreira, P. L., & Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Port J Public Health*, 1–7. Obtido de doi: 10.1159/000492139.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 45–50. Obtido de <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>.
- Torrinha, A. C. V. (2017). *Cuidadores familiares da pessoa com síndrome demencial: Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/19136>.

- Valença, M. P., Albuquerque, A. F. L. L., Rocha, G. M. S., & Aguiar, A. P. D. (2016). Cuidados de enfermagem na Incontinência urinária: um estudo de Revisão Integrativa. *ESTIMA*, 14(1), 43–49. Obtido de doi: 10.5327/Z1806-3144201600010007.
- Vargas, D. M. F. (2012). *As intervenções de enfermagem que permitem a diminuição da sobrecarga do cuidador informal de cuidados à pessoa com demência*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.15/1222>.
- Vera, I., Lucchese, R., Munari, D. B., & Nakatani, A. Y. K. (2014). Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 199–210. Obtido de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>.
- Vieira, L. M., Vieira, F. P., Missias, H. D. S., Andrade, J. R., & Sousa, M. N. A. (2014). Atuação do enfermeiro em relação ao controle nutricional em idosos na atenção primária à saúde. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 1(2), 227–243.

APÊNDICE VI

Memórias descritivas das sessões de formação

MEMÓRIA DESCRITIVA

A memória descritiva permite dar a conhecer: o tema, resumo, o objetivo geral, os objetivos específicos, destinatários, formador, local, data, hora e duração. Deste modo, além de possibilitar a divulgação da sessão de formação, permite igualmente motivar a população alvo em participar.

A memória descritiva da primeira sessão de formação foi afixada em forma de cartaz e estrategicamente colocada no *placard* do corredor de acesso ao refeitório dos profissionais, uma vez que é um local de passagem por todos os profissionais e desta forma, iria permitir que todos os elementos tivessem conhecimento e podem-se participar. A memória descritiva elaborada para a segunda sessão de formação foi colocada no *placard* existente no corredor entre as salas de enfermagem. De igual forma, foi colocada num lugar estratégico para que todos os enfermeiros tivessem conhecimento, promovendo a divulgação da mesma.

Seguidamente são apresentadas as memórias descritivas respetivamente para a primeira e segunda sessão de formação.

A UTILIZAÇÃO FREQUENTE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PELAS PESSOAS IDOSAS DA USFX: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI

Destinatários:

Equipa multiprofissional da
USFX

Responsáveis pelo plano da sessão de formação:

Estudante Alexandra Seara
Enfermeiro Sérgio Jorge
Prof. Dr^a Idalina Gomes

Formador:

Estudante Alexandra Seara

Local:

Sala de reuniões da USFX

Data:

18 de outubro de 2019

Hora:

14H30 (durante a reunião
multiprofissional)

Duração:

20 min

Enquadramento

A prevalência de doenças crónicas nas pessoas idosas conduz a um aumento do risco de declínio funcional e da síndrome da fragilidade nesta faixa etária.

As pessoas idosas frágeis necessitam de recursos sociais e de saúde mais complexos para atender às suas necessidades e por conseguinte, apresentam uma maior probabilidade de serem utilizadoras frequentes do serviço de urgência hospitalar (SU).

Estas pessoas ao poderem fazer uma utilização inadequada destes recursos, nomeadamente do SU, contribuem para a sua sobrecarga e sobrelotação, acarretando um aumento dos custos e comprometendo a gestão da doença crónica.

O projeto “Instituições de Ensino e de Saúde Amigas das Pessoas Idosas” pretende melhorar os cuidados geriátricos através da adequação das práticas, da identificação de barreiras e da sensibilização e educação dos profissionais de saúde sobre as necessidades específicas das pessoas idosas, tornando a “USFX Amiga das Pessoas Idosas”.

Objetivos

No final da sessão de formação os formandos sejam capazes de:

- Identificar como problemática a utilização frequente pelas pessoas idosas inscritas na USFX do serviço de urgência hospitalar;
- Conhecer as atividades do projeto.

Fragilidade sob o ponto de vista de enfermagem

Enquadramento

O envelhecimento da população é uma realidade presente a nível mundial, constatando-se uma inversão da pirâmide etária. É um processo dinâmico e progressivo que inevitavelmente leva a perdas e consequentemente à fragilidade.

O conceito fragilidade está a ser amplamente utilizado, porém a sua definição nem sempre é linear. Tendo presente que a fragilidade acarreta um desafio a nível da saúde, da política e da economia é imperioso implementar intervenções específicas e ações preventivas, de forma a impedir ou retardar a sua progressão. Uma das medidas a implementar passa pelo uso de instrumentos de avaliação de fragilidade.

Uma vez que o enfermeiro tem como centro dos seus cuidados a pessoa, baseando-se numa prática de enfermagem avançada, apresenta um papel ativo e fundamental de intervenção nesta problemática.

Objetivos

- Clarificar o conceito de fragilidade;
- Capacitar a equipa de enfermagem no cuidado à fragilidade.

No final da sessão de formação os formandos sejam capazes de:

- Utilizar o instrumento de fragilidade Tilburg Frailty Indicator (TFI) – versão portuguesa;
- Identificar cuidados de enfermagem à pessoa idosa frágil.

Responsáveis pelo plano da sessão de formação:

Estudante Alexandra Seara
Prof. Dr^a Idalina Gomes
Enfermeiro Sérgio Jorge

Formador:

Estudante Alexandra Seara

Destinatários:

Enfermeiros

Local:

Sala de reuniões da USFX

Data:

22 de novembro de 2019

Hora:

13H30 (durante a reunião de equipa)

Duração:

30 min

APÊNDICE VII

Planos das sessões de formação

PLANO DE SESSÃO

O plano de sessão deve basear-se no conteúdo programático, de modo a incluir todo o planeamento da sessão de formação. É um documento que serve simultaneamente de apoio e consulta para o formador sobre todas as atividades necessárias para a realização da sessão de formação. A estrutura do plano de sessão vai ao encontro do que está estipulado e as particularidades e necessidades do formando (Diogo & Vieira, 2006).

Deste modo o plano de sessão permitiu estruturar a sessão de formação de forma a que fosse cumprido todos os elementos essenciais à mesma.

De seguida são apresentados os planos de sessão que foram elaborados para a primeira e segunda sessão de formação respetivamente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Diogo, R., & Vieira, J. (2006). *Guia metodológico* (1.^a ed.). Comissão Europeia. Obtido de <https://www.fea.pt/files/74f9fca7e9045a5d6cfb2253bee1b03251d029f1.pdf>.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas da USFX:

Intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de Si

Responsáveis pelo plano da sessão de formação: Estudante Alexandra Seara

Professora Dr^a Idalina Gomes

Enf. Sérgio Jorge

Formador: Estudante Alexandra Seara

Destinatários: Equipa multiprofissional da USFX

Local: Sala de formação da USFX

Data: 18 de outubro de 2019

Hora: 14H30 (durante a reunião multiprofissional)

Duração: 20min.

Objetivo geral	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar a equipa na participação do Projeto: “Prevenção da utilização frequente dos Serviço de Urgência pelas pessoas idosas de uma USF: Intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de Si”
Objetivo específico	<p>No final da sessão de formação os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar como problemática a utilização frequente pelas pessoas idosas da USFX do Serviço de Urgência; • Conhecer as atividades do projeto.

Assuntos	Conteúdos programáticos	Atividades a desenvolver	Metodologia	Duração	Recursos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Enquadramento da problemática - Apresentação dos dados 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de documentos Introdução do tema Motivação para o tema Descrição dos objetivos 	Método expositivo e interativo	5 min.	Materiais: - computador; - projetor; - tela branca - documentos - sala - cadeiras Humanos: - formador Financeiros: - impressão dos documentos; - energia	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição da problemática - Definição de conceitos Apresentação do projeto: <ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento - Identificação dos utentes - Consentimento informado - Guião da entrevista - Estudo de caso - Ação de formação enfermeiros - Apresentação dos resultados 		10min		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese Esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão dos conteúdos Avaliação da sessão de formação 		5 min		

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Fragilidade sob o ponto de vista de enfermagem

Responsáveis pelo plano da sessão de formação: Estudante Alexandra Seara
Professora Dr^a Idalina Gomes
Enf. Sérgio Jorge

Formador: Estudante Alexandra Seara

Destinatários: Equipa de enfermagem da USFX

Local: Sala de formação da USFX

Data: 22 de novembro de 2019

Hora: 13H30 (durante a reunião de equipa)

Duração: 30min.

Objetivo geral	<ul style="list-style-type: none">• Clarificar o conceito de fragilidade;• Capacitar a equipa de enfermagem no cuidado à fragilidade.
Objetivo específico	No final da sessão de formação os formandos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Utilizar o instrumento de fragilidade Tilburg Frailty Indicator (TFI) – versão portuguesa;• Identificar cuidados de enfermagem à pessoa idosa frágil.

Assuntos	Conteúdos programáticos	Atividades a desenvolver	Metodologia	Duração	Recursos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Definição de conceitos 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de documentos Introdução do tema Motivação para o tema Descrição dos objetivos 	Método expositivo e interativo	2 min.	Materiais: - computador; - documentos - sala - cadeiras Humanos: - formador Financeiros: - impressão dos documentos; - energia	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Enquadramento da problemática 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição da problemática <ul style="list-style-type: none"> - apresentação de alguns instrumentos de fragilidade - intervenções de enfermagem 		10min		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese Esclarecimento de dúvidas Revisão do instrumento de fragilidade Tilburg Frailty Indicator (TFI) – versão portuguesa 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão dos conteúdos Avaliação da sessão de formação Exercício prático do instrumento de fragilidade Tilburg Frailty Indicator (TFI) – versão portuguesa 		3 min 15 min		

APÊNDICE VIII

Folhas de presenças das sessões de formação

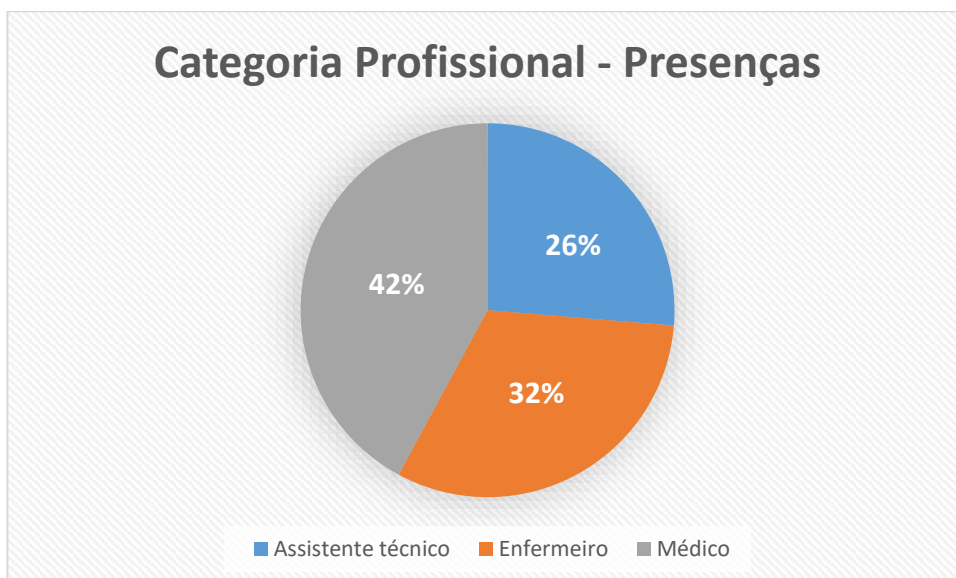
FOLHA DE PRESENÇAS

A folha de presença tem como objetivo determinar a taxa de participação da sessão de formação e categoria profissional esteve presente. Deste modo, foram elaboradas duas folhas de presença respetivamente para a primeira e segunda sessão de formação.

Na primeira sessão de formação, a partir da análise da folha de presença, pode-se concluir que dos 22 elementos da equipa estiveram presentes 18, o que perfaz uma taxa de participação de 82%. Desses 22 elementos participaram 5 dos 6 assistentes técnicos, 6 dos 8 enfermeiros e 8 médicos (número total de médicos). A referir que esteve presente um médico de ano comum e a pedido de um profissional, que não conseguiu estar presente, foi repetida individualmente ao respetivo profissional, revelando ser um tema pertinente.

No seguinte gráfico encontra-se explanado os participantes que estiveram presentes durante a primeira sessão de formação.

Gráfico 1. Participação na primeira sessão de formação



Em relação à segunda sessão de formação, depois da análise da respetiva folha de presença pode-se determinar que estiveram presentes 5 dos 8 enfermeiros o que revela uma percentagem de 75% de adesão. A referir que foi permitido a participação de uma estudante de enfermagem do curso de licenciatura, que se encontrava a realizar em ensino clínico nesse dia, por a mesma referir interesse em participar e por a formadora da sessão de formação, considerar que é uma mais valia a participação da estudante na sessão de formação.

Seguidamente são ilustradas as duas folhas de presenças que foram criadas para a primeira e segunda sessão de formação reciprocamente.

APÊNDICE IX

Grelhas de avaliação e avaliação das sessões de formação

GRELHA DE AVALIAÇÃO

A grelha de avaliação permite avaliar a sessão de formação, nomeadamente as atividades do formador. A avaliação é uma parte do processo de planeamento e deve fornecer informação ao formador de modo a proporcionar melhoria nas futuras formações. A avaliação da formação deve contemplar a qualidade da formação, a orientação do controlo de qualidade da formação e a análise da satisfação dos participantes (Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE, 2012).

A grelha de avaliação foi construída em duas partes. A primeira parte foi dividida em 4 áreas (conteúdo programáticos, formador, organização e avaliação geral) de resposta de escolha múltipla. A segunda parte foi contemplada com 3 respostas abertas referentes aos: aspetos positivos, aspetos a melhorar e sugestões. A avaliação contribuiu para identificar o nível de satisfação dos participantes. As críticas positivas resultaram em reforço positivo, tendo sido gratificante. As críticas negativas foram construtivas e promotoras de estratégias em melhorar futuras apresentações.

Seguidamente são apresentadas as duas grelhas de avaliação para a primeira e segunda sessão de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto de Estudos Sociais e Económicos - IESE. (2012). *Referencial de formação pedagógica inicial de formadores*. Departamento de Formação Profissional, Centro Nacional de Qualificação de Formadores. Obtido de https://www.apg.pt/downloads/file422_pt.pdf.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Fragilidade sob o ponto de vista de enfermagem

Responsáveis pelo plano da sessão de formação: Estudante Alexandra Seara

Professora Dr^a Idalina Gomes

Enf. Sérgio Jorge

Formador: Enf. Alexandra Seara

Destinatários: Equipa de enfermagem da USFX

Local: Sala de formação da USFX

Data: 22 de novembro de 2019

Hora: 13H30 (durante a reunião de equipa)

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Pontuação	1	2	3	4	5

	ITENS A AVALIAR	1	2	3	4	5
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	Conteúdo da sessão de formação pareceu adequado ao seu nível de conhecimento					
	Estrutura da sessão de formação					
	Utilidade dos conteúdos					
	Duração da sessão de formação					
FORMADOR	O formador conseguiu motivar os formandos					
	Domínio dos conteúdos tratados					
	A linguagem utilizada foi clara e assertiva					
	Houve oportunidade para esclarecer as dúvidas					
ORGANIZAÇÃO	Qualidade da instalação					
	Equipamentos utilizados foram adequados					
	Documentos disponíveis					
AVALIAÇÃO GERAL	Concretização dos objetivos propostos					
	Esta sessão de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação					
	Foi cumprido o horário definido					
	Recomendaria a formação a outro colega					

ASPETOS POSITIVOS

ASPETOS A MELHORAR

SUGESTÕES

De seguida são apresentados os gráficos referentes à avaliação da primeira sessão de formação.

Gráfico 1. Conteúdos programáticos da primeira sessão de formação

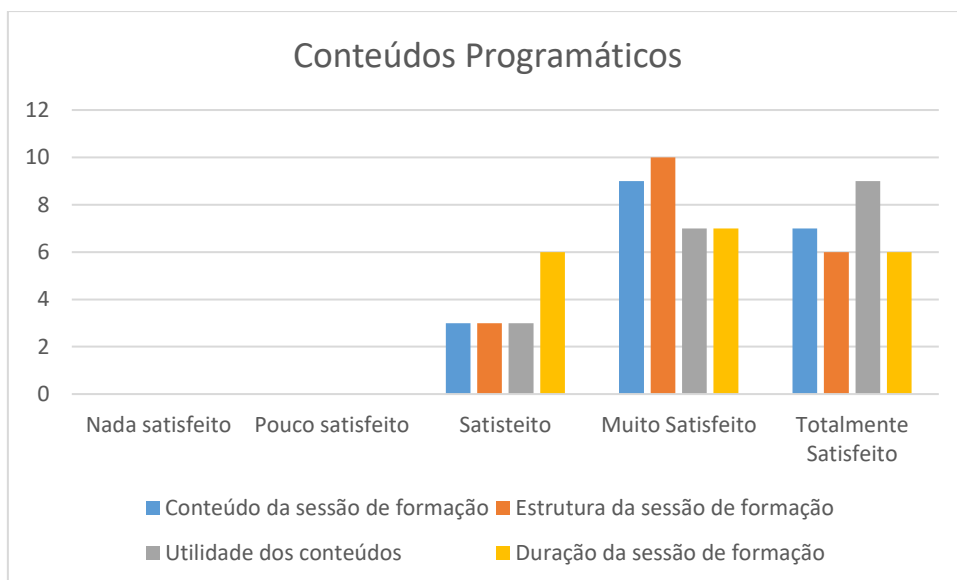


Gráfico 2. Avaliação do formador da primeira sessão de formação

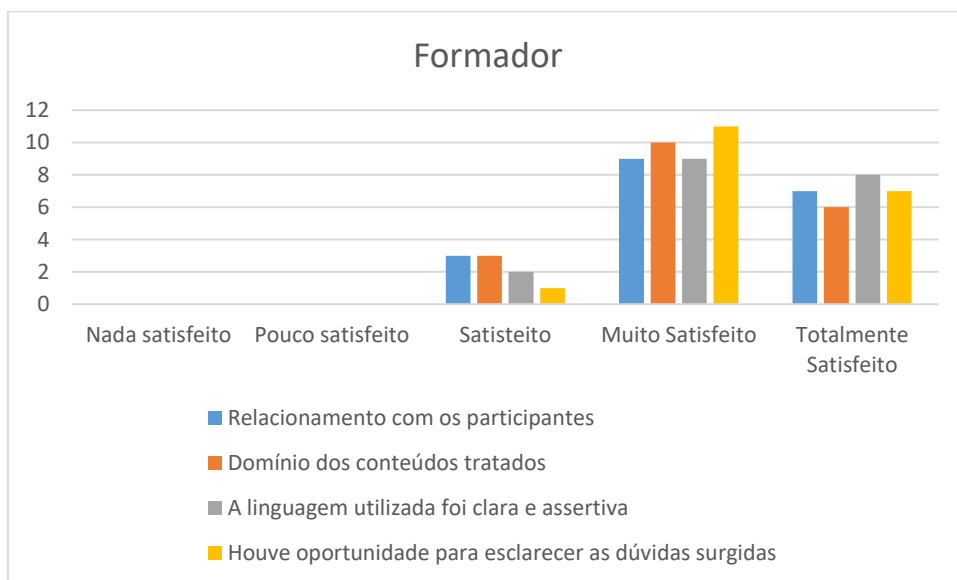
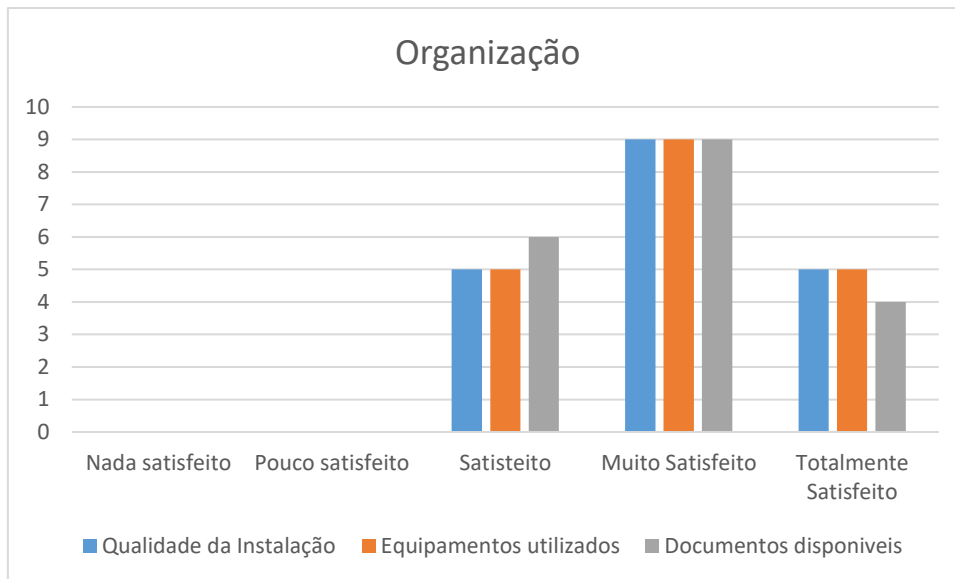


Gráfico 3. Organização das instalações da primeira sessão de formação



Aspetos positivos

- Apresentação do diagnóstico de situação claro e objetivo;
- Análise de dados clara e estruturada;
- Clareza;
- Clareza da oradora. Sistematização dos temas e slides da apresentação efetuada;
- Excelente gestão do tempo;
- Muito positiva com dados muito interessantes e muito importantes para o desenvolvimento do nosso trabalho diário;
- Foi muito útil para avaliação da nossa USF (...);
- Assunto de grande pertinência;
- Tom de voz monocórdico;
- Estudo de relevância para a prática diária da Unidade;
- Assunto da máxima importância para a unidade;
- Tema pertinente e muito importante. Boa apresentação gráfica e oral.

Aspetos a melhorar

- Análise crítica com maior profundidade;
- Apresentação muito agradável, aumentar um pouco o tom de voz e eliminar o nervosismo 😊 (é normal estar um pouco nervosa porque não nos conhece). Parabéns!;
- Correlação “idas ao SU <> unidades com mais idosos” parece-me perigoso não contabilizar ou pelo menos identificar como limitações da análise outros fatores: distância ao SU das unidades, ter ou não médico de família, USF vs UCSP, literacia;
- Rigor na linguagem e utilização de bengalas linguísticas e expressões populares;
- Esclarecimento melhor sobre os conteúdos;
- Organização dos conteúdos ao longo do tempo de apresentação.

Sugestões

- Análise bibliográfica mais extensa com base nos resultados obtidos, sejam eles esperados ou não;
- Na capa do trabalho, acho que ficaria melhor a palavra Enf.^a (em vez de estudante). É um preciosismo 😊;
- Abordar as variáveis acima;
- Apresentar os resultados em forma de póster;
- Muito boa apresentação e muito esclarecedora, a repetir;
- Os gráficos deveriam ter cores mais vivas.

Em relação à segunda sessão de formação elaboraram-se os seguintes gráficos tendo em conta as grelhas de avaliação da respetiva sessão de formação.

Gráfico 4. Conteúdos programáticos da segunda sessão de formação

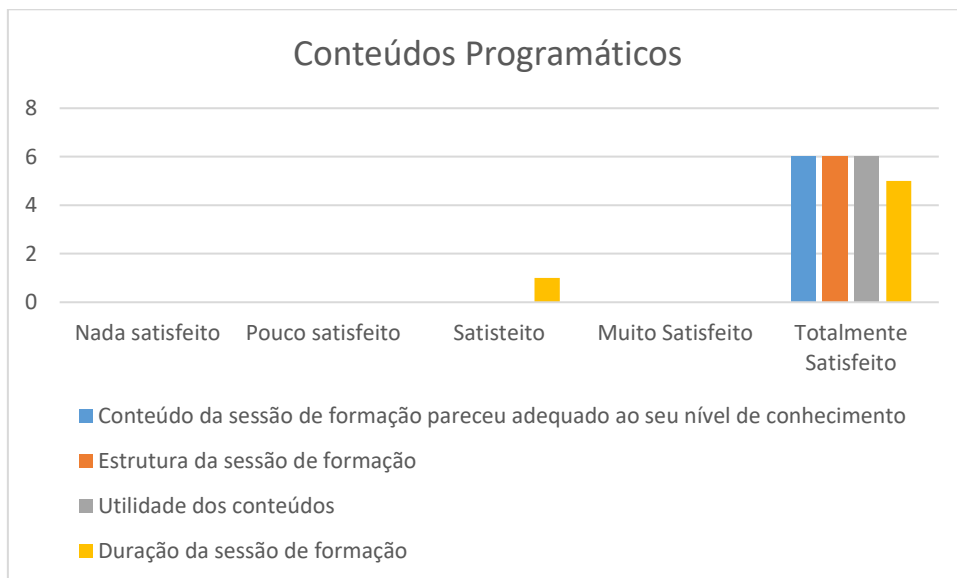


Gráfico 5. Avaliação do formador da segunda sessão de formação

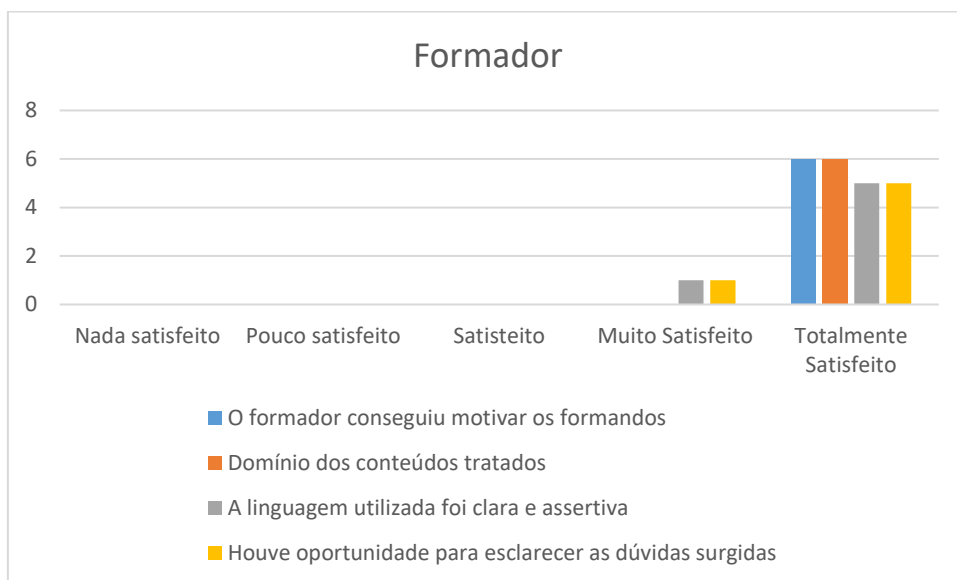
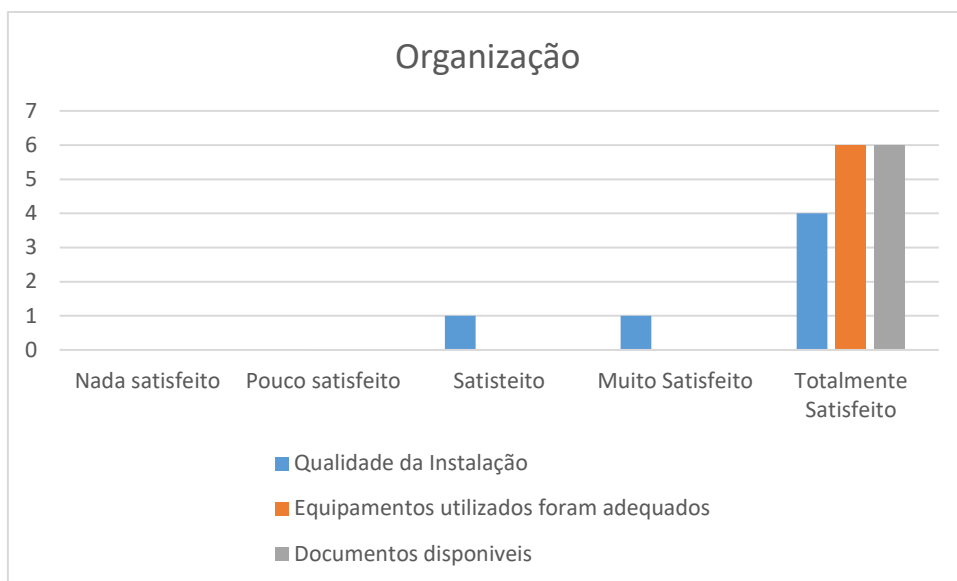


Gráfico 6. Organização das instalações da segunda sessão de formação



ASPETOS POSITIVOS

- Fluência, linguagem clara e simples;
- Despertar para a importância das várias dimensões da fragilidade;
- Formação de relevante interesse para a prática clínica da Unidade;
- Gostei muito da componente prática com o exercício;
- Clareza na exposição e conteúdo interessante e adequado.

ASPETOS A MELHORAR

SUGESTÕES

APÊNDICE X

Apresentação da primeira sessão de formação

A primeira sessão de formação decorreu no dia 18 de outubro de 2019 e foi dirigida para à equipa multidisciplinar da USF. Nesta sessão de formação participaram: enfermeiros, médicos e administrativos. Foi realizada na sala de reuniões no 6º piso do respetivo serviço. Nesta sessão de formação foi dado a conhecer o projeto da mestranda. A sessão de formação teve uma duração de 20min.

Como recursos materiais utilizou-se essencialmente: uma sala de formação, cadeiras, computador, projetor e uma tela.

Recorrendo ao método expositivo e interativo, uma vez que a apresentação da sessão de formação foi sob a forma de diapositivos do Programa PowerPoint da Microsoft e no final da sessão de formação foi concedido tempo para partilha de dúvidas, sugestões e comentários. A apresentação a partir desta aplicação, permitiu estruturar os assuntos a serem transmitidos aos participantes e funcionou como linha orientadora, de modo a que fossem abordados todos os assuntos.

De seguida é explanado a apresentação da primeira sessão de formação.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa
Unidade Curricular: Relatório de Estágio

A UTILIZAÇÃO FREQUENTE PELAS PESSOAS IDOSAS DA USFX DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI

Estudante Alexandra Seara

18 de outubro de 2019

Professora Dr.ª Idalina Gomes e Enf. Sérgio Jorge

Índice

- Objetivos
- Definições
- Apresentação
- Enquadramento
- Apresentação dos resultados
- Referências bibliográficas

Objetivos

Objetivos geral

- Motivar a equipa na participação do Projeto: “Prevenção da utilização frequente dos Serviço de Urgência pelas pessoas idosas de uma USF: Intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de SI”

Objetivos específicos

- Identificar como problemática a utilização frequente pelas pessoas idosas da USFX do Serviço de Urgência;
- Conhecer as atividades do projeto.

Definições

Taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar

Contagem de episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores a utentes com inscrição ativa

Contagem de utentes com inscrição ativa na data de referência do indicador, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise.

Exprime a taxa anual de episódios de urgência na rede de urgência hospitalar por cada 100 utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, com ajustamento para a distribuição da população padrão por género e idade

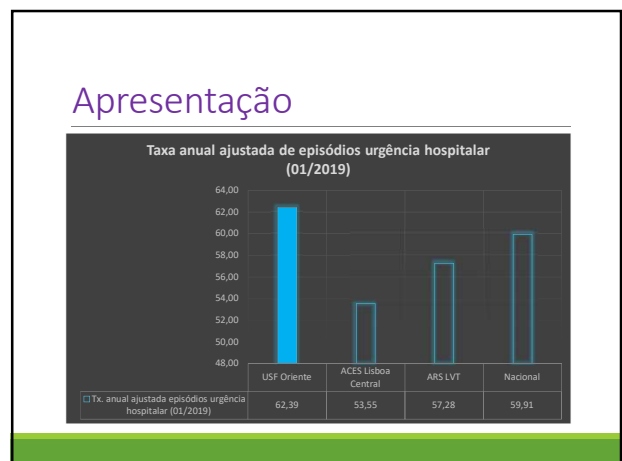
Definições

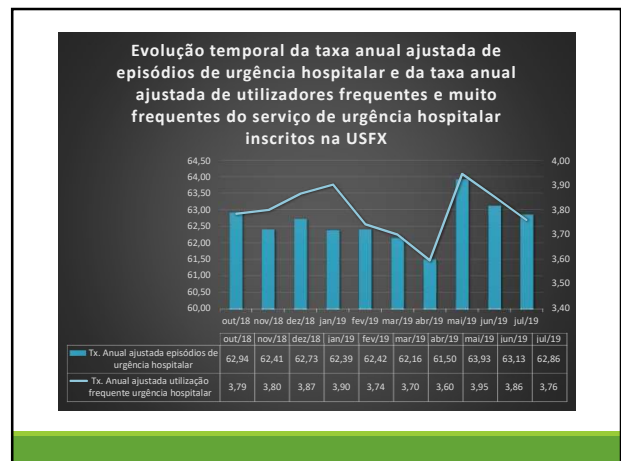
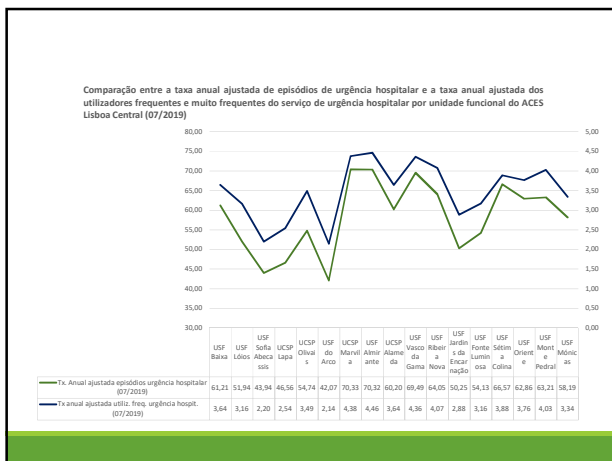
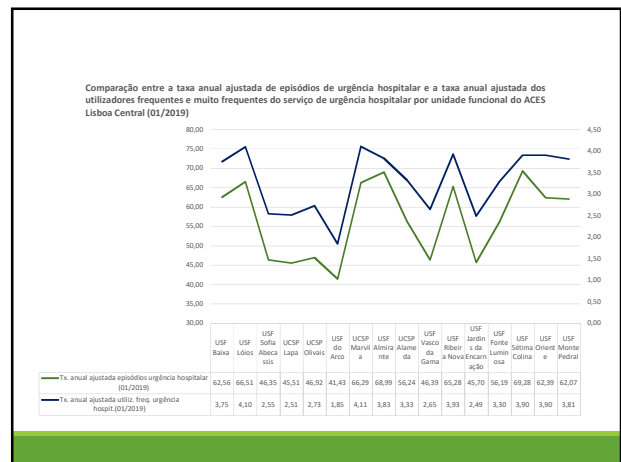
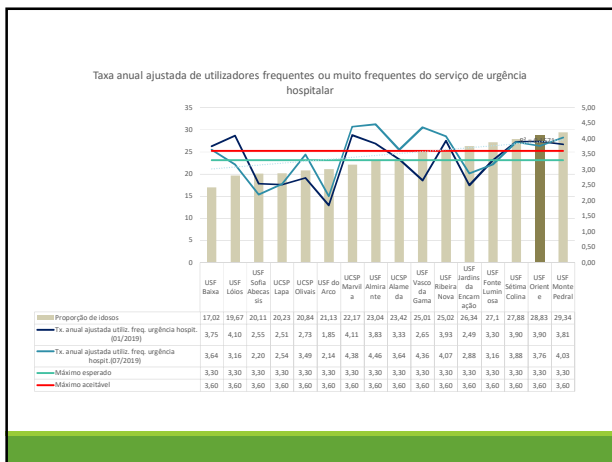
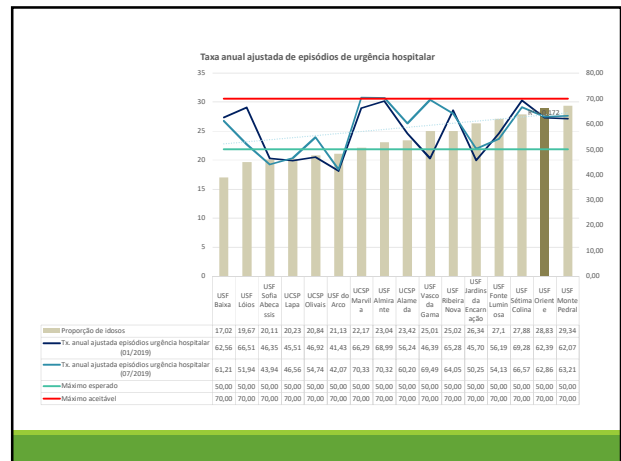
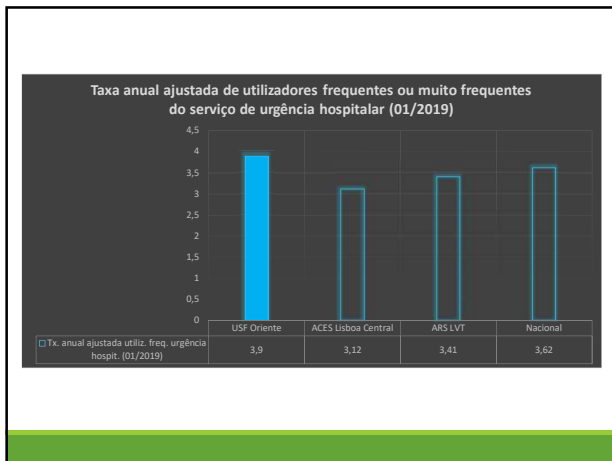
Taxa anual ajustada de utilizadores frequentes ou muito frequentes do serviço de urgência hospitalar

Contagem de utentes com inscrição ativa nos CSP e 4 ou mais episódios de urgência efetuados nos 12 meses anteriores, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise

Contagem de utentes com inscrição ativa na data de referência do indicador, ponderados à proporção de tempo de inscrição relativamente ao máximo possível no período em análise

Exprime a proporção de utentes utilizadores frequentes ou utilizadores muito frequentes da rede de urgência hospitalar por cada 100 utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, com ajustamento para a distribuição da população padrão por género e idade







Unidade de Saúde Familiar X - USFX

× Agrupamento de Centros de Saúde – ACeS Lisboa Central



Serviço de Urgência

× Centro Hospital Universitário Lisboa Central



Unidade de Saúde Familiar X - USFX

× Agrupamento de Centros de Saúde – ACeS Lisboa Central

Envolvimento Da Equipa

Identificação dos utentes

Entrevistas

Estudo de caso

Identificação dos utentes

Critérios de inclusão:

Pessoas com 65 anos ou mais

Frequentadoras da USF X

Tenham utilizado o serviço de urgência hospitalar mais de quatro vezes nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito

Possuam capacidade de comunicação oral e cognitiva

Aceitem participar no estudo após consentimento informado

Serão também incluídas todas as pessoas com 18 anos ou mais que sejam familiares cuidadores de pessoas idosas que cumpram os critérios de inclusão suprarreferidos.

Apresentação dos resultados

Análise das
Entrevistas

ou

Apresentação do
estudo de caso

Através de

Poster

ou

Newsletter

Referências bibliográficas

- ACeSLC. (2018). Manual de Acolhimento Para Profissionais de Saúde Alunos de Medicina e de Enfermagem, 1–38.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 7–28.
- CRRNEU. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU. Grupo de Investigação em Geografia da Saúde Universidade de Coimbra. Obtido de file:///C:/Users/EU/Downloads/022909 (1).pdf
- Dixe, M. dos A. C. R., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. M. L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (16), 41–52. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rel/user/Vn16/serVn16a05.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- OMS. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde.
- Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., ... Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of Emergency Department: Visits in a portuguese University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580–586.
- Silva, A. C. M. (2009). *A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos utentes e dos prestadores* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3471/1/2010001235.pdf>.
- Silva, A. R. V. (2015). *Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório: Qual a influência das características de organização dos cuidados de saúde primários?* Universidade do Porto. Obtido de file:///C:/Users/EU/Downloads/Alda_Rosa_Vieira_da_Silva (3).pdf

APÊNDICE XI

Questionário de diagnóstico

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Para um maior sucesso de formação é imperioso saber à *priori* que conhecimentos são detentores a população a que se destina a formação e que interesses e motivação apresentam sobre o tema a ser abordado. Deste modo, torna-se imperioso a aplicação de um diagnóstico de necessidade de formação, uma vez que pretende-se proporcionar a melhor resposta à população alvo a que se destina a formação (Ribas, 2015). Para Cardim (2007), o diagnóstico de necessidade de formação permite gerir entre o desempenho desejável e o desempenho real.

Segundo Barata & Alves (2005), o diagnóstico de necessidades de formação possibilita detetar falhas a nível individual ou coletivo, referentes a conhecimentos, capacidades e comportamentos, permitindo deste modo, a elaboração de um plano de formação. Assim, o diagnóstico de necessidade visa identificar problemas e/ou pontos fracos que afetam a população alvo a que se destina a formação, assim como identificar soluções, recursos e potencialidades para a mesma.

Relativamente à segunda sessão de formação foi aplicado um diagnóstico de necessidades de formação a partir da realização de um questionário, recorrendo à aplicação “Google forms” e colocado no grupo do WhatsApp dos enfermeiros da respetiva unidade (participantes alvo da formação), como já foi referido anteriormente. Seguidamente é apresentado o respetivo questionário de diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barata, J., Alves, S. (2005). *Gestão da Formação* (1ª ed.). Lisboa: FDTI -

Fundação para a Divulgação das Tecnologias de Informação.

Cardim, J. (2007). *O levantamento das necessidades de formação – O questionário.*

Formar, revista dos formadores. Nº 61, 46-52.

Ribas, B. A. da S. (2015). *Diagnóstico de Necessidades de Formação num centro de formação de gestão participada.* Universidade de Lisboa. Instituto de Educação.

Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22660/1/ulfpie047556_tm.pdf.

Questionário de diagnóstico de necessidades formativas dos enfermeiros da USF Oriente sobre o tema "fragilidade na pessoa idosa".

No âmbito do projeto "Prevenção da utilização frequente do Serviço de Urgência pelas pessoas idosas de uma USF: Intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de Si" e tendo como objetivo identificar as necessidades formativas dos enfermeiros da USF Oriente sobre o tema "fragilidade na pessoa idosa", convidamo-lo a responder às seguintes questões. O tempo estimado para resposta é de 10 minutos.

* Required

1. 1. Conhece o conceito de "fragilidade"/ "síndrome de fragilidade"? *

Mark only one oval.

Sim

Não

2. 2. O que entende por "fragilidade"? *

3. 3. Sabe identificar uma pessoa frágil? *

Mark only one oval.

Sim

Não

Não tenho a certeza

4. 4. Que pessoas considera serem frágeis? *

5. 5. Conhece alguma escala de avaliação da fragilidade? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza

6. 6. Se respondeu sim na questão anterior, por favor indique que escalas de avaliação da fragilidade conhece.

7. 7. Utiliza algum instrumento de avaliação da fragilidade na sua prática clínica? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

8. 8. Se respondeu sim na questão anterior, por favor indique que instrumento de avaliação da fragilidade utiliza na sua prática clínica.

9. 9. Conhece o instrumento "Tilburg Frailty Indicator"? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza

10. 10. Considera pertinente a realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem da USF Oriente sobre o tema fragilidade? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

11. Comentários (opcional)

Partilhe alguma sugestão ou comentário.

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

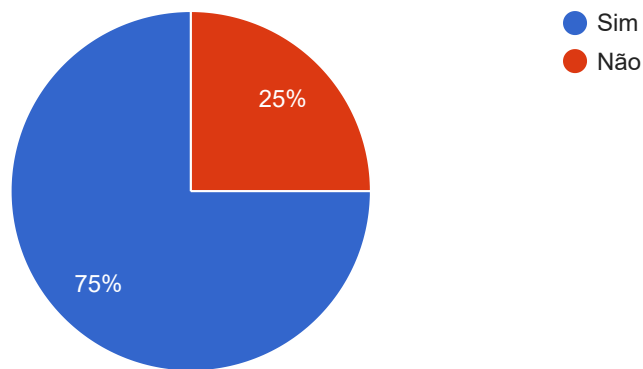
Questionário de diagnóstico de necessidades formativas dos enfermeiros da USF Oriente sobre o tema "fragilidade na pessoa idosa".

8 responses

[Publish analytics](#)

1. Conhece o conceito de "fragilidade"/ "síndrome de fragilidade"?

8 responses



2. O que entende por "fragilidade"?

8 responses

Fragilidade é a perda de determinadas capacidades físicas que retiram autonomia à pessoa.

Falta em ser auto-suficiente.

Estar mais predisposto para sofrer de doenças e complicações de saúde

Perda

situação de vulnerabilidade em física ou emocional

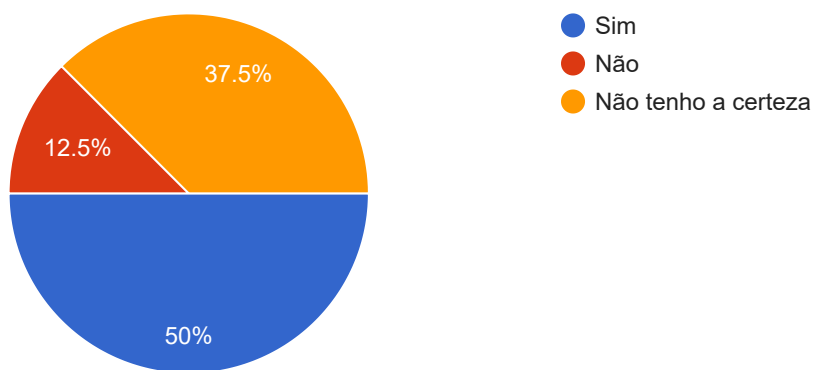
Aumento da susceptibilidade a alguma coisa. Perda de resistência. Situação de vida desfavorável.

Situacao sócio económica desfavorecida

Alguém que se encontra em situação de carência física ou psíquica

3. Sabe identificar uma pessoa frágil?

8 responses



4. Que pessoas considera serem frágeis?

8 responses

Pessoas em situação de pobreza, sem suportes familiares e/ou sociais

Faixa etária Crianças e Idosos

Idosos dependentes

Idosos

idosos isolados, alguns doentes crónicos, pessoas com poucos recursos pessoais

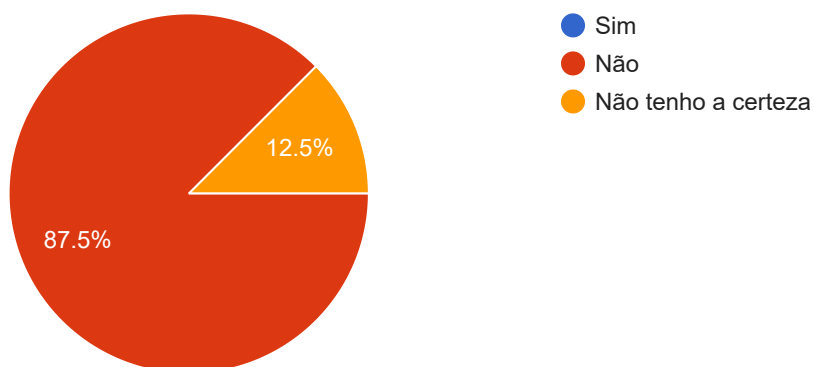
Pessoas com idades avançadas; em situação económica e social desfavorável; Pessoas portadoras de limitações físicas e psíquicas.

Pessoa em situação sócio económica desfavorecida

Aquelas que se encontram em situação de carência

5. Conhece alguma escala de avaliação da fragilidade?

8 responses



6. Se respondeu sim na questão anterior, por favor indique que escalas de avaliação da fragilidade conhece.

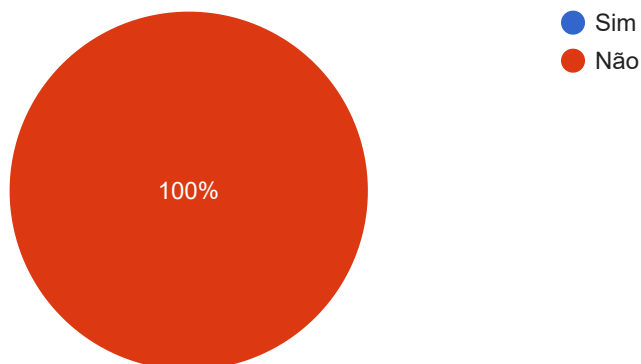
0 responses

No responses yet for this question.



7. Utiliza algum instrumento de avaliação da fragilidade na sua prática clínica?

8 responses



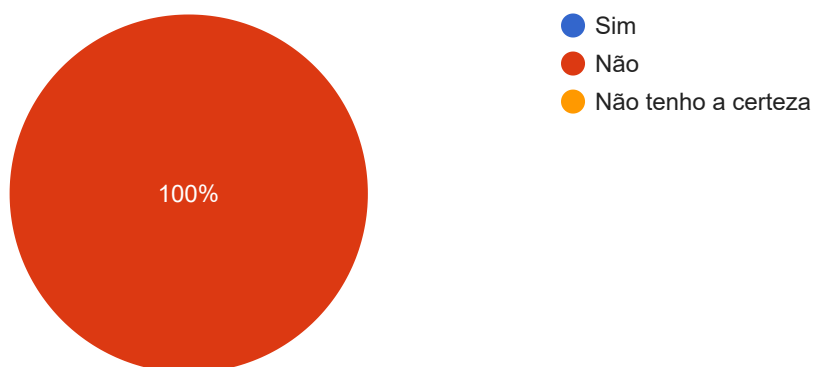
8. Se respondeu sim na questão anterior, por favor indique que instrumento de avaliação da fragilidade utiliza na sua prática clínica.

0 responses

No responses yet for this question.

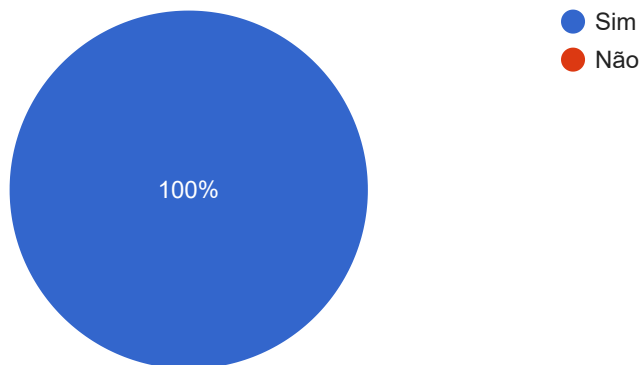
9. Conhece o instrumento "Tilburg Frailty Indicator"?

8 responses



10. Considera pertinente a realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem da USF Oriente sobre o tema fragilidade?

8 responses



Comentários (opcional)

2 responses

Gosto sempre de aprender , porque conhecimento sem partilha, não transforma em resultados práticos.

Gostava que a formação abordasse aspetos práticos do que pode ser a intervenção dos enfermeiros

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#).

Google Forms



APÊNDICE XII

Apresentação da segunda sessão de formação

A segunda sessão de formação foi realizada no dia 22 de novembro de 2019 intitulada “Fragilidade sob o ponto de vista de enfermagem”. Primeiramente foi elaborado um questionário para avaliar as necessidades de formação. O questionário foi realizado na aplicação “Google forms” e com a ajuda do enfermeiro orientador este colocou o questionário no grupo do WhatsApp dos enfermeiros da respetiva unidade (participantes alvo da formação). De referir que estes instrumentos são conhecidos por toda a equipa e do qual estão familiarizados, revelando-se uma mais valia na adesão à participação no questionário. Seguidamente foi realizada uma pesquisa bibliográfica com base em artigos credíveis, recentes e realizados por investigadores da área. Foi elaborando um texto resultante da pesquisa da literatura sendo a base para os diapositivos da apresentação.

À semelhança da primeira sessão de formação foi preparado um plano da sessão, de forma a estruturar a sessão de formação, com o intuito que todos os objetivos fossem cumpridos.

Para a apresentação desta sessão de formação foi tido em conta a avaliação da primeira sessão de formação adotando medidas de melhoria.

A apresentação da sessão de formação foi igualmente sob a forma de diapositivos do Programa PowerPoint da Microsoft e teve uma duração de 20 min.

No fim da sessão de formação, como forma de consolidar a informação transmitida, foi proporcionado um momento de participação/ação com a apresentação de um caso fictício onde permitiu a aplicação do instrumento de avaliação Tilburg Frailty Indicator – versão portuguesa. Este momento proporcionou aos participantes perceberem a aplicabilidade da respetiva escala de uma forma descontraída.

Por último foi fornecido a folha de avaliação. A grelha de avaliação contemplou os mesmos aspetos que a da primeira sessão de formação. Mais uma vez a avaliação da sessão de formação contribuiu para identificar o nível de satisfação dos participantes e as críticas resultaram em reforço positivo.

Continuamente é exposto a apresentação da segunda sessão de formação.

Fragilidade sob o ponto de vista de enfermagem

Sob a orientação de:
Professora Dr^a Idalina Gomes
Enf^o Sérgio Jorge

Elaborado por:
Alexandra Seara

22 de novembro de 2019

ESPELO
Equipa Especial de Enfermagem do Idoso

Índice

- Objetivos
- Enquadramento
- Definição
- Principais características
- Dados
- Instrumentos de avaliação
- Atuação de enfermagem
- Conclusão

Objetivos

Objetivo geral

- Clarificar o conceito de fragilidade

Objetivo específico

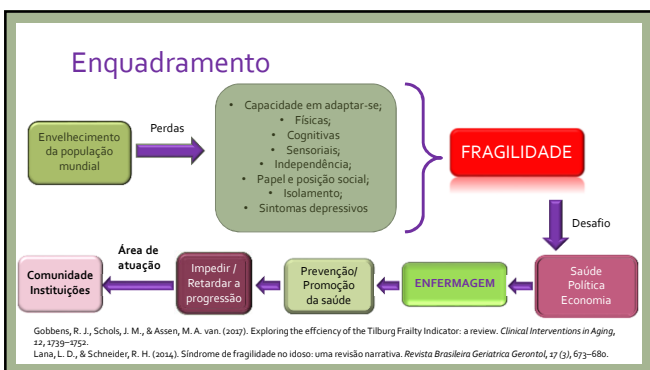
- Utilizar o instrumento de fragilidade Tilburg Frailty Indicator (TFI)
- Identificar os cuidados à pessoa idosa frágil

Fonte: http://www.fotografias.com/fotografias/idosos-doenca-fraqueza-hospital_0023731.htm

http://www.fotografias.com/fotografias/idosos-doenca-fraqueza-hospital_0023731.htm

http://www.fotografias.com/fotografias/idosos-doenca-fraqueza-hospital_0023731.htm

http://www.fotografias.com/fotografias/idosos-doenca-fraqueza-hospital_0023731.htm



Fragilidade

- Surgiu na década de 80
- "(...) indivíduos frágeis aqueles que tinham mais de 65 anos, dependentes para atividade de vida diária (AVD) e geralmente institucionalizados"

Augusti, Falsarella, & Coimbra, 2017 citado por Ramos, 2003 e Woodhouse, 1988)

Atualmente: **visão multidimensional:**

FÍSICO

PSICOLÓGICO

SOCIAL

(Gobbens et al., 2017; Hoogenjck, et al., 2019).

- Geralmente antecede a uma ocorrência de incapacidade (Dent et al., 2019);
- A distinção entre a idade e a fragilidade parece tão ténue que facilmente é generalizado que todas as pessoas se tornam frágeis quando envelheciam;
- Condição dinâmica.

(Perna et al., 2017)

Principais características

- Diminuição da funcionalidade de múltiplos sistemas orgânicos;
- Baixo poder socioeconômico;
- Inadequados hábitos alimentares e estilos de vida sedentários

O que leva


- Aumento de vulnerabilidade;
- Fatores de stress;
- Número de internamento, institucionalização;
- Quedas;
- Menor qualidade de vida;
- Isolamento;
- Incapacidades;
- Morte prematura

(Dent et al., 2019; Gobbens, Schols, & Assen, 2017; Hoogendijk et al., 2019)

Dados

A prevalência de fragilidade é de 53% entre os residentes de longa permanência

Kojima (2017) citado por Hoogendijk et al. (2019)



- 1,2 a 1,8 vezes de hospitalização (Gobbens et al., 2017)
- 1,2 a 2,8 vezes quedas e fraturas (Gobbens et al., 2017)
- 1,6 a 2,0 vezes de dependência nas AVD's (Gobbens et al., 2017)
- 1,8 a 2,3 vezes mais de mortalidade. (Gobbens et al., 2017)

Instrumentos de fragilidade

Características

- Simples
- Rápidos
- Úteis
- Validade
- Finalidade

Podem ser usados

- Comunidade
- Hospitalar

(Dent et al., 2019; Hoogendijk et al., 2019)



Instrumentos de fragilidade


Características

- Simples
- Rápidos
- Úteis
- Validade
- Finalidade

Podem ser usados

- Comunidade
- Hospitalar

(Dent et al., 2019; Hoogendijk et al., 2019)



The Edmonton Frail Scale

NAME: _____ DATE: _____

6.6.1.1

Category	Item	0 points	1 point	2 points
Orientation	Does the patient know the day of the week and the month? (ask the patient to give the numbers in the correct order)	0	1	2
Transfer	Can the patient get up from the bed without help?	0	1	2
Walking	Can the patient walk 10m without help?	0	1	2
Balance	Can the patient stand for 30 seconds without help?	0	1	2
Activities of Daily Living	Can the patient perform 5 basic activities of daily living (ADL) without help?	0	1	2
Social Support	Does the patient have someone to help with daily activities?	0	1	2

TILBURG FRAILTY INDICATOR (TFI)

6.6.1.2

Item do fenótipo

Perda de peso

Exaustão

Nível de atividade

Força muscular

Lentidão na marcha

MITNITSKI, MOGILNER E ROCKWOOD

ÍNDICE ELETRÔNICO DE FRAGILIDADE (eFI) E O SCORE DE RISCO DE FRAGILIDADE HOSPITALAR (HFRS)

The Edmonton Frail Scale

NAME: _____ DATE: _____

Edmonton Frail Scale

Frailty domain	Item	0 point	1 point	2 points
cognition	Recalls a single fact that has been discussed in the community, the country, province that passes the facts to someone else or who else discuss	No answer	Minor answer	Correct answer
general health	In the past year, how many times have you been hospitalized in a hospital?	0-2	3-4	5+
walking	In general, how would you describe your health?	Very good	Good	Poor
functional independence	How many of the following activities do you usually have? (Check all that apply) Dressing, walking, transferring, bathing, eating, shopping, housework, medication management, driving, telephone use, financial management, and travel.	0-1	2-4	5-7
social support	When you need help, can you count on someone to help you with your needs?	Always	Sometimes	Never
medication use	Do you use any of the following medications? (Check all that apply) Insulin, blood thinners, heart medicine, painkillers, antidepressants, or other strong medicine.	No	Yes	Yes
nutrition	How do you feel about your eating?	Very good	Good	Poor
continence	Do you have a problem with continence?	No	Yes	Yes
falls	Have you had any falls in the last 12 months?	No	Yes	Yes
functional performance	Would you like to get in the car with your usual driver, or have your own driver? (Check all that apply) Yes, I can drive; Yes, I need a driver; No, I cannot drive; No, I do not want to drive.	0-1	2-4	5-7

MITNITSKI, MOGILNER E ROCKWOOD

ÍNDICE ELETRÔNICO DE FRAGILIDADE (eFI) E O SCORE DE RISCO DE FRAGILIDADE HOSPITALAR (HFRS)

Tilburg Frailty Indicator (TFI)

- Construída em 2008 e publicado pela primeira vez em 2010;
- Questionário fácil e rápido de usar;
- Fortes evidências que garante a confiabilidade e validade.
- Abordagem multidimensional, avaliando aspetos
 - Físicos;
 - Psicológicos;
 - Sociais

(Gobbens et al., 2017)

Tilburg Frailty Indicator (TFI)

Área de atuação:

- Cuidados de saúde primários

A parte A:

- inclui os determinantes do curso da vida, compreendendo 10 perguntas

A parte B:

- inclui os componentes compreendendo 15 perguntas

(Gobbens et al., 2017)

Tilburg Frailty Indicator (TFI)

Fragilidade: 0-15
 Fragilidade física: 0-8
 Fragilidade psicológica: 0-4
 Fragilidade social: 0-3

(Gobbens et al., 2017)

- Em relação a Portugal a pessoa apresenta fragilidade quando apresenta um score maior ou igual a 6.

Validado por: Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, & Fernandes, 2014

Atuação da enfermagem

- Triage - utilizar os instrumentos
- Personalizadas;
- Preservar a independência, função física e a cognição;
- Abrangente a várias vertentes;
- Abordagem multidisciplinar;
- Abordagem proactiva;
- Prioridade da pessoa;
- Preferência da pessoa idosa

(Gobbens et al., 2017)

Atuação da enfermagem

- Promover atividade física e nutrição
- Apoio psicológico
- Apoio social
- Controlo hormonal
- Habitação e educação na comunidade

Serra-Prat et al. (2017) e Romera-Liebanas et al. (2018) citado por Hoogendijk et al. (2019)

Gobbens et al. (2017)

Foco: manutenção funcional e independência (Dent et al., 2019)

- A fragilidade pode afetar negativamente o envelhecimento e não pode ser resolvida com um mero tratamento geriátrico.
- Requer uma tendência em direção a um cuidado proactivo das pessoas idosas, começando com a deteção precoce da mesma.

Conclusão

VARIABILIDADE

DESAFIOS

INSTRUMENTOS

COMUNIDADE

DINÂMICO

MULTIDISCIPLINAR

Referências bibliográficas

- Augusti, A. C. V., Falsarella, G. R., & Coimbra, A. M. V. (2017). Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, RBMFC*, 12 (29), 1-9. Obtido de <http://dx.doi.org/10.5935/1806-3018/201701291019>
- Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet*, 394, 1376-1386.
- Gobbens, R. J., Schols, J. M., & Assen, M. A. van. (2017). Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 2329-2351. Obtido de http://www.litopen.com/litopen/2017-10-19_R_Gobbens_TFI.pdf
- Hoogendijk, E. O., Afarijo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394, 1365-1375. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Lana, L. D., & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira Geriatria Gerontol*, 17(3), 673-680. Obtido de <http://www.scielo.br/pdfr/10.1809-9823-1999-17-03-0673.pdf>
- Perna, S., Francia, M. D., Bologna, C., Moncaglieri, F., Riva, A., Morazzoni, P., ... Rondanelli, M. (2017). Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. *BMC Geriatrics*, 17(2), 1-8. Obtido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5209899/pdf/12877_2016_Article_382.pdf
- Silva, S. L. A. da, Neri, A. L., Ferrioli, E., Lourenço, R. A., & Dias, R. C. (2016). Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários - Rede Fiba, Ciência & Saúde Coletiva, 11(21), 3483-3491. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/213-8123-csc-21-11-3483.pdf>

EXERCÍCIO PRÁTICO

Estudo de caso

- 5ª de 85 anos, viúva
- Reformada com um rendimento mensal de 450 euros
- Antecedentes pessoais de: HTA, Insuficiência Cardíaca e Diabetes mellitus
- Independente nas AVDs referindo ser cumprida do plano terapêutico
- Reside sozinha, em casa própria, com apoio dos dois filhos
- Nacionalidade portuguesa
- Completou o ano do primeiro ciclo de escolaridade
- Gosta de morar sozinha referindo que gosta da sua independência embora sintá falta da companhia dos filhos e do marido que faleceu
- Sem nenhum acontecimento perturbador no último ano
- Ultimamente refere cansaço para médios esforços, mas consegue manter as suas AVDs, a um ritmo mais lento e mais faseadas
- Mantém o seu peso habitual
- Apresenta equilíbrio
- Refere manter a audição, o mesmo não acontece com a visão verbalizando que tem que comprar uns óculos
- Por vezes deixa cair o objeto mais pesado
- Tem dificuldade em se lembrar de acontecimentos recentes
- Devido ao cansaço menciona que por vezes não tem vontade em realizar as tarefas diárias de casa, realizando apenas o essencial
- Apresenta um fôceis triste mas sem demonstrar ansiedade
- Encara com naturalidade os desafios do dia a dia pois tem o apoio dos filhos e de uma vizinha amiga



ESEL
Espaço Sénior de Envelhecimento de Lazer

Fragilidade sob o ponto de vista de enfermagem

Sob a orientação de:
Professora Dr.ª Idalina Gomes
Enf.º Sérgio Jorge

Elaborado por:
Alexandra Seara

22 de outubro de 2019

ORIENTE

APÊNDICE XIII

Póster apresentado nas 1ª Jornadas de Enfermagem na ESEL

PREVENÇÃO DA UTILIZAÇÃO FREQUENTE DA URGÊNCIA PELAS PESSOAS IDOSAS DE UMA USF

Alexandra Seara¹, Idalina Delfina Gomes², Sérgio Luís Jorge³

¹Enfermeira mestranda do 10º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa da ESEL; e-mail: alexandraseara51@gmail.com

²Professora Doutora adjunta da ESEL; e-mail: idgomes@esel.pt

³Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa; Unidade de Saúde Familiar Oriente; sergio.jorge@arslt.min-saude.pt

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Palavras-chave: Pessoa idosa; utilizador frequentes do SU; fragilidade; promoção do cuidado de Si

Projeto Integrado:
Instituições de
Ensino e Saúde
Amigas das
Pessoas Idosas

Parceria

Escola
CSP
Hospitalar

USFX
Amiga das
Pessoas Idosas



Importa identificar os motivos que levam as pessoas idosas (PIs) da USFX utilizarem frequentemente o serviço de urgência (SU), para estabelecer um plano de intervenção que previna estes eventos que muitas vezes encontram-se associados a situações de fragilidade. Isto implica que o enfermeiro especialista na área da saúde do idoso adquira conhecimentos e competências para a tomada de decisão nestas situações complexas.

2. FUNDAMENTAÇÃO

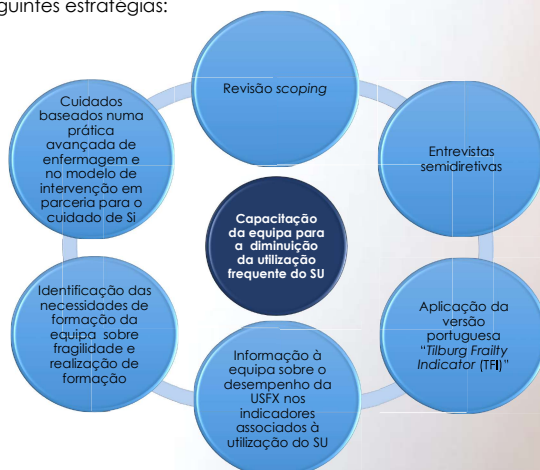
As PIs apresentam um aumento de doenças crónicas, traduzindo-se num maior risco de declínio funcional, o que leva inevitavelmente à utilização frequente do SU. A utilização do SU de forma inadequada contribui para a sobrecarga e sobrelotação, tornando-se um problema para a saúde e economia (Kuek et al., 2018).

3. OBJETIVOS

- Desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a PI e familiar cuidador (FC) na prevenção da utilização frequente do SU;
- Contribuir para capacitar a equipa da USFX no cuidado em parceria com a PI e FC para a prevenção da utilização frequente do SU, contribuindo para uma USF mais amiga das PIs.

4. ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS

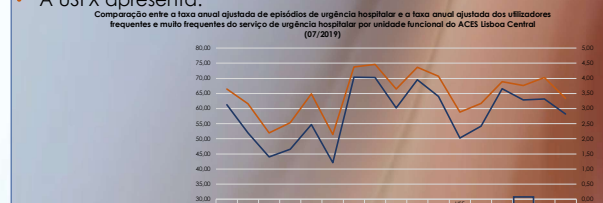
Metodologia de projeto que será desenvolvido entre setembro de 2019 e setembro de 2022 em cinco etapas. Encontramo-nos na fase de planeamento e execução. Delinearam-se as seguintes estratégias:



Este projeto obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (Proc.111/CES/INV/2019).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

• A USFX apresenta:



Fonte: Governo da República Portuguesa (2019b). IDG UF – Visão Indicadores. (Online) Disponível: <https://bicsp.min-saude.pt/pl/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>. Acesso a 06/09/2019

- Estes resultados são superiores à média do respetivo Agrupamento de Centros de Saúde.
- A taxa de participação dos profissionais na atividade formativa planeada foi elevada, mostraram-se motivados.
- Pretendemos ainda perceber, pelas entrevistas, como alguns determinantes identificados na literatura, poderão estar a impactar estes resultados (Dixe et al., 2018)).

6. CONCLUSÕES

A capacitação da equipa da USFX para a diminuição da utilização frequente do SU, recorrendo ao desenvolvimento de competências de enfermeiro de prática de enfermagem avançada:

INVESTIGAÇÃO	LIDERANÇA	CONSULTADORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de situação; • Pesquisa e utilização de evidência científica; • Divulgação de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades; • Iniciativa do processo de mudança e na sua condução; • Formação da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação: com a equipa da USFX, SU, governação clínica (informática)

O tempo para realizar o projeto pode constituir uma limitação ao desenvolvimento do mesmo que pretendemos ultrapassar com a inclusão de elementos do serviço que darão continuidade.

7. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

Sugere-se a realização de um estudo quantitativo que permita caracterizar o perfil das PIs inscritas na USF USFX que são utilizadoras frequentes do SU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dixe, M. dos A., C. R., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. M. L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (16), 41-52.

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

Kuek, B. J. W., Li, H., Yap, S., Ng, M. X. R., Ng, Y. Y., White, A. E., & Ong, M. E. H. (2018). Characteristics of frequent users of Emergency Medical Services in Singapore. *PREHOSPITAL EMERGENCY CARE*, 0(0), 1-10.

APÊNDICE XIV
Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de entrevista a realizar aos utentes ou familiares cuidadores da USF.

Tema: “Prevenção da utilização frequente do Serviço de Urgência pelas pessoas idosas de uma USF: Intervenção de enfermagem para promoção do *Cuidado de Si*”

Nº da entrevista	
------------------	--

Entrevista realizada ao:	<input type="checkbox"/> Utente
	<input type="checkbox"/> Utente e familiar
	<input type="checkbox"/> Familiar

Caracterização da problemática	Pergunta	Objetivos
	1. Sabe quantas vezes foi no último ano, portanto do presente mês até ao mesmo mês do ano passado, ao Serviço de Urgência?	Identificar quantas vezes o utente utiliza o Serviço de Urgência no último ano, de forma a confirmar que se trata de um utente que recorre frequentemente ao Serviço de Urgência.
	2. Conhece outros serviços de urgência que dão apoio?	<p>Perceber se o utente e familiar conhecem outros serviços de urgência para além do hospitalar, como por exemplo: através dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Atendimento Permanente – SAP, - Consulta Aberta. <p>E através do Sistema telefónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde 24.
	3. Pensando na última vez que foi ao Serviço de Urgência, que motivos de saúde o fez recorrer ao Serviço de Urgência?	Descrever quais os motivos que fazem com que o utente recorra ao Serviço de Urgência. Se são motivos relacionados com a saúde (com a agudização da(s) sua(s) doença(s) crónica(s) ou relacionadas com acidente.
	4. Os motivos da última vez que o levaram ao Serviço de Urgência foram os mesmo das outras vezes?	Descrever quais os motivos que fazem com que o utente recorra ao Serviço de Urgência. Se são motivos relacionados com a saúde (com a agudização da(s) sua(s) doença(s) crónica(s) ou relacionadas com acidente.
	5. Quais as razões que o faz recorrer ao Serviço de Urgência?	<p>Descrever quais as razões que fazem com que o utente recorra ao Serviço de Urgência. Se estão relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - desejo de serem atendidos rapidamente; - desejo de serem atendidos sem marcação;

		<ul style="list-style-type: none">- se consideram que os seus motivos são graves, achando necessário realizar análises e exames complementares de diagnóstico;- desejo de serem atendidos por um especialista;- se o acesso à Unidade de Saúde Familiar é fácil;- se o utente e familiar consideram que apresentam agendamento de consulta para o médico de família fácil e rapidamente.
--	--	---

APÊNDICE XV

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em
investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do projeto: “Prevenção da utilização frequente do Serviço de Urgência pelas pessoas idosas de uma USF: Intervenção de enfermagem para promoção do *Cuidado de Si*”.

Exmo. Sr. ou Sra.^a, está a ser convidado(a) a colaborar num estudo de investigação que está a ser realizado pela estudante Alexandra Seara, orientado pela Professora Doutora Idalina Gomes e Enfermeiro Mestre e Especialista Sérgio Jorge, no âmbito do 10º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A sua participação neste trabalho far-se-á através de uma entrevista semidiretiva, que permitirá caracterizar a população com idade igual ou superior a 65 anos de idade no contexto da Unidade de Saúde Familiar X, que recorre frequentemente ao Serviço de Urgência.

As entrevistas serão audio-gravadas. A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, de 27 de abril de 2016 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2018). Como a sua colaboração é de carácter voluntário, pode em qualquer momento negar o seu consentimento. Importa ainda referir que este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo.

O seu contributo irá ajudar a desenvolver este projeto, pelo que **agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.**

Estudante: Alexandra Seara

Enfermeira no serviço de Medicina 7.2 do HCC do CHULC

E-mail: alexandraseara51@gmail.com e Tel.: 934764227

Lisboa, ___/___/_____

Assinatura de quem pede o consentimento_____

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

Lisboa, ___/___/_____

Assinatura do participante: _____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE XVI
Cronograma do Relatório de Estágio

