



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

**Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o
Familiar Cuidador, para a Prevenção do Abuso
à Pessoa Idosa Dependente em Casa**

Ana Cristina Almeida Santos Costa

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

**Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o
Familiar Cuidador, para a Prevenção do Abuso
à Pessoa Idosa Dependente em Casa**

Ana Cristina Almeida Santos Costa

Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

2013



DEDICATÓRIA

A realização deste trabalho, só foi possível graças a todo o apoio, carinho, força e coragem que me foram transmitidos por muitos dos que me acompanharam ao longo de todo meu percurso. Pelo que não poderia deixar de vos agradecer...

Obrigada ...

À minha orientadora Professora Doutora Idalina Delfina Gomes, por ter aceitado orientar este trabalho, pelo seu estímulo, encorajamento, apoio, sabedoria e esperança depositada.

Ao Enfermeiro Orientador António Galvão, e a Toda a Equipa de Cuidados Continuados que me acompanhou, pelo seu apoio e confiança depositada.

À Sandra Parreira e à Susana Pinto pelo companheirismo, apoio e uma amizade que nasceu e cresceu ao longo deste curso.

A todos os meus colegas e amigos do serviço por todos os momentos que fomos passando juntos e por toda a confiança e carinho que depositaram em mim.

À Inês Barbosa e Margarida Mourão pelo apoio, amizade, carinho, e força depositada em mim. Obrigada, por estarmos sempre juntas em tantos momentos das nossas vidas e este é mais um.

À Ana Pinto, Rodrigo, Carla Marques, Catarina Marques, Rita Peça, Ana Isabel Santos, Patrícia Lobo, Daniela Pinto, Mariana Faria, Margarida Silvestre, Sara Ferreira, Verónica Lopes, Bruno Colaço e Ricardo pela compreensão, força, amizade, otimismo e acompanhamento durante este momento. Os meus sempre e queridos amigos.

Aos meus pais, avós, e irmã pelo amor, carinho, apoio e estímulo, durante todo este processo, e nos momentos que mais cansada e desanimada estava. Não havendo palavras para descrever a vossa presença em todos os momentos a minha vida.

Ao Bruno, por me ter acompanhado em mais um longo caminho, por me ter dado mão nos bons e maus momentos, e por não ter desistido de acreditar em mim...

O vosso apoio nunca será esquecido...

A todos ... OBRIGADO ... Não tenho

palavras para vos Agradecer !!!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - atividades instrumentais de vida diária

APAV – Associação de apoio à vítima

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVD - atividades de vida diária

CADI - *Carers' Assessment of Difficulties Index* (Avaliação das Dificuldades do Cuidados)

Cit- citado

Coord. - Coordenadores

Dec-Lei – Decreto Lei

ECC - Equipa de Cuidados Continuados

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf.º - Enfermeiro

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

etc. - *et coetera* (e outro/entre outros)

GDS 15 - *Geriatric Depression Scale 15* (Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens)

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE - *Mini-Mental State Examination* (Avaliação Breve do Estado Mental)

N.º - número

NCEA - National Center on Elder Abuse

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Org. - Organizadores

p. – página

pp. – de página a página

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

UAG - Unidades de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UI&DE - Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

RESUMO

O fenómeno do abuso de idosos, em situação de maior fragilidade, é uma realidade cada vez mais frequente em Portugal, trazendo consequências ao nível do bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo. No entanto as equipas de saúde da comunidade, nomeadamente os enfermeiros, têm dificuldades na prevenção destas situações, sendo imperioso investir na sua capacitação. Neste sentido elaborou-se um projeto de estágio com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, nomeadamente na compreensão da importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa. Foi desenvolvido numa UCC na área de Lisboa, envolvendo a ECC, os clientes idosos em situação de dependência e os cuidadores familiares, tendo-se adotado a metodologia de trabalho de projeto.

Como métodos de recolha de informação para o diagnóstico, monitorização e avaliação do projeto foram utilizados a entrevista semi-diretiva aos enfermeiros e assistente social da ECC e às respostas sociais da comunidade, a análise de conteúdo dos registos de enfermagem e da colheita de dados, a observação direta das práticas de cuidados aos clientes e seus familiares. A análise e reflexão das práticas de cuidados, originaram ações de formação e sensibilização da ECC e comunidade, sendo ainda criados instrumentos para protocolar as intervenções de modo a permitir identificar, avaliar e reportar situações de risco e de abuso. A intervenção em termos da prática de cuidados e a reflexão contínua das experiências vividas, permitiram-me adquirir competências de enfermeira especialista nos cuidados à pessoa idosa e sua família, intervindo de forma crítica e fundamentada utilizando o modelo de intervenção em parceria junto dos clientes. A aquisição de conhecimentos pela ECC no sentido da prevenção do abuso à pessoa idosa, a criação de um fluxograma de intervenção e de um dossier com toda a documentação e orientações de atuação perante estas situações foram também alguns dos ganhos deste projeto.

Conclui-se assim que a promoção de cuidados de enfermagem em parceria, com a construção de projeto de cuidados personalizados a cada situação de vida, constitui uma forma de prevenção de situações de abuso aos idosos, pois permite a criação de ambientes de suporte e reforço da ação comunitária.

Palavras-chave: Envelhecimento; Abuso; Prevenção; Cuidador Familiar; Parceria nos Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Abuse of the elderly – among the more vulnerable elements of society – is a phenomenon that is on the rise in Portugal, with negative consequences for the well-being of the individuals in question at the physical, psychological and social levels. However, community healthcare teams, including nurses, are often at a loss to prevent such situations making the capacitation of these professionals a priority.

In this sense, the following Internship Project was developed with the objective of developing specialist nursing skills and competencies with respect to dealing with the elderly, and in particular in regards to understanding the importance of nursing care in partnership with the primary caregiver in the prevention of abuse of dependent elderly within the home. The aforementioned Project was developed at a UCC in the Greater Metropolitan Lisbon Area, involving the ECC, elderly clients with a high degree of dependency, as well as primary caregivers, having adopted the work-project methodology.

Data collection for the diagnosis, monitorization and evaluation of the Project involved semi-directive interviews of nurses and the social worker of the ECC, content analysis of the nursing records and initial patient/client data records, as well as direct observation of the caregiver to both clients and their families. Reflective analysis of the nursing care provided resulted in training and awareness sessions aimed at ECC professionals as well as the community at large. In addition, a number of instruments were created to guide interventions in order to more adequately evaluate and report potential situations of elderly abuse. Our intervention with respect to nursing practice and continuous reflection upon the experiences had, allowed the author to acquire specialist nursing skills and competencies with respect to caring for elderly individuals and their families, enabling her to intervene in a critical and facts-based manner, utilizing for that purpose the intervention model in partnership with clients. Knowledge acquired by the ECC regarding the prevention of abuse among the elderly, the development of an intervention fluxogram and a file containing pertinent documentation and action guidelines when faced with such situations were amongst the gains to be had from this Project.

In conclusion, the promotion of nursing care interventions in partnership with the construction of personalized care projects is a form of preventing elderly abuse by creating supportive environments that encourage community action.

Keywords: Aging; Abuse; Prevention; Family Caregiver; Partnership in Nursing Care Interventions.

ÍNDICE

Introdução	14
1 - Problemática/ Diagnóstico da Situação	19
2 - Revisão da Literatura	21
2.1 O Processo de Envelhecimento e a Dependência na Pessoa Idosa	21
2.2 Cuidador Familiar	24
2.3 Os Modelos Explicativos do Abuso à Pessoa Idosa	25
2.4 Cuidados de Enfermagem em Parceria com o Familiar Cuidador para Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa.....	29
3 - Implementação do Projecto	33
3.1 Finalidades e Objetivos	34
3.2 Caracterização do Local de Estágio (Apêndice IX)	35
3.3 Atividades Realizadas e Resultados Obtidos.....	36
3.3.1 Atividades Realizadas na Fase de Diagnóstico	36
3.3.2 Atividades Realizadas na Fase de Desenvolvimento.....	46
3.3.3 Atividades Realizadas na Fase de Avaliação.....	64
4 - Considerações Finais	71
5 - Referências Bibliográficas	76
Anexos	87
Anexo I - <i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	I
Anexo II - Índice de Katz	VI
Anexo III - Índice de Lawton	IX

Anexo IV - Índice de Tinetti	XIII
Anexo V - escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS15).....	XVIII
Anexo VI - Escala de Braden	XXII
Anexo VII - Escala Doloplus.....	XXVI
Anexo VIII - Escala de Avaliação Sócio Familiar de Gijón	XXX
Anexo IX - Entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador.....	XXXIII
Anexo X - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).....	XXXVII

Apêndices **XLII**

Apêndice I - Revisão Sistemática da Literatura (RSL)	XLIII
Apêndice II - Definição dos Tipos de Abuso à Pessoa Idosa e Exemplos de Sinais e Sintomas.	LIII
Apêndice III - Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa	LVI
Apêndice IV - Níveis de Prevenção nas Situações de Abuso à Pessoa Idosa.....	LVIII
Apêndice V - Fases do Processo de Cuidados de Enfermagem em Parceria	LXI
Apêndice VI - Consentimento Informado.....	LXVI
Apêndice VII - Guião da Entrevista aos Enfermeiros da ECC.....	LXIX
Apêndice VIII - Guião da Entrevista à Assistente Social da ECC.....	LXXII
Apêndice IX - Caracterização do Local de Estágio	LXXV
Apêndice X - Análise das Entrevistas de Diagnóstico da Situação e Discussão dos Resultados	LXXIX
Apêndice XI - Apresentação do Projeto à ECC	XC
Apêndice XII - Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem e da Folha de	

Avaliação Inicial.....	XCVI
Apêndice XIII - Aspectos Fundamentais para a Avaliação dos Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa	CII
Apêndice XIV - Solicitação de uma Entrevista com o Responsável pelas Situações de Abuso à pessoa Idosa na APAV	CV
Apêndice XV - Guião da Entrevista à APAV.....	CVIII
Apêndice XVI - Instrumento de colheita de dados e Análise da situação (de acordo com o preconizado pelas autoras Collière, 1999; Gomes, 2009)	CX
Apêndice XVII - Identificação dos Fatores de Risco à pessoa idosa.....	CXXXII
Apêndice XVIII - Ficha de Sinalização do abuso (Físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro, negligência) à pessoa idosa para os Cuidados de Saúde Primários	CXXXIV
Apêndice XIX - Orientações para a Participação de Situações de Abuso à Pessoa Idosa	CXLV
Apêndice XX - Exemplo de um estudo de caso	CXLVII
Apêndice XXI - Prevalência dos Fatores de Risco na População que usufrui de Cuidados pela ECC.....	CLXX
Apêndice XXII - Fluxograma de Intervenção	CLXXII
Apêndice XXIII - Plano de Sessão de Formação 1	CLXXIV
Apêndice XXIV - Avaliação da Formação 1.....	CLXXXVIII
Apêndice XXV - Plano de Sessão de Formação 2	CXCI
Apêndice XXVI - Avaliação da Sessão de Formação 2.....	CCVIII
Apêndice XXVII - Guião de Entrevista aos Diretores das Respostas Sociais da Área de Intervenção da UCC	CCXII

Apêndice XVIII - Poster (Fase de diagnóstico).....CCXIV

Apêndice XXIX - Dossier: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa - Índice de Consulta
.....CCXVI

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Descritores de pesquisa.....	XLV
Figura 2 - Protocolo de pesquisa.....	XLVII
Figura 3 - Fluxograma	CLXXIII
Figura 4 - Poster: prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa - Parceria nos cuidados de enfermagem com o familiar cuidador	CCXV

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para inclusão/exclusão de estudos/artigos	XLVI
Quadro 2 - Apresentação dos resultados da RSL	XLVIII
Quadro 3 - Definição dos tipos de abuso à pessoa idosa e exemplos de sinais e sintomas	LIV
Quadro 4 - Fatores de risco de abuso à pessoa idosa	LVII
Quadro 5 - Níveis de prevenção de abuso à pessoa idosa	LIX
Quadro 6 - Análise das entrevistas de diagnóstico.....	LXXXI
Quadro 7 - Prevalência dos fatores de risco de abuso na população idosa que usufrui dos cuidados pela ECC	CLXXI

INTRODUÇÃO¹

As condições de vida e saúde têm melhorado continuamente graças aos progressos políticos, económicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina permitindo o aumento da esperança de vida (Buss, 2000; Fernandes 2007). No entanto, esta evolução, não preveniu o aparecimento e o aumento das doenças crónicas, nas sociedades industrializadas, potencialmente incapacitantes e grande causa de dependência e aumento da fragilidade nas idades adultas (Meetoo, 2008).

O aumento do índice de dependência na pessoa idosa exige um maior apoio da família, no entanto, esta sofreu grandes alterações nas últimas décadas, nomeadamente nos papéis e funções que a mulher desempenhava na sociedade, levando a dificuldades acrescidas na prestação de cuidados em casa (Dinis, 2007; Sequeira, 2010). Cuidar de uma pessoa idosa dependente torna-se uma tarefa exigente implicando uma grande dedicação e abdicção de hábitos e formas de estar na vida pelo familiar cuidador, surgindo, quando não existem os apoios necessários, situações de *stress*, sobrecarga, isolamento, que poderão originar situações de abuso ao idoso (Gonçalves, 2006). Em alguns estudos como os de Perez-Carceles *et al*, (2009) e Naughton, *et al*, (2010), o aumento da dependência, física e intelectual, pode ser um fator de risco para o abuso à pessoa idosa.

O fenómeno de abuso de idosos afeta todas as culturas e sociedades, trazendo consequências ao nível do bem-estar físico, psíquico e social do individuo, sendo que os idosos em situação de vulnerabilidade e de maior fragilidade são cada vez mais afetados, por estas situações (Kosberg, 2003; World Health Organization (WHO) 2011). Na União Europeia estima-se que existam cerca de 4 milhões de pessoas idosas abusadas (WHO, 2011). Em Portugal, de acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima ((APAV), 2011 e 2012), o número de casos identificados aumentou cerca de 182% , entre 2000 e 2012, sendo que a violência doméstica e familiar é, de acordo com alguns estudos, como os de Souza, Freitas & Queiroz (2007) e APAV (2011 e 2012), a forma mais frequente de abuso contra os idosos. Neste sentido, é emergente a prevenção destas situações, adotando novas

¹ A realização deste relatório seguiu as indicações dadas pelo Regulamento de Mestrados (ESEL, 2013) e as Normas APA (Godinho, 2012).

formas de apoio, que promovam a manutenção e a qualidade de vida do idoso dependente em casa, e novas políticas de saúde que promovam o envelhecimento bem-sucedido, incentivem a coesão e interação familiar, e protejam o idoso do abuso (Sequeira, 2010).

Considerando a relevância desta problemática no contexto do envelhecimento, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi-me proposto a realização de um estágio, com a finalidade de desenvolver competências no cuidado diferenciado à pessoa idosa e contribuir para a tomada de decisões clínicas fundamentadas e com base em evidências científicas, promovendo a qualidade dos cuidados especializados de enfermagem (Craig & Smyth, 2004). O enfermeiro especialista designa-se como aquele que detém um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico de intervenção, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas comuns, compreendendo quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e aprendizagens profissionais (Regulamento 122/2011). Nos cuidados especializados à pessoa idosa o enfermeiro deve intervir como perito na: criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade ao idoso e suas famílias, avaliação global da pessoa idosa, da família cuidadora e de todo o seu contexto socioeconómico para a construção de um projeto de cuidados; dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais inseridos em equipas profissionais, multidisciplinares e multisectoriais, em contexto hospitalar e em projetos comunitários no sector público ou privado; definição e operacionalização das políticas de saúde na pessoa idosa; e no assumir de um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível do cuidado à pessoa idosa, nos seus diferentes contextos de vida.

Assim, para o desenvolvimento deste projeto e estágio foi necessário refletir sobre as diversas competências que fui adquirindo ao longo do meu percurso profissional e académico, e sobre as minhas necessidades de desenvolvimento nesta área.

Fazendo uma análise crítica sobre a minha experiência enquanto enfermeira generalista, há 8 anos, num serviço de internamento de medicina, em que a maioria dos clientes são idosos, sinto que fui evoluindo progressivamente as minhas capacidades de observação, de gestão de cuidados e de tempo de acordo com as prioridades das pessoas hospitalizadas, de gestão enquanto responsável de turno, planeamento de cuidados, visão geral do serviço e das necessidades de intervenção, de transmissão de informação (pertinente, concisa, adequada às circunstâncias tanto aos doentes e seus familiares, como alunos e colegas), e fazer face a situações emergentes (que são esperadas pela avaliação e observação de pequenos sinais e sintomas, que exigem alguma experiência para a sua deteção). Para melhorar o meu desempenho fui complementando os meus conhecimentos com formação académica na área dos cuidados à pessoa idosa e da formação (por motivação pessoal), dos quais destaco o curso de Mestrado Saúde e Envelhecimento e o curso de Supervisão e Orientação Clínica de Alunos, que me permitiram a aquisição de vários contributos teóricos, práticos e reflexivos sobre e/na prática e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Dada esta análise, e de acordo com Benner (2001) encontrava-me no estágio de enfermeira competente em meio hospitalar, sendo o meu objetivo atingir o nível de perita nos cuidados à pessoa idosa tanto em meio hospitalar como nos cuidados à pessoa idosa em casa, sendo para tal fundamental a realização deste curso de mestrado em enfermagem para atingir esta condição.

Com a concretização deste projeto pretendi assim adquirir competências especializadas nos cuidados à pessoa idosa, na avaliação multidimensional do idoso e sua família com aplicação de escalas específicas, adquirir experiência de cuidar na casa do idoso e da sua família cuidadora (tendo uma outra perceção de cuidados, diferente da hospitalar, permitindo-me uma maior abrangência das diversas situações de cuidados ao idoso, e permitindo-me posteriormente compreender de uma forma vivida as necessidades e dificuldades que as famílias nos colocam em meio hospitalar, dando-me também um maior conhecimento sobre os recursos da comunidade existentes) gestão de recursos e dos cuidados em equipa, tornando-me mais eficiente e organizada na planificação dos mesmos, tendo um olhar globalizante e atuando personalizadas em cada situação.

De acordo com a problemática no âmbito do envelhecimento e das competências supracitadas, o enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, deve atuar junto dos idosos que são vítimas de abuso, salvaguardando a sua dignidade e os seus direitos, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Lei 111/2009, art.º 78 e art.º 81), tendo ainda a responsabilidade, segundo Gonçalves (2006), de prevenir, diagnosticar, intervir, avaliar e reportar estes casos. No entanto, segundo Ferraz (2009), os enfermeiros têm dificuldade na abordagem e prevenção (primária, secundária e terciária) destas situações.

Tendo em conta a necessidade de se investir na prevenção das situações de abuso ao idoso, no âmbito do mestrado de enfermagem de especialização nos cuidados à pessoa idosa, senti que como futura enfermeira especialista tinha um dever acrescido ao nível da capacitação das equipas de enfermagem para a prevenção das situações de abuso, na sensibilização dos cuidados aos familiares abusadores, tantas vezes esquecidos, melhorando assim a qualidade dos de vida dos mesmos; como também na divulgação e fomentação de trabalhos nesta área de intervenção; sendo ainda fundamental continuar o meu caminho de aprendizagem e intervenção holística nos cuidados à pessoa idosa. Desenvolvi assim um projeto de estágio intitulado de "Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador, para a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa". Para a realização do mesmo foram definidos como **objetivo geral**: desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, nomeadamente na compreensão da importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa; e como **objetivos específicos**: explorar a problemática do abuso ao idoso dependente e suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa; identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa perspetiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente; aquisição de competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa e numa perspetiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa; desenvolver competências na equipa de enfermagem na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.

Para o seu desenvolvimento adotou-se a metodologia de trabalho de projeto, pois tem "como objetivo principal centrar-se 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). Sendo este desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na área de Lisboa, uma vez que: se desenvolvia na mesma um projeto no âmbito do abuso à pessoa idosa no âmbito da UI&DE da ESEL, em que este se enxertou; a população abrangida ser maioritariamente idosa (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011); ao aumento das situações de abuso ao idoso em casa (APAV, 2012); e pela deteção e manifestação de dificuldades na equipa de cuidados continuados (ECC) na prevenção destas situações.

Dada a importância da família nos cuidados à pessoa idosa dependente em casa, o modelo de cuidados de enfermagem em parceria foi o que mais se adequou para intervir junto destes familiares, pois promove a partilha do poder na relação e na construção de um projeto de cuidados, capacitando assim a pessoa idosa e sua família nos cuidados a realizar, sendo estes mais centrados na singularidade de cada um e no contexto envolvente (Gomes, 2009). Fundamentaremos ainda os cuidados de enfermagem na perspetiva do cuidado de enfermagem segundo Collière (1999, 2001), dada à sua visão global e antropológica da pessoa no desenvolvimento de um projeto de cuidados com base na parceria e capacitação do indivíduo, e à ênfase que dá aos cuidados de enfermagem no domicílio. Pois num contexto de prestação de cuidados à pessoa idosa é primordial o enfermeiro "dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (Lei 111/2009, art.º 89º).

Este relatório é composto por cinco partes: introdução, onde se contextualiza o tema; identificação da problemática; revisão da literatura onde se abordam os conceitos chave deste trabalho - envelhecimento, pessoa idosa, dependência, familiar cuidador, abuso à pessoa idosa e parceria nos cuidados de enfermagem; implementação do projeto, onde será descrita a metodologia adotada, a finalidade e objetivos do projeto, a descrição e discussão das atividades realizadas, os resultados atingidos e as competências desenvolvidas; por fim serão apresentadas as considerações finais, onde serão resumidas e refletidas as principais aprendizagens que fui realizando ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

1 – PROBLEMÁTICA/ DIGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O abuso à pessoa idosa é um fenómeno social, histórico e complexo envolvendo eventos de natureza diversa, relacionados com as estruturas sociais, económicas, políticas, culturais e comportamentais, legitimando e fundamentando atos violentos contra as pessoas (Ferraz, 2009). Para os profissionais de saúde este tema é atualmente de grande relevância, dado: o aumento do envelhecimento, das situações de dependência e de abuso às pessoas idosas (WHO, 2011; INE, 2011; APAV, 2012). Esta situação leva a uma maior necessidade de cuidados que conduz ao acréscimo das dificuldades da família para cuidar dos seus idosos dependentes, aumentando os fatores de *stress* no seio das mesmas podendo, a curto/médio prazo, levar a situações de abuso se não houver um apoio e suporte eficaz dos recursos sociais e de saúde da comunidade (Gonçalves, 2006; Sasaki, 2006; Cohen, 2007; Mantthorpe, et al, 2007; Pérez-Carceles, et al; 2009; Péri, 2009; Naughton, et al, 2010; WHO, 2011).

Reconhecer e prevenir situações de abuso implica identificar fatores de risco, tipos de abuso existentes, sinais/sintomas e indicadores de abuso e estar atento quando um idoso refere que sofre de abuso (Bernal e Gutiérrez, 2005; Ferraz, 2009; Hess, 2011; Stark, 2012). Os enfermeiros da comunidade surgem como os profissionais de eleição na prevenção, avaliação, deteção, diagnóstico e intervenção junto da pessoa idosa vítima de abuso e do cuidador agressor, pois acedem mais facilmente aos contextos de vida das pessoas (WHO, 2008; Phelan, 2009). No entanto, referem falta de conhecimentos e de treino para lidarem com as situações de abuso em casa (Nakanishi, et al, 2008; Perel-Levin, 2008; Ferraz, 2009; Fraser, 2010; WHO, 2011; APAV, 2012; Stark, 2012). Neste sentido e dada a complexidade e aumento do fenómeno, é primordial fomentar a capacitação dos profissionais de saúde (conhecimentos e instrumentos) na prevenção do abuso no âmbito dos cuidados domiciliários e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem aos idosos vítimas de situações abusivas pelo cuidador familiar, de forma a planearem cuidados em parceria, personalizados e adequados ao contexto sociofamiliar, através de uma abordagem multidisciplinar (Nakanishi, et al, 2008; Perel-Levin, 2008; WHO, 2008; Ferraz, 2009; Phelan, 2009; Fraser, 2010; WHO, 2011; APAV, 2012; Stark, 2012).

Promovendo, assim, a melhor qualidade de vida tanto do idoso abusado, como do cuidador perpetrador do abuso. Pelo que foram surgindo várias questões como: de que forma poderão os enfermeiros prevenir as situações de abuso à pessoa idosa dependente, em casa? Que conhecimentos têm sobre a prevenção do abuso ao idoso dependente, em casa? Será que os registos de enfermagem e a colheita de dados realizados permitem ter um conhecimento sobre a pessoa idosa alvo de cuidados e a sua família cuidadora, de modo a detetar fatores de risco/indicadores de situações de abuso? Como se poderão realizar cuidados de enfermagem em parceria com a família cuidadora, de modo de prevenir as situações de abuso ao idoso, melhorando a sua qualidade de vida?

Assim enquanto enfermeira e estudante na área de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa, propus-me conhecer a problemática do abuso à pessoa idosa numa UCC na área de Lisboa (pelas razões supracitadas na introdução), no sentido de desenvolver competências como enfermeira especialista à pessoa idosa ao nível da prática clínica, da formação, da investigação e da gestão e na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa através de cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador. Foi, assim, desenvolvido um diagnóstico da situação, integrando uma ECC, no sentido compreender esta problemática no âmbito dos cuidados continuados, de caracterizar o local de estágio (equipa, população, recursos sociais) e de perceber como intervêm os enfermeiros na prevenção de situações de abuso (profissionais envolvidos, conhecimentos na área do abuso à pessoa idosa; instrumentos de identificação/avaliação destas situações; intervenções que realizam para a prevenção primária/secundária do abuso). E elaborou-se um projeto que visasse não só a aquisição de competências como enfermeira especialista ao idoso e numa perspetiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa; como no desenvolvimento de competências na ECC para a prevenção do abuso ao idoso através de um trabalho em parceria com o familiar cuidador.

O próximo capítulo será referente à fundamentação teórica deste projeto onde se pretende compreender a problemática do envelhecimento, do abuso à pessoa idosa dependente em casa e da necessidade de cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador para a prevenção destas situações.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo apresentar-se-á a revisão de literatura² que pretende conceptualizar o fenómeno do abuso à pessoa idosa no âmbito dos cuidados em enfermagem, suportando e fundamentando todas as atividades e intervenções implementadas e desenvolvidas com base em evidências científicas, e que serão descritas, discutidas e avaliadas no capítulo 3.

2.1 O Processo de Envelhecimento e a Dependência na Pessoa Idosa

O envelhecimento demográfico da população é um acontecimento global, e também um dos maiores triunfos e desafios da humanidade (WHO, 2005). Portugal é considerado um dos países mais envelhecidos da Europa, contribuindo para esta realidade o declínio da natalidade e fecundidade, o aumento da proporção de pessoas idosas, e o saldo migratório tendencialmente decrescente (Fernandes, 2007). Atualmente 2,023 milhões de pessoas são idosas³, ou seja, cerca de 19% da população residente em Portugal (INE, 2011), prevendo-se que em 2048, o índice de envelhecimento será de 265 pessoas idosas por cada 100 jovens (Carrilho e Patrício, 2009). Perante este panorama torna-se crucial a definição de metas e políticas futuras, para dar resposta pronta e eficaz às mudanças repentinas da estrutura demográfica (Fernandes, 2001), sendo, para isso fundamental a compreensão do processo de envelhecimento das populações.

O **envelhecimento** ocorre ao longo da vida de uma pessoa. E apesar de ser universal, ele não é linear nem afeta todos os indivíduos de forma semelhante e ao mesmo tempo, há diferenças de pessoa para pessoa, entre sociedades e culturas, tratando-se, portanto, de um processo diferenciado e diferenciador (Imaginário, 2004; Cabete, 2005). Como um processo inerente a todos os seres vivos é

² Com base em pesquisas bibliográficas parcelares (ver Atividade 1 e Apêndice I).

³ A **definição de pessoa idosa** não é de consenso fácil, pois o envelhecimento ocorre desde que nascemos, mas o que nos torna idosos – a idade, o aspeto físico, as vivências, a sociedade? Embora a idade cronológica, não esteja colada à idade biológica, psicológica, funcional, jurídica, psicoafectiva e social estabeleceu-se uma fronteira artificial que serve de referência (Imaginário, 2004). Assim convencionou-se que idoso (pessoa ou população idosa) é toda a pessoa com mais de 65 anos nos países desenvolvidos (WHO, 1999; INE 2002). A idade cronológica torna-se num fator determinante na definição de pessoa idosa nas sociedades desenvolvidas atuais (Imaginário, 2004), sendo assim uma etapa socialmente construída (Vaz, 2008), com base na idade e não tendo em conta a individualidade da pessoa.

concebido como uma redução progressiva (nociva e irreversível) das capacidades de adaptação do organismo às condições variáveis do ambiente, com alteração da funcionalidade e diminuição eficácia dos sistemas reguladores, tornando a pessoa mais vulnerável e aumentando as probabilidades de morte (Robert, 1995; Matsudo, 1997; Imaginário, 2004).

Na tentativa de se compreender este processo, surgiram ao longo do tempo várias teorias explicativas para o mesmo, das quais destacamos: as teorias biológicas do envelhecimento (Farinatti, 2002); e as teorias psicossociais, na tentativa de explicar a influência de fatores sociais e culturais no envelhecimento (Havighurst & Albrecht, 1953; Cumming & Henry, 1961; Neugarten, 1968). No entanto, dada a complexidade do fenómeno, nenhuma destas teorias oferece uma explicação total e universalmente aceite, pelo que Durham (1989) distingue a existência de vários tipos de envelhecimento – biológico; psicológico; social; funcional; e espiritual.

Envelhecer é assim um processo dinâmico, lento mas progressivo, complexo, multifatorial, e individual, com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas (Imaginário, 2004; Araújo, Paúl e Martins, 2011), tornando a pessoa mais vulnerável⁴ (Aday, 1993; Rogers, 1997). É ainda associado a um declínio da eficiência ou desempenho, sendo consideradas no limite como doença, levando a uma maior morbidade e mortalidade (Costa, 2002; Fernandes, 2004). Ser idoso não é sinónimo de ser doente, contudo com a idade há tendência para o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas (Fernandes, 2004; INE, 2005/2006), o que reduz, sem dúvida, a qualidade de vida em termos de saúde e níveis de energia (Sanchez, 2000), existindo uma maior fragilidade⁵ acompanhada, muitas vezes, de situações incapacitantes e de maior

⁴ O termo vulnerabilidade é derivado do verbo latin *vulnerare*, que significa "ser ferido" ou "provocar dano" (Aday, 1993). Em saúde os termos vulnerabilidade e vulnerável são frequentemente utilizados para designar a suscetibilidade das pessoas a problemas e/ou danos de saúde (Kottow, 2003; Nichiata, 2008). De acordo com Kottow (2003) a vulnerabilidade é um atributo antropológico dos seres humanos devido ao simples facto de estarem vivos. No entanto, além desta vulnerabilidade intrínseca algumas pessoas podem ser afetadas por circunstâncias desfavoráveis (pobreza, educação, dificuldades geográficas, doenças crónicas) que as tornam mais expostas. Rogers (1997) define ainda este conceito como um constructo multidimensional e dinâmico, refletindo a convergência e interação de múltiplos fatores de risco, tanto a nível individual/biológico/intrínseco, como ambiental e social, que influenciam a saúde e a experiência em cuidados de saúde.

⁵ A fragilidade é entendida como uma situação em que a pessoa está mais vulnerável, não podendo agir tão rapidamente como antes para se adaptar, necessitando de ajuda em determinados momentos (Caldas, 2003; Gineste e Pellisser, 2008). Relativamente às pessoas idosas Siqueira, *et al* (2004) referem que "(...) idosos frágeis são os indivíduos portadores de múltiplas condições crónicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais e frequentemente ao desenvolvimento de um quadro de dependência" (p.688).

dependência, que exigirão um maior apoio familiar, social e de saúde (Gil, 2010).

A **dependência** das pessoas não é um fenómeno novo, contudo atualmente é um processo complexo devido ao aumento da sua expressão nas pessoas idosas⁶ e a todas as implicações sociais, económicas e políticas que acarreta. Este conceito não tem sido objeto de consensos, em termos de definição e sobre o que representa, podendo ser entendido sob vários pontos de vista como: demográfico, económico, psicológico, social e político (Gil, 2010). Para Baltes e Silverberg (1995), a dependência na velhice é o resultado de várias mudanças ocorridas ao longo do curso de vida (desde as mudanças biológicas até às transformações exigidas pelo meio social), dividindo-a em três níveis: dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que é enquanto produz; dependência física que decorre da incapacidade funcional; e dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem (a pessoa é considerada incompetente para realizar as suas tarefas, e perante esta avaliação, alguém assumirá essa função por ela). De acordo com o Dec-Lei n.º 101/2006 a dependência é definida como uma “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (art.3º, h).

Em suma, envelhecer implica uma série de alterações físicas, biológicas, psicológicas e sociais ao longo do curso da vida, exigindo uma constante adaptação da pessoa. Com aumento progressivo da população idosa e das situações de dependência torna-se inevitável o aumento de apoios sociais, nomeadamente dos cuidadores informais (família). Neste contexto, é importante compreender o papel da família nos cuidados à pessoa idosa que se encontra em situação de dependência em casa.

⁶ Em Portugal, o índice de dependência da população idosa aumentou cerca de 21%, entre 2001 e 2011 (INE, 2011).

2.2 Cuidador Familiar

Ao longo da história da vida do Homem os cuidados “diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo” (Collière, 1999, p.27), baseando-se esta prestação de cuidados num ato de reciprocidade, preservando “tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir” (Collière, 1999, p. 241). A família⁷ foi assumindo ao longo destes tempos a responsabilidade pelo cuidar dos seus membros, sendo considerada atualmente como o primeiro recurso nos cuidados à pessoa idosa dependente e como a “instituição de apoio mais importante e preferida de assistência e ajuda para a maioria dos idosos na doença crónica e na incapacidade” (Sousa, 2006, p.85); independentemente dos seus recursos, das exigências do cuidar de uma pessoa idosa dependente, e das transformações que têm ocorrido na sociedade (Collière, 2001; De La Cuesta, 2004; Quaresma, 1996; Sequeira, 2010).

Os **cuidadores familiares** são entendidos como os membros elementos da rede social⁸ do idoso (família, amigos ou vizinhos) que providenciam cuidados a alguém, independentemente do tempo de prestação de cuidados e da coabitação (Family Caregiver Alliance, 2010). Neste trabalho o cuidador familiar será também entendido como o cuidador principal, sendo este último definido como "a pessoa que proporciona a maior parte do cuidado ao idoso, aquele sobre quem recai a maior responsabilidade, e que não é remunerado pelos serviços prestados" (Lage, 2005, p. 206). A função de cuidador principal não é legalmente reconhecida, pois é vista como uma obrigação implícita decorrente das próprias relações familiares (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005), impedindo a tomada de medidas que permitam o assumir deste papel com maior qualidade de vida para quem cuida e quem é cuidado (Figueiredo, 2006).

A prestação de cuidados não é conjunto estático de experiências, mas uma série de

⁷ “Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, comportada por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 171), e considerada fonte de socialização, suporte e realização efetiva da pessoa ou ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes aquando do envelhecimento e/ou situações de dependência/doença (Araújo, 2010; Lage, 2005).

⁸ “As redes sociais referem-se ao número de elementos e à estrutura da família, amigos, local onde residem (...).Indicam as características estruturais das possibilidades de relação da pessoa”(Sequeira, 2010, p.30).

configurações dinâmicas, em que “cada estágio abarca distintas fontes de *stress*, proporciona diferentes estratégias de superação das dificuldades, exige variados recursos pessoais, sociais e económicos e condiciona as opções disponíveis nos estádios seguintes” (Figueiredo, 2006, p. 63). E embora a tarefa de cuidar de um idoso possa ser emocionalmente gratificante e enriquecedora, é um encargo que a médio/longo prazo pode acarretar consequências negativas, pois as dificuldades da família vão aumentando, afetando o equilíbrio existente e a satisfação das necessidades de todos os seus elementos (Collière, 2001; Figueiredo, 2006; Dinis 2007). Estas dificuldades poderão ao longo do tempo originar situações de deterioração e fragilização das relações familiares que associadas ao *stress* do cuidador, escasso apoio da comunidade, isolamento social e ao desequilíbrio de poder entre a pessoa cuidada e cuidador, poderão levar a situações de abuso à pessoa idosa cuidada (Dias, 2005; Gonçalves, 2006).

2.3 Os Modelos Explicativos do Abuso à Pessoa Idosa

O abuso a idosos não é uma situação nova a nível mundial, embora apenas tenha sido identificado como um problema em estudos de 1975 segundo o termo “*Granny battering*” (OMS, 2002). A temática dos maus-tratos, violência e abuso a idosos teve assim a sua génese na década de 80, afetando todas as culturas e sociedades, não coexistindo contudo uma definição consensual entre os investigadores sobre o conceito a utilizar (OMS, 2002; Dias, 2005; Ferraz, *et al*, 2009). Esta dificuldade advém do facto dos investigadores abordarem este tema sob diferentes perspetivas a da/o: vítima, cuidador, médico, enfermeiro, assistente social, instituição, política social; cultura; criando-se assim falta de clareza (Glendenning, 1993). Brammer e Biggs (1998) acrescentam ainda que definir o abuso/violência/maus tratos é definir um novo problema social e as formas como ele se pode identificar e combater. Segundo os mesmos autores, a maioria das definições têm seguido propósitos mais pragmáticos do que conceptuais, ou seja, tendem a aplicar e a transferir para a prática conhecimentos já adquiridos de problemas sociais semelhantes, como os dos movimentos de proteção social na infância e da violência familiar.

Seguindo uma abordagem mais pragmática, o *National Center on Elder Abuse*

(NCEA) (2011b) identificou 7 tipos de abuso para os idosos não institucionalizados: abuso físico; abuso sexual; abuso emocional ou psicológico; exploração material ou financeira; abandono; negligência e; autonegligência (Apêndice II); sendo que estas situações ocorrem num relacionamento de confiança (um cônjuge, um irmão, um filho, um amigo, ou um cuidador) e na casa da pessoa idosa/do cuidador (NCEA, 2011a), podendo ser identificadas através do reconhecimento de alguns sinais e sintomas específicos de cada tipo de abuso (Apêndice II).

O abuso à pessoa idosa só recentemente foi considerado um problema social e de saúde pública, decorrente das atuais alterações nas estruturas demográficas, sociais e familiares, às quais a nossa sociedade ainda não teve tempo de se adaptar (Fernández-Allonzo & Herrero-Vallázquez, 2006). No sentido, de se perceber a origem das situações de abuso à pessoa idosa foram desenvolvidos vários modelos explicativos deste fenómeno, como: o das dinâmicas intra-individuais; o da transmissão intergeracional do comportamento violento; das relações de troca e dependência; o do *stress* situacional; o do isolamento social (Ferreira Alves, 2005; WHO, 2011). Contudo, apesar do contributo dos diferentes modelos apresentados, não existia um único modelo explicativo de todos os fenómenos de abuso a idosos devido à heterogeneidade dos fatores de risco envolvidos (Wolf, 1998; Perel-Levin, 2008). Neste sentido, foi desenvolvido o *Ecological Model*, que aprofunda as interações entre o indivíduo e o seu contexto, considerando o abuso como resultado de uma complexa inter-relação entre as características individuais (fatores biológicos, história pessoal), com as relações interpessoais que estabelece (com membros da família, pares), as características da comunidade na qual a pessoa vive/trabalha e os fatores sociais como as políticas/normas sociais que criam um clima favorável ao abuso (Carp, 1999; Perel-Levin, 2008). Este modelo constitui um instrumento central não só na interpretação de indícios, no planeamento de intervenções e de fomento de práticas preventivas, como também da própria avaliação forense.

Quanto à amplitude do fenómeno do abuso foram realizados alguns estudos sobre a prevalência destes casos. De acordo com uma revisão sistemática da literatura, realizada por Cooper, Selwood e Livingston (2008), os dados sobre a prevalência do abuso à população em geral variam entre 3,2 e 27,5%, atribuindo esta grande

amplitude de números aos possíveis efeitos da cultura, às diferenças na conceptualização e nas escalas de medição do fenómeno. De acordo, com este estudo: mais de 6% da população idosa relatou situações de abuso; cerca de um quarto dos idosos dependentes de cuidados de terceiros relataram abuso psicológico significativo, e um quinto relatou negligência; e mais de um 1/3 dos cuidadores familiares de idosos com algum tipo de incapacidade, dependência e/ou deficiência relataram práticas de abuso significativo.

Em Portugal, não existem dados nacionais sobre a prevalência do abuso à pessoa idosa, no entanto está a decorrer um projeto de investigação no Instituto Ricardo Jorge, com o intuito de identificar e caracterizar as situações de violência a que estão sujeitas as pessoas idosas em contexto familiar, residentes em Portugal Continental, de modo a estimar a prevalência do problema e os fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência. A APAV (2011 e 2012) tem assinalado nos seus relatórios um aumento do número de queixas, no que se refere às situações de abuso à pessoa idosa, verificando-se que entre 2000 e 2012, houve um aumento do número de queixas de pessoas idosas vítimas de crime, passando de 290 para 817, respetivamente. Constatando-se que o perfil da vítima de abuso é geralmente uma mulher, entre os 65 e 70 anos e os 75 e 80 anos, que não sabem ler/escrever ou têm o 1º ciclo de escolaridade ou o ensino superior, casada, pertencente a família nuclear com filhos, reformada, residindo em meio urbano; e que o perfil do agressor é geralmente os filhos ou o cônjuge, com mais de 65 anos ou com idades entre os 45-50 anos (Sousa, Freitas e Queiroz, 2007; APAV, 2012).

No entanto, as situações de abuso ao idoso são ainda um assunto sub-referenciado, sobretudo pelas próprias vítimas por terem receio de perda do cuidador (mesmo perante a situação de abuso), não terem quem cuide de si, serem institucionalizadas, perda de privacidade e/ou de relações familiares, recriminação pela pessoa que submete a pessoa idosa a abuso, exposição pública e posterior intervenção exterior, descrédito perante o abuso e sentimento de culpabilidade face ao abuso perpetuado pelo outro; dificultando o seu reconhecimento e prevenção (Quinn & Tomita, 1997). O abuso à pessoa idosa é assim um fenómeno global mas silencioso dificultando a sua prevenção. Qualquer abordagem deve então partir de uma avaliação multifatorial, considerando os vários fatores de risco (Apêndice III)

envolvidos, uma vez que o abuso de idosos é o resultado de uma complexa interação de fatores individuais (vítima e abusador), relacionais, sociais, culturais e ambientais (WHO, 2011). Em Saúde Pública é essencial a detecção e compreensão precoce destes fatores de risco, de modo a garantir a eficácia da sua prevenção, uma vez que estes são inferidos das variáveis que parecem ocorrer em concomitância com os comportamentos de abuso, e embora não sejam agentes causais, são fatores cuja presença se associa ao aumento da probabilidade destes acontecimentos (Ferreira-Alves, 2005).

De acordo com Bernal e Gutiérrez (2005) existem quatro níveis de intervenção nas situações de abuso - prevenção primordial, primária, secundária e terciária; que se diferenciam em termos de objetivos, contextos e estratégias de atuação (Apêndice IV); sendo que neste trabalho de projeto apenas nos debruçaremos sobre a prevenção primária do abuso, desenvolvendo atividades de acordo com o que é preconizado a este nível - ver apêndice IV.

Em suma o abuso à pessoa idosa é um fenómeno recente, quando comparados com os dirigidos à mulher e infância, sendo só recentemente considerados um problema social e de saúde pública, dados os impactos na qualidade de vida da pessoa, o aumento de problemas de saúde e transtornos psicológicos, com custos inevitáveis em termos sociais e de saúde (hospitalizações, consultas), bem como o aumento do número de mortes prematuras (WHO, 2011). Neste sentido, o enfermeiro deve seguir uma abordagem global e antropológica, situando a pessoa no seu contexto de vida sociofamiliar, tentando compreendê-la em todas as suas vertentes, e tornando-a parceira de cuidados (Collière, 1999 e 2001; Gomes, 2009). O cuidador principal deveria integrar a equipa de saúde, e ser considerado um agente de saúde, recebendo orientações para a prestação de cuidados adequados ao idoso e à preservação da sua própria saúde (Caldas, 2003). Torna-se, assim, primordial refletir sobre o papel do enfermeiro na prevenção das situações de abuso ao idoso dependente, pois “o desenvolvimento e a utilização do conhecimento é essencial para a melhoria constante da prática de cuidados” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p. 20).

2.4 Cuidados de Enfermagem em Parceria com o Familiar Cuidador para Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

Numa perspectiva ética e deontológica cabe ao enfermeiro identificar casos de abuso, de modo a “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2003, p. 51), uma vez que “qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, e uma redução da qualidade de vida para o idoso” (OMS, 2002, p. 126). Cuidar implica promover o bem-estar e prazer e não apenas debruçar-se sobre o sofrimento, mas evitá-lo a todo o custo, permitindo a valorização do ser e o desenvolvimento da pessoa; sendo ainda a garantia direta da vida em grupo, o que implica o conhecimento das pessoas, do seu meio de vida, e das dificuldades que apresentam (Collière, 1999, 2001). Deste modo, “o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (Collière, 1999, p. 290).

O despiste, análise, diagnóstico e abordagem do abuso de idosos em seio familiar é assim um ponto primordial na intervenção de enfermagem. No entanto, estas situações tornam-se desafiantes para o enfermeiro pela dificuldade em construir uma relação de confiança com as famílias abusivas (Stanhope & Lancaster, 1999), como pela necessidade de desenvolvimento de competências ao nível da prevenção das situações de abuso (Nakanishi, *et al*, 2008; Perel-Levin, 2008; Ferraz, 2009; Fraser, 2010; WHO, 2011; APAV, 2012; Stark, 2012). A atuação do enfermeiro especialista é fundamental, neste campo, pela sua capacidade de intervenção aos vários níveis de cuidados de saúde (primordial, primários, secundários e terciários - ver Apêndice IV), e capacidades de educação dos clientes⁹ e dos pares, de

⁹ Ao longo do relatório será utilizado o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Opta-se pelo termo cliente pela "conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante ativo. Cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade" (OE, 2001, p.16).

orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de concretizar investigação relevante, que permita melhorar a qualidade da prática de enfermagem (Regulamento 122/2011).

Assim como futura enfermeira especialista na área médico-cirúrgica vertente da pessoa idosa propus-me a desenvolver um trabalho nesta área de modo a compreender o fenómeno do abuso à pessoa idosa, construindo posteriormente intervenções baseadas em evidências científicas de modo a prevenir estas situações, através de um trabalho em parceria com o cuidador familiar e pessoa idosa, da realização de projetos de cuidados que tenham em conta as necessidades encontradas e todo o contexto sociofamiliar da pessoa, e no desenvolvimento de competências na ECC para a prevenção do abuso ao idoso intervindo em parceria com o cuidador familiar (Collière, 1999 e 2001; Gomes, 2009).

Para o estabelecimento de uma relação eficaz com os familiares cuidadores é necessário conhecer a pessoa de quem cuidamos e sua família, criar uma relação de confiança e estabelecer uma relação de cuidados negociada, ou seja uma relação de parceria (Gomes, 2009). Desta relação pretende-se através de um processo de descoberta → elucidação → ação, identificar a natureza das necessidades/dificuldades/problemas de saúde da pessoa e sua família e construir um Projeto de Cuidados (Collière, 1999 e 2001). A elucidação dos projetos de cuidados parte do conhecimento que se tem da pessoa e do seu contexto de vida, implicando um trabalho de equipa entre os diversos profissionais envolvidos, cliente e sua família, pois a pessoa/cliente/os utilizadores dos cuidados "são considerados os parceiros dos cuidados (...) tornam-se ativos (...)" (Collière, 1999, p.337).

De acordo com o que foi enunciado a prestação de cuidados de enfermagem visa, essencialmente, capacitar a família a cuidar e desenvolver o *empowerment* da pessoa idosa através de cuidados de enfermagem em parceria, pois "a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades" (OE, 2003, p.4). Segundo Gomes (2009, p.238), a parceria promove a **partilha do poder na relação** de cuidados, promove e desenvolve a **autonomia** da pessoa idosa/cuidador e ajuda a utilizar o **poder de existir** e a promover o **conforto e bem-estar**, facilitando a **integração** da pessoa idosa doente /cuidador no

contexto de inter-relação social, promovendo um cuidado mais **centrado na singularidade da pessoa** e permitindo que esta tenha **controle sobre o seu projeto de vida e saúde** ou que assegure que ela possa progredir na sua trajetória de vida. A mesma autora refere que para haver uma verdadeira relação de parceria é necessário existir uma interação genuína entre os parceiros, implicando um conhecimento e uma atenção com a pessoa alvo dos cuidados, para que a tomada de decisões e ações em conjunto resultem em benefício para ambos.

A construção do processo de parceria desenvolve-se em cinco fases: revelar-se, envolver-se com a pessoa idosa; capacitar ou possibilitar o cuidado do outro; comprometer-se e; assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009) (Apêndice V). Segundo Gomes (2009), no *Assumir o controle de Si* a pessoa “consegue ter controle sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar” (p. 231), e no *Assumir o controle do Outro* “o enfermeiro garante que o doente idoso possa continuar a sua trajetória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria e garante que a família adquira capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso” (p.231). Para que se possa construir uma relação de cuidados em parceria, é necessária a utilização de algumas estratégias, como: partilha de poder; promoção da pro-atividade; desenvolvimento das capacidades ao nível da comunicação; promoção do respeito no estabelecimento da relação com pessoa idosa/família; identificação das necessidades e potencialidades da pessoa idosa/família; ajudar na transformação das capacidades potenciais em reais; promoção da reflexão; respeito pelo ritmo e tempo da pessoa; promoção da negociação; estabelecimento de um compromisso com a pessoa idosa/família; ajuda nas escolhas da pessoa; validação dos cuidados; promoção da autonomia, dando reforço positivo (Gomes, 2009).

Vários outros autores se debruçaram sobre esta relação de parceria entre enfermeiro e cliente, referindo ser essencial a existência de determinados atributos para o seu estabelecimento, como: a cooperação, a partilha de responsabilidade, respeito, confiança, cortesia, autenticidade e relação interpessoal (Gallant, 2002); a competência profissional, a comunicação, a participação do cliente, a necessidade

de um ambiente de segurança e de disponibilidade (psicológica e tempo), o apoio da chefia e a existência de relações/apoio interdisciplinares (Hook, 2006); relação de proximidade e de confiança que assente na igualdade, para que o enfermeiro consiga incluir a pessoa nas suas decisões e cuidados e para que a mesma sinta uma sensação de poder na sua saúde (Santos, 2000); respeito e a empatia pelo outro (Chalifour 1993). Dinis (2006), ao desenvolver um estudo sobre a parceria com a família refere que esta relação se deve fundamentar em princípios base, como participação, *empowerment*, colaboração, aliança e cooperação.

A promoção *empowerment* é assim um processo essencial para a aquisição de informações, competências e capacidades de gestão de recursos internos no âmbito da promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa e sua família e para a prevenção de desenvolvimento de doenças e situações de risco de vida, sendo considerado um “processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas” (Dinis, 2006, p.58).

Concluindo a compreensão do processo de parceria torna-se estruturante para a prática de cuidados nas situações em que as pessoas se encontram em situação de vulnerabilidade, fragilidade e dependência (Gomes, 2009), e que, por esse motivo, encontram-se em risco de situações de abuso, nomeadamente pelo seu familiar cuidador. Permite ainda ao enfermeiro compreender as necessidades dos familiares cuidadores, capacitando-os para cuidarem de si e do outro, prevenindo assim eventuais situações de abuso à pessoa idosa.

Este referencial teórico foi a base de sustentação das intervenções delineadas ao longo do meu percurso no estágio, ao nível das intervenções estabelecidas em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador na prevenção do abuso, como na relação estabelecida com a ECC no desenvolvimento de competências para prevenção do abuso através do estabelecimento de uma relação de parceria com o familiar cuidador. No capítulo seguinte serão descritas, discutidas e avaliadas as atividades desenvolvidas e as competências alcançadas.

3 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Neste capítulo iremos abordar a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de estágio, a finalidade e os objetivos definidos, a caracterização do local de estágio, a descrição, discussão e avaliação das atividades realizadas e dos resultados obtidos.

Considerando os objetivos e a natureza deste trabalho, optei pela metodologia de projeto, pois é uma prática reflexiva, que permite estudar qualquer aspeto da realidade social, "baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas" (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.5), constituindo ainda uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

É um processo dinâmico que possibilita: uma certa flexibilidade na escolha dos procedimentos; a adaptação ao longo da intervenção sempre que haja necessidade; e que permite compreender e interferir no próprio contexto, planeando uma ação mais direta e dirigida ao mesmo e estando diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção, transformando e melhorando essa realidade (Leite, Malpique & Santos, 2001; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A metodologia de trabalho de projeto desenvolve-se assim no contexto, conferindo-lhe um carácter investigativo e produtor de conhecimento (a realidade em estudo) para os intervenientes (Leite, Malpique, Santos, 2001), uma vez que aplica conhecimentos teóricos para a resolução de um problema identificado numa realidade concreta. É constituída 5 etapas: identificação do problema e diagnóstico da situação; planificação de estratégias e programação de atividades e indicadores de avaliação; execução das atividades e avaliação do trabalho; e a divulgação dos resultados (Leite, Malpique & Santos, 2001; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, 2010).

O projeto de estágio que tracei iniciou-se com o diagnóstico de situação no contexto de estágio (observação, entrevistas, e análise da folha de colheita de dados e registos de enfermagem), conhecimento aprofundado da temática (revisão da literatura, Curso Envelhecimento e Violência) e reflexão crítica sobre a necessidade de desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista no

âmbito da formação, investigação, gestão e cuidados à pessoa idosa. Com base neste conhecimento, definiram-se objetivos e programaram-se atividades, sendo realizada uma avaliação contínua e final de todo o projeto de estágio.

3.1 Finalidades e Objetivos

A finalidade deste projeto de estágio foi desenvolver competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização à pessoa idosa, tendo sido considerado o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, visando a formação, a gestão, a investigação e a prestação de cuidados especializados à pessoa idosa (Regulamento 122/2011), o Regulamento dos Mestrados da ESEL e o diagnóstico das necessidades do onde se desenvolveu/implementou o projeto. Assim foram traçados os seguintes objetivos:

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, nomeadamente na compreensão da importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa.
- **Objetivos Específicos:**
 - ❖ Explorar a problemática do abuso ao idoso dependente e suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa;
 - ❖ Identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa perspetiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente;
 - ❖ Aquisição de competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa e numa perspetiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa;
 - ❖ Desenvolver competências na equipa de enfermagem na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.

De forma a compreendermos melhor a realidade onde se desenvolveu o projeto, passaremos à sua breve descrição.

3.2 Caracterização do Local de Estágio (Apêndice IX)

O estágio decorreu entre 8 Outubro de 2012 e 14 de Fevereiro de 2013 numa UCC da área de Lisboa. Uma UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e ganhos em saúde (Santo e Pardal, 2010). Neste sentido, a UCC onde estagiei integrava vários projetos nomeadamente de intervenção na comunidade, apoio à Saúde Escolar em parceria com a Unidade de Saúde Pública (USP) e de cuidados continuados. Esta UCC, dá apoio a duas freguesias da área de Lisboa, sendo constituída por duas ECC, que asseguram os cuidados de enfermagem ao domicílio na respetiva freguesia.

Estagiei numa ECC integrada numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da área de Lisboa, com cerca 18 898 clientes inscritos, dos quais 3 924 têm mais de 65 anos. Dos clientes inscritos, 130 (52 do sexo masculino e 78 do sexo feminino) usufruem de cuidados continuados ao domicílio, sendo que 121 têm mais de 65 anos (de acordo com o plano de trabalho da semana de 1 a 14 de fevereiro de 2013, podendo ir variando).

A ECC que dá apoio a esta população, é constituída por enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social, tendo apoio dos respetivos médicos de família, de cada cliente. A equipa de enfermagem é constituída por 4 enfermeiros, todos licenciados, com idades compreendidas entre os 33 e 45 anos. Destes enfermeiros, existem três com outras formações académicas: 1 com uma pós graduação em gestão da saúde; 1 com especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; e 1 mestre e especialista em enfermagem comunitária. O tempo de experiência na equipa de cuidados continuados varia entre os 4 meses e os 11 anos (dois enfermeiros encontram-se em fase de integração/adaptação). A cada enfermeiro é atribuída uma área geográfica de intervenção, tendo um plano de trabalho com os diversos clientes abrangidos. Na ausência desse enfermeiro há uma distribuição dos clientes pela restante equipa. Existe ainda uma reunião

multidisciplinar semanal onde se faz um balanço semanal do trabalho, e se discutem os casos mais complicados e se delineiam estratégias de atuação. Em determinadas situações, em que há necessidade de atuação dos parceiros da comunidade, agendam-se reuniões para a sua discussão. Os registos de enfermagem são realizados no aplicativo informático SAPE e a vacinação é registada no aplicativo informático SINUS.

Foi junto desta ECC e dos seus clientes que foram realizadas algumas das atividades que irão ser descritas no capítulo seguinte.

3.3 Atividades Realizadas e Resultados Obtidos

Para a realização deste projeto e estágio, foram delineadas diversas atividades, sendo cumpridos os aspetos éticos a eles associados. Desta forma, foi assegurada a aprovação do estágio e do projeto pela Diretora Executiva do ACES à qual pertence a UCC onde se realizou o estágio; e tendo em consideração os princípios éticos e os valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009) foi elaborado um documento de consentimento informado (Apêndice VI), onde me identifiquei, descrevi o trabalho que estava a ser realizado, apresentando-se os seus objetivos e explicitando-se o que será feito com os resultados, garantido ainda o anonimato e confidencialidade das informações obtidas (Lei n.º 67/98) junto dos participantes, bem como o carácter voluntário da participação podendo a qualquer momento negar o consentimento.

Após a aprovação do projeto e do estágio, e com base na metodologia de projeto e nas aprendizagens adquiridas ao longo do curso de mestrado (nomeadamente na disciplina de Opção II - Trabalho de Projeto), iniciei a elaboração do diagnóstico da situação de forma a planear a minha ação futura. Esta primeira fase realizou-se entre Abril e Julho de 2012 e posteriormente de Outubro a Novembro de 2012. É de salguardar, que neste último período houve necessidade de se realizar um novo diagnóstico da situação, uma vez que houve mudança do local de estágio.

3.3.1 Atividades Realizadas na Fase de Diagnóstico

Nesta fase pretendi essencialmente explorar a problemática do abuso ao idoso dependente e suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa; identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa

perspetiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente; compreender os conhecimentos que a ECC tinha ao nível da prevenção do abuso à pessoa idosa, e de acordo com esses resultados promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais, assumindo um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível do cuidado à pessoa idosa, nos seus diferentes contextos de vida.

Atividade 1 - Revisão da Literatura

A revisão da literatura permitiu-me aprofundar os conhecimentos que detinha em diversas áreas nomeadamente no âmbito dos cuidados especializados à pessoa idosa, da prevenção do abuso ao idoso em situação de dependência em casa, e ainda nos cuidados de enfermagem em parceria. Uma vez que realizei estágio no âmbito dos cuidados na comunidade, foi ainda necessário aprofundar os meus conhecimentos nesta área, sobretudo ao nível da sua organização e estruturação, pelo que consultei toda a legislação em vigor.

Foram assim realizadas várias pesquisas utilizando-se o motor de busca EBSCOhost para aceder às bases de conhecimento científico: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, *MEDICLATINA* disponíveis no motor de busca *EBSCO* e *NURSING REFERENCE CENTER*, e ainda o Centro de Documentação da ESEL; Internet. As palavras-chave utilizadas foram: elder abuse; caregiver; caregiver relatives; nursing; nursing care; nursing diagnosis; partnership in nursing care; risk factors; prevention. No apêndice III apresento um exemplo de uma das pesquisas que foi realizada e os resultados obtidos.

Resultados: Os dados obtidos permitiram a construção da revisão da literatura servindo como linha norteadora para a construção e fundamentação das minhas intervenções (como enfermeira), com base em evidências científicas (Craig e Smyth, 2004). Esta foi então uma etapa essencial para a clarificação da problemática e para todo o delineamento do projeto.

Atividade 2 - Frequência do Curso Envelhecimento e Violência

Foi frequentado o curso *Envelhecimento e Violência* - da teoria à prática, no Instituto

Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP, em Lisboa (17 e 18 de Maio de 2012), com o intuito de aprofundar os conhecimentos no âmbito do abuso à pessoa idosa, pois para desenvolvermos na prática profissional estratégias de prevenção, despiste e intervenção é fundamental identificar e conhecer os processos e as condições de ocorrência de abuso a que estão sujeitas as pessoas idosas, no contexto da vida familiar. Os temas abordados no curso foram: definição do problema (definição, tipos de abuso, teorias explicativas, prevalência, incidência, estudos sobre a temática); Intervir na violência contra as pessoas idosas (violência enquanto um problema de saúde pública; identificar, avaliar, intervir e reportar situações de abuso; tipos de prevenção; fatores de risco, indicadores, sinais e sintomas de abuso; instrumentos de triagem e diagnóstico; avaliação médico legal e abordagem forense); e Enquadramento Jurídico-Legal. Houve ainda discussão de casos e reflexão sobre determinados dilemas que se nos apresentam na prática, que permitiram uma reflexão mais aprofundada sobre a temática.

Resultados - Todas as informações obtidas foram fundamentais para: a construção da problemática; para a revisão da literatura; o delineamento, construção e fundamentação e de todas as intervenções de enfermagem e atividades a realizar para a prevenção do abuso à pessoa idosa em situação de dependência, com base em evidências científicas; conhecimento de alguns trabalhos que se têm realizado nesta área; para a aquisição de contactos úteis; e para a compreensão e conhecimento mais aprofundado da legislação em vigor. A reflexão e discussão de casos permitiu compreender a amplitude e complexidade do fenómeno, a consolidação da informação, e a importância da necessidade de formação e intervenção dos profissionais de saúde a este nível.

Atividade 3 - Socialização junta da ECC

O trabalho de campo constitui uma etapa importantíssima em qualquer processo de produção de conhecimento, sendo uma oportunidade de pesquisa e de reflexão teórica. É um momento que permite a recolha de dados nos "contactos quer com a realidade envolvente, quer no âmbito teórico, no contexto social, político, cultural, institucional" (Leite, Malpique e Santos, 2001, p.76), procedendo-se depois ao tratamento dos dados colhidos, análise e discussão dos resultados; com vista a

desenvolver intervenções que respondam ao problema identificado (Bogdan e Biklen, 1994; Leite, Malpique e Santos, 2001). "O produto surge muitas vezes apenas pela conscientização do problema, pelas questões suscitadas, pelas aprendizagens e mudanças de atitude, pelas propostas alternativas, pela resposta ao problema. (...) é o resultado de todo um processo" (Leite, Malpique e Santos, 2001, p. 76). O trabalho de campo permite assim estar dentro do mundo dos sujeitos, trabalhando para ganhar a sua aceitação respeito e confiança, abrindo as portas para uma intervenção eficaz.

A socialização em psicologia é um processo pelo qual se adquire e compreende os padrões de comportamento característicos dum determinado contexto, ou seja, permite ao indivíduo integrar-se em novos contextos através das interações que estabelece (Gleitman, 1999). Neste sentido para conseguir aceder a esta informação é fundamental haver uma socialização no local onde se irá implementar o projeto, e assim uma vez que não era elemento integrante do serviço, as primeiras semanas de estágio também foram destinadas a este fim, o que permitiu o contato com a dinâmica do contexto, integração na equipa de enfermagem e participação nas diversas atividades realizadas pela ECC. A socialização também foi realizada junto da população alvo de cuidados, acompanhando diariamente os enfermeiros na prestação de cuidados em casa.

Resultados: Este foi um momento importante que facilitou a adaptação entre mim e a equipa abrindo espaço para o estabelecimento de respeito e confiança por parte de todos. Permitiu-me ainda compreender a dinâmica de trabalho da ECC, identificar algumas necessidades da mesma em termos da prevenção das situações de abuso à pessoa idosa, e a possibilidade de prosseguir com os objetivos propostos no projeto. O acompanhamento diário dos enfermeiros foi ainda útil para a minha integração junto da população alvo de cuidados, facilitando a minha intervenção posterior junto dos mesmos.

Um dos resultados desta socialização foi tornar-me num elemento de referência para a ECC, nas situações em que havia suspeita de abuso à pessoa idosa, sendo os casos discutidos em equipa multidisciplinar, delineando-se estratégias conjuntas de intervenção. Ademais, a integração e compreensão de todo o contexto da ECC e dos seus clientes (potencialidades, necessidades, dificuldades) contribuiu para um

melhor planeamento e gestão dos cuidados realizados, bem como a otimização das respostas, a articulação entre os elementos da equipa e a adaptação dos recursos disponíveis às situações. Pois, para alcançarmos cuidados de enfermagem com qualidade, nomeadamente na prevenção do abuso à pessoa idosa, é necessário que os enfermeiros estejam envolvidos e motivados no trabalho que desempenham tendo liberdade de criar, inovar, procurar novas formas próprias e únicas de atingir os resultados de uma intervenção, envolvendo ainda sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional (Bezerra, *et al*, 2010).

Atividade 4 - Entrevista aos enfermeiros da UCC e à Assistente Social

A entrevista possibilita uma abordagem em profundidade do ser humano, pois permite a compreensão rica e matizada das situações em estudo (Ruquoy, 1997). É utilizada como técnica principal, ou associada a outras técnicas, sendo, muitas vezes, utilizada numa fase exploratória. Pode ser classificada num *continuum*, em que num dos extremos o investigador permite a expressão livre do seu interlocutor, quase não intervindo (entrevista não diretiva), e no outro extremo o investigador é que estrutura e entrevista a partir de um objeto de estudo estritamente definido (entrevista diretiva). Nesta fase do projeto utilizei uma entrevista semi-diretiva, que se encontra num nível intermédio desta classificação. A aplicação desta entrevista responde a duas exigências: permite que o entrevistado expresse e estruture o seu pensamento em torno do objetivo em estudo (não diretividade), e ao definir bem o objeto de estudo direciona o discurso do interlocutor, não o deixando ir ao sabor do pensamento, exigindo assim o aprofundamento de pontos que ele não teria focado sem a intervenção do entrevistador (diretividade); criando ainda um clima de confiança de forma a controlar o impacto das condições/contextos sociais da interação. Esta forma de condução da entrevista exige um guião (Apêndice VII e VIII), com os pontos que se pretende abordar, não tendo de se seguir uma ordem fixa. Para assegurar a qualidade e pertinência dos dados, devemos sempre ter em conta os objetivos de estudo, o contexto interpessoal e as condições sociais da interação. Sendo ainda pertinente focar que a aceitação da entrevista pode ser dificultada pela grande distância social ou cultural, as relações de poder, as diferenças de idade, sexo, raça, e tema do estudo (Ruquoy, 1997).

Reportando-nos agora aos instrumentos propriamente ditos, ambos os guiões da entrevista contêm duas partes: uma primeira que tem como objetivo caracterizar os participantes e que integra diversas variáveis; e uma segunda parte com o guião da entrevista semi-directiva em que os enfermeiros e assistente social responderam às diversas questões propostas, tendo como objetivo compreender como mesmos intervinham ao nível da prevenção primária, secundária e terciária nas situações de risco e de abuso à pessoa idosa. O processo de recolha de informação decorreu entre Outubro e Novembro de 2012. Antes da aplicação de cada entrevista foi apresentado um documento de consentimento informado (Apêndice VI). Só aos participantes que assinaram o consentimento informado, foi realizada a entrevista. Cada entrevista realizada foi codificada (numericamente), de forma a manter o anonimato e confidencialidade dos resultados, e analisada de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo de Bardin (2009) (Apêndice X).

Resultados: As entrevistas realizadas permitiram fazer uma caracterização dos elementos da equipa de enfermagem e da assistente social desta da ECC (Apêndice IX). Analisaram-se as entrevistas de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2009), sendo realizada discussão dos resultados (Apêndice X). Isto permitiu realizar um diagnóstico da situação e planear intervenções com a ECC de acordo com as suas necessidades, dificuldades e potencialidades, de forma a capacitá-los para a prevenção do abuso à pessoa idosa em casa, pelo familiar cuidador. O que se apurou das entrevistas: a equipa estava sensibilizada para as situações de abuso à pessoa idosa, sobretudo às que se encontram dependentes de terceiros para as suas AVD e AIVD; têm constatado que estas situações têm aumentado, sobretudo as de negligência, psicológicas e financeiras; que têm dificuldade em atuar nestas situações junto da pessoa idosa e do familiar cuidador; que as suas intervenções que realizam nestas situações são sobretudo a comunicação à equipa multidisciplinar, à assistente social e a educação para a saúde, raramente contactam uma força de segurança; que não existem documentos/instrumentos para avaliação de fatores de risco, e identificação/avaliação de situações de abuso; que não existe orientações para reportar, nem intervir nestas situações; referiram ainda não ter formação na área, e que necessitam de mais conhecimentos sobre a temática, sobretudo para perceberem que procedimentos e intervenções podem ser

realizados; que têm dificuldade em saber que informações transmitir ao Ministério Público ou às Forças de Segurança e como o fazer, a não ser em situações já bastante graves; e que têm dificuldade na abordagem do familiar cuidador e próprio idoso.

Atividade 5 - Apresentação do Projeto à ECC

Numa reunião multidisciplinar (15/11/2012) foi apresentado o projeto à ECC. Foi realizado um *Power Point* tendo como finalidade: contextualizar a problemática; apresentar os objetivos do projeto; e as atividades sugeridas (Apêndice XI). Foi utilizada uma metodologia expositiva-participativa, informal, tendo participado toda a ECC. Esta participação integral permitiu envolver e integrar toda a equipa no projeto.

Resultados: Esta sessão constituiu um momento de esclarecimento de dúvidas acerca dos objetivos do projeto de estágio, representando um passo fundamental para a continuação do mesmo. A utilização de uma metodologia expositiva-participativa informal, permitiu que a ECC pudesse discutir e refletir sobre o mesmo, esclarecer as suas dúvidas e sendo ainda incentivada a dar o seu contributo, tendo em conta os seus conhecimentos e experiência pessoal e profissional, para o desenvolvimento e continuação do projeto. Pois para o sucesso de um projeto é fundamental que todos os elementos de uma equipa estejam envolvidos sentindo-se como parte integrante e relevante do mesmo (Ruivo, Ferrito & Nunes,2010).

Atividade 6 - Análise dos Registos de Enfermagem e da Folha de Colheita de Dados (de acordo com a avaliação inicial do aplicativo informático SAPE).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003) a análise documental de fontes escritas, impressas ou audiovisuais é um recurso de informação qualitativa que permite encontrar informações relevantes para completar os dados obtidos por outros métodos. Neste sentido, uma das atividades que tinha preconizado realizar seria a análise dos registos de enfermagem e da folha de colheita de dados, tendo por base uma grelha de observação de acordo com o modelo de intervenção em parceria (Apêndice XII) (Gomes, 2009) e um instrumento que construí que tinha em consideração os principais indicadores de identificação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa (Apêndice XIII).

Resultados: A colheita de dados e os registos de enfermagem são realizados no aplicativo informático SAPE. Nos meses em que estagiei na UCC tive a oportunidade de estar presente durante a realização dos registos de enfermagem e preenchimento da folha de avaliação inicial dos clientes (colheita de dados inicial). Constatei que a folha de avaliação inicial não estava preenchida na maioria dos clientes (nos quais realizavam registos), e a dos novos clientes não era preenchida na sua totalidade (registavam o nome cliente e do familiar cuidador, contacto, e motivo que o levou a requerer cuidados da ECC). Algumas das razões que contribuíram para este facto foram: aumento do número de clientes e do número de horas de cuidados aos mesmos (aumento da dependência e da gravidade das situações de doença dos clientes); a equipa ter elementos em integração; a equipa não ter tido oportunidade de transcrever as avaliações iniciais dos processos anteriores (em registo de papel) para o aplicativo informático; e a equipa não ter tido formação no uso deste aplicativo, dificultando o seu uso. Não foi possível a utilização da grelha de observação na análise dos processos uma vez que não tinha código de utilização e porque para levar a cabo esta atividade tinha de estar na companhia de algum dos enfermeiros que estavam na prestação de cuidados, o que não foi facilitador para levar a cabo esta tarefa no tempo disponível. Neste sentido, optei por estar presente em alguns momentos em que os enfermeiros estavam a realizar os registos de enfermagem, sobretudo nos momentos referentes aos clientes que seguia, solicitando para ser eu a preencher os mesmos e desta forma poder explorar um pouco o processo e aplicativo. Relativamente aos outros processos fui questionando os enfermeiros sobre a avaliação inicial e os registos que eram realizados, observando em alguns momentos a sua realização.

Tive, assim, a oportunidade de realizar duas avaliações iniciais, de dois dos clientes que tinha atribuídos. Nessa folha os dados que preenchíamos reportam-se: nome preferido da pessoa; estado civil; habilitações literárias; profissão; se tem - subsidio de terceira pessoa, rendimento mínimo garantido, pensão por invalidez/sobrevivência, subsidio de desemprego; se tem hábitos - tabágicos, alcoólicos, estupefacientes; antecedentes pessoais de doença; situações de incapacidade; se usa medicamentos; situação profissional; presença de ostomias, hipertensão arterial, *Diabetes Mellitus II*; nome, parentesco, profissão, habilitações

literárias e contacto do prestador de cuidados; tipo de apoio integrado que usufruem; e se tem ajudante de saúde. Verificamos assim que a colheita de dados é bastante sumária, não dando uma visão geral do doente/família, da sua situação socioeconómica, das suas necessidades e dificuldades. Não existe qualquer instrumento que permita identificar fatores de risco, identificação/avaliação e referenciação do abuso à pessoa idosa; e as situações quando são detetadas, são registadas muito sumariamente, em que há uma breve descrição da situação e referido *"foi encaminhada a situação detetada para a assistente social"* (R1). Relativamente à família, é identificado o nome do familiar cuidador e o parentesco, profissão, habilitações literárias e contacto; não existindo qualquer registo relativamente à sua estrutura, relações familiares, necessidades, dificuldades. Esta avaliação inicial torna-se muito limitadora, e de alguma forma não permite identificar muitos dos problemas/necessidades/dificuldades/potencialidades associados ao cliente e prestador de cuidados.

Os registos de enfermagem cingem-se essencialmente aos tratamentos realizados às úlceras de perna e/ou de pressão, intervenções de enfermagem nas algalias, entubações nasogástricas e ostomias. Quando são contactados outros elementos da ECC regista-se apenas *contactou-se/pediu-se intervenção da assistente social/psicólogo/fisioterapeuta*. Neste aplicativo ainda é possível utilizarem-se o índice de Katz e a escala de Braden, mas que não estavam preenchidas, em pelo menos 15 dos processos em que observei a realização dos registos de enfermagem e mesmo quando questionados os enfermeiros, relativamente a outros clientes.

Esta atividade permitiu-me assim ter noção de como são realizados os registos de enfermagem e colheita de dados, quais os instrumentos que têm disponíveis para avaliação dos clientes, dos familiares cuidadores e de todo o seu contexto sociofamiliar. Partindo desta avaliação foi-me possível identificar algumas das necessidades/dificuldades e potencialidades da equipa, apresentá-las à mesma e sugerir assim algumas atividades, para a continuação da melhoria da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento do projeto, tendo em conta todo o contexto. Além disso esta análise permitiu-me ainda compreender que é necessário investir no conhecimento personalizado de cada cliente e do seu contexto sociofamiliar, de modo a construir projetos de cuidados sensíveis às necessidades/dificuldades/

potencialidades do mesmo, sendo para isso fundamental que os enfermeiros apliquem os instrumentos necessários e façam o seu registo.

Atividade 7 - Reflexão inicial sobre a prática.

"A prestação de cuidados de saúde coloca os enfermeiros face a situações complexas, exigindo a mobilização de um conjunto de saberes próprios que lhes permita responder de modo criativo e adequado à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam. Com o ensino clínico pretende-se assegurar a aquisição/construção de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. Para isso o valor da reflexão na e sobre a ação como elemento facilitador da aprendizagem do estudante em contextos clínicos tem sido demonstrado sabendo-se que quando a reflexão é intencionalmente realizada conduz à construção do saber e sendo teórica e metodologicamente enquadrada permite a emancipação profissional, o aprender a aprender e a consciência da tomada de decisão" (Santos, 2009, p.6). Tendo em conta a importância e o poder da reflexão sobre e nas nossas práticas, esta atividade surgiu, numa fase inicial como reflexão sobre a evolução das minhas competências desde o início do curso de mestrado em enfermagem, até aquele momento e sobre os diferentes contextos de trabalho - hospital e comunidade.

Resultados: Ao longo de todo o percurso que fui realizando neste curso de mestrado fui realizando várias reflexões tendo em conta a minha experiência pessoal, profissional e académica, apercebendo-me que houve um crescimento refletido na minha forma de atuar e observar cada situação de vida/saúde/doença. A responsabilidade que fui assumindo profissionalmente, a formação e possibilidade de observação de outros contextos de trabalho, ajudaram-me a conceber cada situação de vida de uma forma mais abrangente, tendo consciência das condicionantes que uma pessoa idosa e a sua família estão sujeitas. A capacidade de crítica e capacidade de colocação no lugar dos outros tem um impacto diferente quando observamos de perto as dificuldades/necessidades que os clientes e até profissionais atravessam nos diferentes contextos. Esta reflexão inicial, teve como objetivo fazer um balanço e análise crítica construtiva sobre as minhas

aprendizagens, vivências, competências e necessidades de desenvolvimento, delineando estratégias de superação das dificuldades e necessidades encontradas. Permitiu-me identificar em que nível de desenvolvimento me encontrava e o que queria atingir com este projeto e estágio, de modo a atingir o estágio de perita nos cuidados à pessoa idosa, como já referido na introdução deste trabalho.

3.3.2 Atividades Realizadas na Fase de Desenvolvimento

Após ter terminado a fase de diagnóstico do projeto de estágio, iniciou-se a fase de desenvolvimento, que decorreu desde de Novembro de 2012 Fevereiro 2013. Foram desenvolvidas ao longo desta fase um conjunto de atividades para dar resposta aos objetivos definidos para este projeto e de acordo com o diagnóstico da situação.

Atividade 8 - Contactos com APAV e Ministério Público

Durante o período em que se realizou o estágio foram realizados vários contactos com a APAV e Ministério Público, no sentido de compreender melhor o fenómeno do abuso à pessoa idosa em Portugal.

Conseguiu-se contactar uma jurista que forneceu a legislação em vigor sobre as situações de violência, e que incentivou terminantemente a necessidade de se reportar as situações de violência doméstica ao Ministério Público, pois são consideradas crimes Públicos.

Foi ainda solicitada à APAV a frequência individual de um curso para profissionais de saúde nesta área (uma vez que não tinham previsão de datas de abertura de um novo curso) ou de uma entrevista com o responsável pelas situações de abuso à pessoa idosa (Apêndice XIV). Foi **concedida a entrevista** que se realizou no dia 9 de Janeiro de 2013. Neste sentido, foi **construído um guião de entrevista** (Apêndice XV) em conjunto com uma colega de mestrado (que trabalha o mesmo tema, mas em âmbito hospitalar), para posteriormente a realizarmos. Optou-se pela construção de uma entrevista semi-diretiva, pelas razões que foram explicitadas anteriormente.

Resultados: Os contactos realizados com estas entidades permitiram obter informações úteis para a construção/sistematização da informação, fundamentação das várias atividades realizadas, construção de um fluxograma de intervenção nas

situações de abuso (como solicitado pela equipa), e na construção/aperfeiçoamento dos instrumentos de identificação de fatores de risco, identificação/avaliação e de referenciação das situações de abuso às forças da autoridade. O contacto com a APAV, permitiu ainda compreender a importância do nosso papel como enfermeiros na prevenção das situações de abuso, e da necessidade imperiosa de investir na sua capacitação.

Atividade 9 - Participação em Eventos relacionados com o Envelhecimento e Abuso à Pessoa Idosa

No dia 23 de Novembro de 2012, participei na Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

No dia 12 de Dezembro de 2012, participei no Seminário "Idosos... Um olhar para o Futuro", na Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, e onde foram vários temas sobre o abuso às pessoas idosas: "*Maus tratos aos Idosos*"; "*Crimes sem Idade*"; "*Não à Violência*"; "*Combater a Solidão*".

Resultados: A participação em eventos desta natureza permite um contacto com a realidade portuguesa, com as várias instituições/profissionais que se interessam pelos temas do envelhecimento e abuso à pessoa idosa, e com os trabalhos que estão a ser desenvolvidos neste âmbito. Permitiu ainda a aquisição de novos conhecimentos e contactos, que poderão ser úteis na resolução de casos de risco/abuso à pessoa idosa.

Atividade 10 - Construção de um Instrumento de Colheita de Dados

A pessoa, o *Homem vivo* é o fundamento e única razão dos cuidados de enfermagem, sendo considerado um "*Ser Bio → Cultural, confrontado com o combate Vida → Morte*" (Collière, 1999, p.251); de grande complexidade, com características fundamentais, e inserido no seu meio ecológico, com hábitos de vida próprios, e com uma funcionalidade (Collière, 1999). É ainda um ser aberto e em constante interação com o ambiente, transformando e sendo transformado pelo mesmo, pelo que o campo de competência da enfermagem é mobilizar e desenvolver as capacidades da pessoa e da família para fazer face às adversidades com que se deparam

utilizando os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõem (Collière, 1999 e 2001). Neste sentido, a realização da colheita de dados é um recurso fundamental para conhecer a pessoa e sua família, na medida em que permite desenvolver intervenções ajustadas às reais necessidades, dificuldades e potencialidades dos clientes e suas famílias. Gomes (2007, p.106) reitera que no nosso agir profissional, é importante não esquecer que a competência profissional se desenvolve na ação com o Outro (pessoa/cliente), de modo a adaptar e personalizar os cuidados, ao seu contexto e projeto de vida e de saúde. Torna-se assim claro que uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e da sua família é fundamental para a prevenção das situações de abuso e desta forma intervimos personalizadas nas dificuldades e limitações encontradas. A construção de um projeto de cuidados em parceria com a pessoa idosa e sua família é elementar para a concretização deste objetivo pois promove um cuidado mais centrado na singularidade de cada situação (Collière, 1999 e 2001; Gomes, 2009). Focando-me agora mais especificamente na abordagem individual a uma pessoa idosa e sua família, foi fundamental a realização de um instrumento de uma colheita de dados (Apêndice XVI) que permitisse uma avaliação multidimensional do idoso e seu familiar cuidador, relativamente ao seu estado de saúde, rede social e apoio social da pessoa idosa, para determinar as necessidades, dificuldades, potencialidades e risco de abuso do idoso sob o ponto de vista clínico, fisiológico, capacidade funcional, social, mental de forma a desenvolver um plano coordenado e integrado de intervenção individualizado e com monitorização de longo prazo (Wieland e Hirth, 2003; Gomes, 2009). A escolha dos procedimentos e dos instrumentos de avaliação, do cuidador e pessoa idosa, teve em conta os indicadores das diferentes fases do modelo de intervenção em parceria, os fatores de risco de abuso preconizados na literatura consultada, e o facto de a pessoa idosa se encontrar em casa e ser dependente, necessitando de cuidados do seu familiar. Assim os instrumentos utilizados foram: **Avaliação sócio demográfica** (do cuidador e idoso) idade, sexo, escolaridade, coabitação, situação familiar, relações familiares, origem dos rendimentos (situação económica); Realização de um **genograma** e **ecomapa** familiar; **Avaliação da função cognitiva** (ao cuidador e idoso) *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Anexo I); **Avaliação da Funcionalidade** da pessoa idosa -

Índice de **Katz** (Anexo II), Índice de **Lawton** (Anexo III) e Índice de **Tinetti** (Anexo IV); **Avaliação Psicológica - Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens - Geriatric Depression Scale (GDS15)** ao cuidador e idoso (Anexo V); **Escala de Braden** (anexo VI); Escala de avaliação comportamental da dor na pessoa idosa **Escala DOLOPLUS** (Anexo VII); Escala de avaliação do risco sócio familiar de **Gijón** (Anexo VIII); **Entrevista de Sobrecarga de Zarit** (Anexo IX); e **Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)** (Anexo X); e **Avaliação Ambiental** (segurança em casa, transportes, telefone - teleassistência, SOS). Permitindo assim: avaliar os múltiplos problemas da pessoa idosa, os seus recursos e potencialidades; determinar as necessidades de serviços de apoio da comunidade; desenvolver com base nesta avaliação projetos de cuidados personalizados; e ainda fazer investigação e a formulação de políticas e programas de saúde neste âmbito.

Resultados: A realização e aplicação deste instrumento de colheita de dados permitiu a realização de projetos de cuidados negociados e sensíveis às necessidades dos clientes e o contacto com diferentes tipos de escalas de avaliação da pessoa idosa. Fez-me ainda compreender a importância e necessidade da utilização de escalas na avaliação sistematizada e continuada da pessoa idosa e seu familiar cuidador para a identificação das necessidades, dificuldades e potencialidades dos mesmos; a urgência de implementação de intervenções preventivas o mais precocemente possível; e o papel que os enfermeiros especialistas têm na sua divulgação, introdução e aplicação (capacitando os diversos elementos das equipas no seu uso). De acordo com as necessidades de cada cliente, foi ainda possível a introdução de novas escalas de avaliação, através de uma aprendizagem e pesquisa sistematizada sobre as mesmas. "A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso os conhecimentos (...) são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem" (Benner, 2001, p.33). Ou seja a perícia e a capacidade de observação global e aprofundada da pessoa idosa e sua família permite a deteção das necessidades dos mesmos, a aplicação de instrumentos que permitam um avaliação pormenorizada e sensível e o estabelecimento de uma relação de parceria na construção de projetos de cuidados. Assim no sentido da

evolução da prática de enfermagem na prevenção das situações de abuso à pessoa idosa, e uma vez que não existiam instrumentos de identificação fatores de risco, sinalização e participação destes casos, foram construídos 3 instrumentos como se descreverá na próxima atividade.

Atividade 11 - Construção de Instrumentos de Identificação de Fatores de Risco, Sinalização de Situações de Abuso e de Orientação de Participação do Caso de Abuso ao MP, Forças Autoridade e IML

De acordo com o diagnóstico realizado verificou-se que não existiam instrumentos que permitissem a identificação de fatores de risco, de identificação/avaliação e de orientação para a participação das situações de abuso. Neste sentido foram construídos 3 instrumentos: Folha de Identificação dos Fatores de Risco (Apêndice XVII) de abuso à Pessoa Idosa (com o objetivo de ser agregada à colheita de dados dos clientes); Ficha de Sinalização do abuso (Físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro, negligência) à pessoa idosa para os Cuidados de Saúde Primários (Apêndice XVIII); e uma folha com as Orientações para a Participação das Situações de Abuso à Pessoa Idosa (Apêndice XIX). A construção dos mesmos resultou da pesquisa bibliográfica, do conhecimento e consulta dos documentos já existentes para as situações de abuso à criança, dos contactos realizados com a APAV e Ministério Público e do curso frequentado sobre *Envelhecimento e Violência* e orientação da orientadora do projeto. Foram posteriormente apresentados à ECC, sendo explicados os procedimentos da sua utilização e a importância da sua implementação.

Resultados: Os elementos da ECC consideraram bastante pertinente a produção destes documentos referindo serem uma mais-valia para o serviço, pois são ferramentas de trabalho que, e à semelhança dos registos de enfermagem, permitem um registo e avaliação metodológica das intervenções realizadas nas situações de abuso, organizando ainda várias informações como: dados da vítima e agressor a colher para avaliação e sinalização destes casos; quais os fatores de risco de abuso presentes; e os indicadores das diferentes tipologias de abuso. A realização destes instrumentos foi muito importante para a minha aprendizagem, pois tive a necessidade de articular as várias informações colhidas através da

pesquisa bibliográfica e contactos com diferentes entidades, exigindo um grande esforço de análise e sistematização da informação. A apresentação e explicação destes instrumentos à ECC, também foi uma aprendizagem nomeadamente na gestão e dinamização da sua implementação. Estes documentos ficaram disponíveis na UCC, ficando em avaliação a possibilidade da sua introdução nos processos dos clientes.

Atividade 12 - Prestação de Cuidados, Realização de Estudos de Caso e dos Registos de Enfermagem dos Clientes

De acordo com o Dec. Lei 28/2008 uma UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde; prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente à população mais vulnerável, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Assim para a prevenção das situações de abuso à população idosa é fundamental a prestação de cuidados de qualidade intervindo em parceria com os clientes, através de uma colheita de dados e registos de enfermagem personalizados a cada situação (com monitorização e avaliação das intervenções aplicadas), reflexão sobre situações complexas de cuidados através de estudos de caso, e a aplicação de instrumentos que permitam caracterizar a população, avaliando-a de forma sistematizada e despistando fatores de risco de abuso.

Para a realização de cuidados personalizados aos clientes, foi importante mobilizar o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2009), nas suas diferentes fases, de modo a desenvolver uma ação conjunta, fornecendo ao doente e família conhecimentos que lhes permitam desenvolver capacidades para decidir qual o melhor caminho para si assumindo o controlo do Cuidado de Si ou do Cuidado ao Outro. Da mesma forma, o enfermeiro identifica as necessidades, dificuldades e potencialidades da pessoa idosa/cuidador, promove autonomia capacitando o cliente idoso a proteger-se de situações de abuso, e o familiar cuidador a prevenir

comportamentos de abuso para com o seu familiar, no sentido de promover a qualidade de vida de ambos. Para que se possa alcançar este fim é necessária a construção de projetos de cuidados (Collière, 1999 e 2001) sensíveis às singularidades de cada cliente, adotando algumas estratégias como: a partilha de poder; a promoção da pro-atividade; o desenvolvimento das capacidades ao nível da comunicação; a promoção do respeito no estabelecimento da relação com pessoa idosa/família; a identificação das necessidades e potencialidades da pessoa idosa/família; ajudar na transformação das capacidades potenciais em reais; a promoção da reflexão; o respeito pelo ritmo e tempo da pessoa; a promoção da negociação; o estabelecimento de um compromisso com a pessoa idosa/família; ajudar nas escolhas da pessoa; a validação dos cuidados; e a promoção da autonomia, dando reforço positivo (Gomes, 2009). Só assim, o enfermeiro consegue conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa e seu familiar cuidador, estabelecendo uma relação de confiança e uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e negociar objetivos que lhes permitam transformar uma capacidade potencial numa capacidade real, sendo a sua finalidade assumir o controlo do cuidado de si próprio ou do cuidado do outro de modo a que possa seguir a sua trajetória de vida.

Neste contexto, em parceria com a equipa, idoso e cuidador familiar foram realizados projetos de cuidados personalizados às necessidades, dificuldades e potencialidades de cada cliente, de forma a prevenir situações de abuso à pessoa idosa. Pois educar, fornecer informação e orientar constitui um dos domínios dos cuidados de enfermagem, que se encontra em evidência como intervenção autónoma nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Para melhorar a qualidade de cuidados é fundamental refletir de forma sistematizada sobre situações complexas e concretas de cuidados, adotando-se assim a metodologia de estudo de caso para atingir este fim, pois é uma abordagem que pretende compreender a dinâmica de um fenómeno (Ventura, 2007). Fortin (1999, p. 164) refere que o estudo de caso é entendido como uma *investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família de um grupo ou de uma organização*. Deste modo desenvolvi um trabalho de autoconhecimento, de pesquisa, exploração, elucidação, atualização e aperfeiçoamento da minha prática de cuidados no sentido de uma

maior perícia na área dos cuidados à pessoa idosa, na prevenção das situações de abuso e na intervenção em parceria com os clientes, tendo em conta a filosofia de cuidados de Collière (1999 e 2001) e a parceria nos cuidados de enfermagem de Gomes (2009).

No sentido de assegurar a continuidade dos cuidados (Dec. de lei 437/91; Dec. de lei 161/96; Dec. de lei 104/98), ao longo do estágio, foram realizados registos de enfermagem das situações que fui seguindo. São componentes fundamentais da prestação de cuidados pois proporcionam um meio de comunicação entre membros de equipa; contribuem com a informação para o diagnóstico de enfermagem e médico; facilitam o planeamento coordenado e a continuidade dos cuidados; contribuem para a avaliação dos cuidados realizados; servem como documento legal e histórico (testemunho escrito da prática de enfermagem); revêm a utilização eficaz de práticas e facultam dados úteis de investigação; servem como fonte de aprendizagem (Albuquerque e Delgado, 1998); contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, elevação da visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias (Martins, *et al*, 2008); reforçando igualmente a sua autonomia e a responsabilidade profissional (Dias, *et al*, 2001); fundamentando as nossas intervenções e tomadas de decisão, relativamente à dinâmica individual, contexto e situação clínica de cada cliente/família. Sendo um momento em que os enfermeiros refletem sobre as suas atividades quotidianas, demonstrando o seu trabalho e permitindo a transmissão de informação, sobre a pessoa, o mais personalizadas possível. Pelo que o ideal é que a metodologia do processo de enfermagem tenha por base a técnica de resolução problemas, sendo o pensamento crítico fundamental para o desenvolvimento desta atividades. Tendo por base a importância e o significado dos registos na profissão de enfermagem foram elaborados diariamente notas de evolução dos clientes atribuídos.

Tendo ainda em conta a prevenção do abuso à pessoa idosa, durante a prestação de cuidados apliquei um instrumento desenhado para a Identificação de Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa (Apêndice XVII) aos clientes com os quais já tinha estabelecido uma relação de cuidados, e que tinham mais de 65 anos, eram cuidados por familiares (marido, mulher, nora, filha, irmã, genro), e estavam em situação de dependência para a realização das suas atividades de vida diária (AVD)

e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Resultado: A prestação de cuidados à pessoa idosa no decorrer deste projeto, permitiu o desenvolvimento aprofundado da capacidade de compreensão das especificidades do processo de envelhecimento através da avaliação da pessoa idosa em situação de dependência em casa e sua família de uma forma multidimensional, identificando as suas necessidades, dificuldades e valorizando as suas potencialidades de modo a desenvolver um trabalho em parceria com os mesmos, no sentido da promoção do Cuidado de Si e no Assegurar o Cuidado ao Outro.

A realização dos estudos de caso, ao longo da prestação de cuidados foi um grande desafio e uma grande aprendizagem, pois exigiu não só a necessidade de adquirir e mobilizar conhecimentos e competências no sentido de maior perícia na prestação de cuidados aos clientes em situação de dependência em casa, a capacidade de atuarmos em casa de uma pessoa, em que estamos totalmente desprotegidos, e temos que ganhar a confiança da pessoa para podermos intervir eficazmente. Por outro lado, penso que consegui perceber como intervir em parceria com os clientes, compreender a sua pertinência, eficácia e necessidade da sua implementação para melhorar a qualidade dos cuidados. Com os cuidadores evolui na relação de parceria estabelecida, pois consegui gradualmente estabelecer uma relação de confiança e segurança com os mesmos, permitindo-me realizar uma avaliação aprofundada não só da pessoa idosa a quem prestava cuidados, como aos cuidadores, identificando as suas necessidades, dificuldades e potencialidades.

No apêndice XX é apresentado um exemplo de um estudo de caso que realizei ao longo do estágio. Partindo de uma relação estabelecida com um dos clientes/famílias que segui ao longo deste estágio, foram identificadas algumas necessidades de cuidados à senhora dona B. e as potencialidades e necessidades/dificuldades da sua cuidadora (filha), foram negociadas estratégias para se atingirem objetivos comuns, tendo existido partilha de poder nessas decisões. Foi igualmente partilhada informação e validados os conhecimentos decorrentes da experiência permitindo desta forma que a mesma pudesse prosseguir com o seu projeto de vida e saúde. Sempre que surgiram dúvidas, ou alguma situação que suscitasse dúvidas em termos de prestação de cuidados a

cuidadora solicitava a nossa colaboração e ajuda, para a sua resolução. Assim de acordo com o projeto de cuidados estabelecido, a filha conseguiu atingir os compromissos e objetivos negociados de forma eficaz, e caso a mesma sinta necessidade de uma nova intervenção ficará com os contactos da ECC disponíveis.

Foco ainda que a intervenção junto desta família foi um grande desafio inicialmente, pois havia uma representação social negativa sobre esta família criada por outros profissionais, que de alguma forma possuíam um conhecimento superficial sobre a situação, e por outro lado também esta família se sentia renitente aos profissionais pela experiência anterior. Assim o objetivo da minha intervenção com esta família foi, não só, estabelecer uma relação de parceria, capacitando-a a melhor cuidar de si e da sua familiar que tinha aumentado o seu grau de dependência, evitando assim situações de abuso; como também desmistificar a representação negativa que os profissionais tinham sobre estes clientes. A minha grande preocupação foi estabelecer uma relação de confiança e segurança para desenvolver estratégias cujo principal objetivo seria manter independência da cuidadora na realização dos cuidados à sua mãe. Não obstante isso só faria sentido se essa também fosse a prioridade da cuidadora, e que assim se revelou. Realço ainda que para o desenvolvimento das minhas competências, o trabalho em conjunto com o outro valorizando os seus reais problemas e necessidades pondo de lado aquilo que valorizo como importante e problemático, é fundamental para o sucesso da nossa intervenção.

O trabalho desenvolvido com a equipa de enfermagem foi essencial na implementação de estratégias que visassem o *Assumir o Cuidado de Si* ou *Assegurar do Cuidado do Outro* dos clientes, capacitando-os na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa dependente em casa. Neste sentido, trabalho que fui desenvolvendo com esta família foi sendo transmitido à ECC e acompanhado por uma das colegas, sendo discutido em conjunto com a equipa as estratégias de atuação perante esta família, pois só assim se poderia melhorar e dar continuidade aos cuidados. Posso ainda concluir que o desenvolvimento de um trabalho em parceria com os familiares cuidadores vai ao encontro das suas necessidades, responsabiliza-os e previne as situações de abuso; ajuda ainda ao conhecimento dos clientes, rompendo com as imagens estereotipadas e irreais de cada situação

de cuidados.

É ainda de referir que ao longo do estágio fui realizando notas de evolução documentando a interação, avaliação/observação (física, social, relacional, psicológica, espiritual contextual) e evolução da situação clínica da pessoa idosa e seu familiar cuidador. Os registos foram o espelho e fundamentação das minhas intervenções, tomadas de decisão e relação estabelecida com o cliente e seu familiar. Foi uma atividade que apurou a minha capacidade de observação, julgamento clínico e de relação de parceria com o cliente e sua família. Permitiu-me assim não só documentar a minha evolução enquanto enfermeira perita nos cuidados à pessoa idosa, como a evolução do cliente no seu projeto de vida e saúde, capacitando-o/os para **Assumir o Controlo de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro**. Foi uma atividade que conjugou não só a mobilização de conhecimentos, como também a capacidade de os aplicar na prática, descrevendo-os de forma sistematizada, completa, concreta e fundamentada. Os registos foram sendo avaliados e validados com a professora orientadora, sendo momentos que serviram para o aperfeiçoamento das minhas competências, nomeadamente na observação, sistematização, estabelecimento de intervenções em parceria com os clientes e devidamente fundamentadas, pensamento crítico e ainda para a escrita sensível e valorativa da profissão de enfermagem.

Por fim, foco que ao longo da minha prestação de cuidados apliquei o instrumento de identificação de fatores de risco de abuso à pessoa idosa, a 29 clientes, sendo 11 do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Destes 29 clientes, 16 apresentavam patologia demencial em fase avançada (apresentando já uma dependência cognitiva avançada), e 27 apresentavam dependência na realização das suas AVD (nomeadamente na realização do banho e utilização de W.C; no controlo dos esfíncteres e na mobilidade) e AIVD (nomeadamente no cuidar da casa, preparar comida, lavar roupa, ir às compras, uso de dinheiro, uso de transportes e responsabilidade pelos medicamentos) necessitando de apoio do seu familiar para a execução das mesmas. Dos resultados encontrados (Apêndice XXI) destacam-se como principais fatores de risco identificados nas 29 famílias avaliadas: dependência com altos níveis de incapacidade física ou cognitiva; Serem mulheres; terem mais de 75 anos; presença de situações de doença como a demência; stress, sobrecarga do

cuidador (manifestação de cansaço pelo cuidador); dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor; parentesco (filhos ou parceiros); coabitação; isolamento social (a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais). Em todos os casos os clientes apresentavam mais de 4 fatores de risco de abuso.

A aplicação deste instrumento permitiu que a UCC conhecesse a prevalência dos fatores de risco de abuso na população à qual presta cuidados, e delineasse estratégias de intervenção em parceria junto destas famílias no sentido de Assegurar o Cuidado do Outro, construindo projetos de cuidados sensíveis às necessidades de cada cliente e prevenindo o desenvolvimento de situações de abuso. A acrescentar ainda que a permanente e constante interação com a ECC na prestação de cuidados, e aplicação e avaliação das famílias em risco de abuso, permitiu que se desenvolvesse uma relação mais estreita de confiança, de segurança e cooperação entre mim e a equipa e que se envolvessem mais no projeto que estava a ser implementado, adotando-se estratégias conjuntas de trabalho.

Atividade 13 - Reunião com a Coordenadora de Saúde Pública do ACES

As USP's têm a missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com a finalidade de obter ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Como observatório de saúde da área geográfica onde se insere, a USP desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública (Dec-Lei n.º 81/2009). A USP participa ainda na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua (Dec-Lei n.º 81/2009); neste sentido é fundamental que tenha conhecimentos na área do abuso à pessoa idosa, no sentido de desenvolver ações preventivas e de capacitação dos seus profissionais neste âmbito. Neste contexto e de acordo com os objetivos deste projeto e da USP, no dia 7 Dezembro de 2012 foi realizada uma

reunião com a Coordenadora e Assistente Social do departamento de Saúde Pública do ACES, à qual pertence a UCC onde realizei o estágio. Os pontos orientadores desta reunião foram:

- Apresentação do projeto de estágio (Apêndice XI) e respectivas atividades planeadas realizar;

- Apresentação de um esboço dos documentos: aspetos fundamentais para a avaliação da pessoa idosa (Apêndice XIII); instrumento de colheita de dados (Apêndice XIV); folha de identificação dos fatores de risco (Apêndice XVI) de abuso à pessoa idosa; ficha de sinalização do abuso (físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro, negligência) à pessoa idosa para os cuidados de saúde primários (Apêndice XVIII); e uma folha com as orientações para a participação das situações de abuso à pessoa idosa (Apêndice XIX) às forças da autoridade, ao ministério público e ao instituto de medicina Legal.

Resultados: O departamento de saúde pública estava sensibilizado para o aumento das situações de abuso, fragilidade e vulnerabilidade associada à população idosa. No entanto, refere ter poucos conhecimentos em termos da prevenção primária e secundária do abuso. Ficaram muito interessadas no projeto que se estava a desenvolver, solicitando o envio dos documentos produzidos e das formações que iriam ser realizadas, solicitando ainda o envio de uma cópia do dossier realizado, no sentido de desenvolverem no futuro protocolos de atuação para todo o ACES. Esta reunião teve assim como finalidade sensibilizar USP para o abuso à pessoa idosa, e a necessidade imperiosa de se investir na prevenção destas situações através de uma intervenção em parceria com o familiar cuidador e da criação de estruturas sociais que deem apoio a esta população, sendo para isso fundamental o investimento na capacitação dos profissionais da saúde da comunidade neste âmbito (Bernal e Gutiérrez, 2005; Nakanishi, *et al*, 2008; Perel-Levin, 2008; WHO, 2008; Ferraz, 2009; Phelan, 2009; Fraser, 2010; Hess, 2011; WHO, 2011; APAV, 2012; Stark, 2012). Como futura enfermeira especialista e perita nesta área tenho o dever da formação e divulgação destas necessidades junto deste departamento.

Atividade 14 - Construção de um Fluxograma de Intervenção

O fluxograma é uma técnica de representação gráfica que se destina à descrição

clara e precisa do fluxo ou sequência de um processo, facilitando a sua análise e redesenho (Oliveira, 2009). Tem como aspetos principais: padronizar a representação dos métodos e os procedimentos; maior rapidez na descrição dos métodos; facilitar a leitura e o entendimento; facilitar a localização e a identificação dos aspetos mais importantes; maior flexibilidade; melhor grau de análise dos procedimentos e sua correção (Oliveira, 2002).

Assim durante a realização da revisão da literatura pude-me aperceber da vastidão e complexidade desta área, questionando-me frequentemente como intervir neste campo, como prevenir estas situações, como melhorar a qualidade de vida do idoso dependente em risco de abuso e do seu familiar. Isto porque em termos de literatura, existem muito poucos estudos publicados que nos deem evidência científica sobre qual o melhor método de intervenção em situações de abuso, tanto na sua prevenção primária, como secundária e/ou terciária (WHO, 2011). Neste sentido e também de acordo com uma das dificuldades sentidas na ECC, realizei um fluxograma de intervenção (Apêndice XXII), resultante da pesquisa bibliográfica que foi realizada, tendo em conta a legislação Portuguesa, as informações recolhidas junto da APAV e Ministério Público, e o curso *Envelhecimento e Violência* e as orientações da orientadora. Esta representação gráfica foi apresentada e explicada à ECC, e teve como finalidade sistematizar a informação que foi transmitida relativamente às intervenções, decisões e contactos que deverão ser realizados aquando da suspeita/confirmação de situações de abuso à pessoa idosa.

Resultados: A ECC compreendeu o fluxograma, questionou alguns pontos e passagens que se encontravam menos explícitas, e realizaram algumas sugestões para a finalização do mesmo. Todas essas informações de melhoria sugeridas pela equipa foram fundamentais para a reformulação em conjunto do fluxograma. Este instrumento revelou-se ainda útil na resolução de um caso prático com a ECC, pois ajudou a sistematizar a informação, as intervenções, decisões e contactos a realizar. A pedido da ECC e do seu coordenador foi imprimido um exemplar em tamanho A3 de consulta rápida, para ficar exposto. O fluxograma exposto permitirá à equipa tirar dúvidas em determinadas situações em que se sinta menos segura quanto às intervenções e decisões a adotar.

Atividade 15 - Realização de uma Sessão de Formação sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa (1) - Transmissão de Informações sobre esta Problemática

A análise das necessidades de formação é uma modalidade de formação contínua que procura ir ao encontro das expectativas e motivações dos indivíduos (Rodrigues e Esteves, 1993). A formação contínua de adultos é entendida como um conjunto de atividades que se realizam após a formação inicial, com o objetivo de desenvolver os conhecimentos e as competências dos indivíduos, tendo em vista o seu aperfeiçoamento profissional (Rodrigues e Esteves, 1993). Neste sentido após a identificação das necessidades de formação da ECC no âmbito da prevenção do abuso à pessoa idosa, foi planeada e negociada com a equipa uma sessão de formação de transmissão sistematizada dos conhecimentos sobre esta problemática.

No dia 17 de Janeiro de 2013 foi realizada uma sessão de formação sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa (parte 1), com o objetivo de transmitir informações sobre: Contextualização do Abuso em Portugal; Definição de Abuso e Tipos de Abuso; Modelos Explicativos do Abuso - *Ecological Model*; Níveis de Prevenção das Situações de Abuso; Prevenção Primária; Fluxograma de Intervenção; Enquadramento Jurídico-legal (Apêndice XXIII). Foi utilizada uma metodologia expositiva (durante o horário de trabalho), de acordo com o que foi negociado com a ECC, e tendo em consideração a prioridades da continuação da prestação de cuidados. Participaram elementos das ECC dos dois polos da UCC e o coordenador da mesma - o que permitiu alargar a informação a mais profissionais. Participaram assim 7 Enfermeiros, 1 aluna de enfermagem e a fisioterapeuta. Foram ainda entregues os vários instrumentos realizados. Alguns elementos não puderam participar dado a imprevistos de carácter urgente relacionados com o trabalho que desenvolvem na UCC.

Resultados: Esta sessão constituiu um momento de transmissão de informações essenciais para a prevenção do abuso à pessoa idosa, pois intervir nestas situações implica que os profissionais tenham conhecimentos nesta área e os instrumentos que lhes permitam detetar, reconhecer e diagnosticar o abuso à pessoa idosa, de forma a planearem cuidados em parceria, personalizados e adequados ao contexto sociofamiliar, através de uma abordagem multidisciplinar (Bernal e Gutiérrez, 2005;

WHO, 2008; Ferraz, 2009; Phelan, 2009; Fraser, 2010; Hess, 2011; Stark, 2012). No fim da sessão os participantes não tiveram muito tempo para exprimirem as suas dúvidas, sendo um dos pontos menos positivos da sessão, como é explícito na avaliação da mesma (Apêndice XXIV). No entanto, foram promovidos posteriormente momentos de esclarecimento de dúvidas individual (questões pontuais, relacionadas com situações concretas de cuidados) e em grupo (reuniões multidisciplinares).

Atividade 16 - Realização de uma Sessão de Formação sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa (2) - Resolução de uma Situação Prática

"Não existe separação - saber e saber fazer - mas sim um movimento onde a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática. Pela prática se humaniza, se socializa o saber; a teoria ajuda a ultrapassar o empirismo, estrutura e aprofunda esse saber" (Leite, Malpique e Santos, 2001). Neste sentido é fundamental a apresentação de casos práticos que ajudem a humanizar e socializar os conhecimentos adquiridos, a colocar questões, a ultrapassar limites, não visíveis inicialmente e sobretudo a trabalhar em equipa multidisciplinar.

No dia 31 de Janeiro de 2013 foi realizada uma sessão de formação sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa (parte 2), com a finalidade de apresentar o Modelo de Cuidados de Enfermagem em Parceria e uma situação complexa de cuidados através da avaliação ao Sr. XXX e sua família, finalizando-se com a discussão e resolução do caso apresentado (Apêndice XXV). Foi utilizada uma metodologia expositiva, interativa e interrogativa, de acordo com o que foi negociado com a ECC, e tendo em consideração a prioridades da continuação da prestação de cuidados. Participaram todos os elementos da ECC do polo: 5 enfermeiros, a fisioterapeuta, o psicólogo e a assistente social. Esta participação integral permitiu envolver e integrar toda a equipa no projeto, e avaliar a sistematização da informação transmitida na primeira semana.

Foram ainda entregues alguns documentos necessários à resolução do caso prático apresentado, e utilizados os já fornecidos na anterior sessão (fluxograma de intervenção; ficha de sinalização de situações de abuso; folha de identificação de fatores de risco; folha de orientação de participação de situações de abuso).

Resultados: Esta sessão permitiu a interação de todos os elementos da ECC na resolução de uma situação complexa de cuidados de abuso à pessoa idosa dependente em casa pelo seu familiar cuidador. Todos os profissionais puderam intervir de acordo com os seus conhecimentos, experiência e reflexões na e sobre as experiências vividas, tornando a sessão bastante rica. Foi possível verificar que todos os elementos tinham integrado os conhecimentos transmitidos na primeira sessão, e que tinham lido os instrumentos fornecidos que serviram de suporte para a resolução deste caso, tendo ainda avaliado a formação como bastante pertinente para a sua prática (Apêndice XXVI). Como refere Benner (2001) "a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever. Dá forma a perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos" (p.32), no entanto e não dissociados, um do outro, existe um conhecimento denominado de saber fazer adquirido pela experiência, pela aplicação da teoria à prática, permitindo a aquisição de competências num determinado nível de conhecimento. Ainda reportando a mesma autora importa focar que "os enfermeiros (...) aprendem melhor quando se utilizam estudos de casos que põe à prova e requerem a capacidade de aprender uma situação" (Benner, 2001, p.56). Neste sentido a apresentação deste caso permitiu a sistematização da informação anteriormente transmitida, o esclarecimento de dúvidas, e a aplicação dos instrumentos fornecidos. A minha intervenção, numa primeira fase foi de transmissão de conhecimentos sobre o modelo de intervenção de enfermagem em parceria com os clientes e posteriormente como moderadora da participação da equipa e na conjugação e sistematização de toda a informação partilhada pelos diferentes intervenientes. No fim conseguiu-se a realização de um plano de intervenção de multidisciplinar de prevenção de futuros casos de abuso, interagindo em parceria com o familiar cuidador, indo ao encontro do descrito na sugestão de resolução do caso prático no apêndice XXIV.

Atividade 17 - Identificação e Entrevista às principais Respostas Sociais

Uma das atividades estipuladas neste projeto era conhecer que recursos sociais existiam na área de intervenção da UCC, e destes identificar quais os que são mais frequentemente contactados, para dar respostas às necessidades da população, indo assim ao encontro das competências de enfermeiro especialista médico-

cirúrgico na vertente da pessoa idosa e na prevenção das situações de abuso.

Na UCSP a assistente social tem uma lista que contém as diversas respostas sociais da comunidade que poderão dar suporte à população das freguesias abrangidas pela UCC. Esta lista contém 103 recursos da comunidade (privados e públicos), abrangendo distintas áreas de atuação nomeadamente: desporto, educação/ensino, saúde, atividades recreativas e de lazer, ação social, segurança, gestão habitacional.

Assim de acordo com o que tinha estipulado como atividade, identifiquei em conjunto com a assistente social da ECC quais as respostas sociais com as quais trabalhava mais para dar apoio à população com mais de 65 anos. Numa fase seguinte a assistente social informou os colegas do meu contacto, no âmbito do projeto que estava a ser implementado.

Foram identificados oito recursos da comunidade (privados e públicos) nas áreas da educação formal, ação social e saúde (lares, centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário, animação recreativa e sociocultural/atividades de tempos livres). Alguns destes recursos ainda têm as valências de creche e pré-escolar, e atividades de tempos livres (ATL) para crianças e jovens. Foram contactados telefonicamente e marcada uma entrevista (semi-directiva) com o diretor de cada uma das instituições (Apêndice XXVII) com a finalidade de compreender qual era a formação, que os funcionários que trabalham mais diretamente com a pessoa idosa, têm na área do abuso à pessoa idosa. Em cada uma das entrevistas identifiquei-me, apresentei o projeto (âmbito, objetivos, atividades desenvolvidas) e os objetivos desta entrevista.

Resultados: Como já foi referido ao longo deste documento a prevenção das situações de abuso à pessoa idosa, implica que os profissionais tenham conhecimentos nesta área, sendo fundamental a divulgação de informação neste âmbito no sentido da sua capacitação.

Neste sentido, estas entrevistas serviram como um diagnóstico das necessidades de formação na área da prevenção do abuso à pessoa idosa, das repostas sociais existentes na área de intervenção da ECC. Das entrevistas realizadas constatou-se que: das 8 instituições 7 referiram lidar com populações de risco - familiares com abuso de substâncias, comportamentos agressivos, baixos recursos económicos,

pouco presentes, que não assumem compromissos e baixa formação cívica e educacional; só uma instituição refere que a população apesar de baixa formação académica e recursos económicos é bastante cuidadosa com os seus familiares; duas das instituições referem nunca terem contactado com situações de abuso aos seus clientes, mas as restantes referiram ter contactado com situações de abuso por negligência (cuidados de higiene, alimentação, medicação), psicológico, físico, e sexual (e que quando as detetaram já eram situações bastante evidentes); as intervenções que adotam quando detetam estas situações são contactar a SCML, polícia de proximidade e ministério público, e que como soluções temporárias de manutenção de segurança da pessoa idosa é aumentarem o número de horas de cuidados à pessoa idosa, e institucionalização do idoso em centro de dia (temporariamente) e posteriormente em lar; identificou-se ainda que dos 97 profissionais que trabalham nestas instituições apenas 7 (4 assistentes sociais e 3 ajudantes familiares) têm formação na área do abuso (crianças e jovens em risco), ministrada pela APAV; os restantes profissionais (assistentes sociais, psicólogos, técnicos gerontologistas, ajudantes familiares, ajudantes de centro de dia, encarregados de serviços gerais, auxiliares de serviços gerais, animadoras socioculturais) referem que têm conhecimentos do senso comum neste âmbito relacionados com campanhas televisivas, reportagens, ações de sensibilização realizadas pela APAV, e pela consulta da legislação (quando há necessidade); nenhuma das instituições promove ações de formação sobre a prevenção do abuso; todas as instituições estariam interessadas em participar numa sessão de formação sobre esta temática.

Com este diagnóstico de situação o pretendido e preconizado seria a realização de sessões de formação, de esclarecimento sobre o abuso à pessoa idosa e de resolução de casos práticos onde implementariam os conhecimentos adquiridos, aos diversos profissionais. Não havendo tempo útil para a implementação destas formações ficou como sugestão, dar continuidade ao mesmo através de um projeto de investigação que está a ser desenvolvido no âmbito da UI&DE da ESEL.

3.3.3 Atividades Realizadas na Fase de Avaliação

A avaliação é a fase final do projeto, e apesar desta ir ocorrendo de forma contínua,

existem momentos e instrumentos elaborados que são o produto de todo o trabalho e que serão alvo de apreciação pormenorizada. Assim nesta fase irei apresentar algumas das atividades que considereí contribuíram para a avaliação do projeto desenvolvido.

Atividade 18 - Apresentações durante o Desenvolvimento do Trabalho de Projeto

"A metodologia de trabalho de projeto não é uma metodologia fechada. É desenvolvida instituindo uma relação constante com o meio humano envolvente (turma, professor, comunidade escolar, comunidade social). Esta relação faz-se através da investigação, no trabalho de campo, mas também através da apresentação da pesquisa do grupo a diferentes públicos" (Many e Guimarães, 2006, p.64). As apresentações poderão desenvolver-se através de apresentações orais, mas também de forma continua em que o individuo é levado a mostrar o estado da sua pesquisa, em momentos sequenciados. Estes momentos têm várias finalidades: fazer emergir uma reação crítica, reflexiva e avaliativa por parte do público ao trabalho desenvolvido, permitindo a sua reformulação e aperfeiçoamento; partilhar informação - sendo uma forma de inter-aprendizagem, em que os elementos participantes são levados constantemente a desempenhar papéis de apresentador (ensinar) e público (avaliar, refletir, aprender) (Many e Guimarães, 2006). Tendo em conta a importância deste momento foram desenvolvidas várias atividades neste âmbito, nomeadamente:

- **Apresentações em sala de aula com a orientadora do projeto e os colegas** - reflexões, pontos situação, dados recolhidos, dificuldades, necessidades, partilha de experiências, dúvidas, estabelecimento de compromissos;
- **Poster** de comunicação inicial - fase de diagnóstico (Apêndice XXVIII);
- **Realização de uma Comunicação** para as Jornadas de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Comunicação Final dos Resultados);
- **Realização de um Dossier sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa**, podendo o seu índice ser consultado no Apêndice XXIX.

Resultados: As **apresentações em sala de aula** foram realizadas regularmente uma vez por mês entre o grupo de estágio e o respetivo professor orientador. Estes momentos tiveram vários objetivos como: a divulgação de resultados - permitindo-nos ir sistematizando a informação que fomos recolhendo; apresentação de reflexões individuais - permitindo-nos refletir criticamente sobre momentos de aprendizagem pessoais, ajudando-nos a superar dificuldades e obstáculos que nos foram surgindo; transmissão e partilha de conhecimentos e informações entre grupo; estimulação de trabalho de grupo e de interajuda; a avaliação contínua do nosso trabalho e desenvolvimento - dando-nos a perspetiva do cumprimento ou não da planificação do projeto e dos objetivos estipulados; a preparação para uma apresentação final de resultados - criando-nos a capacidade de lidar com a crítica externa, desenvolvendo a nossa capacidade de argumentação e reflexão em momentos de pressão; a partilha de experiências, necessidades, dificuldades entre o grupo, estimulando mais uma vez o espírito de interajuda, e diminuindo o sentimento de solidão e de impotência face às adversidades (pessoais, académicas, profissionais, sociais) tantas vezes sentido; momentos de aprendizagem e de estabelecimento de compromissos - orientando-nos e guiando-nos no sentido de alcançar os objetivos do projeto. A manutenção do contacto regular com o grupo é fundamental para um acompanhamento da evolução do mesmo e para a negociação/comprometimento de estratégias de trabalho. Cada sessão tinha um objetivo definido na precedente.

O **Poster** foi uma aprendizagem de sistematização, divulgação de informação e aceitação de crítica sob a forma gráfica para a comunidade social e académica (Dia da ESEL) e para a comunidade profissional (UCSP). Foi um trabalho que se revelou difícil no início, pela minha dificuldade em sintetizar a informação, mas que no final o objetivo foi conseguido, em termos de grafismo e pertinência da informação transmitida. Penso que poderia ter sintetizado mais a informação, sendo uma competência que ainda se encontra em desenvolvimento. Esta apresentação que será exposta posteriormente na UCSP, é ainda um pilar fundamental da prevenção primária do abuso à pessoa idosa - pois permite a divulgação de informações sobre os fatores de risco, indicadores, sinais e sintomas de abuso à pessoa idosa aos profissionais de saúde e clientes da UCSP.

A Realização de uma Comunicação para as Jornadas de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem do Porto será uma comunicação final dos resultados, onde foi sintetizado todo o trabalho desenvolvido e os seus resultados, refletindo-se ainda na sua pertinência no contexto social atual do envelhecimento da população. Esta comunicação tem assim uma dupla finalidade: divulgação de informação à comunidade académica/científica e à população em geral, fomentando estratégias de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa, através de uma intervenção em parceria com o familiar cuidador.

A Realização de um Dossier sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa, foi uma atividade que foi realizada como sendo um instrumento de consulta de informações pertinentes sobre a temática. Sistematizou todas as atividades e pesquisas desenvolvidas ao longo do estágio, ficando ainda disponíveis os instrumentos de avaliação de fatores de risco, de sinalização e orientações de participação de situações de abuso à pessoa idosa, com as respetivas instruções de preenchimento. Toda a documentação fica disponível em suporte de papel e em PDF (DVD). Sendo que todo o documento foi apresentado e discutido numa reunião com a ECC.

Atividade 19 - Realização de um Diário de Campo/Diário de Bordo e de Reflexões sobre e na Ação

Os profissionais de saúde devem estar capacitados para a prevenção das situações de abuso à pessoa idosa, sendo fundamental a intervenção em parceria com o cliente idoso e com os seus familiares cuidadores, e o desenvolvimento de competências que lhes permitam intervir não apenas na prestação direta de cuidados, mas também no tratamento clínico e de reabilitação, na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como na promoção da saúde de forma integral e resolutiva (Paz, Santos e Eidt, 2006). Quanto maior o empenho dos profissionais nos cuidados à pessoa idosa, em termos de especialização, qualidade e de recursos disponibilizados, maior serão as probabilidades de se otimizar as intervenções e capacitar os idosos e suas famílias para fazerem face às situações de alterações fisiológicas do envelhecimento ou de doença crónica, incapacidade e dependência, e condicionantes agressivas do

ambiente em que estão inseridos (Paz, Santos e Eidt, 2006). Neste sentido, é fundamental a aquisição de conhecimentos teóricos e a descrição, discussão e análise das práticas de cuidados através da realização de diários de campo e reflexões sobre e na prática, para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

O **diário de campo** é um instrumento utilizado para registrar/anotar e guardar todos os documentos, materiais e dados recolhidos, durante o trabalho de projeto, e que são suscetíveis de serem interpretados (Many e Guimarães, 2006). É assim uma ferramenta que permite sistematizar as experiências para posteriormente analisar os resultados (Bogdan e Biklen, 1994). Neste sentido construí ao longo do estágio um diário onde anotei diariamente as minhas observações, intervenções, atividades desenvolvidas e o seu impacto no meu desenvolvimento pessoal e profissional, sendo um documento pessoal de trabalho que serviu de base para o desenvolvimento de outros instrumentos de avaliação. De alguns momentos descritos surgiram reflexões sobre e na ação que foram analisadas e discutidas posteriormente com a professora orientadora, no sentido do meu desenvolvimento.

Foram desenvolvidas várias **reflexões sobre e na prática** de cuidados ao longo deste estágio, sobretudo sobre a relação de parceria estabelecida com os clientes, as intervenções e tomadas de decisão, e a interação com os profissionais de saúde. Estas reflexões foram apresentadas ao grupo de trabalho e à professora orientadora, sendo alvo de crítica construtiva, no sentido da evolução positiva na aquisição de competências como enfermeira especialista nos cuidados ao idoso e na prevenção de situações de abuso à pessoa através do estabelecimento de uma intervenção em parceria com o familiar cuidador.

Resultados: A construção deste diário de campo permitiu-me descrever todas as atividades que realizei ao longo deste estágio, dando uma noção clara do trabalho desenvolvido. Todos os momentos descritos levaram a uma reflexão diária sobre e na ação, permitindo a construção de documentos de avaliação e facilitando a minha aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente ao nível da capacidade de julgamento clínico de cada situação vivida.

As reflexões permitiram-me assim crescer, levando-me à aquisição de novos conhecimentos, novas capacidades de superação de obstáculos, novas

intervenções, novas posturas, um novo olhar sobre a pessoa cuidada e sobre o processo de cuidados. Foi através deste processo individual e partilhado que me permitiu desenvolver e constituir um processo criativo de investigação e definição da minha prática pessoal. "O desenvolvimento de competências reflexivas, tendo como pressuposto a reflexão, torna o profissional sabedor daquilo que faz, porque ao realizar uma análise retrospectiva consciente e intencional acerca do que aconteceu começa a compreender e a controlar a sua experiência (Palmer, Burns e Bulman, 1995; Newton, 2000, cit. por Santos, 2009, p. 112). A reflexão assenta assim em princípios da aprendizagem experiencial, tornando-a um processo subjetivo em contraste com uma aprendizagem mais formalizada; envolve uma "ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que faz com que a pessoa que faz reflexão mantenha em aberto a possibilidade de mudar em termos de conhecimentos e crenças e em termos pessoais. A pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar, fazendo apelo ao uso da racionalidade e do pensamento crítico para o conseguir" (Santos, 2009, p.112). Neste sentido, posso dizer que todo o trabalho desenvolvido e refletido ao longo deste estágio constituíram uma experiência muito significativa permitindo a mobilização de vários conhecimentos e a aquisição de competências de enfermeira mestre e especialista à pessoa idosa ao nível: do desenvolvimento da capacidade de análise crítica do conhecimento que sustentou e ou sustenta a prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica, sendo capaz de comunicar conclusões e os processos de pensamento subjacentes através de apresentações e formações, trabalhos escritos; compreensão aprofundada dos discursos contemporâneos sobre saúde, doença, cuidar/tratar e a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde; capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados influenciando e promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados; ainda no âmbito deste projeto na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa através de cuidados de

enfermagem em parceria com o familiar cuidador.

Importa ainda referir que no decorrer da realização deste estágio e trabalho de projeto foram sentidas algumas dificuldades nomeadamente: a) ter mudado o local de estágio, tendo de realizar uma nova integração à equipa que iria acompanhar; b) o facto de ser elemento externo à ECC exigiu de ambas as partes uma adaptação e desenvolvimento de confiança acrescidos de modo à implementação efetiva do projeto; c) o escasso tempo disponível para a implementação do projeto. A disponibilidade (tempo) revela-se fundamental para a adesão de uma equipa na implementação de estratégias que visem a interiorização de novos conhecimentos, modelos de intervenção e alteração das suas práticas. Pelo que uma vez que este era escasso aproveitaram-se os momentos de reuniões multidisciplinares para a discussão de casos de suspeita de abuso, pequenas reuniões/momentos informais; discussão em equipa multidisciplinar de um caso prático, de acordo com as disponibilidades da equipa; d) as condições estruturais e sociais que se viviam na UCSP e UCC, nomeadamente a integração de novos elementos na equipa, a mudança dos elementos da equipa de enfermagem; a incerteza do encerramento da UCC e a da implementação de 2 novas Unidades de Saúde Familiar. Estes fatores foram extremamente perturbadores de todo este processo, desencadeando insegurança e desmotivação na equipa, não havendo espaço para reflexões nem sensibilidade para a mudança das práticas, havendo mesmo dificuldade na conciliação de momentos para discussão de casos, como era habitual.

Tendo em conta a natureza deste trabalho de projeto e os objetivos definidos, as reflexões permitiram-me compreender de uma forma mais aprofundada as implicações das nossas intervenções na promoção da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, sendo fundamental o respeito pelos direitos humanos (autonomia, intimidade, anonimato, confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo, tratamento justo e leal) na relação com os clientes, a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, e a responsabilidade e o papel que temos perante a sociedade na promoção da saúde e prevenção da doença e situações de risco de abuso, junto da população em geral e principalmente da população mais vulnerável, nomeadamente os idosos; sendo o modelo de intervenção em parceria fundamental para o garante destas condições.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o aumento do envelhecimento e das situações de abuso à pessoa idosa dependente pelo cuidador familiar, em contexto domiciliário, é fundamental investir-se na prevenção destas situações.

A prevenção do abuso à pessoa idosa dependente, em casa, deverá partir: da capacitação dos profissionais de saúde na deteção e intervenção nestas situações sendo para isso essencial a aquisição de conhecimentos nesta área (conceito de abuso; tipos de abuso; sinais, sintomas e indicadores de abuso; fatores de risco; legislação vigente; respostas sociais de apoio), a existência de instrumentos que lhes permitam identificar, avaliar, reportar e referenciar estes casos, a discussão de casos práticos e reflexão sobre e na ação; da sensibilização da sociedade (profissionais, população em geral, respostas sociais, comunidade científica) para o abuso ao idoso; da criação de condições que permitam às famílias cuidar dos seus idosos dependentes em casa (avaliação das respostas sociais e adaptação das mesmas às necessidades da população); e da implementação de uma avaliação global da pessoa idosa, sua família e contexto socioeconómico, intervindo personaladamente em cada situação. Dada a complexidade deste fenómeno e a individualidade de cada pessoa, ao cuidarmos em âmbito domiciliário o enfermeiro deve então contemplar a multiplicidade de fatores que afetam a vida do seu cliente, de modo a construir um projeto de cuidados verdadeiramente sensível às necessidades da pessoa idosa dependente e sua família, elaborado em parceria, promovendo a qualidade de vida, autonomia e o *empowerment*; e responsabilizando cada um dos intervenientes pelos resultados alcançados (Collière, 1999 e 2001; Gomes,2009).

A mobilização do modelo de parceria e sua compreensão, como intervenção promotora do cuidado de Si, torna-se assim estruturante para a prática de cuidados nas situações em que as pessoas se encontram em situação de vulnerabilidade e dependência, e que, por esse motivo, se encontram em risco de abuso, pelo seu familiar cuidador (Gomes, 2009). Permite à família assegurar o cuidado ao idoso dependente, assegurando o cuidado de si próprio e do outro, e que o enfermeiro visualize os seus clientes como um ser de ação, valorizando-o independentemente

da sua condição e promovendo a sua autonomia (Gomes, 2009). Ainda neste sentido, e para que exista uma significativa melhoria, em termos de autonomia e bem-estar das pessoas idosas, considera-se vital não só uma maior adaptação e abrangência dos serviços de saúde através da sua reorientação para os cuidados personalizados a esta população, uma necessária definição de políticas, legislação e regulamentação, mas também uma mudança da sociedade na forma como esta encara as necessidades dos idosos vítimas de abuso pelo familiar cuidador, nomeadamente através da criação de ambientes de suporte e reforço da ação comunitária, de instrumentos de avaliação dirigidos à problemática e formação dos profissionais de saúde neste âmbito. “O cuidado de enfermagem às vítimas de violência deve ser planeado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais. Refletir sobre o seu planeamento, pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros” (Ferraz, *et al*, 2009, p. 756). No entanto, constata-se na diversa literatura consultada e de acordo com o diagnóstico realizado na UCC, onde estagiei, que as equipas de cuidados de saúde têm dificuldades na prevenção das situações de abuso à pessoa idosa.

Assim, como futuros enfermeiros especialistas temos o dever acrescido na implementação e prática de novas formas de cuidar tendo em conta as características e o contexto sociodemográfico e familiar da população alvo, a evidência científica sobre os problemas encontrados, as experiências anteriores, respondendo criticamente e de forma personalizada de acordo com os conhecimentos mais atuais. As situações de abuso à pessoa idosa são bastante complexas, exigindo a aplicação de vários instrumentos no seu reconhecimento (escalas avaliação de indicadores/fatores de risco, e de sinais e sintomas), sendo fundamental dinamizar a sua aplicação, de forma a detetarmos precocemente estas situações e intervirmos de modo a evitarmos situações de abuso agravado (grandes lesões e morte); e ainda realizar e promover trabalhos de investigação que permitam avaliar a eficácia da aplicação destas escalas na deteção de fatores de risco de abuso na população idosa portuguesa.

Tendo em conta esta problemática e no âmbito do 3º curso de mestrado em

enfermagem médico-cirúrgica, área de especialização à pessoa idosa, propôs-se a realização deste projeto de estágio tendo como objetivo geral desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, nomeadamente na compreensão da importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa. Permitindo-me enquanto futura enfermeira especialista adquirir competências na área dos cuidados à pessoa idosa em casa, adequando os cuidados às necessidades específicas desta população, inseridas no seu contexto de vida; agindo com responsabilidade profissional, ética e legal; e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade através da investigação, gestão dos cuidados, e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 122/2011). De acordo com os objetivos traçados para este projeto de estágio e com as competências de enfermeiro especialista que se pretendiam atingir, foram desenvolvidas atividades ao nível da:

- Prática Clínica - realizaram-se cuidados de enfermagem sensíveis às necessidades/dificuldades e potencialidades dos clientes, colheita de dados (o contexto socioeconómico e familiar da pessoa que cuida, situação de doença, capacidade funcional e cognitiva, necessidades/dificuldades e potencialidades do cuidador principal) com a aplicação de escalas de avaliação, que permitiram identificar, monitorizar e avaliar cada situação, projetos de cuidados em parceria com os clientes e seus cuidadores, registos de enfermagem personalizados; e ainda a gestão dos cuidados de enfermagem em equipa multidisciplinar, tornando a intervenção mais eficiente e individualizada a cada situação e reflexões sobre e na prática;
- Formação e desenvolvimento das equipas profissionais - através da sensibilização da ECC para o abuso à pessoa idosa, transmitindo conhecimentos nesta área através de momentos formais e informais, e fomentando momentos de discussão e de reflexão de casos; sensibilização da USP e respostas sociais para as situações de abuso; sensibilização da comunidade para as situações de abuso através da realização de um poster e de uma comunicação sobre as situações de abuso, com divulgação dos resultados obtidos;
- Gestão dos Cuidados - sendo um elemento de referência e influenciador de

práticas de cuidados sensíveis às necessidades da população idosa e na prevenção do abuso à pessoa idosa; realizando também atividades que vão ao encontro das necessidades sentidas pela ECC, colmatando as suas dificuldades e valorizando as suas potencialidades; foram construídos instrumentos que permitiam a identificação de fatores de risco, referência e avaliação de situações de risco, um instrumento orientador para a participação de situações de abuso e de intervenção (fluxograma), para implementação no serviço;

- Aplicação de alguns Instrumentos de Investigação - com a realização de entrevistas, revisões sistemáticas da literatura.

Gostava ainda de acrescentar que as reflexões sobre e na prática foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e perícia nos cuidados à pessoa idosa e prevenção de situações de abuso. A revisão bibliográfica e a pesquisa sistemática tiveram um papel fundamental na fundamentação de todas as decisões e intervenções realizadas. Saliento ainda que uma prática de cuidados baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento científico, otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de um ambiente seguro e terapêutico com ganhos na qualidade dos cuidados prestados.

O estágio permitiu entender as dificuldades de cuidar em casa de uma pessoa idosa, sendo que a compreensão destes aspetos, a avaliação estruturada e direcionada para as problemáticas do idoso e suas famílias, foi fundamental para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação visando a adoção de estratégias em parceria com a pessoa idosa e seu familiar cuidador para o Assumir o controlo de Si ou assegurar o Cuidado do Outro. Permitiu-me ainda atingir os objetivos propostos no âmbito do desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa idosa, atingindo o nível de perita pois "a perita tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis" (Benner, 2001, p. 58).

Ao nível da prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa considero que os objetivos propostos, também, foram alcançados na medida em que a ECC ficou sensibilizada para o problema do abuso, adquiriu conhecimentos nesta temática e reconheceu a importância de uma avaliação multidimensional e estruturada da

pessoa idosa bem como o desenvolvimento de intervenções de enfermagem em parceria com o idoso e familiar cuidador, valorizando as suas capacidades, os seus conhecimentos e sua capacidade de tomar decisões relativas ao seu processo saúde doença, prevenindo-se assim situações de abuso. Foram ainda desenvolvidos instrumentos que permitiram à equipa identificar fatores de risco, sinalizar e participar situações de abuso, sendo todas as intervenções sistematizadas num fluxograma, de rápida e prática consulta. A USP e respostas sociais também foram sensibilizadas para o aumento destas situações e da necessidade de capacitar os seus profissionais na deteção destas situações.

No contexto económico atual da sociedade, do aumento do envelhecimento e situações de abuso à população idosa, do aumento das situações de dependência, das dificuldades das famílias em cuidarem dos seus familiares idosos é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimentos e instrumentos necessários que lhes permitam prevenir as situações de abuso. Este projeto teve implicações a nível da prática de cuidados pois permitiu o desenvolvimento de conhecimentos nesta área a uma equipa de cuidados continuados e o desenvolvimento de instrumentos que lhes permitam fazer face a estas situações. No entanto, relativamente às respostas sociais não se conseguiu ir além do diagnóstico das suas necessidades, ficando em aberto uma posterior intervenção junto destes profissionais. É fundamental continuar a investir, e estender este projeto a outras áreas de intervenção, sendo essencial a divulgação destes resultados, para a sensibilização da população em geral.

Tendo em conta os resultados e atividades desenvolvidas sugere-se a implementação de estratégias preventivas, através da manutenção da capacitação dos profissionais (no reconhecimento, identificação e intervenção nas situações de abuso) e da sensibilização da população idosa, sociedade e comunidade para estas situações. A promoção de cuidados de enfermagem em parceria com a construção de projeto de cuidados personalizados a cada situação de vida pode constituir uma forma de prevenção de situações de abuso, pois olha a pessoa e sua família como um todo, conseguindo detetar as suas necessidades, dificuldades e potencialidades, adaptando e intervindo personalizadas em cada situação, sendo fundamental a adoção deste modelo de cuidados.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, L.A. (1993). *At Risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Albuquerque, A. e Delgado, R. (1998). Guia Orientador sobre os Registos de Enfermagem. *Referência*. (1) 83-84.
- Alves, António (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem
- Anetzberguer, G.J. (2004). Clinical Management of Elder Abuse. *Clinical Gerontologist*, 28(1), 27-41.
- Araújo, I.; Paúl, C.; Martins; M. (2011). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (2), 45-53.
- Araújo, Isabel Maria Batista de (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem* (Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Associação de Apoio à Vitima (2011). *Estatísticas APAV 2000-2010 Pessoas idosas vitimas de crime*. Lisboa: APAV.
- Associação de Apoio à Vitima (2012). *Estatísticas APAV. Relatório Anual 2012*. Lisboa: APAV.
- Aygun, K. Ayse, B. (2011). Elder abuse and neglect in a population offering care by Primary Health Care Centre in Izmir, Turkey. *Social Work in Health Care*. 50, 158-175.
- Baker, M. Heitkemper,(2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nurs Outlook*, 53, 253-259.
- Baltes, M. e Silverberg, S. (1995). *A Dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida*. In Neri, L. (Org). *Psicologia do Envelhecimento: Tópicos seleccionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papyrus.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Persona: Edições. 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005) - *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>.

- Bezerra, Felipa, *et al* (2010). Motivação da equipa e estratégias motivacionais adoptadas pelo enfermeiro. *Revista Brasileira Enfermagem*. 63(1), 33-37.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brammer, A. & Biggs, S. (1998). Defining elder abuse. *Journal of Social Welfare and family Law*, 20(3), pp.285-304.
- Buss, Paulo Machado (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 63-117.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3) ,773-781.
- Carp, F.(1999). *Elder Abuse in the Family: An Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Carrilho, M. J. e Patrício, L. (2009). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. (48), 101-145 .
- Chalifour, J. (1993). *La relations d'aider*. Paris : Les Éditions de L'Homme.
- Cohen, M, *et al* (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *The American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230.
- Cohen, M. (2008). Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Internal Medicine Journal*. (38), 704–707.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar ...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociencia.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Aging*, 2008, 37, 151–160.
- Costa, A. (1998). *Enfermeiros - Dos percursos da formação à produção de Cuidados*. Lisboa: Fim de Século – Saúde.
- Costa, D.G (1994). Registos de Enfermagem. *Divulgação*. (31), 15-17.
- Costa, M. Arminda (2002). *Cuidar Idosos – Formação, práticas e competências*. Lisboa: Formassau.

- Craig, Jean; Smyth, Rosalind (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cumming, E. e Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books, Inc.
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 18(203), pp.21-24.
- Decreto de Lei n.º 437/91 de 8 Novembro. DR. I, Série. 257 (5723- 5741).
- Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. DR, I Série A, 109 (06-06-06), 3856-3865.
- Decreto Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. DR, I Série A, 93 (21-04-98), 1739- 1757.
- Decreto Lei N.º 161/96 de 4 de Setembro. DR. I Série. 93 (1739-1757).
- Decreto Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril. DR, I Série, 65 (02/04/09), 2058-2062.
- Dias, A., et al (2001). Registos de enfermagem. *Servir*. 267-271.
- Dias, Isabel (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*, (15), 249-273.
- Dinis, R. (2006) – *A Família do Idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família, perspectiva dos Enfermeiros*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde.
- Dinis, R. (2007). *A Família do Idoso: o parceiro esquecido?* In: Gomes, I.D., et al – *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Durham, J. (1989) – *Aspectos Psicosociales del cuidado de los ancianos*. In Carroll M. e Brue, L.J. *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*. Barcelona: Doyama, 125-144.
- ESEL (2013). *Regulamento de Mestrados*. Lisboa: ESEL.
- Family Caregiver Alliance (2010). *Fact Sheet : Selected Caregiver Statistics*. Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving. Obtido a Março 2012 em : http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/print_friendly.jsp?nodeid=439
- Farinatti, P. T. V (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira Medicina Esporte*. 8(4), 129-138
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social- Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*. (36), 39-52.
- Fernandes, A. A. (2007) Determinantes da mortalidade e da longevidade. *Análise Social*. XLII (183), 419-443.
- Fernandes, A. A. (2004). *Quando a vida é longa ... os impactos sociais do aumento da longevidade*. In *O sentido das idades da vida – interrogar a solidão e a dependência*. (13-36) Lisboa: CESDET.

- Fernandéz-Allonzo, M.C. e Herrero-Vallázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Possibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atenção Primária*, 37(1), pp. 56-59.
- Ferraz, et al (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*. 14(4), 755-759.
- Ferreira-Alves, José (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligencia de Idosos. *Polícia e Justiça: Revista do Instituto Superior de Polícia e Judiciária e Ciências Criminais*, Número especial temático. Coimbra Editora. pp 133-151.
- Ferreira-Alves, José (2005). *Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos*. In Abrunhosa, R. e Machado, C. (Eds). *Psicologia Forense*. (1-43) Coimbra: Quarteto editores.. Acedido a Janeiro 2012. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4221>
- Figueiredo, D. (2006). *Cuidados Familiares: Cuidar e ser cuidado na família*. In Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (col.). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na velhice*. (51-80) Porto: Âmbar.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Cadernos Climepsi da Saúde.
- Figueiredo, D.; Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) – Avaliar as Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados. *Geriatrics*. XV(144), 15-19.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fraser, A. (2010). Preventing abuse of older people. *Nursing Management*. 17(6), 26-9.
- Fries, J.F. (1998). Aging natural death, and the ompression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*. (303), 130-135.
- Gallant, M. H.; Beaulieu, M. C. e Carnevale, F. A. (2002). Partnership: on analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 40(2), 149-157.
- Galvão, C.; Sawada, N.; Mendes, I. (2003) A busca das melhores evidências. *Revista Escola de enfermagem*, USP, 37(4), 43-50.
- Garre-Olmo, J., et al (2009) -Prevalence and Risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal American Geriatrics Society*, (57), 815-822.
- Gil, Ana Paula (2010). *Heróis do Quotidiano – Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gineste, Y.; Pellissier, J. (2008). *Humanidade, cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. 4ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian de

Lisboa.

- Glendenning, F. (1993). *What is Elder Abuse and Neglect? In* Decalmer, P.; Glendenning, F. *The Mistreatment of Elderly People.* (1-34) London: SAGE Publications.
- Godinho, N. (2012). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA.* Lisboa: ESEL, Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas.
- Gomes, I. D. (2007). *O conceito de parceria na interação enfermeiro /doente idoso: da submissão à acção negociada.* In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania.* Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio.* (Dissertação de Doutoramento) Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Gonçalves, C. (2006) – Idosos: Abuso e Violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 22, 739-745.
- González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A., et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Primaria.* 23, 434-440.
- Havighurst, R.J. e Albrecht, R. (1953). *Older people.* New York: Longmans Green.
- Hess, S. (2011). The role of health care providers in recognizing and reporting elder abuse. *Journal of Gerontological Nursing.* 37(11), 28-34.
- Hook, M. L. (2006). Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing.* 56(2).
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal.* Coimbra: Formassau.
- INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas.* Lisboa: Actualidades do INE. Obtido a 1 de Setembro de 2009: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- INE (2005/2006). *População residente que tem ou já teve doença crónica, por tipo de doença crónica, sexo, e grupo etário. NUTS I, 2005/2006.* Portugal. Instituto Nacional de Estatística. [Consultado em 1/4/2011]. Disponível na internet em URL: www.ine.pt
- INE (2011). *Censos - Resultados definitivos : Portugal - 2011.* Acedido a 20 de Dezembro 2012. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias.* Lisboa: Conselho económico e social.

- Kohn , R.; Verhoek-Oftedahi, M.; Verhoek-Oftedahi, W. (2011). Caregiving and Elder Abuse. *Medicine & Health/Rhode Island*. 94(2), 47-49.
- Kosberg, J., Lowenstein, A., Garcia, J., Biggs, S. (2005). Study of Elder Abuse Within Diverse Cultures. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 15(3), 71-89.
- Kottow MH (2003). The vulnerable and susceptible. *Bioethics*, 17 (5-6), 460-471.
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (62) (suppl, 283), 382-397.
- Lage, I. (2005) – Cuidados familiares a Idosos, in Paul, C. e Fonseca, A. (coord.), *Envelhecer em Portugal*. (2003-229) Lisboa: Climepsi.
- Lei n.º 104/2009, de 14 de Setembro. DR, I Série, 178 (14-09-09), 6241-6246.
- Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, DR, I Série-A, 195 (19-08-04), 5362-5368.
- Lei n.º 67/1998, de 26 de Outubro. DR, I Série A, 240 (26/10/1998), 5536-5546.
- Lei nº 112/2009, de 16 de Setembro. DR, I série, 180 (16-09-09), 6550-6561.
- Leite E., Malpique M., Santos M. (2001). *Trabalho de Projecto. 1. Aprender por projectos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Levine, J.M. (2003). Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics*. 58(10), 37-44.
- Manthorpe, Jill, *et al* (2007, October) -The UK national study of abuse and among older people. *Nursing older people*. 19(8), 24-26.
- Many, E, Guimarães, S (2006). *Como Abordar ... A metodologia de trabalho de projecto*. Lisboa: Areal Editores.
- Martins, A. *et al* (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 12(2), 52-61.
- Matsudo, S. (1997). *Envelhecimento e Actividade Física*. In Ministério Extraordinário dos Esportes - Actividades físicas para a terceira idade. CNI.SESI, 23-34.
- Meetoo, Danny (2008). Chronic Diseases: the silent global epidemic. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1320-1325
- Menezes, B. e Prazeres, V. (coord.) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Acção de saúde para crianças e jovens em risco*. Portugal: Direcção Geral de Saúde. Acedido em Dezembro 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>
- Minhong L. (2008). Caregiver stress and elder abuse among Korean family. *Journal Family Violence*. 23, 707-712.
- Mormiche, P. (1997). *Vie et santé progressent de concert*. In Dupâquier, J. (dir.). *L'esperance de vie sans incapacités*. (93-133) Paris: PUF.

- Mourão, L. (2008). Aplicação da Escala de Gijón em rastreio de Risco Social. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.
- Muehlbauer, M.; e Crane, P.(2006). Elder Abuse and Neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*. 44(11), 43-48.
- Nakashi, M. *et al* (2008). Impact of elder abuse prevention and caregiver support law on system development among municipal governments in Japan. *Health Policy*. 90, 254-261.
- National Center on Elder Abuse (2011a). *Elder Abuse/Mistreatment Defined*. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx
- National Center on Elder Abuse (2011b). *Major Types of Elder Abuse*. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx
- National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association (1998). *The national Elder Abuse incidence study*. Obtido em Fevereiro 2010 em: <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm> em Setembro de 2010
- Naughton C. *et al* (2010). *Abuse and neglect of older people in Ireland*. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect. Dublin: National Centre for the Protection of Older People.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging a reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nichiata, L. *el al* (2008). A utilização do conceito de vulnerabilidade pela enfermagem. *Revista Latino-Americana*. 16(5), 923-929. Acedido a Junho de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/20.pdf>
- Novais, *et al* (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Revista HPPA*, 29(1), 36-44.
- Observatório Regional de Saúde (2012) - Perfil de Saúde dos ACES. Lisboa: Administração regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Acedido em Dezembro 2012. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/observatorioregional/Paginas/PerfildeSa%C3%BAdedosACES.aspx>.
- Oliveira, D. P. R. (2002). *Sistemas. Organização & Métodos: O&M - uma abordagem gerencial*. 13.ed. São Paulo: Atlas.
- Oliveira, J. W. (2009). *Sistema de Informação*. Obtido a 29 Janeiro 2013. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22755187/1481008806/name/Proc.Neg.Atividade.pdf>.
- OMS (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de

Saúde.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceitual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido a 30/06/2012, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2003. Obtido a 30/06/2010, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf> .
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Publicado em Setembro de 2009. Acedido em fevereiro de 2012. Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. (Caderno temático)
- Penhale, B. (2010). Responding and Intervening in Elder Abuse and Neglect. *Ageing Int.* (35), 235–252.
- Perel-Levin, S.(2008) – *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Geneva: World Health Organization. Obtido a Novembro 2011: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
- Perez-Carceles MD et al. (2009). Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: the extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132–137.
- Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phelan, A. (2009) - Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person. *International Journal of Older People Nursing*. (4), 115–119.
- Phipps, et al (1999). *Enfermagem Médico Cirúrgica Conceito e Prática Clínica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B.(2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. São Paulo: Artmed Editora.
- Pontifícia Universidade Católica do Paraná Sistema Integrado de Bibliotecas (2010). *Manual para elaboração de trabalhos técnico-científicos de acordo com a norma da associação americana de psicologia - APA(6ª edição)*. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná
- Portaria n.º 394-B de 29 de Novembro de 2012. Reorganização dos ACES integrados na ARS de Lisboa e Vale do Tejo. *Diário da República, I Série*, N.º 231 (29/11/2009), 6832(5)-6832(11).

- Quaresma, M. (1996). Cuidados familiares às pessoas muito idosas. Lisboa: Direção Geral da Ação Social/Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Quinn, M., Tomita, S. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies*. New York: Springer.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. DR, II série, 35 (10-02-11), 8648-8653.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento. Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, A., e Esteves, M. (1993). *Análise das Necessidades na Formação de Professores*. Porto: Porto Editora
- Rogers, Ada (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 65–72.
- Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos* (5), 1-37
- Sanchez, M. A. (2000). A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações sociais para idosos de uma unidade ambulatoria geriátrica. *Universidade Aberta da Terceira Idade - Textos sobre Envelhecimento*. 3(3), 1-15.
- Santo, I. e Pardal, P. (2010). *Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Portugal: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Acedido 1 Janeiro 2013. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_140/indicadores_daucc_vf.pdf
- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico - Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. (Dissertação de Doutoramento) Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de didática e Tecnologia Educativa.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS
- Sasaki, M., et al (2007) – Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. (22), 250-257.
- Sequeira, Carlos (2010) – Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL
- Simões, Cláudia e SIMÕES, João (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE, segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Referência*. II(4), 9-23.
- Siqueira, A. B. et al (2004). Impacto Funcional da Internação hospitalar de Pacientes Idosos. *Revista de Saúde Pública*. 38 (5), 687-694.

- Sousa, F.A (2011). Portugal na lista negra dos maus tratos a idosos. *Diário de Notícias*.
 Obtido a 10 de julho, 2011. Disponível em: <http://www.dn.pt>
- Sousa, Liliana (Col.) (2006). *O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais. Envelhecer em família – cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Souza, J.; Freitas, M. e; Queiroz, T. (2007). Violência contra os idosos: análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3), 268-272.
- Squire, A.(2004). *Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos*. 4ªed. Loures: Lusociência.
- Stark, Sharon (2012). Elder Abuse. Screening, intervention, and prevention. *Nursing*. 42(10), 24-29.
- Tortosa, M. (2004). *Personnas mayores y malos tratos*. Madrid:Psicologia Pirâmide.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, e J.M. Pinto (Org.). *Metodologia das Ciências Sociais*. (101-128). Porto: Afrontamento.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem nos Serviço de Urgência*. Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta..
- Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Ver *SOCERJ*. 20(5). pp. 383-386.
- Veysset, B. (1989). *Dépendence et Vieillesse*. Paris: L’Harmattan. Coleção Logiques Sociales.
- WHO (1996). *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization, Obtido em Janeiro 2010. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/
- WHO (1999). *Men Ageing And Health*. Geneva: WHO. Obtido a 22 Outubro 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf
- WHO (2005). *Envelhecimento Activo: uma politica de saúde*. Brasília: WHO. Obtido em 22 Maio em 2010. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf.
- WHO (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide - Main Report*. Geneva: World Health Organization. Obtido em Dezembro 2011. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/elder_abuse/en/index.html.
- WHO (2011). *European Report on Preventing elder maltreatment*. Geneva: World Health Organization. Obtido em Fevereiro 2012. Disponível em:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.

Wieland, D. and Hirth, V. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*. 10(6), 454-462.

Wolf, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. In Ingle Nordhus & Gary VandenBos & Stig Berg & Pia Fromholt (Eds). *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association.

ANEXOS

ANEXO I - MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

***Mini-Mental State Examination* – Mini-Exame da Avaliação Breve do Estado Mental**

O *Mini Mental State Examination* (**MMSE**) foi elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), sendo traduzido e adaptado à população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão e Garcia (1994).

É um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Pode ser usado para rastreio de perda cognitiva mas não pode ser usado para diagnosticar uma demência.

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais; exigindo respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, leitura e escrita avaliando habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Obtém-se um score imediato em cada item, sendo que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação de defeito cognitivo em função do grau de escolaridade:

- Analfabetos \leq 15 pontos;
- 1-11 anos de escolaridade \leq 22 pontos;
- Mais que 11 anos de escolaridade \leq 27 pontos.

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Idade: _____ DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

4. EVOCACÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” _____

Nota:

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____
- Dobra o papel ao meio _____
- Coloca o papel no chão _____
(ou no local indicado)

Nota:

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase “**FECHE OS OLHOS**”).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

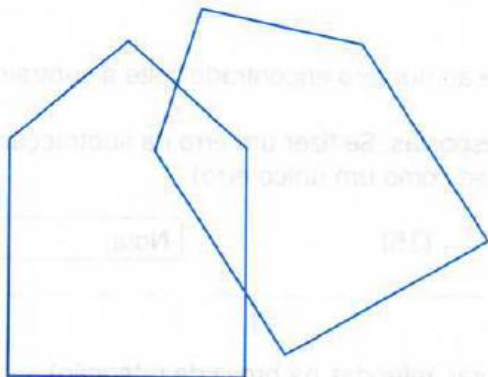
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

Bibliografia

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Folstein M.F., Folsetein, S.E. e McHugh, P.R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*. 12, 189-198
- Guerreiro, M.P. e Col. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1 (9).
- Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

ANEXO II - ÍNDICE DE KATZ

Índice de Katz

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária, foi elaborado por Katz e seus colaboradores (1963) para medir capacidade funcional de idosos com doença crónica. É um instrumento amplamente utilizado, sendo simples de usar, abrangente, requer poucos recursos e pode ser facilmente utilizadas por enfermeiros.

Foi utilizada a versão portuguesa de Sequeira (2007), após ser autorizada pelo autor.

É constituído por seis atividades da vida diária: banho, vestir-se; ir a casa de banho mobilidade, controlo dos esfíncteres e alimentação (Sequeira, 2010). Em cada item podemos avaliar se a pessoa idosa é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou dependente (Sequeira, 2010). Cada uma destas dimensões é operacionalizada em quatro graus sendo que cada pontuação representa um: 4 - independente; 3 - independente com supervisão; 2 - independente com ajuda e; 1 - totalmente dependente.

O Índice de Katz é mais propício a um ambiente de internamento de longo prazo ou para doentes com doenças mais graves (Sequeira, 2010). No entanto optou-se pela escolha deste instrumento, por ser o que está instituído no aplicativo informático SAPE, por ser o que ECC está mais familiarizada e o instrumento utilizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Índice de Katz

Itens	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfíncteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

Pontuação Total: _____

Os resultados traduzem o grau de autonomia em 4 categorias:

- independente - ≥ 17 pontos;
- parcialmente dependente - de 11 a 16 pontos;
- dependente - de 7 a 10 pontos;
- totalmente dependente - 6 pontos.

Referências Bibliográficas

Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.

Hartigan, I (2007). A comparative review of the Katz index and the Barthel index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 204-12.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.

Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.

ANEXO III - ÍNDICE DE LAWTON

Índice de Lawton

O índice de Lawton, desenvolvido por Lawton e Brody em 1969, é um instrumento que pretende avaliar o nível de independência da pessoa idosa para a realização das suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), de modo a planear intervenções junto dos mesmos (Sequeira 2007, 2010; Apóstolo, 2011). Compreende a avaliação de oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão de dinheiro e de medicação.

A versão apresentada será de acordo com Sequeira (2007), que desconhecendo estudos de validação desta escala para a população portuguesa, procedeu à análise de algumas características psicométricas desta escala. Assim em cada item existem 3, 4 ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, sendo a maior pontuação correspondente a um maior grau de dependência.

Este índice varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respetivo grau de dependência de acordo com a cotação:

- 8 pontos - **independente**;
- 9 a 20 pontos - **moderadamente dependente** (necessita de uma certa ajuda);
- > 20 pontos - **severamente dependente** (necessita de muita ajuda).

Índice de Lawton (versão completa de acordo com Sequeira, 2007)

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Pontuação Total: _____

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lawton M.P. e Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

ANEXO IV - ÍNDICE DE TINETTI

Índice de Tinetti

Esta escala foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Abreu & Caldas, 2008). Permite avaliar aspetos da marcha (velocidade, a distância e simetria do passo) e do equilíbrio (em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados). Não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. O uso deste instrumento de avaliação tem implicações importantes na qualidade de vida das pessoas idosas, pois possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem no sentido da prevenção e de reabilitação (Apóstolo, 2011).

É composta por 16 itens em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. A cada item pode ser atribuído o valor de zero ou um, (zero é considerado não satisfatório e um é considerado satisfatório). A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos). O risco de queda é pontuado da seguinte forma:

- Score inferior a 19 pontos - **Alto Risco de Queda;**
- Score entre 19 e 24 pontos - **Risco Moderado de Queda;**
- Score acima de 24 pontos - **Baixo Risco de Queda** (Apóstolo, 2011).

"Apesar de para a língua portuguesa (Brasil) existirem diversas referências a estudos com este instrumento, para o português de Portugal, embora estejam publicados com a sua utilização, estes não referenciam os respetivos estudos de adaptação" (Apóstolo, 2011, p.26). Neste sentido, foi utilizada a versão em Português (adaptação a partir da versão em português do Brasil), utilizada no estudo: Mobilidade, avaliação do risco de quedas em idosos (Sousa, Oliveiras, Marques & Apóstolo, In Press).

Escala de Tinetti

Teste de Equilíbrio

Instruções: Utente sentado numa cadeira rígida, sem braços

1. Equilíbrio sentado	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
3. Tentativas para se levantar	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, requer mais de uma tentativa 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
4. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2 – Estável, sem dispositivo de auxílio
5. Equilíbrio de pé	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6. Desequilíbrio no esterno (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
7. Olhos fechados	0 – Instável 1 – Estável
8. Girar 360°	0 – Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1 – Passos descontinuados 2 - Continuidade
9. Sentar-se	0 – Inseguro (não avalia bem a distancia, cai na cadeira) 1 – Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2 – Seguro, movimentos suaves
Score de Equilíbrio	_____ (máximo 16 Pontos)

Teste de marcha

Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais.

1. Iniciação da marcha	0 – Imediato e após a ordem “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
2. Comprimento e altura do passo	a) Perna direita sem balanceio 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
3. Simetria do passo	0 – Passos direito e esquerdo, iguais 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
4. Continuidade do passo	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
5. Desvio da linha recta (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha
6. Tronco	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha

7. Base de apoio	0 – Calcanhares afastados 1 – Calcanhares quase se tocam durante a marcha
Score de marcha	_____ (máximo 12 Pontos)

Score Total: _____ **(máximo 28 pontos)**

Referências Bibliográficas

- Abreu, S. S. E., & Caldas, C. P. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [On line], 12 (4), 324-330. [Consult. 10-7-2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.
- Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sousa, C., Oliveira, S., Marques, T., & Apóstolo, J. L., (in press). Mobilidade, avaliação do risco e prevenção de quedas em idosos. Referência. Resumos do II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*, 34 (2), 119-126.

**ANEXO V - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIATRICA DE 15 ITENS
(GDS15)**

Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens

A Escala de Depressão Geriátrica – Geriatric Depression Scale (GDS), foi criada por Yesavage, et al (1983) com o objetivo de ser utilizada, especificamente, para pessoas idosas. Foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto.

Ela permite diferenciar idosos deprimidos de não deprimidos (Sequeira, 2010). É uma escala que elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Fernandes, 2000).

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Os itens selecionados mostraram uma boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.

A versão GDS com 15 itens é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (Paradela, Lourenço e Veras 2005). Na página oficial da GDS, os autores consideram que a escala está no domínio público e ainda de acordo com o grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências esta escala encontra-se no domínio publico (GEECD, 2008). A escala apresentada é traduzida por Apóstolo (2011).

Pontuação da GDS-15:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15
- 1 ponto para as resposta NÃO nas questões: 1, 5, 7, 11, 13.

GDS-15 Portuguese

De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ()	Não ()
Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
Sente-se inútil nas condições actuais?	Sim ()	Não ()
Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

A cotação é a seguinte:

Pontuação	Nível de dependência
0-5	Ausência de depressão
>5	Depressão

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- GEECD - Grupo de Estudo do Envelhecimento Cerebral e Demências (2008). *Escalas e Testes de Demências*. (2ª edição). [S.l.]: GEECD.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de

depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.

Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 165-173, NY: The Haworth Press.

Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

ANEXO VI - ESCALA DE BRADEN

Escala de Braden

A escala de Braden, foi elaborada por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, com o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira, *et al*, 2007; Apóstolo, 2011).

É uma escala constituída por seis dimensões: perceção sensorial; humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. Cada dimensão está ponderada de 1 a 4, exceto a última que está ponderada de 1 a 3. A pontuação total pode variar entre 6 (valor de mais alto risco), e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor é o risco e vice-versa (Ferreira, *et al*, 2007; Apóstolo, 2011).

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a cotação:

- Superior ou igual a 17 - **Baixo Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão;**
- Inferior ou igual a 16 - **Alto Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão.**

A escala deve ser aplicada no momento da admissão do cliente aos cuidados que irão ser realizados, em meio hospitalar e/ou em meio domiciliário. Para além da data de admissão, a avaliação em meio hospitalar é aconselhada a cada 24h em serviços de urgência e de cuidados intensivos, a cada 48h noutra tipo de serviços hospitalares. Em meio domiciliário a avaliação é aconselhada mensalmente em doentes crónicos, e em casos de estado geral mais debilitado em cada situação de prestação de cuidados. Sempre que haja uma alteração do seu estado geral, ou de um dos itens preconizado na escala deve-se proceder a uma avaliação (Ferreira, *et al*, 2001; Apóstolo, 2011).

Escala de Braden

Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação:			
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____			
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, João (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Grupo Associativo de Investigação em Feridas - GAIF (2012) - *Escala de Braden*. Disponível em: <http://www.gaif.net/content/artigos>

ANEXO VII - ESCALA DOLOPLUS
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NAS PESSOAS IDOSAS

Escala Doloplus

Avaliação Comportamental da Dor nas Pessoas Idosas

Em 1992 Bernard Wary, do CHR Metz-Thionville (França), baseando-se numa escala para a avaliação comportamental da dor em crianças com doença neoplásica (a escala D.E.G.R. - Douleur Enfant Gustave Roussy), propõe uma escala de avaliação da dor em idosos não-comunicantes, a escala Doloplus, composta de 15 itens, a qual é publicada em 1993. Entre 1995 e 1999, com o intuito de validar esta escala, uma equipa clínicos (franceses e suíços) especialistas em geriatria e em cuidados paliativos, procederam aos à sua validação, tendo reduzido o número de itens para 10. Esta nova escala - Doloplus-2 foi validada em 2 de Janeiro de 1999.

A Escala Doloplus-2 contém dez itens repartidos por três subgrupos - cinco itens de repercussão somática; dois itens de repercussão psicomotora e; três itens de repercussão psicossocial. Cada item é pontuado de 0 a 3, representando um incremento na presença de um dado comportamento, o que leva a um resultado global compreendido entre 0 e 30. Considera-se estar em presença de um doente com dor quando o resultado global é igual ou superior a 5. A população alvo são os indivíduos com idade ≥ 65 anos com alterações cognitivas. Usada especificamente em situações de dor crónica.

Foi validada para a população portuguesa por Guarda (2005).

ESCALA DOLOPLUS

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA

APELIDO :

Nome próprio :

DATAS

Serviço :

Observação comportamental

REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1• Queixas somáticas	• ausência de queixas	0	0	0	0
	• queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	• queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	• queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2• Posições antálgicas em repouso	• ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	• o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	• posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	• posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3
3• Protecção de zonas dolorosas	• Ausência de protecção	0	0	0	0
	• protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou das cuidados ..	1	1	1	1
	• protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	• protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4• Expressão facial	• mímica habitual	0	0	0	0
	• mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	• mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	• mímica inespressiva em permanência e de forma não habitual (tensa, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5• Sono	• sono habitual	0	0	0	0
	• dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	• despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	• insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6• Higiene e/ou vestir	• capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	• capacidades habituais pouco diminuídas (com preocupação mas completas)	1	1	1	1
	• capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difícil e parcial	2	2	2	2
	• higiene e/ou vestir impossível; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7• Movimento	• capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	• capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha) ..	1	1	1	1
	• capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos) ..	2	2	2	2
	• Movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8• Comunicação	• Sem alterações	0	0	0	0
	• intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	• diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	• ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9• Vida social	• participação habitual nas diferentes actividades (religiões, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	• participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	• recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	• recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10• Alterações do comportamento	• comportamento habitual	0	0	0	0
	• alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	• alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	• alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
		PONTUAÇÃO			

COPYRIGHT

Referências Bibliográficas

Guarda, H. (2005). Tradução e adaptação cultural e linguística para português da escala de dor DOLOPLUS 2. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Lefebvre-Chapiro S.(2001). The DoLopLuS 2 scale-evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*. 8(5), 191-194.

Wary B, Serbouti S. (2001). Doloplus 2: validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs*. 2(1), 35-38

ANEXO VIII - ESCALA DE AVALIAÇÃO SÓCIO FAMILIAR DE GIJÓN

ESCALA DE AVALIAÇÃO SÓCIO FAMILIAR DE GIJÓN

A escala de avaliação sócio familiar de Gijón (González et al., 1999) é um instrumento estruturado de avaliação social de pessoas idosas. É constituída por cinco itens: Situação Familiar, Situação Económica, Habitação, Relações Sociais e Apoio da Rede Social. Permite a deteção de situações de risco ou de problema social, sendo um instrumento útil na prática da assistência social em contexto de saúde primária em pessoas idosas (González et al., 1999). A escala de Gijón é heteroadministrada e dever-se-á (re)avaliar a situação sempre que as condições sociais se alterem ou se suspeite de risco social (González et al., 1999). Foi utilizada a versão portuguesa traduzida e validada por Mourão (2008).

Escala de Gijon

Situação Familiar	
Vive com família sem dependência física/ psíquica	1
Vive com cônjuge de idade semelhante	2
Vive com cônjuge/ família e apresenta algum grau de dependência	3
Vive só e tem filhos que vivem perto	4
Vive só e não possui filhos ou estes vivem longe	5
Situação Económica	
Mais de 1,5 vezes o Salário Mínimo Nacional	1
Desde 1,5 vez o Salário Mínimo Nacional até ao Salário Mínimo Nacional	2
Desde Salário Mínimo Nacional até à Pensão Mínima Contributiva	3
Pensão não Contributiva	4
Sem rendimentos ou inferior à Pensão não Contributiva	5
Situação Habitacional	
Habitação adequada às necessidades	1
Habitação c/ barreiras arquitectónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador)	2
Habitação deficitária (sem WC completo, sem água quente, sem condições de higiene)	3
Habitação sem elevador e telefone	4
Habitação inadequada (barraca, casa em ruína, ausência de equipamento mínimo - água, luz, gás)	5
Relações Sociais	
Utente mantém relações sociais	1
Utente mantém relações sociais só com a família e vizinhos	2
Utente mantém relações sociais só com a família e só com vizinhos	3

Utente não sai do domicílio, mas recebe a família	4
Utente não sai do domicílio e não recebe visitas	5
Rede Social de Suporte	
Utente com apoio familiar ou de vizinhos	1
Utente com apoio domiciliário ou voluntariado social	2
Utente sem apoio	3
Utente aguarda integração em residência geriátrica ou lar	4
Utente em cuidados permanentes	5
Pontuação Total	

Pontuação:	Risco social
< 10	Normal ou Baixo Risco Social
10 a 16	Risco Social Intermédio
> 17	Risco Social Elevado (Problema Social)

Referências Bibliográficas

- Mourão, L. (2008). Aplicação da Escala de Gijón em rastreio de Risco Social. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.
- González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A., et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Primaria*. 23, 434-440.

**ANEXO IX - ENTREVISTA DE ZARIT PARA A SOBRECARGA DO
CUIDADOR**

Entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, incluindo informações sobre a saúde, vida social e pessoal, situação financeira/económica, situação emocional e tipo de relacionamento. Foi recentemente traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007), a partir da Burden Interview Scale (Zarit e Zarit, 1983; Zarit e Col., 1985).

É um instrumento constituído por 22 questões. Cada questão é avaliada de forma qualitativa/quantitativa com cinco respostas possíveis:

- Nunca (1);
- Quase nunca (2);
- Às vezes (3);
- Muitas vezes (4);
- Quase sempre (5) (Sequeira, 2010).

O *score* global varia entre 22 e 110:

- Inferior a 46 – **Sem sobrecarga;**
- Entre 46 e 56 – **Sobrecarga ligeira;**
- Superior a 56 – **Sobrecarga intensa** (Sequeira, 2010).

Este instrumento permite identificar 4 fatores. O primeiro - **Impacto da prestação de cuidados**, engloba os itens relativos à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, sendo constituída por 11 itens (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17,22). O segundo fator - **Relação Interpessoal**, engloba os itens relacionados com relação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados. Estes itens avaliam o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados. É constituído por 5 itens (4,5,16,18,19). O terceiro fator - **Expectativas face ao cuidar**, está relacionado com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centrando-se essencialmente nos meios, receios e disponibilidades. É constituído por 4 itens (7,8,14,15). O quarto fator - **Perceção de auto-**

eficácia , refere-se à opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. É constituído por 2 itens (20,21) (Sequeira, 2007, 2010).

Foi utilizada a versão portuguesa validada Sequeira (2007), após ser autorizado pelo autor.

Entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

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

17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série, 12, 9-16.
- Zarit, S.H. e Zarit, J.M. (1983). *The memory and Behaviour problems checklist - and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University.
- Zarit, S.H. Orr, N.K. e Zarit, J.M. (1985). *The bidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. New York: New York University Press.

**ANEXO X - ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO
CUIDADOR (CADI)**

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

O Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (*Carers' Assessment of Difficulties Index - CADI*) foi desenvolvido por Nolan e colaboradores no Reino Unido (Nolan e Grant, 1989; Nolan e col. 1990; Nolan, Keady e Grant, 1995; Nolan, Keady e Grant, 1996, 1998), traduzidos e adaptados para a população portuguesa por João Barreto e Luísa Brito (Brito, 2002). Sequeira (2007) efetuou a avaliação item a item de forma parcelar e de acordo com cada categoria ou dimensão, e também de forma global. Avaliou ainda as características métricas do instrumento proposto pelo autor. Foi assim utilizada a versão portuguesa validada por Sequeira (2007), após ser autorizado pelo autor. É um instrumento que permite detetar as necessidades e dificuldades do cuidador no ato de cuidar, possibilitando a adequação das respostas formais a implementar em cada situação. É composto por 30 potenciais dificuldades relacionadas com os cuidados realizados à pessoa idosa e as suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento e no apoio dos profissionais aos prestadores de cuidados (Sequeira, 2007, 2010).

Na avaliação de cada dificuldade o cuidador tem quatro possibilidades de resposta. De acordo com os autores da escala (Nolan e Col. 1996; Brito 2002) as dificuldades dos cuidadores agrupam-se em sete fatores:

- Problemas relacionados com o idoso - itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26;
- Reações a prestação de cuidados - itens 1,2,9,17,19,29,30, e 3;
- Exigências de ordem física da prestação de cuidados - itens 6,10,13,15,23 e 24;
- Restrições na vida social - itens 8,18 e 20;
- Falta de apoio familiar - itens 16 e 28;
- Falta de apoio profissional - itens 7 e 27;
- Problemas financeiros - itens 4 e 21.

Sequeira (2007, 2010) encontrou outras categorias/dimensões que explicam as dificuldades dos cuidadores, relacionadas com as especificidades dos cuidadores de Portugal, mas admitindo a necessidade de desenvolvimento de mais estudos:

- Problemas relacionais - itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26

- Restrições sociais - itens 1, 3, 8,9, 18, 20, 21
- Exigências do Cuidar - itens 6, 10, 13, 15, 19, 23, 24
- Reações ao cuidar - itens 4, 2, 29, 30
- Apoio Familiar - itens 16 e 18
- Apoio Profissional - itens 7 e 27

Os itens que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores estão relacionados com os itens problemas relacionais, restrições sociais e exigências do cuidar (Sequeira, 2007, 2010).

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

N. º	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não Acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba- me muito
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				

13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

N.º	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me Muito

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Nolan, M.; Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurses practice. *Journal of Advanced Nursing*. 14, 950-961.
- Nolan, M.; Grant, G.; Ellis, N. (1990). Stress is in the eye of the beholder: reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advanced Nursing*. 15, 544-555.
- Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton, Pavilion Publications.
- Nolan, M.; Grant, G.; Keady, J (1996). *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham, Open University Press.
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

APÊNDICES

APÊNDICE I - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (RSL)

Revisão Sistemática da Literatura

Tendo em conta os objetivos traçados para este projeto foram realizadas pesquisas em vários motores de busca, com base na metodologia de revisão sistemática da literatura.

De acordo com o que foi explicitado, e tendo em conta as competências a desenvolver como enfermeira especialista, nomeadamente na área de investigação, neste apêndice será apresentado um exemplo da aplicação desta metodologia para uma das várias pesquisas realizadas, e que serviu de ponto de partida para a realização deste projeto. Neste exemplo apenas será apresentado: a pergunta de investigação formulada; os objetivos desta pesquisa; os descritores de pesquisa; os critérios para a inclusão/exclusão de estudos/artigos; e os resultados encontrados. A discussão desses resultados será incluída ao longo do relatório.

Para a **revisão sistemática de literatura** foram consultadas bases de dados eletrónicas, que se encontram na plataforma EBSCOhost, realizando ainda pesquisa bibliográfica presencial no centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

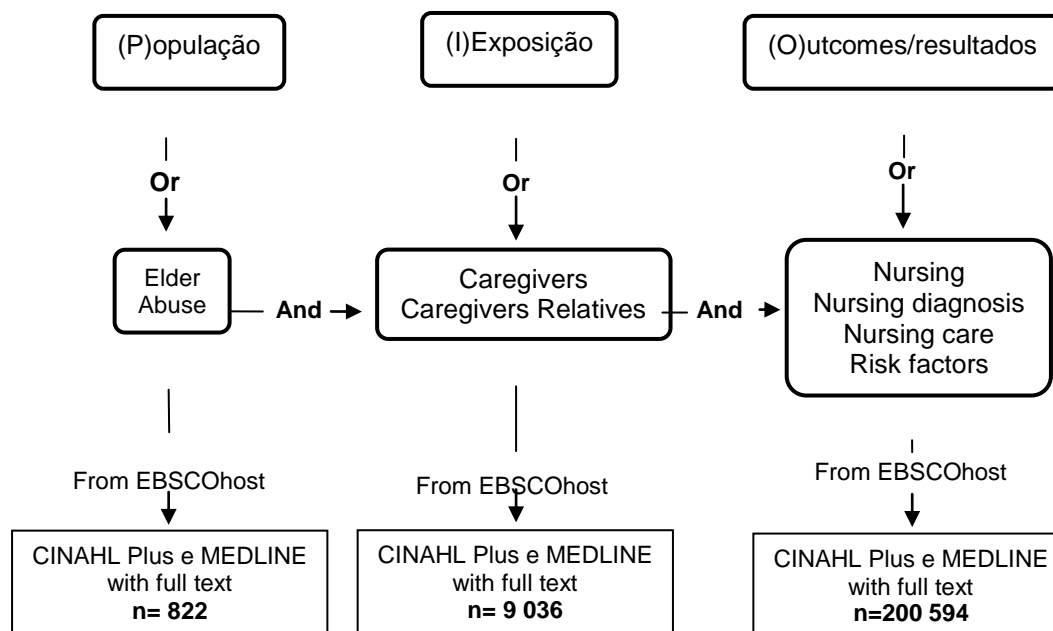
Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulou-se a **pergunta de investigação** em formato PICO (Sackett, *et al*, 1997 cit. por Craig e Smyth, 2004): Quais são os fatores de risco (outcomes) de abuso à pessoa idosa (população) em casa relacionados com o cuidador familiar (Exposição)?

Como **objetivos** definiu-se: Conhecer quais os fatores de risco e os sinais e sintomas de abuso à pessoa idosa cuidada pelo familiar em casa e; Refletir sobre os cuidados de enfermagem atuais e futuros à pessoa idosa vítima de abuso em casa.

Utilizou-se o motor de busca EBSCOhost para aceder às bases de conhecimento científico: CINAHL Plus with full text e MEDLINE with full text (última pesquisa 10 Fevereiro de 2012); e ainda o Centro de Documentação da ESEL; Internet.

Tendo como referência a pergunta de investigação em formato PICO na figura 1 apresentamos os descritores da pesquisa e a orientação utilizada.

Figura 1 – Descritores de Pesquisa



Os descritores foram procurados em *full text*, entre Janeiro de 2006 e Janeiro de 2012 (optámos por alargar o espaço temporal dada a escassez de artigos científicos, que respondam à questão de investigação e aos critérios de inclusão/exclusão), resultando um total de 29 artigos (não repetidos).

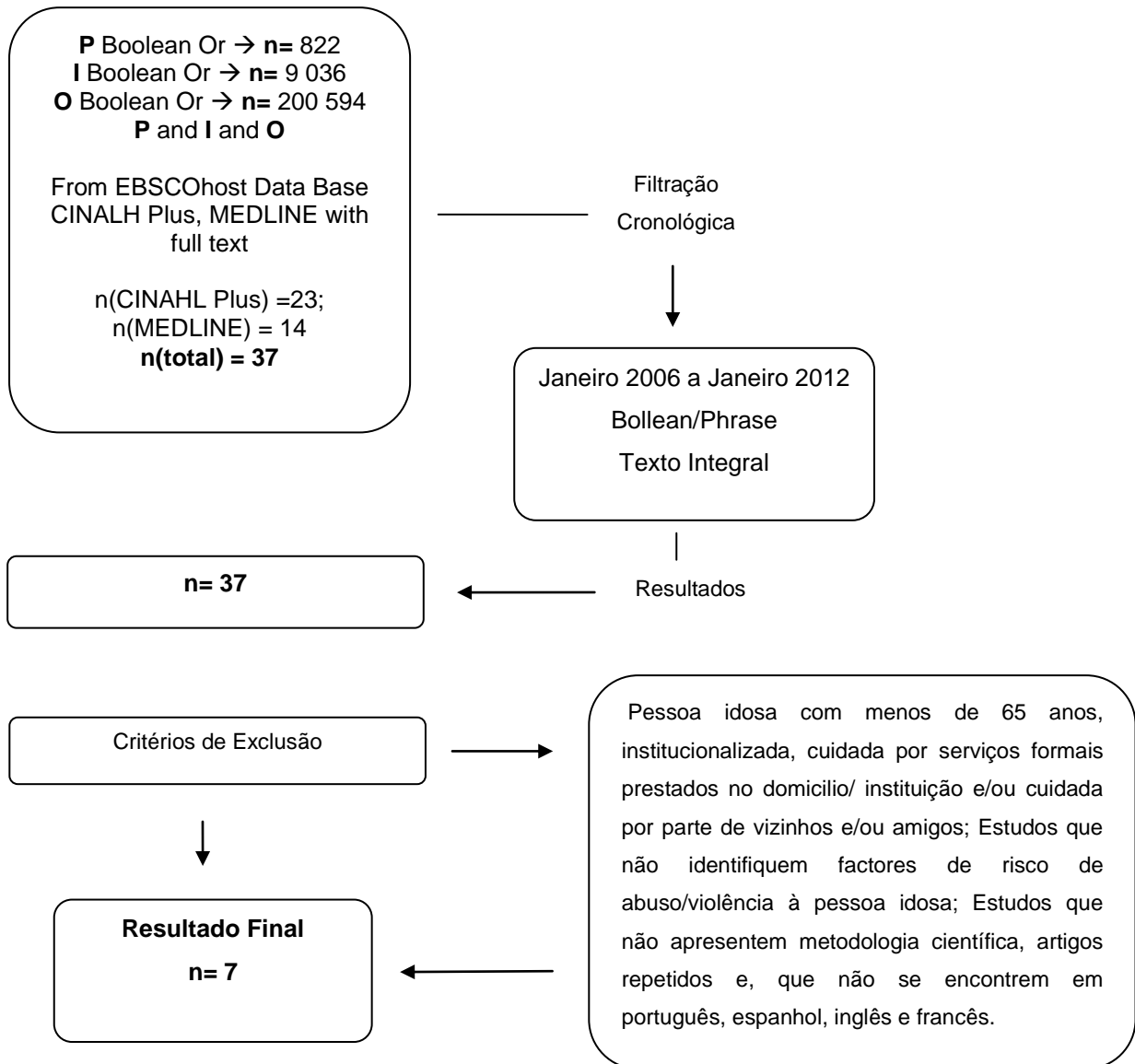
Na seleção da leitura dos textos teve-se em consideração os seguintes critérios de inclusão e de exclusão (Quadro 3):

Quadro 1 - Critérios para a inclusão/exclusão de estudos/artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Pessoas idosas (mais de 65 anos) residentes em casa, e cuidadas por um familiar.	Pessoa idosa institucionalizada, pessoa idosa no domicílio mas cuidada por serviços formais prestados no domicílio/instituição e/ou por vizinhos e/ou amigos.
Intervenções	Estudos que identifiquem fatores de risco de abuso à pessoa idosa, cuidada pelo cuidador familiar e residente em casa.	Estudos que não identifiquem fatores de risco de abuso à pessoa idosa em casa, cuidada pelo familiar.
Contexto	Pessoas idosas que residam em casa.	Pessoas idosas que não residam em casa.
Desenho	Estudos que apresentem metodologia científica e que se encontrem publicados em português, espanhol, inglês e francês.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica. Artigos repetidos e não disponíveis em <i>full text</i> e, que não se encontrem em português, espanhol, inglês e francês.
Espaço Temporal	Estudos publicados entre Janeiro de 2006 e Janeiro de 2012.	Estudos publicados fora do espaço temporal definido.

O protocolo de pesquisa utilizado encontra-se demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Protocolo de Pesquisa



Da pesquisa efetuada e tendo por base, os descritores de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão, **resultaram 7 artigos**, que foram analisados, classificados segundo os níveis de evidência e ordem cronológica, e apresentados no quadro 3. Para se avaliar os níveis de evidência utilizou-se os seis níveis baseados na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América (Galvão, Sawada e Mendes, 2003).

Quadro 2 – Apresentação dos Resultados RSL

Autor, Ano, Título do estudo, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de estudo. Nível de evidência	Resultados
<p>1 - Manthorpe, Jill, <i>et al</i> (2007).</p> <p>The UK national study of abuse and among older people.</p> <p><i>Nursing older people.</i></p> <p>19(8), pp.24-26.</p>	<p>Identificação da prevalência do abuso a pessoas idosas e de factores de risco para as situações de abuso, na população do Reino Unido.</p>	<p>N= 2111 pessoas idosas com 66 e mais anos, a viverem no domicílio.</p>	<p>Entrevistas no domicílio de cada um dos participantes.</p>	<p>Random Sample.</p> <p>Nível de evidência = 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2,6% referiram ter experienciado situações de abuso e negligência no ano anterior; • O tipo de maus-abuso predominante é a negligência (1,1%), seguido do abuso financeiro (0,7%), abuso psicológico (0,4%) e por fim abuso sexual (0,2%); • Os relatos de abuso sexual foram de perseguição; • As mulheres são as mais propensas a abuso e/ou negligência, aumentando este risco com a idade; • Mulheres com doenças crónicas incapacitantes e que usufruem de mais cuidados de saúde e sociais relatam mais as situações de abuso que foram alvo; • 3 em 4 idosos que foram questionados tinham procurado ajuda ou reportado os maus tratos; • Os enfermeiros são os elos de maior ligação para detectar, encaminhar e intervir perante situações de abuso; • Há necessidade de maior divulgação dos Serviços de Protecção à pessoa idosa abusada.
<p>2 - Garre_Olmo, <i>et al</i> (2009).</p> <p>Prevalence and Risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older.</p> <p><i>Journal American Geriatrics Society</i></p>	<p>Avaliar a prevalência e subtipos de abuso a idosos (que se encontram no seu domicilio e são cuidados pelos seus familiares) e identificar factores de risco relacionados.</p>	<p>N= 676 pessoas com 75 e mais anos</p>	<p>Aplicação de uma entrevista – avaliação dados sociodemográficos, avaliação do estado nutricional (MNA), avaliação função cognitiva (MMSE), avaliação de sintomas de depressão (GDS-5), nível de independência (WHODAS-II),</p>	<p>Cross-sectorial e Descritivo.</p> <p>Nível de Evidência = 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A prevalência do abuso por negligência foi de 16%, seguido da suspeita de abuso psicosocial (15,2%), abuso financeiro (4,7%) e de abuso físico (0,1%); • O abuso psicológico esta associado a sintomas de depressão, isolamento social e frequente incontinência urinária; • O abuso por negligência está associado ao isolamento social; • O abuso financeiro está associado ao estado civil (solteiro), mais de 85 nos e a alterações cognitivas; • O abuso físico não foi associado a nenhum fator de risco devido ao número limitado de casos identificados; • Este estudo permitiu identificar um perfil das

57, pp. 815-822.			avaliação dos vários tipos de abuso e negligência (AMA).		pessoas com mais de 75 anos que poderão estar em risco de sofrer abuso e negligência, permitindo aos profissionais de saúde atuarem perante estas evidências.
<p>3 - Cohen, Miri, <i>et al</i> (2007).</p> <p>Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse.</p> <p><i>Journal American Geriatrics Society</i></p> <p>55(8), pp. 1224-1230.</p>	<p>Avaliar e comparar 3 tipos de ferramentas de identificação de abuso: perguntas diretas que levem à divulgação de situações de abuso; identificação de sinais de abuso e; avaliação dos fatores de elevado risco de abuso.</p>	<p>N= 730 pessoas com mais de 70 anos residentes no domicílio e cuidadas pelo familiar cuidador, sendo abordadas durante uma situação de aguda de doença (hospitalizadas).</p> <p>N= 730 cuidadores familiares.</p>	<p>Aplicação (por enfermeiros e assistentes sociais) de uma escala de avaliação de indicadores de abuso - <i>Expanded indicator of abuse (E-IOA)</i>; aplicação de um questionário que procura sinais evidentes de abuso e situações de experiências directas de comportamentos abusivos; e avaliação física e global da pessoa idosa admitida.</p>	<p>Cross-Sectorial</p> <p>Nível de Evidência = 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 43 Participantes indicaram que foram alvo de comportamentos abusivos, sendo que desses, 32 identificaram o agressor; • Em 156 participantes foram identificados sinais evidentes de um ou mais tipos de abuso (físicos, psicológico, sexual, exploração financeira e negligência); • Os tipos de abuso mais prevalentes foram a negligência, seguido por abuso psicológico e exploração financeira; • O E-IOA inclui 11 indicadores de fatores risco em relação ao cuidador (problemas de comportamento, dificuldades emocionais, conflitos matrimoniais/familiares, relutância em dar assistência, expectativas irreais, incompreensão dos cuidados necessários, inexperiência em cuidar, relações interpessoais pobres, tendência a culpar os outros, a dependência financeira, e abuso de drogas ou álcool) e; 14 indicadores de fatores de risco relativos à pessoa idosa, que são idênticos ao do cuidador acrescentando-se o isolamento social, a falta de apoio, a dependência emocional, se os participantes haviam sofrido abusos anteriores ou foram eles próprios abusadores; o score médio de risco para os participantes foi de 1,47±0,46 e para os cuidadores foi 1,68±0,42. • A sobrecarga subjetiva do cuidador levou a uma maior divulgação de situações de abuso (por parte pessoa idosa), à maior prevalência de sinais evidentes de abuso, sendo ainda um forte fator de risco para situações de abuso; a identificação de sobrecarga objetiva do cuidador levou a uma maior prevalência na identificação de sinais de abuso, sendo também um fator de risco para situações de abuso; deficiência física leva à maior prevalência de sinais de

					<p>abuso na pessoa idosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O estudo demonstra não haver um único instrumento de avaliação e detecção de situações de abuso, sendo necessário conjugar vários instrumentos de avaliação de situações de risco e de fatores de risco; • A hospitalização é um contexto excelente para a detecção e avaliação de fatores de risco e situações de abuso.
<p>4 - Sasaki, M., <i>et al</i> (2007).</p> <p>Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan.</p> <p><i>International Journal of Geriatric Psychiatry.</i></p> <p>22, pp. 250-257.</p>	<p>Examinar os fatores de risco relacionados com o comportamento os potencialment e prejudiciais para com as pessoas idosas, por parte dos cuidadores familiares.</p>	<p>N= 412 pessoas idosas com deficiência</p> <p>N= 412 cuidadores familiares.</p>	<p>Aplicação de um questionário aos cuidadores familiares sobre os seus comportamentos potencialmente prejudiciais para com a pessoa idosa (Troublesome behavior scale), relação de parentesco cuidador -pessoa idosa, sobrecarga do cuidador (Zarit Burden Interview), distúrbios do comportamento da pessoa idosa cuidada, idade e sexo. Realização de visitas domiciliárias pelos enfermeiros de modo a obter informações sobre a pessoa idosa: gravidade da demência (Ministry</p>	<p>Cross-sectorial</p> <p>Nível de evidência = 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 30% dos cuidadores admitiram ter comportamentos prejudiciais para com os seus familiares mais velhos e com alguma incapacidade/depedência; • As situações de comportamentos prejudiciais para com a pessoas idosas mais frequentes são a agressão verbal (16,8%) e indiferença/ignorar(13,6%) (seguido respetivamente de beliscões, bater na cara e pontapés, deixar a pessoa sozinha, cuidados negligenciados, restrição ao quarto, privação de dinheiro e de cuidados de saúde, e por último e sem referência situações de restrição física); • Os filhos adultos e cuidadores de pessoas idosas com deficiência e/ou com transtornos de comportamento foram mais propensos a mostrar comportamentos prejudiciais com os seus familiares idosos; • Outras situações relacionadas com os comportamentos prejudiciais para com as pessoas idosas são as situações de deficiência auditiva da pessoa idosa e a sobrecarga do cuidador.

			of health welfare), capacidades cognitivas (Short memory questionnaire) gravidade da deficiência física (Ministry of health welfare), idade e sexo.		
<p>5 - Aygul Kissal, Ayse Beser, (2011).</p> <p>Elder abuse and neglect in a population offering care by Primary Health Care Centre in Izmir, Turkey.</p> <p><i>Social Work in Health Care.</i></p> <p>50, pp.158-175.</p>	<p>Investigar a prevalência e os factores relacionados com o abuso e negligência dos idosos com mais de 65 anos, a viver com as suas famílias, no domicílio, numa área de Izmir.</p>	<p>N= 331 pessoas com 65 e mais anos</p>	<p>Realizadas entrevistas presenciais com utilização de Standardized Mini Mental Examination (SMMSE) para identificar incapacidades cognitivas. Aplicação de um questionário semi-estruturado (avalia factores de risco de abuso). Aplicação da escala de Katz (índice de dependência).</p>	<p>Estudo descritivo.</p> <p>Nível de evidência = 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres idosas são mais vezes vítimas de abuso do que os homens. • Os idosos a viver com as esposas e os filhos sofrem mais abuso. • Os membros da família como esposa, filho e filha são identificados como perpetradores de negligência. • As relações familiares conflituosas e instáveis aumentam o abuso a idosos. • Baixos níveis educacionais dos idosos são fatores de risco do abuso. • Os resultados deste estudo são de grande importância para as enfermeiras e assistentes sociais, pois elas estabelecem contacto próximo com a comunidade e por isso podem ter um papel ativo na identificação e gestão de situações de abuso a idosos.
<p>6 - Minhong Lee, (2008).</p> <p>Caregiver stress and elder abuse among Korean family.</p> <p><i>Journal Family</i></p>	<p>Identificar os factores de risco e mediar os factores de abuso à pessoa idosa com incapacidade e cuidados</p>	<p>N=1000 cuidadores principais (familiares) do domicílio no Seul (Coreia).</p>	<p>Realizadas entrevistas, que avaliam os factores de risco do cuidador principal que o levam a praticar abuso/violência à pessoa idosa</p>	<p>Estudo descritivo.</p> <p>Nível de evidência =4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos com incapacidades cognitivas, são mais vezes abusados pelos seus cuidadores do que os idosos com incapacidades físicas. • Níveis mais elevados de abuso a idosos estão relacionados com elevados níveis de incapacidade cognitiva, esforço económico e sobrecarga para o cuidador. • A intervenção precoce de suporte, por parte dos serviços sociais formais funciona como redutor da

Violence. 23, pp.707-712.	pelos familiares.		incapacitada no domicílio.		severidade de abuso aos idosos no ambiente doméstico. Os cuidadores familiares coreanos tendem a procurar suporte social em situações extremas de stress no cuidado ao idoso.
7 - Cohen, M. (2008). Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. <i>Internal Medicine Journal.</i> 38, pp. 704–707.	Avaliação dos níveis de negligência em pessoas idosas; e identificação dos factores de risco por negligência.	N= 667 pessoas idosas (70 e mais anos) e cuidadores principais (familiares). As pessoas idosas encontravam-se no domicílio necessitando de apoio do cuidador principal para as suas actividades de vida diária e/ou actividades instrumentais de vida diária.	Aplicação de um questionário semi-estruturado de indicadores de abuso (E-IOA); Entrevista de avaliação psicológica; Avaliação física médica e de enfermagem (inventário dos sinais de negligência); Consulta dos registos de enfermagem e médicos; Consulta dos reinternamentos; Entrevistas aos cuidadores principais com a avaliação da sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador.	Análise descritiva e estatística dos resultados. Nível de evidência =4	<ul style="list-style-type: none"> • 14.1% das pessoas idosas abordadas eram negligenciados, apresentados 1 ou mais sinais evidentes de negligência; • Os idosos negligenciados e não negligenciados eram estaticamente similares em idade, género, estado civil, etnia, tipo de relação/parentesco com o cuidador, e estatuto do trabalhador do cuidador; • Os cuidadores das pessoas idosas negligenciadas manifestaram uma maior sobrecarga subjectiva; • Nas pessoas idosas negligenciadas foram identificados mais factores de risco de abuso/negligência, do que nas pessoas idosas não negligenciadas; • Os idosos negligenciados tinham menos capacidades económicas, menor instrução/conhecimentos/informações, maior fragilidade, níveis inferiores de albumina (subnutrição) e, mais problemas de incontinência.

**APÊNDICE II - DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE ABUSO À PESSOA
IDOSA E EXEMPLOS DE SINAIS E SINTOMAS.**

Quadro 3 - Definição dos Tipos de Abuso à Pessoa Idosa e Exemplos de Sinais e Sintomas.

Tipos de Abuso	Definição	Exemplos Sinais e Sintomas
Abuso Físico	Uso não acidental da força física (ater, empurrar, compelir, arranhar, restrição física) que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A submedicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria.	Agitação, agressividade, sintomas depressivos, úlceras de pressão, imobilidade, perda de massa muscular. Efeitos sobre ou sub medicação: sedação, confusão, quedas; contusões, equimoses, arranhões, entorses, escoriações, rasgos na pele, feridas na pele, pele marcada por objetos, queimaduras, marcas de imobilização, alopecia, fraturas, feridas cicatrizes inexplicáveis, lesões internas.
Abuso Sexual	Contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa.	Lesões, queimaduras/irritação cutânea nos órgãos genitais, medo/ansiedade/irritação à aproximação/ao toque e à realização dos cuidados de higiene; marcas de mordedura humana nos órgãos genitais.
Abuso Emocional ou Psicológico	Infligência de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais (gritar, chamar nomes, insultar); a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria (provocar medo, ansiedade, ameaçar o idoso com ferimentos físicos, fechar o idoso num quarto).	Idoso expressar sintomas de desamparo ou desesperança, labilidade emocional, depressão, perda de apetite, alterações do sono; isolamento (evitar contato da família e amigos); nutrir sentimentos ambivalentes em relação ao agressor; que está a ser perseguido.
Exploração material ou financeira	Uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.	Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento; assinatura forjada de cheques/documentos; levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento do idoso); operações legais de uma pessoa idosa com incapacidade

		cognitiva; alterações súbitas e inesperadas no testamento.
Abandono	A deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados.	Abandono no hospital; abandono em casa; isolamento físico do idoso
Negligência	Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.	Higiene pobre; vestir inadequadamente face às condições ambientais; exposição a situações perigosas por ausência de supervisão; falta de ortóteses (ex. óculos, bengala ou andarilhos entre outros); ausência de cuidados de saúde; desnutrição/desidratação; úlceras de pressão; contraturas; pele irritada por urina; Isolamento social.
Autonegligência	Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.	

(Fonte: NCEA, 2011b; e Anetzberguer, 2001 e Nagpaul, 2001 cit. por Ferreira-Alves, 2004)

APÊNDICE III - FATORES DE RISCO DE ABUSO À PESSOA IDOSA

Quadro 4 - Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa

Nível	Principais Fatores de Risco
Individual (Vítima)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: mulheres Idade: mais de 74 anos • Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva • Demência, incluindo doença de Alzheimer e outros tipos de demência • Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima
Individual (Agressor)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: homens em casos de abuso físico e as mulheres em casos de negligência • Distúrbios mentais: depressão • Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas • Hostilidade e agressão • Problemas financeiros • Stress: Sobrecarga do cuidador
Relação	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência financeira do agressor em relação á vítima • Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor • Transmissão intergeracional da violência • Relacionamento difícil de longa duração • Parentesco: filhos ou parceiros • Coabitação
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais • Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucional
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminação tendo como causa a idade:(ageísmo) Preconceito etário • Outras formas de discriminação: sexismo e racismo • Fatores sociais e económicos • Cultura violenta: banalização da violência

(Fonte: WHO, 2011)

**APÊNDICE IV - NÍVEIS DE PREVENÇÃO NAS SITUAÇÕES DE
ABUSO À PESSOA IDOSA**

Quadro 5 - Níveis de Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

Prevenção	Primordial	Primária	Secundária	Terciária
Objetivos	Diminuição da vulnerabilidade da população idosa, a nível macrossocial.	Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco.	Reduzir a prevalência através da identificação e intervenção precoce de casos ocultos, evitar reincidência e consequências mais graves.	Reduzir a evolução de situações de violência já identificados ou consequências (sequelas) mais graves.
Intervenções	<p><u>Informação</u> - desenvolvimento e modificação da imagem e estatuto da pessoa idosa na sociedade, através da valoração de uma imagem mais realista do envelhecimento e do papel cívico deste grupo populacional;</p> <p><u>Formação</u> - aumentar e difundir o conhecimento sobre esta etapa de desenvolvimento junto</p>	<p>Sociedade em geral - divulgação de informação sobre o abuso à pessoa idosa, desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo, desenvolver alternativas ao cuidador familiar;</p> <p>Aos Profissionais - Formação e educação dos profissionais;</p> <p>Aos Cuidadores Familiares - programas que visam reduzir o stress do cuidador, formação na gestão de comportamentos problemáticos e em estratégias</p>	<p>Formação dos profissionais no despiste e formas de atuação nestas situações;</p> <p>Estabelecer sistemas de referência; Equipas multidisciplinares;</p> <p>Estabelecer protocolos de despiste integrados nas rotinas profissionais nas diversas instituições e serviços;</p> <p>Estabelecer elementos de referência nas diversas instituições que possam ser elos de ligação com entidades competentes</p>	<p>Elaboração de protocolos de referência entre instituições e serviços com interlocutores de referência;</p> <p>Desenvolver/reestruturar serviços de apoio às vítimas (ex.º casas de abrigo); Protocolos de avaliação multiprofissionais; Planear intervenção de acordo com os recursos disponíveis para apoiar a pessoa idosa, a necessidade de assistência à vítima de abuso e a sua imediatas, prioridade que deve ser dada a esses apoios e recursos.</p>

	<p>dos profissionais que lidam com a população idosa, e fomentar a investigação científica nesta área;</p> <p><u>Desenvolvimento a nível estatal de estruturas sociais de apoio à pessoa idosa,</u></p> <p>potenciadoras de um envelhecimento ativo.</p>	<p>e técnicas de cuidados;</p> <p>Às Pessoas Idosas -</p> <p>Sensibilização da população para o abuso, linhas de apoio telefónico, divulgar junto das pessoas idosas materiais que esclareçam os apoios, recursos e serviços existentes ao dispor.</p>		
--	--	---	--	--

(Fonte: **Bernal e Gutiérrez, 2005**).

**APÊNDICE V - FASES DO PROCESSO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM PARCERIA**

Fases do Processo de Cuidados de Enfermagem em Parceria

A construção de um processo de cuidados de enfermagem em parceria, desenvolve-se em cinco fases:

1. Revelar-se – Esta fase caracteriza-se pelo conhecimento, por parte do enfermeiro, do potencial de desenvolvimento da pessoa, no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de vida e de saúde e a “realização de Si” (GOMES, 2009, p. 231), qualquer que seja a sua condição. A comunicação nesta etapa é fundamental, para o enfermeiro se dar a conhecer e conhecer a pessoa que tem perante si, seja a pessoa idosa, a família, ou ambos. Gomes salienta mesmo que a comunicação (2002) é um atributo essencial para o estabelecimento de uma relação de parceria: “o enfermeiro para comunicar com a pessoa idosa deverá aceitá-la como única, vendo-a como parceiro e agir de acordo com os seus valores, respeitando-a, tendo em conta o seu passado rico de experiências e hábitos que conferem segurança e prazer à sua vida, e isto passa necessariamente por uma comunicação entendida como uma construção social, onde cada um enuncia e responde aos atos dos outros dentro de um determinado contexto” (p. 93). Assim a comunicação durante o cuidar, é interpessoal, estabelecendo-se entre o idoso, a família e o enfermeiro; tendo um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores (Alves, 2003). Ao dar-se a conhecer à pessoa idosa e sua família, o enfermeiro vai ao encontro da “revelação de Si” (Phaneuf, 2005, p. 378), a partir da qual exprime experiências pessoais e sentimentos que possam ser semelhantes com os da pessoa cuidada que tem perante si. Segundo Phaneuf (2005) esta técnica de relação de ajuda pode: “Suscitar a confiança da pessoa ajudada, que vê na enfermeira uma pessoa susceptível de a compreender; Indicar à pessoa que ela é escutada, entendida; Levar um suporte à pessoa que enfrenta uma situação difícil; Expressar-lhe uma profunda compreensão empática; Motivar a pessoa a aceitar e prosseguir o tratamento, a responsabilizar-se; Diminuir a ansiedade e o medo da pessoa; Atenuar a distância profissional criada pelo papel da enfermeira; Criar uma convivência terapêutica entre a pessoa que ajuda e a ajudada” (p.378).

Uma comunicação para cuidar em situações de abuso à pessoa idosa e/ou em

situação de dependência significa ajudar, tornando mais fácil a estas e ao seu familiar cuidador falarem sobre os seus anseios, ânsias e experiências por mais difíceis que elas sejam de exprimir, e escutá-las, respeitando as suas atitudes e entendimentos perante a vida.

2. Envolver-se – Nesta fase é pretendido que o enfermeiro estimule a criação de um espaço de reciprocidade, promovendo o cuidado em ambiente seguro, “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, 2009, p. 232). É fundamental que neste momento o enfermeiro explicita os termos da relação, referindo o que se espera de cada um dos atores da mesma; mobilizando estratégias de transparência e verdade, partilha de informações com o doente e família e mostrando disponibilidade.

Nesta relação é esperado que o enfermeiro também se envolva, partilhando, não só conhecimentos, como sentimentos de forma controlada, permitindo assim que se estabeleça uma relação de proximidade e distanciamento que ajude o Outro. A preocupação manifestada e o envolvimento presente na relação com a pessoa idosa e com a família ajudam o enfermeiro a identificar as necessidades e potencialidades destes, ou seja: identificar falta de conhecimentos, o impacto funcional decorrente da doença. Permite, ainda, reconhecer as situações e procurar com as pessoas o que as motiva e dá sentido à sua vida, para que em conjunto se possa identificar possibilidades e recursos da pessoa idosa/família para o Cuidado de Si (Gomes, 2009).

Surge então a necessidade de se cuidar não só da pessoa idosa dependente, vítima ou pessoa em risco de abuso, mas também do seu familiar cuidador. Ajudando este último a reconhecer as suas necessidades, e a encontrar soluções que permitam evitar situações de abuso.

3. Capacitar ou possibilitar – Esta fase apresenta duas facetas: *Capacitar* que pressupõe uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. Deste modo “o enfermeiro desenvolve um processo informado, esclarecido,

reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder em que mobiliza a singularidade da pessoa para ajudar a transformar capacidades reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do Cuidado de Si” (Gomes, 2009, p. 234).

Durante a relação e respetiva interação, o enfermeiro mobiliza técnicas de escuta ativa e de entrevista, para que, em conjunto, possam identificar e validar necessidades e potencialidades da pessoa. Promovendo o conforto e a autonomia, o enfermeiro capacita o familiar cuidador a cuidar do doente, prevenindo situações de abuso. Facilita igualmente o acesso a apoios sociais (recursos da comunidade, acesso a outros profissionais e/ou familiares).

O enfermeiro determina, “mediante uma entrevista com o cuidador principal, o grau em que a situação atual de cuidado interfere na sua vida quotidiana, especificando as áreas afetadas (...), assim como detetar possíveis disfunções familiares e evitar conflitos e desacordos” (Grua, *et al*, 2008, p.55). Nesta entrevista, que pode ser conduzida com mais familiares do que somente o cuidador principal, podem ser analisados: “As necessidades e expectativas da família num momento do processo de adaptação à doença; Orientação sobre a organização das atividades do cuidado: divisão de tarefas, adaptação do lugar de residência e participação nas tarefas de cuidado e decisões terapêuticas; Proporcionar informação sobre os recursos sociais de ajuda e descanso; Facilitar a comunicação entre os diversos membros da família; Ajudar a planificar o futuro segundo a evolução da doença/incapacidade.” (Grua, *et al*, 2008, p.55, 56).

Quando se atinge o cuidado de Si, o enfermeiro dá reforço positivo (Gomes, 2009).

Ao *Possibilitar o Cuidado do Outro* o enfermeiro assume a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse a capacidade de autonomia, ou capacitando a família para cuidar da pessoa idosa. “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 trajetória de vida” (Gomes, 2009, p. 235).

Ao promovermos o cuidado de Si nos familiares cuidadores das pessoas idosas dependentes, podemos prevenir situações de abuso.

4. Comprometer-se – Esta fase caracteriza-se por um desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de atingir os objetivos delineados. Estas ações têm como objetivo a transição gradual de uma capacidade potencial para uma capacidade real, ou promover a saúde, fazendo com que a pessoa idosa possa prosseguir na sua trajetória de vida (Gomes, 2009). “A ajuda prestada pode ser do enfermeiro ou de outra pessoa da família com ajuda do enfermeiro” (Gomes, 2009, p. 236).

5. Assumir o controlo de Si ou assegurar o Cuidado do Outro – No *Assumir o controlo de Si* “o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar”; no *Assumir o controlo do Outro*: “a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente. O enfermeiro garante que o doente idoso possa continuar a sua trajetória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria e garante que a família adquire capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso” (Gomes, 2009, p. 231).

APÊNDICE VI - CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Eu, Ana Cristina Almeida Santos Costa, enfermeira generalista do serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Pólo Hospital Pulido Valente, EPE frequento o Mestrado em Enfermagem, com Especialização Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pretendendo desenvolver um trabalho de projeto que tem por tema: **Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa - Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador**. Que se desenvolve sob a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes e Enfermeiro Especialista António Galvão venho por este meio pedir autorização para **aplicação de uma entrevista**.

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, compreendendo a importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa.

Objetivos Específicos:

- Explorar a problemática do abuso ao idoso dependente e suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa;
- Identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa perspetiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente;
- Aquisição de competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa e numa perspetiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.

Agradecemos a Sua Colaboração

Termo de Consentimento Livre e Informado

Eu _____, perante as informações acima referidas, aceito participar, de livre e espontânea vontade, neste estudo.

**APÊNDICE VII - GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS DA
ECC**

Guião da Entrevista

Código da Entrevista _____

I - Caracterização da População

Sexo: _____

Idade: _____

Habilitações Literárias: _____

Outras Formações Académicas: _____

Tempo de Experiência como Enfermeiro: _____

Tempo de Experiência na ECCL: _____

Tem alguma formação específica nas situações de abuso e negligência à pessoa idosa

Sim ____ Não ____ (coloque uma cruz na resposta que se adequa à sua situação).

II - Guião da Entrevista

- Está sensibilizado para as situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- É frequente deparar-se com situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Como identifica sinais e/ou sintomas de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Como são avaliadas estas situações? Que estratégias/decisões são adotadas na abordagem da família e da pessoa idosa abusada?
- Contactam outros profissionais de saúde? Quais? Qual o seu envolvimento no restante processo?
- Sabe detetar fatores de risco de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Que estratégias, no seu entender e de acordo com a sua experiência e avaliação destas situações, seriam importantes adotar, junto do familiar e da pessoa idosa, no sentido de prevenir as situações de abuso e negligência à pessoa idosa dependente?
- Têm algum contacto específico que apoie nestas situações?
- Costuma reportar estas situações? A quem contacta? Posteriormente afasta-se do caso ou mantém ligação e/ou colaboração no caso? De que modo?
- Têm instrumentos para identificação de fatores de risco, identificação/avaliação situações de abuso, de orientação para a intervenção a realizar quando se detetam situações de abuso?

- Gostaria de ter mais conhecimentos na área da prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa?

**APÊNDICE VIII - GUIÃO DA ENTREVISTA À ASSISTENTE SOCIAL
DA ECC**

Guião da Entrevista

Código da Entrevista _____

I - Caracterização da População

Sexo: _____

Idade: _____

Habilitações Literárias: _____

Outras Formações Académicas: _____

Tempo de Experiência como Assistente Social: _____

Tempo de Experiência na ECCL: _____

Tem alguma formação específica nas situações de abuso e negligência à pessoa idosa

Sim ____ Não ____ (coloque uma cruz na resposta que se adequa à sua situação).

II - Guião da Entrevista

- Está sensibilizado para as situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- É frequente deparar-se com situações de abuso e negligência? Em que faixa etária são mais frequentes estas situações?
- Como são sinalizadas e por quem são sinalizadas as situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Consegue identificar sinais/sintomas e fatores de risco de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Como são avaliadas estas situações? Que estratégias/decisões são adotadas na abordagem da família e da pessoa idosa abusada?
- Contacta outros profissionais de saúde? Quais? Qual o seu envolvimento no restante processo?
- Que fatores (respeitantes à família, à pessoa idosa, ao contexto sociodemográfico), normalmente, estão associados às situações de abuso e negligência à pessoa idosa?
- Que estratégias, no seu entender e de acordo com a sua experiência e avaliação destas situações, seriam importantes adotar, junto do familiar e da pessoa idosa, no sentido de prevenir as situações de abuso e negligência à pessoa idosa dependente?

- Tem algum contacto específico que apoie nestas situações?
- Costuma reportar estas situações? A quem contacta? Posteriormente afasta-se do caso ou mantém ligação e/ou colaboração no caso? De que modo?
- Têm instrumentos para identificação de fatores de risco, identificação/avaliação situações de abuso, de orientação para a intervenção a realizar quando se detetam situações de abuso?
- Gostaria de ter mais conhecimentos na área da prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em casa?

APÊNDICE IX - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Caracterização do Local de Estágio

Existem vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) na área de Lisboa. O agrupamento onde se localiza o meu local de estágio tem uma área geográfica 25 Km² e prestava cuidados de saúde a clientes de 20 freguesias. Caracterizava-se por ter uma população heterogénea em termos etários e de condição sócio económica com um parque habitacional globalmente carenciado (29 áreas de realojamento) (Observatório Regional de Saúde, 2012). Era constituído por sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), por duas Unidades de Saúde Familiar (USF), por uma Unidade de Saúde Pública (USP) e por uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que abrange duas freguesias¹⁰.

Uma UCC tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Assim, uma UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Santo e Pardal, 2010). Neste sentido, a UCC onde estaguei integrava vários projetos nomeadamente de intervenção na comunidade, apoio à Saúde Escolar em parceria com a USP e de cuidados continuados. Os cuidados

¹⁰ De acordo com a **Portaria n.º 394-B/2012** que reorganiza os ACES integrados na **Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo** e revoga a Portaria n.º 276/2009, de 18 de março, o ACES de Lisboa serão reorganizados. Esta reorganização tem assim como objetivos: diminuição do número total de ACES (passando de 22 para quinze); criação de economias de escala e concentração de recursos das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Apoio à Gestão (UAG), com o consequente aumento do nível de profissionalização e diminuição de infraestruturas de administração e gestão; e reconfiguração dos ACES tendo por base as áreas de influência dos hospitais de referência, procurando melhorar a integração clínica entre os ACES e os hospitais de referência; e a melhoria da governação dos cuidados de saúde primários, conseguida através da redução do número de interlocutores, beneficiando a articulação e coordenação de gestão entre a ARS e os respetivos ACES.

continuados têm dois polos de atuação (de acordo com uma freguesia), sendo que cada um tem uma equipa de enfermagem que assegura os cuidados de enfermagem ao domicílio na respetiva freguesia.

A freguesia, onde realizei o estágio, tem uma área de 10, 662 Km². De acordo com o Censos 2011 tem uma população residente total de 51 036 habitantes, com uma população presente total de 49 643. Apresenta um total de 21 132 famílias clássicas, com 26 059 alojamentos e 3 435 edifícios (INE, 2011). A população com mais de 65 anos é de cerca de 12 115 habitantes (INE 2011).

A UCSP desta freguesia tem inscritos 18 898 clientes, dos quais 3 924 têm mais de 65 anos. Dos clientes inscritos, 130 (52 do sexo masculino e 78 do sexo feminino) usufruem de cuidados continuados ao domicílio, sendo que 121 têm mais de 65 anos (de acordo com o plano de trabalho da semana de 1 a 14 de fevereiro de 2013). Destes 121 clientes com mais de 65 anos, que usufruem dos cuidados continuados de enfermagem ao domicílio, 64 são cuidados por familiares (marido, mulher, nora, filha, irmã, genro), nomeadamente na realização das suas atividades de vida diária e atividades de vida instrumentais.

A equipa de cuidados continuados (ECC) que dá apoio a esta população, é constituída por enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social, tendo apoio dos respetivos médicos de família, de cada cliente. A assistente social trabalha nesta equipa desde 2002 (em conjunto com dois dos elementos mais velhos da equipa de enfermagem), não tendo formação específica na área do abuso à pessoa idosa.

A equipa de enfermagem é constituída por 4 enfermeiros, todos licenciados, com idades compreendidas entre os 33 e 45 anos. Destes enfermeiros, existem três com outras formações académicas: 1 com uma pós graduação em gestão da saúde; 1 com especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; e 1 mestre e especialista em enfermagem comunitária. O tempo de experiência na equipa de cuidados continuados varia entre os 4 meses e os 11 anos (dois enfermeiros encontram-se em fase de integração/adaptação). A cada enfermeiro é atribuída uma área geográfica de intervenção, tendo um plano de trabalho com os diversos clientes abrangidos. Na ausência desse enfermeiro há uma distribuição dos clientes pela restante equipa. Existe ainda uma reunião multidisciplinar semanal onde se faz um

balanço semanal do trabalho, e se discutem os casos mais complicados e se delineiam estratégias de atuação. Em determinadas situações, em que há necessidade de atuação dos parceiros da comunidade, agendam-se reuniões para a sua discussão.

A colheita de dados e os registos de enfermagem são realizados no aplicativo informático SAPE e a vacinação é registada no aplicativo informático SINUS.

Nos meses em que estagiei na UCC tive a oportunidade de estar presente durante a realização dos registos de enfermagem e preenchimento da folha de avaliação inicial dos clientes (colheita de dados inicial). Constatei que a folha de avaliação inicial não estava preenchida na maioria dos clientes (nos quais realizavam registos), e a dos novos clientes não era preenchida na sua totalidade (registavam o nome cliente e do familiar cuidador, contacto, e motivo que o levou a requerer cuidados da ECC). Algumas das razões que contribuíram para este facto foram: aumento do número de clientes e do número de horas de cuidados aos mesmos (aumento da dependência e da gravidade das situações de doença dos clientes); a equipa ter elementos em integração; a equipa não ter tido oportunidade de transcrever as avaliações iniciais dos processos anteriores (em registo de papel) para o aplicativo informático; e a equipa não ter tido formação no uso deste aplicativo, dificultando o seu uso. Não foi possível a utilização da grelha de observação na análise dos processos uma vez que não tinha código de utilização e porque para levar a cabo esta atividade tinha de estar na companhia de algum dos enfermeiros que estavam na prestação de cuidados, o que não foi facilitador para levar a cabo esta tarefa no tempo disponível. Neste sentido, optei por estar presente em alguns momentos em que os enfermeiros estavam a realizar os registos de enfermagem, sobretudo nos momentos referentes aos clientes que seguia, solicitando para ser eu a preencher os mesmos e desta forma poder explorar um pouco o processo e aplicativo. Relativamente aos outros processos fui questionando os enfermeiros sobre a avaliação inicial e os registos que eram realizados, observando em alguns momentos a sua realização.

**APÊNDICE X - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE DIAGNÓSTICO DA
SITUAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Análise das entrevistas

Para facilitar a compreensão e apresentação de toda a informação recolhida pelas entrevistas realizadas aos enfermeiros e assistente social optou-se pela análise de conteúdo (Quadro 5), pois é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” cujo objetivo “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 1977, p.38). O que nos possibilitou reunir, organizar e classificar os dados, mostrando e compreendendo a importância atribuída pelos sujeitos ao tema estudado, permitindo-nos “(...) efetuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. Trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso, através de um processo de localização-atribuição de traços de significação” (Vala, 1986, p.104). Tendo em conta os objetivos da análise de conteúdo torna-se importante haver uma passagem, explícita e controlada através da inferência, da descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento), para depois ser interpretada (significação atribuída a essas características) (Bardin, 2009).

Quadro 6 - Análise das Entrevistas de Diagnóstico

Categorias Encontradas	Subcategoriais	Exemplos de Unidades de Significação
Sensibilização para as situações de abuso à pessoa idosa.	Sim (4); Não (1).	"Sim" (E2); "Não" (E4)
Idades em que é mais frequente deparar-se com situações de abuso.	Mais de 65 anos.	"Eu trabalho essencialmente com a pessoa idosa por isso é nesta faixa etária que lido com estas situações" (E1);
É frequente deparar-se com situações de abuso na pessoa idosa.	Sim (3) Não (3)	"Ultimamente é mais frequente deparar-me com situações de abuso à pessoa idosa, antigamente era mais nas crianças que eram detetadas estas situações" (E5)
Situações de Abuso mais frequentes.	Negligência nos cuidados à pessoa idosa (5). Psicológico (4) Financeiros (3)	"Os casos mais frequentemente detetados pela ECC são os de negligência. Quando o próprio idoso se queixa está sobretudo relacionado com conflitos familiares como por exemplo os filhos compram a casa e os idosos ficam isolados num compartimento e na maioria dos casos sem cuidados ou então colocados de fora (...) exploração económica (...)" (E5).
Como identifica Sinais e sintomas de abuso e negligencia à pessoa idosa.	Sinais físicos, psicológicos, reação estranha do cuidador ou da pessoa idosa (2); Verbalização do doente/outros familiares/vizinhos (1); Realização de uma avaliação da situação no local caso o idoso seja	"Através da observação de sinais físicos, do medo da pessoa idosa à nossa abordagem ou em falar connosco,(...) às vezes o eles nos dizerem (apesar de por vezes poder ser falso" (E3)

	dependente ou na UCSP (1)	
Intervenções/decisões tomadas quando à suspeita destas situações.	Articular com a equipa multidisciplinar (5); Averiguar a veracidade da situação (1); Articular com assistente social e psicólogo (1); Articular com respostas sociais (1); Realizar uma avaliação da situação no local com assistente social e enfermeiro, e outro profissional parceiro nos cuidados à pessoa idosa (se houver necessidade) (1)	<i>"É fundamental avaliarmos se o que as pessoas nos contam é verdade, porque muitas vezes pode ser chamadas de atenção, demências" (E3)</i> <i>"Eu verifico situação em termos de processo antigo e posteriormente faço uma avaliação com o enfermeiro da ECC. Tento oferecer serviços sociais e da comunidade que possam de alguma forma minimizar a situação que se detetou. Pede-se ajuda a outras respostas da comunidade e por vezes em situações raras temos de pedir o apoio da policia (...)"</i>
Articulação com outros profissionais.	Equipa multidisciplinar (5); Assistente social (4); Policia (2).	<i>"Comunico sempre a situação à equipa multidisciplinar" (E1, E2, E3, E4, E5);</i> <i>"por vezes também contacto o polícia de referência, sobretudo em situações mais graves" (E5, E1)</i>
Sabe detetar fatores de risco.	Sim, alguns (4); tenho dificuldade (1).	<i>"Os fatores associados às situações de abuso e negligência são a coabitação, agregado familiar alargado, situações de dependência financeira dos familiares/idoso; vulnerabilidade social/económica das famílias; Famílias destruídas; baixa escolaridade e formação pessoal/familiar; Vícios (álcool e drogas); desemprego, patologia psiquiátrica; não querem cuidar. Nas situações de negligência não propositada na maioria dos casos está relacionado com a falta de conhecimentos/handicaps/informação e barreiras arquitetónicas, sendo fundamental o papel da ECCI e outros técnicos na capacitação dos familiares"</i>

		(E5)
Envolvimento do profissional no processo	Acompanhamento e colaboração dentro das minhas funções (5).	"Só acompanho dentro das minhas funções, na realização dos cuidados e na sinalização à assistente social" (E4)
Intervenções realizadas quando são detetadas situações de abuso.	<p>Expor caso na reunião multidisciplinar e delinear estratégias de intervenção (comunicar á equipa multidisciplinar) (5);</p> <p>Contactar assistente social para uma intervenção social e se necessário da policia (1);</p> <p>Primeiro dar apoio ao utente e família no garante e manutenção das necessidades humanas básicas, se não resultar pedir referenciação para o descanso do cuidador ou então lar (2);</p> <p>Não existem intervenções específicas, atua-se de acordo com a avaliação que cada um faz da situação, e acha que é importante resolver (1)</p>	<p>"São normalmente sempre contactados os outros profissionais como os médicos, enfermeiros, técnicos de cuidados" "equipa multidisciplinar" (E1, E2, E3, E4).</p> <p>"Nas situações de abuso à criança é diferente, porque a situação é sinalizada a equipas especializadas que ou preparam a os profissionais do terreno para fazer essa avaliação ou fazem elas mesmas essa avaliação com critérios muito específicos, com folhas de avaliação e de referenciação. Na pessoa idosa não há nada específico, vamos atuando de acordo com o que já fomos fazendo antes, e cada profissional faz a sua avaliação e tira as suas ilações, atuando de acordo com as mesmas" (E5); "Não estão delineadas estratégias nenhuma de atuação na prevenção primária, secundária e terciária nas situações de abuso e negligencia à pessoa idosa" (E5).</p>
Intervenções para prevenir situações de abuso e negligência.	Educação para a saúde para capacitar o cuidador (1); Sensibilizar o cuidador a cuidar de si e referenciá-lo para algumas das respostas sociais existentes (3);	"Não existe formação nesta área e não é propriamente fácil intervirmos nestas situações" (E4); "se houvesse mais educação para a saúde e sobre os cuidados a si e ao seu familiar dependente era mais fácil as pessoas ganharem estratégias de cuidados" (E3); "A única coisa que acho que irá de alguma forma ajudar-nos a prevenir estas situações é a existência de uma lei

	<p>Articulação com equipa multidisciplinar (2);</p> <p>Comunicação com as pessoas envolvidas (1);</p> <p>Utopia, mas podemos realizar algumas intervenções (2);</p> <p>Formação dos profissionais (3);</p> <p>Lei de proteção à pessoa idosa (2);</p> <p>Existência de instrumentos de avaliação/documentação/referenciação destas situações (1);</p> <p>Envolvimento da Saúde Pública (1);</p> <p>Acessibilidade e formação da população aos apoios que existem (1).</p>	<p><i>de proteção de idosos (...). Avaliação da situação familiar e do idoso de forma mais pormenorizada, haverem profissionais capacitados e com formação para estas situações, supervisionar cuidados, haver instituições de apoio ao cuidador e pessoa idosa, haver instrumentos de avaliação/documentação e referenciação destas situações. (...).É fundamental a Saúde pública conhecer a população que tem na sua área de atuação, de modo a desenvolver estratégias de promoção de saúde e prevenção do risco. A prevenção implica uma avaliação cuidadosa, acessibilidade população e acessibilidade da população aos apoios, percepção da população que se tem e dos seus problemas, intervenção comunitária" (E5);</i></p> <p><i>"(...) sendo fundamental capacitação ECC e dos familiares" (E5)</i></p>
<p>Intervenções realizadas com o familiar cuidador abusador.</p>	<p>Tentar perceber qual o envolvimento e dinâmica familiar na situação (1);</p> <p>Tentar que a família aceite a nossa intervenção (4)</p> <p>Abordar a família verbalmente e arranjar estratégias com a mesma (1);</p> <p>Educação para a saúde e disponibilizar recursos da comunidade (1);</p> <p>Supervisão da situação (5)</p>	<p><i>"Na abordagem da família e pessoa idosa abusada/negligenciada tentamos que a família aceite a nossa intervenção e que em conjunto sejam pensadas algumas situações de apoio domiciliário que no fundo ajudam a família, diminuem a sobrecarga e permitem que haja uma maior vigilância da situação" (E5).</i></p> <p><i>"Como enfermeiros podemos ir vigiando as situações durante a prestação de cuidados"(E1) "Podemos ir vigiando a situação, quando vamos a casa das pessoas, e gradualmente ir abordando a situação com o familiar"(E2)</i></p> <p><i>"Tentamos sempre que a família seja envolvida nos cuidados sendo também apoiadas (psicologia, economicamente, alimentação, cuidados) (...) E NUNCA</i></p>

	Contactar equipa multidisciplinar e delinear estratégias (1); Nunca entrar em acusações (2); Difícil lidar com familiares nestas situações (1)	<i>PODEMOS ENTRAR EM ACUSAÇÕES - perdemos qualquer possibilidade de ajudar aquele idoso e sua família, situação fica descontrolada e fora do nosso alcance, a não ser que haja uma intervenção policial" (E5). "Cada caso é um caso, mas é difícil por vezes abordarmos os familiares nestas situações" (E5)</i>
Contacto específico que apoie nestas situações.	Equipa multidisciplinar (3); Não existe (2)	<i>"Não existe nenhum contacto específico" (E2); "Contacto assistente social" (E1, E2, E4)</i>
Reporta situação.	Sim à equipa multidisciplinar (5) Não existe Guidelines de como reportar situação (2) Não existem instrumentos específicos de identificação/avaliação	<i>"Equipa multidisciplinar" (E1, E2, E3, E4, E5); "Não existem instrumentos nem orientações para reportar e intervir na situação, nem sabemos a quem fazê-lo, só se ligarmos à APAV" (E5, E4)</i>
Formação específica na área do abuso.	Não (5).	<i>"Não" (E1, E2, E3, E4, E5)</i>
Necessidade de formação nesta área	Sim (5).	<i>"No meu entender é fundamental termos mais informação sobre o que é o abuso e negligência e sobretudo ter uma linha orientadora de atuação, e gestão de casos e a quem pedir ajuda. è muito complicado gerirmos estas situações" (E5).</i>

Discussão dos Resultados

O abuso à pessoa idosa é um fenómeno social, histórico e complexo envolvendo eventos de natureza diversa, relacionados com as estruturas sociais, económicas, políticas, culturais e comportamentais, legitimando e fundamentando atos violentos contra as pessoas (Ferraz, 2009). Atualmente as situações de abuso à pessoa idosa são uma problemática cada vez mais difundida, **estando os profissionais de saúde, de diversas instituições, mais despertos para este fenómeno**, como se verificou nas entrevistas.

Para os profissionais de saúde este tema é atualmente de grande relevância, dado o aumento do envelhecimento, das situações de dependência das pessoas idosas, da maior necessidade de cuidados e das dificuldades da família em cuidar dos seus idosos, aumentando os fatores de stress no seio das mesmas podendo a médio, curto prazo levar a situações de abuso se não houver um apoio e suporte eficaz dos recursos sociais e de saúde da comunidade. A maioria dos entrevistados referiram ser **frequente depararem-se com situações de abuso à pessoa idosa, sobretudo de negligência e abuso psicológico e financeiro**. De acordo com a bibliografia consultada, nos serviços de saúde são identificados vários tipos de abuso à pessoa idosa (física, psicológica, financeira, negligência e sexual), sendo o abuso por negligência o mais evidenciado e detetado, sendo seguido pelo abuso psicológico e financeiro (Baker e HeitKemper, 2005; National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association, 1998). Outros estudos referem que o abuso físico é o mais frequente, sendo também o mais facilmente reconhecível, estando o abuso financeiro, a negligência e o abuso sexual sub-diagnosticados e sub-notificados (Bradley, 1996; Levine, 2003). Em Portugal, segundo um estudo realizado pela APAV (2011) o abuso/violência doméstica psicológica em 2010, à pessoa idosa é o mais frequente seguido do abuso físico e coação (nestes dados não são abordadas as situações de negligência). Constata-se ainda que em Portugal as situações de abuso à pessoa idosa têm vindo a aumentar (APAV, 2012).

Neste sentido, é primordial que os profissionais de saúde tenham os conhecimentos/instrumentos necessários que lhes permitam detetar, reconhecer e diagnosticar, situações de abuso, de forma a planearem uma ação personalizada e

encaminhamento adequado às necessidades encontradas naquela família. Promovendo, desta forma, a melhor qualidade de vida tanto da vítima como do abusador, sendo os cuidados de enfermagem em parceria com a família a intervenção que mais se adequa nestas situações. No entanto consta-se que **não existem orientações para a intervenção nestas situações, nem instrumentos de identificação/avaliação das situações de abuso à pessoa Idosa, referindo ainda que não sabem como reportar as situações.** De acordo com a bibliografia consultada torna-se primordial a utilização de vários instrumentos na detecção e avaliação das situações de abuso e fatores de risco associados, tal como uma abordagem multidisciplinar e em parceria, dada a complexidade do fenómeno (Baker e HeitKemper, 2005; Gomes, 2009; Phelan, 2009, WHO, 2008), sendo os profissionais da comunidade os que poderão mais facilmente aceder aos contextos de vida das pessoas idosa que sofram de abuso (Baker e HeitKemper, 2005; Muehlbauer e Crane, 2006; Phelan, 2009; OMS, 2008). Collière (2001) refere que "(...) cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psico-afectiva enfrentar a vida quotidiana, os cuidados são o motor do apoio no domicílio, sejam eles prestados pelas pessoas próximas ou pela equipa prestadora de cuidados" (p.332).

Nas entrevistas realizadas, verificou-se que os entrevistados **dão importância aos indicadores de abuso Identificam as situações através de sinais físicos e comportamentais (idoso e familiar cuidador)**, referindo ainda ser primordial haver uma correta avaliação da situação nomeadamente do familiar cuidador e familiar e do seu contexto, diagnóstico e intervenção na situação, através da notificação de casos suspeitos e correto encaminhamento. Existem vários sinais e sintomas de abuso à pessoa idosa, podendo estar relacionados com fatores individuais do agressor e da vítima de abuso (Bernal e Gutiérrez 2005; Gonçalves, 2006; Penhale, 2010; Souza, Freitas e Queiroz, 2007; WHO, 2011); sendo fundamental reconhecer situações de abuso, o que implica assim identificar fatores de risco, tipos de abuso existentes, sinais e sintomas de abuso e estar atento quando um idoso refere que sofre de abuso (Hess, 2011; WHO, 2011). No entanto, "o que se percebe na prática são profissionais da área de saúde com dificuldade em lidar com essas vítimas." (Ferraz, 2009, p. 757), o que implica reconhecer as situações de abuso à pessoa

idosa (Hess, 2011, White, 2000) Os entrevistados referem **falta de formação nesta área**, e embora estejam despertos para situação, têm dificuldade em encaminhá-la *"No meu entender é fundamental termos mais informação sobre o que é o abuso e negligência e sobretudo ter uma linha orientadora de atuação, e gestão de casos e a quem pedir ajuda. è muito complicado gerirmos estas situações"* (E5). Como enfermeiros e no âmbito dos cuidados de enfermagem na comunidade devemos ter um conhecimento global e uma visão do conjunto da situação da pessoa que cuidamos (Collière, 2001), permitindo-nos a deteção precoce de fatores de risco de abuso e atuando preventivamente. Nas situações de suspeita e/ou na presença de fatores de risco de abuso, o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida na avaliação da situação (contexto de saúde da pessoa e familiar cuidador; social, familiar e financeiro; observação/avaliação física e psicológica – detetando sinais e sintomas), de modo a reportar situação (se necessário), diagnosticar/identificar um problema em que lhe permita intervir junto da pessoa idosa vítima de abuso e do agressor (Baker e HeitKemper, 2005); construindo conjuntamente e em parceria (pessoa idosa e cuidador principal) um projeto de cuidados, promovendo a autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa (Collière, 1999, 2001). Os enfermeiros especialistas em cuidados de saúde à pessoa idosa têm um papel primordial na capacitação das equipas de enfermagem a lidarem com esta problemática no sentido da sua prevenção (primária, secundária e terciária). Nas entrevistas constata-se ainda que a ECC dá grande importância à **exposição dos casos a toda a equipa, e a necessidade imperiosa de contactar a assistente social**, para em conjunto arranjam algumas respostas sociais que possam atenuar as situações de abuso à pessoa idosa.

Relativamente às **intervenções realizadas junto à família que abusa do idoso dependente**, os entrevistados referem tentar perceber qual o envolvimento e dinâmica familiar na situação, que a família aceite a nossa intervenção, tentar realizar educação para a saúde e disponibilizar recursos da comunidade que permitam atenuar a situação e supervisionar, referindo ainda ser difícil abordar familiares nestas situações. Existe ainda uma grande invisibilidade deste fenómeno sendo fundamental a educação da sociedade em geral para a prevenção deste fenómeno (Perel-Levin, 2008), passando pelo desenvolvimento de estratégias de

intervenção a nível comunitário e institucional (políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo, fortaleçam os laços comunitários e combatam o isolamento social e geográfico), ao nível da formação e educação dos profissionais (aumentar a consciência profissional para o fenómeno, valorizar e favorecer a influência dos fatores protetores, promover as relações de cuidados de enfermagem em parceria), ao nível dos cuidadores familiares informais (com a criação de programas que visam reduzir o stress do cuidador e a gestão de comportamentos problemáticos e a aquisição de competências - capacitação do cuidador), e ao nível da pessoa idosa abusada (divulgação de recursos de apoio nestas situações, ações de educação/sensibilização sobre esta problemática, fomentar o associativismo e voluntariado junto desta população, serviços de tele-assistência/SOS pessoa idosa, promover o *empowerment* da pessoa idosa) (Bernal e Gutiérrez, 2005; Kosberg, 2002; Gomes, 2002).

APÊNDICE XI - APRESENTAÇÃO DO PROJETO À ECC

Plano da Apresentação do Projeto à ECC

Tema da Sessão - Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa -
Parceria nos cuidados de enfermagem com o familiar cuidador.

População Alvo - Equipa dos cuidados continuados.

Formador - Enfermeira Ana Costa.

Objetivos Geral

Apresentar o projeto de estágio delineado a ECC.

Objetivo Específico

Que no final da sessão a ECC tenha informações sobre o projeto que se vai desenvolver e sobre o meu papel no estágio como aluna do curso de especialidade


Duração - 20 minutos (aproximadamente)

Data - 15 Novembro 2013.

Hora - 14h30.

Local - Unidade de cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais.

POWER POINT

 3º CME - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa

Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador

Trabalho de Projeto
Professora Doutora Idalina Gomes
Enfermeiro Especialista António Galvão

Ana Costa, N.º 4096

Lisboa, Novembro de 2012

Índice de Apresentação

- Problemática
- Trabalho de Projeto
 - Objetivos
 - Atividades Propostas
- Bibliografia

Problemática⁽¹⁾

- Aumento do **Envelhecimento** (INE, 2011);
- Aumento da **Vulnerabilidade** (Aday, 1993; Rogers, 1997) e **Fragilidade** (Bandeira, 2010) na **Pessoa Idosa**;
- Aumento das situações de doença crónica (INE 2006/2006) com conseqüente incapacidade e **Dependência** (física, social, psicológica, cultural, comportamental) (INE 2011; Baltes e Silverberg, 1995);
- Aumento das necessidades de apoio familiar, social e de saúde (Gil, 2010);

Problemática⁽²⁾

A família (familiar cuidador)



primeiro recurso nos cuidados à pessoa idosa dependente (Sousa, 2006, p.85)

Independentemente dos seus recursos, das exigências do cuidar de uma pessoa idosa dependente, e das transformações que têm ocorrido na sociedade atual (De La Cuesta, 2004; Quaresma, 1996; Sequeira, 2010).

Problemática⁽³⁾

As **dificuldades e necessidades do familiar cuidador vão aumentando** com o prolongar da situação de cuidar do seu familiar, se não existir uma boa rede e apoio social (Dinis, 2007; Fernandes, 1999; Figueiredo, 2007; Lage, 2005; Sequeira 2010).



Podem surgir **situações de abuso e negligência à Pessoa Idosa** (Dias, 2005; Gonçalves, 2006).

Existindo vários **fatores de risco (individuais, relacionais, da comunidade e sociais)** que promovem estas situações.

Problemática⁽⁴⁾

- Em Portugal, entre 2000 e 2010, verificou-se um aumento de 110% de queixas de pessoas idosas vítimas de crime, passando de 290 para 610, respetivamente (APAV, 2011).
- As situações de abuso, poderão ser **atos isolados ou repetidos** dentro de um **relacionamento de confiança** (cônjuge, irmão, filho, amigo, ou cuidador) e **na casa da pessoa idosa e/ou do cuidador** (National Center on Elder Abuse, 2011a);

Problemática⁽⁵⁾

• O abuso à pessoa idosa passa a ser considerado um **problema de saúde pública** dado o **impacto negativo** que pode ter na qualidade de vida da pessoa idosa, originando **problemas de saúde e transtornos psicológicos**, com **custos** inevitáveis em termos de saúde como no número de **mortes prematuras** (WHO, 2011).



Crime Público (Previsto no Código Penal)

Problemática⁽⁶⁾

• Como enfermeiros, no âmbito dos cuidados de enfermagem na comunidade devemos ter um **conhecimento global e uma visão do conjunto da situação da pessoa** que cuidamos, permitindo-nos a **deteção precoce de fatores de risco** de abuso e negligência, **atuando preventivamente** (Collière, 2001; Dec-Lei104/98).



Abordagem Global Antropológica (Collière, 1999)

Parceria nos Cuidados de Enfermagem (Collière, 1999; Gomes, 2009).

Níveis de Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa (Bernal e Gutiérrez, 2005)			
Prevenção Primordial	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Objetivo: Diminuição da vulnerabilidade da população idosa, a nível macrosocial.	Objetivo: Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco.	Objetivo: Reduzir a prevalência através da identificação e intervenção precoce de casos ocultos, evitar reincidência e consequências mais graves.	Objetivo: Reduzir a evolução de situações de violência já identificadas ou consequências (sequelas) mais graves.
Intervenções: Informação (pop.); Formação (profis); Desenvolvimento a nível estatal de estruturas sociais de apoio à pessoa idosa.	Intervenções: Sociedade em geral; Aos Profissionais; Aos Cuidadores familiares; Às Pessoas Idosas.	Intervenções: Formação dos profissionais despiste e formas de atuação; Sistemas de referência; Equipas multidisciplinares; Protocolos de despiste; Elementos de referência.	Intervenções: Protocolos de referência entre instituições e serviços; Desenvolver/reestruturar serviços de apoio às vitimas; Protocolos de avaliação multiprofissionais; Planear intervenção (recursos, necessidades, prioridade).

Problemática⁽⁸⁾

Constata-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, referem falta de um maior e melhor treino para saber lidar com o abuso a idosos, havendo uma necessidade imperiosa de investir nesta capacitação dos profissionais de saúde (Perel-Levin, 2008; Ferraz, 2009; WHO, 2011).

O enfermeiro como integrante da equipa de saúde deve estar **capacitado** para perceber, enfrentar o problema e cuidar com **responsabilidade**" (Ferraz, 2009, p. 757).

Trabalho de Projeto

Trabalho de Projeto (5 Fases)

- **Identificação da Problemática** e Diagnóstico da Situação
- **Objetivos** e Indicadores de Avaliação
- Planificação de Estratégias e **Programação de Atividades**
- Local de estágio
- Cronograma de Atividades
- Avaliação
- Divulgação dos Resultados

Objetivos Geral

Desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, compreendendo a importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa.

Objetivos Específicos

- Explorar a problemática do abuso ao idoso dependente e suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa.
- Identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa perspectiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente.
- **Aquisição de competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa e numa perspectiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa.**
- **Desenvolver competências na equipa de enfermagem na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.**

Atividades

Algumas Atividades a Propor⁽¹⁾

- Realização de uma **Formação** sobre o abuso e negligência à pessoa idosa, a toda a equipa da UCC e UCSP;
- Realização de uma **Lista** que contenha os Fatores de Risco de Abuso e Negligência à pessoa idosa (e sinais e sintomas evidentes), permitindo fazer uma avaliação das situações de risco;
- Discussão desta Lista em Reuniões multidisciplinares e Sugerir a **implementação de algumas escalas** que permitam validar alguns dos fatores de risco encontrados, e que sejam pertinentes para a ECCI (*Mini-Mental state examination*; Índice de *Katz*; Índice de *Lawton*; Escala de Depressão Geriátrica; Escala de *Gijon*; Escala de *Zarit*; Índice de avaliação das dificuldades do cuidador);
- **Preenchimento desta Lista** na avaliação das pessoas idosas e seus familiares alvo de cuidados;

Algumas Atividades a Propor⁽²⁾

- Realizar uma **folha de referenciação** destas situações onde é descrita situação e os fatores de risco encontrados (avaliação enfermagem, médica e social, ou outro elemento da ECCI);
- Delinear em equipa multidisciplinar estratégias de prevenção das situações de abuso - **Sistematizar**;
- Capacitar a ECCI em reportar, identificar, intervir e avaliar as situações de abuso – **Esquema/Diagrama de Atuação e Contatos a realizar**;
- **Sensibilização da Comunidade e População** sobre as situações de abuso;

Referências Bibliográficas

- Aday, L.A. (1993). *At Risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Associação de Apoio à Vítima (2011). *Estatísticas APAV 2000-2010 Pessoas idosas vítimas de crime*. Lisboa: APAV.
- Baltes, M. e Silverberg, S. (1995). *A Dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida*. In Neri, L. (org) - *Psicologia do Envelhecimento: Tópicos seleccionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papirus.
- Bandeira, I. (2010). *Fragilidade em Idosos: Revisão Integrativa*. Trabalho de conclusão de curso de apresentado à disciplina TCC2 de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção de Título de Bacharel em Enfermagem. Orientadora Enfermeira Professora Doutora Maria da Graça Oliveira Crossetti. Porto Alegre.
- Bernal, A. & Gutiérrez, B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familiares y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imserso.miv.es/csic/es/documentos/documentos/imserso-maloshatos-01.pdf>
- Carp, F. (1999). *Elder Abuse in the Family: An Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Collier, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Collier, M.F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Referências Bibliográficas

- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Aging*, 2008, 37:151-160.
- DeLa Cuesta, C. (2004). Construir um mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 18(203), pp.21-24.
- Decreto Lei n.º 104/1998 de 21 de Abril. DR, I Série A, (21.04.98), 17.39-17.57.
- Dias, Isabel (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*, (15), pp. 249-273.
- Dinis, R. (2007) – A Família do Idoso: o parceiro esquecido? In: GOMES, I.D., et al – *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Fomasa.
- Fernandes, Ana Alexandre (1999) - Envelhecimento demográfico e transformações da modernidade, in "Cidade Solidária" - *Revista da Santa Casa da Misericórdia*, (3) , AnoII.
- Ferraz, et al (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), pp. 755-759.
- Ferreira-Alves, José (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In Abramhosa, R. e Machado, C. (Eds). *Psicologia Forense: Contra Quarto editores*. Pp. 143. Acedido a Janeiro 2012. Disponível em: <http://eprintsforum.edm.uninho.pt/handle/1522/1221>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Cadenos Climepsi da Saúde.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Cadenos Climepsi da Saúde.
- Gil, Ana Paula (2010). *Heróis do Quotidiano – Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gomes, Idalina Delfina (2009) – Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Doutoramento.

Referências Bibliográficas

- Gonçalves, C. (2006). Idosos Abuso e Violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 739-745.
- Hess, S. (2011). The role of health care providers in recognizing and reporting elder abuse. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(11), pp. 28-34.
- INE (2005/2006) – População residente que tem ou já teve doença crónica, por tipo de doença crónica, sexo, e grupo etário. NUTS I, 2005/2006. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 1 de Abril de 2011. Disponível em: www.ine.pt
- INE (2011) *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. INE. Acedido a 20 de Março 2012. Disponível em: http://censos.ine.pt/portal/xman?pid=CENSOS&ppid=censos2011_apresentacao
- Lage, I. (2005) – Cuidados familiares a Idosos, in Paul, C. e Fonseca, A. (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 2003-229) Lisboa: Climepsi.
- National Center on elder abuse (2011a) Elder Abuse/Mistreatment Defined. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: <http://www.ncea.sagepub.com/ncce/faq.htm>. Site/index.aspx
- National Center on elder abuse (2011b) Major Types of Elder Abuse. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: <http://www.ncea.sagepub.com/ncce/faq.htm>. Site/faq/faq_of_elder_abuse.aspx
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Perel-Levin, S (2008) – *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Geneva: World Health Organization. Obtido a Novembro 2011. http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abusevrbh.pdf
- Quaresma, M. (1996). Cuidados familiares às pessoas muito idosas. Lisboa: Direção Geral da Ação Social/Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação
- Rogers, Ada (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel
- Sousa, Liliana (col.) (2006). *O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais*. In *Envelhecer em família – cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar, 83-119.
- Tortosa, M. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Psicología Práctide
- WHO (2011) - *European Report on Preventing elder maltreatment*. Geneva: World Health Organization. Obtido em Fevereiro 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/14467/6e95110.pdf

**APÊNDICE XII - GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE
ENFERMAGEM E DA FOLHA DE AVALIAÇÃO INICIAL.**

Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem e da Folha de Colheita de Dados (de acordo com a avaliação inicial do aplicativo informático SAPE).

Aspetos que os Enfermeiros Procuram Conhecer acerca da Pessoa idosa Dependente e sua Família para Prevenir Situações de Abuso

1ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome preferido			
Idade			
Estado Civil			
Habilitações literárias			
Profissão			
Crenças religiosas			
INDICADOR: CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SÓCIO- FAMILIAR)	Registado	Não registado	Não aplicável
Com quem habita			
Condições habitacionais			
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)			
Ocupação dos tempos/Projeto de vida			
Situação económica (referência a dificuldades)			
INDICADOR: CONTEXTO DA DOENÇA	Registado	Não registado	Não aplicável

Diagnósticos			
Depressão/Solidão			
Antecedentes Pessoais/Cirúrgicos			
Medicação habitual do domicílio			
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)			
Impacto da doença na sua vida			
INDICADOR: PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO	Registado	Não registado	Não aplicável
Dependência física (Índice de Katz)			
Dependência social			
Dependência mental			
Dependência AVDI			
Dependência emocional/psicológica			
INDICADOR: REDE DE APOIO (REFERENTE AO FORNECIMENTO DE ALIMENTOS)	Registado	Não registado	Não aplicável
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)			
Frequenta Centro de dia			
Cuidador Principal e parentesco			
Rede de apoio social			
Necessidades do cuidador			
Necessidades do doente			
Sobrecarga do cuidador			
Problemas económicos			
Avaliação da relações familiares			

	INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
MOTORES					
PSICOLÓGICOS					
PELE					
NUTRICIONAIS/HIDRATAÇÃO					
ELIMINAÇÃO					
COMUNICAÇÃO					
DIVERTIMENTO					
INDICADORES DE ABUSO					
SINAIS E SINTOMAS DE ABUSO					
	INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO FAMILIAR CUIDADOR	REGISTADO	NÃO REGISTADO	INCOMPLETO	NÃO APLICÁVEL
SAÚDE					
DIVERTIR-SE					
ALIMENTAR-SE					
STRESS					
Necessidades de ensino					
Medos					
Fatores de risco de abuso					
Indicadores de abuso					
Escalas de Avaliação do Abuso					

2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ENVOLVER-SE

INDICADOR: CONHECE A PESSOA IDOSA/FAMÍLIA FACE ÀS SUAS NECESSIDADES E DIFICULDADES	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Entrevista de sobrecarga de Zarit				
Índice de avaliação das dificuldades do cuidador				
Índice de satisfação do cuidador				
Escala de satisfação com o suporte social				
Índice de avaliação das estratégias de coping do cuidador				

3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – POSSIBILITAR/CAPACITAR

INDICADOR: PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Enf.º inclui informação durante a prestação de cuidados (aplicação do MNA)				
Enf.º partilha informação com a pessoa idosa/família acerca das suas necessidades				
Enfermeiro partilha informação, realiza educação terapêutica sobre estratégias de coping e de redes de apoio social que podem aceder				
Enf.º promove o autocuidado (cuidado de Si)				

4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – COMPROMETER-SE

INDICADOR: <u>DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Enf.º desenvolve estratégias/estabelece compromissos com a pessoa idosa e família relativas às principais necessidades decorrentes do processo de cuidar				
O enfermeiro valida se as estratégias/objetivos relativas às necessidades encontradas				
Enf.º ajuda a família ou cuidador a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa.				

5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

INDICADOR: <u>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI:</u>	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
O Enf.º garante que a pessoa idosa e família são detentoras de informação que lhes permita tomar decisões relativas aos cuidados a realizar				
O Enf.º garante que a pessoa idosa é detentora de informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e de saúde.				
A pessoa idosa/cuidador demonstra conforto e bem-estar.				
O Enf.º assegura-se que a família tem conhecimentos acerca das alternativas que lhe permita cuidar da pessoa idosa evitando situações de stress e sobrecarga.				
O Enf.º valida com a pessoa idosa e família o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessite				

**APÊNDICE XIII - ASPETOS FUNDAMENTAIS PARA A AVALIAÇÃO
DOS FATORES DE RISCO DE ABUSO À PESSOA IDOSA**

Aspetos Fundamentais para a Avaliação dos Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa¹¹

Implica sempre uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e da sua família, sendo fundamental avaliar:

- Idade;
- Sexo;
- Estado de dependência física (avaliação da capacidade funcional em termos de AVD e AVDI;
(Índice de Katz/Barthel e de Lawton)
- Avaliação das suas capacidades cognitivas
(MMSA);
- Diagnósticos de demência (avaliação do comportamento do idoso, nomeadamente a agressividade com a família, e da alteração da dinâmica na família);
- Dinâmica familiar e a sua alteração devido aos cuidados ao idoso;
- Relações familiares e com a pessoa idosa cuidada (presença de conflitos e situações de agressão antigas);
(Ecomapa e genograma)
- Parentesco: filhos ou parceiros
- Avaliação do cuidador em termos: da sua saúde, das alterações que a situação provocou na sua vida, da sua satisfação com o ato de cuidar, da sobrecarga do cuidar, das suas dificuldades e necessidades, da relação que tem com a pessoa idosa de quem cuida, da presença de distúrbios mentais (depressão, comportamentos desafiadores), da sua situação financeira (existência de problemas financeiros com dependência do idoso, ou o contrário), do abuso de substâncias (álcool, drogas), situação profissional e social (rede social, apoio social)
(escalas de avaliação da sobrecarga do cuidador, das dificuldades dos cuidador, e da depressão geriátrica, Índice de satisfação do cuidador; Índice de Satisfação com o Suporte Social);

¹¹ De acordo com a revisão bibliográfica realizada.

- coabitação;
- Situação de isolamento social, poucos contactos sociais;

Falta de suporte/apoio social (aplicação da **escala de Gijon - risco social**);

Nota: As escalas realçadas a cinzento, são escalas que poderão ser introduzidas no instrumento de colheita de dados, pois poderão trazer contributos para o conhecimento mais aprofundado do cliente e seu familiar, permitindo o delineamento de estratégias de prevenção nos seus vários níveis.

**APÊNDICE XIV - SOLICITAÇÃO DE UMA ENTREVISTA COM O
RESPONSÁVEL PELAS SITUAÇÕES DE ABUSO À PESSOA IDOSA
NA APAV**

Solicitação de uma Entrevista com o Responsável pelas Situações de Abuso à Pessoa Idosa na APAV

Eu, Ana Cristina Almeida Santos Costa, enfermeira generalista do serviço de Medicina 3B do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Pólo Hospital Pulido Valente, EPE frequento o Mestrado em Enfermagem, com Especialização Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e encontro-me a desenvolver um trabalho de projeto que tem por tema: **Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa - Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador**. Que se desenvolve sob a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes e Enfermeiro Especialista António Galvão.

Para este projeto foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa, compreendendo a importância dos cuidados de enfermagem em parceria com o familiar cuidador na prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa.
- **Objetivos Específicos:** Explorar a problemática do abuso ao idoso dependente e suas repercussões nas várias vertentes da vida da pessoa; Identificar o papel do enfermeiro especialista na capacitação da família cuidadora numa perspetiva de parceria e de prevenção do abuso à pessoa idosa dependente; Aquisição de competências de enfermeiro especialista à pessoa idosa e numa perspetiva de parceria e de prevenção de situações de abuso ao idoso dependente em casa; Desenvolver competências na equipa de enfermagem na prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.

De acordo com estes objetivos, é fundamental ao desenvolvimento do projeto a aquisição de informações aprofundadas sobre a temática do abuso à pessoa idosa e nomeadamente, e no âmbito dos cuidados de saúde primários, a elaboração de um fluxograma de intervenção (instrumento com as orientações de intervenção) nas situações em que existe abuso à pessoa idosa.

Neste sentido venho solicitar uma entrevista, ou uma formação particular com o

responsável por esta temática, uma vez que seria extremamente importante para a capacitação dos profissionais de saúde no local onde me encontro a realizar estágio. Acrescento ainda que no local onde me encontro a realizar estágio tenho-me deparado com vários fatores de risco e alguns indícios (ligeiros) de abuso não visualizados, reportados, ou expressos pela vítima. Outra situação que me assusta e que tem surgido frequentemente, é que as testemunhas (vizinhos, instituições) não querem participar as situações, com receio de serem identificados, e que os profissionais de saúde, muitas vezes, só se apercebem das situações quando os casos já são bastante graves, não sabendo posteriormente que intervenções realizar.

Agradeço desde já a sua disponibilidade

Aguardando uma resposta breve.

Ana Costa.

APÊNDICE XV - GUIÃO DA ENTREVISTA À APAV

Guião Orientador para a Entrevista ao Responsável da formação do Abuso à Pessoa Idosa, na APAV

1. Como se pode caracterizar a violência em Portugal face à realidade que vivencia na APAV?
2. Qual o Enquadramento Jurídico-Legal do abuso à Pessoa Idosa?
3. Qual considera ser a intervenção mais adequada dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, perante uma suspeita de maus tratos ao idoso?
4. Quais os recursos e como ter acesso a eles, de que os enfermeiros podem dispor para ajudar a pessoa idosa nesta situação de vulnerabilidade?
5. Quais pensa ser as causas da violência à pessoa idosa?
6. Que procedimentos considera fundamentais para a prevenção do Abuso à Pessoa Idosa?
7. Tendo em conta a sua experiência profissional e desenvolvimento nesta área de intervenção, que procedimentos deverão ser realizados junto das equipas de enfermagem para as capacitar para a prevenção e intervenção nas situações de abuso à pessoa idosa?

**APÊNDICE XVI - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E
ANÁLISE DA SITUAÇÃO (DE ACORDO COM O PRECONIZADO
PELAS AUTORAS COLLIÈRE, 1999; GOMES, 2009)**

1 - Dados de Identificação - Dados Sócio demográficos (Fase revelar-se do modelo de Parceria nos Cuidados de Enfermagem).

Nome:

Nome Preferido:

Sexo:

Idade: Data de Nascimento:

Estado Civil:

Naturalidade (concelho):

Local de Residência (concelho):

Nível de Escolaridade:

Profissão:

Crenças religiosas:

Fontes de lazer:

Com quem vive:

Familiares mais diretos e que estão mais presentes:

Cuidador Principal/pessoa de Referência:

Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?

Ecomapa



Genograma



Quando necessita de ajuda a quem recorre normalmente?

Condições habitacionais (Localização, tipo de habitação, acessibilidade, regime de habitação, número de divisões, limpeza da casa, água canalizada e quente, luz, gaz, aquecimento, telefone, saneamento).

Situação económica (origem dos rendimentos, perceção de dificuldades, perceção de dependência económica)

2 - Situação de saúde/doença

Situação de doença atual:

Antecedentes pessoais (médicos e cirúrgicos):

Medicação Habitual:

Alergias (medicamentosas, alimentares)

Avaliação dos Hábitos e Estilos de Vida (avaliação hábitos e identificação de problemas)

- Hábitos nutricionais (tipo de dieta, nº de refeições, alterações de peso, alterações da deglutição, uso de próteses)
- Hidratação
- Hábitos tabágicos
- Hábitos alcoólicos
- Uso de estupefacientes
- Eliminação vesical
- Eliminação intestinal
- Mobilidade (tipo de marcha, dificuldades, risco de queda)
- Sono/repouso

Impacto da doença na sua vida:

3 - Avaliação da Funcionalidade

Avaliação Breve do Estado Mental (MMSA)

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Idade: _____ Anos DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

4. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” _____

Nota:

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____

- Dobra o papel ao meio _____

- Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

Nota:

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase “**FECHE OS OLHOS**”).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

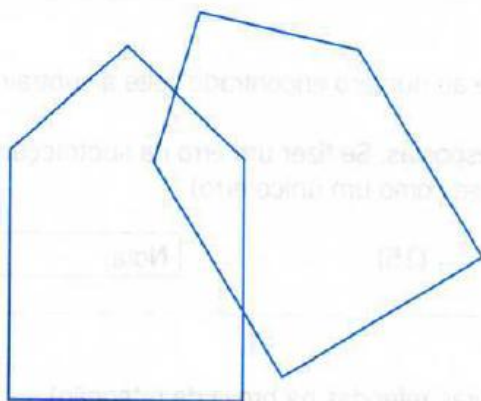
g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto.

Tremor e erros de rotação não são valorizados).

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

Escala de Avaliação da Depressão Geriátrica (GDS 15)

Escala de Depressão geriátrica – Versão abreviada com 15 questões:		
1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ()	Não ()
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições actuais?	Sim ()	Não ()
13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

Pontuação: _____

Avaliação das Atividades de Vida Diária - Índice de Katz

Itens	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfíncteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

Pontuação: _____

Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária - Índice de Lawton

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Pontuação: _____

Escala de Tinetti

Teste de Equilíbrio

Instruções: Utente sentado numa cadeira rígida, sem braços

1. Equilíbrio sentado	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
3. Tentativas para se levantar	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, requer mais de uma tentativa 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
4. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2 – Estável, sem dispositivo de auxílio
5. Equilíbrio de pé	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6. Desequilíbrio no esterno (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
7. Olhos fechados	0 – Instável 1 – Estável
8. Girar 360°	0 – Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1 – Passos descontinuados 2 - Continuidade
9. Sentar-se	0 – Inseguro (não avalia bem a distancia, cai na cadeira) 1 – Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2 – Seguro, movimentos suaves
Score de Equilíbrio	_____ (máximo 16 Pontos)

Teste de marcha

Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais

1. Iniciação da marcha	0 – Imediato e após a ordem “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
2. Comprimento e altura do passo	a) Perna direita sem balanceio 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
3. Simetria do passo	0 – Passos direito e esquerdo, iguais 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
4. Continuidade do passo	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
5. Desvio da linha recta (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha
6. Tronco	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha
7. Base de apoio	0 – Calcânhares afastados 1 – Calcânhares quase se tocam durante a marcha
Score de marcha	_____ (máximo 12 Pontos)

Score Total: _____ **(máximo 28 pontos)**

4 - Exame físico

Audição -

Visão -

Fala -

Pele/mucosas/tegumentos - (aplicação também da Escala de *Braden* - Baixo Risco score superior ou igual a 17; Alto Risco score inferior ou igual a 16).

Sensibilidade -

5 - Uso de Serviços da Comunidade

Terapias respiratórias (Oxigênio, nebulizações, Ventilação não invasiva)

Fisioterapia

Apoio UCSP/USF/ECCI (e a sua razão)

Tratamentos programados (diálise, quimioterapia, radioterapia)

Centro de dia, Residências Temporárias, Centros de Convívio

Apoio para Higiene

Apoio para limpeza da Casa

Apoio para alimentação

Outros

6 - Avaliação de Violência e Maus Tratos

Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas gritou consigo sem razão?

Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas usou o seu dinheiro sem a sua vontade?

Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas a empurrou ou bateu?

Tem medo de estar sozinha com o seu familiar?

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Serviço: _____

Cama: _____ Idade: _____

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.					
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.					
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.					
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.					
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.					
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.						
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total				

Avaliação do Risco Sócio Familiar - Escala de Gijon

Situação Familiar	
Vive com família sem dependência física/ psíquica	1
Vive com cônjuge de idade semelhante	2
Vive com cônjuge/ família e apresenta algum grau de dependência	3
Vive só e tem filhos que vivem perto	4
Vive só e não possui filhos ou estes vivem longe	5
Situação Económica	
Mais de 1,5 vezes o Salário Mínimo Nacional	1
Desde 1,5 vez o Salário Mínimo Nacional até ao Salário Mínimo Nacional	2
Desde Salário Mínimo Nacional até à Pensão Mínima Contributiva	3
Pensão não Contributiva	4
Sem rendimentos ou inferior à Pensão não Contributiva	5
Situação Habitacional	
Habitação adequada às necessidades	1
Habitação c/ barreiras arquitectónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador)	2
Habitação deficitária (sem WC completo, sem água quente, sem condições de higiene)	3
Habitação sem elevador e telefone	4
Habitação inadequada (barraca, casa em ruína, ausência de equipamento mínimo - água, luz, gás)	5
Relações Sociais	
Utente mantém relações sociais	1
Utente mantém relações sociais só com a família e vizinhos	2
Utente mantém relações sociais só com a família e só com vizinhos	3
Utente não sai do domicílio, mas recebe a família	4
Utente não sai do domicílio e não recebe visitas	5
Rede Social de Suporte	
Utente com apoio familiar ou de vizinhos	1
Utente com apoio domiciliário ou voluntariado social	2
Utente sem apoio	3
Utente aguarda integração em residência geriátrica ou lar	4
Utente em cuidados permanentes	5

Pontuação: _____

8 - Avaliação do desconforto/Dor

Avaliação da dor - Escolhe-se a aplicação de uma escala de acordo com a avaliação individual que se realiza de cada cliente. A escala utilizada poderá ser:

- Escala Qualitativa da Dor
- Escala das Faces da Dor
- Escala Numérica da Dor
- Escala Doloplus - Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa
- Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

9 - Avaliação do Cuidador

Nome:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Parentesco com a pessoa idosa cuidada:

Profissão:

Encargos económicos:

Fonte de Rendimento:

Estado de saúde (perceção da sua saúde, co-morbilidades):

Hábitos alcoólicos:

Hábitos tabágicos:

Uso de estupefacientes:

Como começou a cuidar:

Há quanto tempo é cuidador desta pessoa:

Que tipo de apoio dá à pessoa idosa:

Que suporte tem da restante família:

Que suporte tem da comunidade:

Que tipo de relação tem com a pessoa idosa:

Que necessidades/dificuldades sente no ato de cuidar:

Qual o impacto da situação de cuidar na sua vida social, económica, profissional, de lazer:

Avaliação Breve do Estado Mental (MMSA)

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Idade: _____ Anos DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peça-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

4. EVOCACÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

W

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” _____

Nota:

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____
- Dobra o papel ao meio _____
- Coloca o papel no chão _____
(ou no local indicado)

Nota:

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase “**FECHE OS OLHOS**”).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

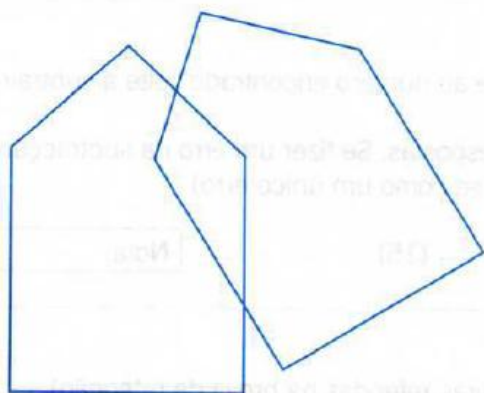
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

Escala de Avaliação da Depressão Geriátrica (GDS 15)

Escala de Depressão geriátrica – Versão abreviada com 15 questões:		
1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ()	Não ()
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições actuais?	Sim ()	Não ()
13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

Pontuação: _____

Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Pontuação: _____

Escala de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

N. º	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não Acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba- me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao				

	que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
N.º	<u>PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:</u>	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me Muito

10 - Identificação dos fatores de risco associados ao risco de abuso à pessoa idosa

Nível	Fatores de Risco	Presença	Ausência
Individual (Vitima)	Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva		
	Sexo: mulheres Idade: mais de 74 anos		
	Demência, incluindo doença de Alzheimer e outros tipos de demência		
	Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima		
Individual (Agressor)	Sexo: homens em casos de abuso físico e as mulheres em casos de negligência		
	Problemas financeiros		
	Distúrbios mentais: depressão		
	Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas		
	Hostilidade e agressão		
	Stress: Sobrecarga do cuidador		
Relação	Dependência financeira do agressor em relação á vítima		
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor		
	Transmissão intergeracional da violência		
	Relacionamento difícil de longa duração		
	Parentesco: filhos ou parceiros		
	Coabitação		
Comunidade de	Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais		
	Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucional		
Social	Descriminação tendo como causa a		

	idade:(ageísmo)		
	Preconceito etário		
	Outras formas de discriminação: sexismo e racismo		
	Cultura violenta: banalização da violência		
	Fatores sociais e económicos		

**APÊNDICE XVII - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO À
PESSOA IDOSA**

Identificação dos Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa¹²

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ N.º Processo: _____

Nível	Fatores de Risco	Presença	Ausência
Individual (Vítima)	Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva		
	Sexo: mulheres Idade: mais de 74 anos		
	Demência, incluindo doença de Alzheimer e outros tipos de demência		
	Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima		
Individual (Agressor)	Sexo: homens em casos de abuso físico e as mulheres em casos de negligência		
	Problemas financeiros		
	Distúrbios mentais: depressão		
	Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas		
	Hostilidade e agressão		
	Stress: Sobrecarga do cuidador		
Relação	Dependência financeira do agressor em relação á vítima		
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor		
	Transmissão intergeracional da violência		
	Relacionamento difícil de longa duração		
	Parentesco: filhos ou parceiros		
	Coabitação		
Comunidade	Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais		
	Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucional		
Social	Descriminação tendo como causa a idade:(ageísmo)		
	Preconceito etário		
	Outras formas de discriminação: sexismo e racismo		
	Cultura violenta: banalização da violência		
	Fatores sociais e económicos		

¹² De acordo com a revisão bibliográfica realizada.

**APÊNDICE XVIII - FICHA DE SINALIZAÇÃO DO ABUSO (FÍSICO,
PSICOLÓGICO/EMOCIONAL, SEXUAL, FINANCEIRO,
NEGLIGÊNCIA) À PESSOA IDOSA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS**

Ficha de Sinalização do abuso (Físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro, negligência) à pessoa idosa para os Cuidados de Saúde Primários¹³

A - Dados de Identificação da Pessoa Idosa			
Nome:	Sexo - Feminino____ Masculino____	Data de Nasc. _ / _ / ____	Idade
Morada:	Localidade	Código Postal	
Telemóvel	Telefone	N.º de Utente	
Unidade de Saúde Familiar/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados: Médicos de Família		Apoios Sociais	
Dados Pessoa Cuidadora/responsável		Outras Informações:	
Nome: _____		_____	
Telefone: _____		_____	
Parentesco: _____ _____		_____	
Coabita com a pessoa: _____		_____	
Relação com a Pessoa cuidada: _____ _____ _____ _____		_____	
Situação de saúde:		_____	
Necessidades/dificuldades encontradas: _____ _____		_____	

¹³ De acordo com a revisão bibliográfica consultada; Menezes, B. e Prazeres, V. (coord.) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Acção de saúde para crianças e jovens em risco*. Portugal: Direcção Geral de Saúde. Acedido em Dezembro 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>

multidimensional e multidisciplinar da pessoa idosa e sua família/cuidadores.

Tipo de Suspeição

Suspeita (presença de fatores de risco e de alguns sinais, ou sintomas)

Evidência (observação da situação de abuso, presença de sinais e sintomas de abuso e a pessoa idosa dizer que sofre abuso)

Observação Isolada

Observação repetida

C.1 Abuso Físico

Hemorragias conjuntivais

Lesões com diferentes estádios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações)

Traumatismos constantes e sem explicação plausível

Lesões de diagnóstico muito complexo, como lesões internas ou neurológicas

Fraturas de costelas ou corpos vertebrais, fraturas de metáfise

Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos)

Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos acidentais

Lesões provocadas que deixam marca (pulsos, corda, fivelas)

Persistência de sintomas de difícil explicação

Ausência ou demora na procura de cuidados médicos/saúde

Consultas de urgência frequentes, sem motivo justificativo

Intoxicações medicamentosas (mais que um episódio)

Má nutrição (emagrecimento/dieta desadequada/peso excessivo)/ desidratação

Cansaço, sonolência, apatia frequentes

Abandono Físico

OUTROS: _____

C.2 Psicológicos/emocionais		<input type="checkbox"/>
Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha		
Choro incontrolável e constante		
Perturbações do comportamento alimentar (anorexia)		
Perturbações do sono mais acentuadas		
Alterações do controlo dos esfíncteres		
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente		
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas		
Auto-mutilação		
Depressão		
Abandono afetivo		
Comportamento de ideação suicida		
OUTROS: _____ _____		

C.3 Abuso Sexual		<input type="checkbox"/>
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, fissuras, erosão, laceração)		
Infeções de transmissão sexual		
Corrimento vaginal persistente e recorrente		
Presença de esperma no corpo da pessoa idosa		
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas (lubrificante), no corpo ou roupa da pessoa idosa		
Hemorragia vaginal/anal		
Lassidão anormal do esfíncter anal/fissuras anais		
Prurido, dor, edema na região anal/vaginal		
Lesões do pénis ou região escrotal		
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua		
Condutas erotizadas		
OUTROS: _____ _____		

C.4 Outros fatores de risco de abuso/negligência na Família ou na Pessoa Idosa <input type="checkbox"/>	
Indisponibilidade para prestação de cuidados à pessoa idosa dependente (questão laboral, exiguidade habitacional, conflitos familiares, reclusão, outros:_____).	
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídios do estado: _____	
Carência de higiene e aspeto descuidado da pessoa idosa e do cuidador.	
Cuidadores com comportamentos aditivos (álcool, drogas).	
Falta de autoconfiança no prestador de cuidados.	
Cuidadores com doença do foro psiquiátrico _____.	
Cuidadores com depressão.	
Cuidadores com dificuldades de compreensão/cognitivas.	
Cuidadores com situação saúde precária.	
Cuidadores com limitações físicas.	
Situações anteriores de Violência/Abuso/Mau Trato ou Negligência.	
Antecedentes de Violência/abuso/mau trato ou negligência nos cuidadores na infância.	
Dificuldade do cuidador em aderir às intervenções propostas.	
Mudança sucessiva de prestadores de cuidados formais.	
Comportamento conflituoso/agressivo do cuidador com os técnicos de saúde.	
Situação de alteração de comportamento da pessoa cuidada com agressividade para o cuidador.	
Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da pessoa idosa.	
Tentativa de ocultação de sinais indicadores de abuso físico à pessoa idosa.	
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo de lesão.	
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação.	
Normas muito rígidas impostas aos técnicos de saúde.	
Aparente falta de preocupação com a pessoa idosa e/ou prestação da atenção devida.	
Não colaboração nos cuidados realizados à pessoa idosa.	

Fuga às responsabilidades de cuidados à pessoa idosa.	
Procura excessiva de cuidados médicos.	
Desvalorização, ageísmo relativamente à pessoa idosa.	
Ausência de manifestações de afeto à pessoa idosa.	
Ansiedade excessiva com os cuidados a realizar á pessoa idosa.	
Disfuncionalidade familiar.	
Negligência nos cuidados de higiene, saúde, nutricionais, roupa, entre outros	
OUTROS: _____ _____	

D - Circunstância do Episódio Atual		
Há quanto tempo ocorreu? _____		
Local onde ocorreu _____		
Alegado agressor (indicação sexo, idade, parentesco antecedentes conhecidos, outra informação relevante)		

Tipo de Intervenção realizada:		
Ligeira	<input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>
Intensiva	<input type="checkbox"/>	Muito Intensiva <input type="checkbox"/>

Outra informação relevante:		

Avaliação de segurança da pessoa idosa em situação de risco de abuso.		
O agressor está presente?	Sim	Não
O idoso tem medo do agressor?	Sim	Não

O idoso tem medo ficar sozinho com o agressor?	Sim	Não
O idoso tem medo que o agressor perceba que estamos a falar com ele?	Sim	Não
O agressor abusa da pessoa idosa?	Sim	Não
Existem armas em casa?	Sim	Não
Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não
Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não
O abuso tem aumentado de gravidade?	Sim	Não
Existe dependência de substâncias?	Sim	Não
Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não
Outros: _____	Sim	Não

E - Contactos/Encaminhamento Realizado

Existe conhecimento de situações anteriores? _____

Há registo do seu encaminhamento? _____

Contactos/Encaminhamento realizadas atualmente (especifique se possível as opções assinaladas)

Encaminhamento para a urgência _____

Apoio junto de outro familiar _____

Contato com o psicológico _____

Contato com o serviço social _____

Contato com outras instituições (Equipas da Rede Nacional de Cuidados

Continuados Integrados, APAV, centros de dia) _____

Internamento em serviço hospitalar _____

Contato com o Instituto Nacional de Medicina Legal _____

Contato com Forças de Segurança (PSP/GNR) _____

Outros _____

Ministério Público _____

Segurança Social _____

Técnico Responsável pela intervenção: _____

Data de início de implementação da intervenção: _____

A família foi informada da presente sinalização: _____

Porquê?

E - Mantém Responsável pelo Seguimento da Situação?

Sim.

Não. Porque _____

Instruções de Preenchimento da Ficha de Sinalização/acompanhamento de Casos

Instruções de Preenchimento

A - Dados de Identificação da Pessoa Idosa

Dever-se-ão indicar os dados que permitam a identificação e a localização da pessoa idosa em risco, contando sempre com a colaboração de mais do que um profissional da equipa de saúde.

É fundamental a identificação dos elementos familiares cuidadores, e do principal agressor, fazendo-se uma avaliação multidimensional (física, saúde, mental/psicológica/emocional, financeira, social) do mesmo e das suas dificuldades e necessidades.

B- Dados da Sinalização da Pessoa Idosa

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional e intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data de sinalização, e os dados que permitam identificar a instituição e o profissional que a inicia e/ou que se mantém como responsável pela gestão do caso.

C - Motivos da Sinalização

Neste campo dever-se-ão indicar os motivos da sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos profissionais da equipa multidisciplinar. Nos campos C.1, C.2, C.3 e C.4 assinalam-se os sinais/sintomas/indicadores/fatores de risco de abuso encontrados. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco

D - Circunstância do Episódio Atual

Permite identificar o episódio e a sua localização e o tipo de intervenção realizada. A intervenção poderá ser considerada LIGEIRA - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; MODERADA - quando necessita de uma intervenção mais específica; INTENSIVA - quando a situação implica medidas de promoção e proteção; MUITO INTENSIVA - quando a pessoa idosa se encontra em perigo e necessita de uma intervenção de emergência (acolhimento).

Neste campo ainda se faz a avaliação da segurança e sentimento de

segurança do idoso.

E - Contactos/Encaminhamento Realizado

O preenchimento deste campo permite identificar informações sobre as intervenções já realizadas com a pessoa idosa e família/cuidador, bem como acerca dos profissionais/setores que intervieram na situação. Todas as intervenções devem ser negociadas com a família e idoso. E todas as situações em que se confirme abuso devem ser participadas ao Ministério Público. Caso seja necessário outro tipo de intervenção e abordagem da situação poder-se-á sempre pedir apoio da APAV, em que eles próprios mandarão equipas para avaliarem as situações.

E - Mantém Responsável pelo Seguimento da Situação

Neste campo apenas se indicará se o profissional que identificou a situação se manterá no seu seguimento, ou se não qual a sua razão.

**APÊNDICE XIX - ORIENTAÇÕES PARA A PARTICIPAÇÃO DE
SITUAÇÕES DE ABUSO À PESSOA IDOSA**

Orientações para a Participação de Situações de Abuso à Pessoa Idosa¹⁴

A quem se Dirige - Ao Exmo. Senhor Procurador - Adjunto do Ministério Público do Tribunal, ao Departamento de Investigação e Ação Penal **ou aos** Serviços Policiais (que posteriormente transmitirá a denúncia ao Ministério Público) **ou ao** Instituto de Medicina Legal (caso haja necessidade de uma avaliação pericial, e que posteriormente transmitirá a denúncia ao ministério público e o respetivo relatório); Paralelamente avisar os Serviços da Segurança Social

Pode ser realizada presencialmente, ou enviada por correio normal ou eletrónico, sendo fundamental ser acompanhada pela identificação do denunciante.

A denúncia deve fazer-se acompanhar das seguintes informações:

- Dados de identificação da pessoa idosa e do familiar cuidador e/ou do suposto cuidador agressor (nome, idade, parentesco);
- Descrição dos factos que originaram a necessidade de denúncia (quem, o quê, quando, onde, como, porquê);
- Descrição das intervenções já realizadas junto do cuidador e da pessoa idosa, e se foram aceites as propostas ou se se opuseram;
- Fornecimento de outros dados de que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação;
- Identificação do participante (nome e profissão), local e data.

Nota 1: Caso já se tenha preenchido a folha de sinalização das situações de abuso à pessoa idosa, poder-se-á enviar um resumo da mesma).

¹⁴ Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro - estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas

Site da Procuradoria - Geral Distrital de Lisboa- <http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/home.php>

Associação de Apoio à Vítima

APÊNDICE XX - EXEMPLO DE UM ESTUDO DE CASO

Estudo de Caso

A Parceria como Modelo de Intervenção em Enfermagem

Introdução

No decorrer do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica área de especialização pessoa idosa a elaboração de estudos de caso (sendo este um dos exemplos) era um requisito fundamental de modo a refletir e a apresentar sistematizadamente o desenvolvimento e aquisição de algumas das competências como enfermeira especialista. Segundo Benner (2001) as enfermeiras aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso, pois é através de um estudo sistematizado de cada situação que se desenvolve um conhecimento mais aprofundado, que nos permite intervir personalizadamente. Trata-se assim, de uma metodologia para compreender a dinâmica de um fenómeno (Ventura, 2007), sendo ainda entendido como uma "investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização" (Fortin, 1999, p. 164).

A seleção do cliente, para a exemplificação dos estudos de caso que fui desenvolvendo, teve em conta o fato de constituir uma situação complexa de cuidados, sendo assim uma oportunidade de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista. Foi ainda aplicado um instrumento de identificação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa (Apêndice XV). Nesta situação estavam presentes alguns dos fatores de risco como: Altos níveis de incapacidade física e cognitiva, ter mais de 74 anos, apresentar uma demência (suspeita de alzheimer); haver suspeita de negligência pela presença de alguns défices de cuidados em termos de mudança da fralda, não posicionamentos e apresentação de úlceras de pressão, ter uma filha como cuidadora e haver coabitação, haver isolamento social da cliente devido ao seu aumento de dependência; sendo assim uma oportunidade de desenvolvimento de competências na prevenção de situações de abuso. Este estudo teve assim como finalidade a avaliação global de uma pessoa idosa dependente portadora de doença crónica e do seu familiar cuidador tendo como principal objetivo a capacitação do cuidador nos cuidados ao seu familiar idoso prevenindo situações de abuso, aplicando-se o modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa/cuidador desenvolvido por Gomes (2009) que perspetiva o

indivíduo como responsável pelo seu projeto de vida. Para o conhecimento aprofundado do cliente idoso e do seu familiar foi desenvolvido um instrumento de colheita de dados (Apêndice XIX), que permitisse a construção de um projeto de cuidados personalizado a cada situação de vida e de saúde-doença.

Para a realização deste trabalho terei como referencial a autora Collière (1999) e o Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria (Gomes, 2009).

Para o estabelecimento de uma relação eficaz com os familiares cuidadores é necessário conhecer a pessoa de quem cuidamos e sua família (partilhando conhecimentos), criar uma relação de confiança e estabelecer uma relação de cuidados negociada, ou seja uma relação de parceria. Constrói-se assim um processo de cuidados de enfermagem que “é uma tentativa de análise de situação que visa identificar a natureza das necessidades ou de problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de (...) manutenção da vida, cuidados de reparação, bem como aquilo que se propõem complementar ou compensar” (Collière, 1999, p. 293). Situado num tempo e base de avaliação da ação dos cuidados, implica um processo de descoberta → elucidação → ação, entre parceiros sociais (Collière, 1999). Desta relação nasce um Projeto de Cuidados em que os utilizadores dos cuidados são ativos na sua construção, são parceiros de cuidados (Collière, 1999; Gomes, 2009). “A elucidação de projetos de cuidados reclama todo um trabalho de equipa e de concertação entre enfermeiras e ajudantes familiares em relação com o médico de família, a fisioterapeuta e, em determinadas situações como outros técnicos de saúde e de ação social” (Collière, 2001, p.336), partindo do conhecimento que se tem da pessoa e do seu contexto de vida, agindo personalizadamente de acordo com os objetivos de vida/saúde-doença traçados por cada pessoa idosa/família.

De acordo com o que foi enunciado a prestação de cuidados de enfermagem visa, essencialmente, capacitar a família a cuidar e desenvolver o *empowerment* da pessoa idosa através de cuidados de enfermagem em parceria. Segundo Gomes (2009, p?), para haver uma verdadeira relação de parceria é necessário existir uma interação genuína entre os parceiros, implicando um conhecimento e uma atenção com a pessoa alvo dos cuidados, para que a tomada de decisões e ações em conjunto resultem em benefício para ambos.

A construção do processo de parceria desenvolve-se assim por cinco fases: revelar-

se, envolver-se com a pessoa idosa; capacitar ou possibilitar o cuidado do outro; comprometer-se e; assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009). Neste estudo de caso pretendemos desenvolver um projeto de cuidados que permita capacitar o familiar a *Assumir o controlo do Outro* em que “o enfermeiro garante que o doente idoso possa continuar a sua trajetória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria e garante que a família adquire capacidade para cuidar do doente idoso e mantém-se como um recurso” (Gomes, 2009, p. 231). Assim, inicialmente será apresentada uma descrição sucinta da situação da cliente, considerando as cinco fases do modelo de intervenção em parceria contemplando também o projeto de cuidados. Será apresentada uma reflexão final, em relatório na atividade correspondente ao estudo de caso, na qual avalio o percurso deste trabalho. Utilizarei uma metodologia descritiva e reflexiva.

Breve Discrição da Situação

Fase Revelar-se

Nesta fase o enfermeiro procura conhecer o cliente e o seu potencial de desenvolvimento, bem como perceber a história da doença e o seu significado no seu percurso de vida, retirando daí contributos para desenvolver um trabalho em parceria com o cliente e/ou familiar cuidador (Gomes 2009).

Identificação do cliente idoso e do familiar cuidador

A Sr.^a dona MBL (sendo o seu nome preferido B) é acompanhada pela equipa de cuidados continuados (ECC) desde Novembro de 2012. Tem 84 anos de idade (Data de Nascimento: 28/08/1928), biótipo humano branco, nascida na Ilha da Horta (Açores), sendo residente em Lisboa desde os 4 anos de idade. Vive na casa atual com a sua filha mais velha desde há 40 anos. Frequentou a Ensino Superior, sendo professora do ensino primário, estando reformada desde os 65 anos. É viúva e tem 2 filhas, uma mais velha que vive com ela na atual residência e é a principal cuidadora, e uma mais nova que tem uma doença psiquiátrica (esquizofrenia), e que não participa nos cuidados à mãe. Em termos de crenças religiosas é católica, não praticante.

A Familiar Cuidadora é a sua filha mais velha, de nome PL, de 55 anos, solteira, biótipo humano branco, nascida em Lisboa, onde cresceu, estudou e viveu. Sempre

viveu com os pais. Frequentou o Ensino Universitário, sendo professora de físico química numa escola de ensino secundário. É a cuidadora principal da mãe, há cerca de 10 anos, tendo apoio das suas 2 sobrinhas, sendo que ambas viveram durante bastantes anos com a mesma, por a sua irmã não conseguir dar o devido suporte às mesmas em crianças. Atualmente só a sua sobrinha mais nova (Lisboeta, estudante do 4º ano de medicina veterinária) reside com a senhora dona PL, e dá apoio à tia nos cuidados a realizar à avó. Esta sobrinha tem normalmente aulas das 9h às 18h.

Contexto de vida do cliente idoso e sua Cuidadora:

A senhora dona B, na freguesia O., com a sua filha mais velha e a sua neta mais nova (J), na sua casa particular (que comprou quando o seu marido ainda era vivo). Vive num 4º andar, com elevador e escadas. É uma casa espaçosa, atualmente adaptada às necessidades da cliente (sem tapetes e sem móveis que obstruam os locais por onde se desloca e que habitualmente frequenta). Existe água canalizada, potável e quente, eletricidade, gás, aquecimento central e telefone. Tem 8 divisões, mais cozinha e 2 casas de banho, sendo bastante espaçosas. Uma das casa de banho foi adaptada à cliente, tendo um alteador de sanita ajustável, cadeira de banho no poliban. A casa tem condições de higiene, tendo uma empregada de limpeza duas vezes por semana, 3 horas (devido à ausência frequente da família, relacionado com os horários profissionais e de estudo).

Os dias da senhora dona B. são passados em casa, alternando períodos de descanso no quarto deitada (a maioria das vezes em decúbito dorsal, ou em decúbito lateral esquerdo para dormir à noite, não mudando de posição durante o período noturno), a casa de jantar (à hora das refeições do almoço e jantar - na companhia das filhas e das sobrinhas), e na sala de estar (sentada). A cliente, na maioria das vezes, quando se encontra deitada no quarto ou se encontra na sala de estar durante o período da tarde tem a televisão acesa, no entanto esta não parece ser fonte de distração para a mesma, uma vez que não consegue focar a atenção nos programas televisivos/filmes, nomear o que está a ver e adormecendo frequentemente.

Atualmente a senhora dona B. está totalmente dependente nas suas atividades de

vida diária (Índice de Katz = 6) e atividades instrumentais de vida diária (Índice de Lawton = 30), tendo apoio para os cuidados de higiene de uma das respostas sociais da sua área de residência de 2ª a 6ª feira, sendo que aos fins de semana é a sua filha e neta que asseguram os mesmos; apoio dos cuidados continuados da área de residência (para realização de cuidados às úlceras de pressão que desenvolveu com o aumento da sua imobilidade); e apoio particular de fisioterapia e massagens 2 vezes por semana (para evitar a progressão da sua rigidez articular e dor relacionada com a imobilidade) - tendo iniciado no início de Janeiro 2013. Quando necessário o médico de família desloca-se ao domicílio.

A relação entre a senhora dona B e as suas filhas era muito próxima. A sua filha mais nova (S) devido à sua doença (esquizofrenia) sempre necessitou de mais apoio sendo a senhora dona B e a sua irmã P o seu suporte (após a morte do marido da senhora dona B), mesmo nos cuidados realizados às suas duas filhas. A cliente e sua filha P. ajudaram a criar e cuidar das filhas da senhora dona S. A relação entre cliente, netas, e filhas é muito próxima. A relação entre as suas netas e a sua mãe é por vezes conflituosa, pelo que a partir do momento que houve o divórcio foram viver com a sua tia e avó. As sobrinhas e a tia têm uma relação muito próxima. O grande suporte da família sempre foi a senhora dona B e a sua filha P. Atualmente a sua filha P é o suporte da sua mãe, embora tenha ajuda das sobrinhas. A sua irmã convive diariamente com a sua família à hora do almoço e jantar, vivendo no entanto sozinha, estando medicada, e profissionalmente ativa. Segundo a filha da cliente a sua mãe sempre foi uma pessoa muito exigente e autoritária, mas sempre as acarinhou muito e apoiou em tudo o que necessitaram, tal como o seu pai.

A Senhora Dona P é professora numa escola secundária, trabalhando várias horas por dia. De manhã costuma sair cerca das 8h, dando o pequeno almoço à sua mãe e deixando um lanche para o meio da manhã, que é administrado pelas profissionais que realizam os cuidados de higiene. Normalmente vem almoçar a casa todos os dias, e quando não pode assegura que a sua sobrinha está lá para dar o almoço à senhora dona B. Entre as 14h e as 18h/19h na maioria dos dias de semana não está em casa. Um dia por semana tem uma tarde livre, normalmente à quinta feira. Durante a noite normalmente a senhora dona PL e sua sobrinha estão em casa, cuidando da senhora dona B. Quem cozinha é a senhora dona P e normalmente deixa sempre o almoço adiantado.

A situação socioeconómica da Sr.^a dona B. e da sua filha e neta não é indicadora de problemas, verbalizando *"não somos ricas, mas permite-nos ter uma vida desafogada, mesmo perante a crise que estamos a ultrapassar e de alguma forma, permitir-nos alguns luxos, como algumas viagens de férias, e apoios particulares para a minha mãe, além do apoio económico que dou à minha sobrinha"* (Avaliação do Risco Sócio Familiar - Escala de Gijon com pontuação de 11 - que representa um Risco Social Intermédio).

Conhecimento da história de doença da pessoa idosa e Impacto da mesma na vida da Cliente e seu Familiar Cuidador

Situação de doença atual: A cliente até Maio de 2012 encontrava-se vígil, orientada no tempo, espaço e pessoa a maioria do tempo, mas apresentando já períodos de desorientação espaço-temporal (sendo facilmente reorientada para a realidade) e esquecimentos frequentes para factos recentes. Há cerca de 10 anos (2003) ainda cozinhava e conseguia realizar as suas atividades de vida diária e algumas das suas atividades de vida instrumentais, nomeadamente a limpeza parcial da casa, cozinhar, no entanto, após várias vezes se ter esquecido de desligar as água das torneiras da casa de banho, e deixar o fogão acesso várias vezes, optou-se por apoiá-la nessas atividades e deixar determinadas divisões fechadas (cozinha), na altura tinha ainda algumas amigas que vinham fazer-lhe companhia, mas infelizmente já faleceram. A partir de 2010 passou a ter mais dificuldades em caminhar, apoiando-se frequentemente no mobiliário. A partir de meados de 2011 passou a caminhar com apoio de andarilho ou unilateral. A partir de Junho até Setembro de 2012, veio gradualmente a perder a capacidade de locomoção, apesar de ter realizado umas sessões de fisioterapia. Em Setembro teve um internamento por uma infeção respiratória, perdendo a capacidade de locomoção com andarilho, desde então desloca-se apenas com apoio de uma terceira pessoa. Enquanto a cliente ajudava na deslocação a filha e neta realizavam os cuidados de higiene em casa, mas devido ao aumento da sua rigidez articular e dificuldade em deslocar-se pediram apoio, a partir de inícios de Outubro de 2012, para cuidados de higiene a uma das respostas sociais da área de residência (FCC). Estes profissionais realizam cuidados de higiene uma vez por dia de manhã (entre as 9 e 12h), tendo a chave de casa da cliente para entrarem. Após os cuidados de higiene a cliente ficava sempre

sentada no cadeirão da sala, ao almoço deslocava-se à mesa da casa de jantar e à tarde ia novamente para o cadeirão. Aos fins de semana, a filha e a neta fazem todos os cuidados necessários à cliente. Como consequência grandes períodos de tempo sentada no cadeirão, desenvolveu uma úlcera de pressão (em estágio III) na região sacrococcígea. Devido a esta situação, contactaram a UCSP da sua área de residência, sendo reencaminhadas para a unidade de cuidados na comunidade (UCC), iniciando em meados de Novembro a sua intervenção pela equipa de cuidados continuados.

Para definir estratégias eficazes e adequadas às necessidades da pessoa idosa e da sua cuidadora é necessário identificar as suas potencialidades e fragilidades, sendo fundamental uma, avaliação global do idoso, que permite identificar a capacidade funcional e cognitiva da pessoa. Neste sentido achei pertinente a aplicação de alguns instrumentos de avaliação que me permitiu atingir um score e identificar os problemas e dificuldades da cliente.

Assim relativamente à sua **cognição e comunicação** - A cliente dirige o olhar ao chamamento pelo seu nome, tenta cumprir pequenas ordens quando solicitada ("senhora dona B vire-se para mim, aperte-me a mão"). Responde a perguntas simples através de monossílabos com linguagem perceptível. Na maioria das situações não responde ao que lhe é questionado. Foi aplicado a Escala de avaliação breve do estado mental (Mini Mental State) que permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Guerreiro, Silva, Botelho, Caldas, Leitão e Garcia, 1994) e pude constatar que senhora dona B apresenta um score 0, equivalente a um comprometimento grave do estado mental. Não inicia espontaneamente um discurso, nem verbaliza o seu desconforto, sendo este apenas perceptível através da observação visual do seu desconforto (fácies contraído, movimentos de fuga aquando da realização da limpeza do leito da ferida, gemidos, queda de lágrimas em momentos de maior desconforto, a doente não comunica connosco nestes momentos) e posteriormente através da avaliação comportamental da dor (Escala Doloplus). Quando se aplicou a escala Doloplus numa fase inicial a cliente apresentava um score 6; Após a implementação de medicação apresentava um score de 3. Quando a úlcera de pressão se encontrava já numa fase de repetilização apresentava um score de 1 Em repouso não apresenta dor, esta torna-se perceptível

aquando da realização dos pensos.

Dada à avaliação do seu estado mental e comunicação, não foi possível aplicar a escala de avaliação da depressão geriátrica.

Humor - A Cliente apresenta-se normalmente sorridente à nossa abordagem e sempre que comunicamos com ela. Quando apresenta desconforto apresenta um fâcias contraído e triste.

Avaliação física e sensorial - Apresenta **pele e mucosas** descoradas e secas sobretudo nos membros inferiores. Apresenta uma úlcera de pressão (em estágio III) na região sacrococcígea, e eritema branqueável em ambos os calcâneos. Neste contexto achou-se pertinente a aplicação da Escala de *Braden*, do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, apresentando um alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Apresentava um Score 13 (antes da algaliação) e Score 15 (depois da algaliação), que se manteve até ao final da nossa intervenção. Tem cabelo fino e branco.

Apresenta olhos centrados, simétricos. Apresentava já diminuição da **acuidade visual** (hipermetropia e miopia), usando ortótese ocular. É-lhe colocada diariamente a ortótese ocular, no entanto não se consegue adaptar às suas necessidades dada a cliente não colaborar nas avaliações pelo médico. Apresenta **hipoacusia** ligeira mais acentuada à direita, não usando ortótese auditiva. Apresenta **sensibilidade** diminuída sobretudo nos pés.

Tórax simétrico sem alterações visíveis. Sons cardíacos audíveis. Apresenta uma **respiração eupneica** (18 ciclos/min) mista. Apresenta **abdómen** mole à palpação, não doloroso à palpação, nem se palpando massas.

Relativamente às **extremidades** apresenta membros superiores com diminuição do tónus muscular, com rigidez articular e sem edemas. Nos membros inferiores apresenta rigidez articular, diminuição da força, tremores à realização de carga e pé equino à direita. Ambas as mãos tem força diminuída e lentificação na realização dos movimentos.

Antecedentes pessoais (médicos e cirúrgicos): Hipertensão arterial; Diabetes *Mellitus II*; Arritmia não especificada; Demência Vasculare (Alzheimer interrogado); Insuficiência Cardíaca Congestiva; Acidente Vasculare Transitório (há 12 anos).

Medicação Habitual: Clopidogrel 150 mg (13h); Amioderona 200mg (13h); Sinvastantina (20h); Permadoze (9h); Ebixa 10 mg (9h, 21h); Metformina 500mg (9h,

13h); Furosemida 40mg (9h); Carvedilol 25mg (9h, 20h); Paracetamol 1gr em SOS (em caso de febre ou dores). Avalia as glicémias capilares uma vez por dia em jejum, e por vezes avalia ao deitar e depois de almoço (cerca de uma vez por semana). Avalia a Tensão arterial uma vez por semana. Os valores são registados em caderno apropriado, estando controlados os valores.

Alergias (medicamentosas, alimentares) - Desconhece.

Avaliação dos Hábitos e Estilos de Vida (avaliação hábitos e identificação de problemas)

- Hábitos nutricionais (tipo de dieta, nº de refeições, alterações de peso, alterações da deglutição, uso de próteses) - Come uma dieta pastosa, tendo 5 refeições por dia. Tem uma dieta com pouco sal e adaptada à diabetes. Usa prótese dentária, mas nem sempre está colocada (está desadaptada e devido à dificuldade em deslocar a cliente ao dentista ainda não foi adaptada). Não apresenta alterações da mucosa oral, nem dificuldades na deglutição ou disfagia. Mantém o apetite, mas recusa-se por vezes em comer tanta carne ou peixe, como antigamente. É alimentada por terceiros, não consegue fazê-lo sozinha. Não apresenta disfagia para sólidos. Em situações muito esporádicas em que a filha ou neta não consigam estar presentes na hora de almoço combinam previamente com a senhora que realiza as limpezas em casa, em ir dar a alimentação à cliente.
- Hidratação - Normalmente não chegava a ingerir mais 800^{cc} (4 copos de água). Atualmente entre os 1000^{cc} e 1200^{cc} por dia, sendo administrada a água por terceiros, não apresentando disfagia para líquidos.
- Hábitos tabágicos - Não
- Hábitos alcoólicos - Não
- Uso de estupefacientes - Não
- Eliminação vesical - Urinava na fralda, não tem controlo dos esfíncteres desde Maio de 2012. Atualmente está algaliada, porque passava grandes períodos em casa sozinha, tendo a ulcera de pressão infetada, por se manter em permanente contacto com a urina. Foi acordada a algaliação por um período mínimo de tempo que permitisse o controlo da infeção da ulcera e promovesse a sua cicatrização.

- Eliminação intestinal - Incontinente dos esfíncteres desde junho de 2012, evacua de dois em dois dias regularmente, sem necessidade de laxantes.
- Mobilidade (tipo de marcha, dificuldades, risco de queda) - A cliente desloca-se com apoio bilateral, com desequilíbrio do tronco para a frente e pé equino à direita. O membro inferior direito apresenta rotação externa e não faz extensão completa dificultando mais a marcha da cliente. Apresenta uma marcha lentificada, não se sustendo em pé sozinha, nem conseguindo apoiar-se no mobiliário. Apresenta ainda tremores dos membros inferiores, quando se encontra a realizar carga com os mesmos. Não consegue realizar movimentos finos. Desloca-se até à sala de estar e casa de jantar com apoio de terceiros. Nos dias que se encontra mais debilitada, sonolenta, não faz levantar. Para avaliação da marcha e do equilíbrio da cliente aplicou-se a escala de *Tinetti*. Assim em termos dos testes parcelares, no do equilíbrio apresentou um score de 0, e na marcha um score de 3, o que indica um total de 3 pontos, apresentando um alto risco de queda.
- Não se consegue vestir ou despir, nem colaborar nesta atividade, sendo realizada por terceiros.
- Sono/repouso - dorme todas as noites das 22h30 às 9h. Durante o dia vai descansando, sobretudo depois do almoço.
- Índice de Katz = 6 (totalmente dependente em todas as atividades básicas de vida)
- Índice de Lawton = 30 (Totalmente dependente em todas as atividades instrumentais de vida diária)

Impacto da doença na vida da cliente: A cliente perdeu o contacto com todos os seus amigos, tendo apenas contacto diário com os familiares mais próximos (filhas e netas), e com os profissionais dos recursos sociais que adquiriu. Todas as suas atividades de lazer (escrita, passeios, lanches com as amigas, idas ao teatro e cinema, idas semanais ao cabeleireiro, leitura, ver debates televisivos) foram comprometidas. Atualmente vai ao cabeleireiro de 3 em 3 meses com uma das suas filhas, vê televisão - filmes, notícias, programas educativos (aparentemente sem compreender, apenas se mantém este hábito para haver uma ligação à realidade externa e ao que se vai passando no dia a dia), e ir desloca-se na companhia da

família (netas e filhas) até uma quinta da família. A cliente não interage atualmente com o exterior.

Avaliação Breve da Cuidadora - A Senhora dona P não apresenta qualquer alteração em termos de linguagem, comunicação, cognição, sensibilidade, ou alterações físicas observáveis. Em termos de avaliação breve do estado mental, não apresenta nenhum comprometimento, apresentando um score máximo. Apresenta acuidade auditiva mantida, e diminuição da acuidade visual (hipermetropia), usando ortótese corretiva. Não apresenta antecedentes pessoais relevantes, nem toma medicação, estupefacientes ou álcool habitualmente (refere apenas beber um copo de vinho em dias de festa). Não apresenta comprometimento na realização das suas atividades de vida diária (Índice de Katz =16) ou instrumentais de vida diária (Índice de Lawton =8). Não refere alterações dos seus hábitos de vida, exceto *"quando a minha mãe está mais doente, melhor dizendo quando tem um gripe uma pequena constipação, é que durmo pior, por causa da tosse"*. Fuma diariamente meio maço de cigarros (10 cigarros por dia).

Impacto da doença da cliente na vida da cuidadora - A cuidadora era uma pessoa extremamente independente, trabalhando e viajando frequentemente. Dava apoio às sobrinhas e sua irmã, mas tinha sempre a sua mãe como grande apoio. Passava frequentemente fins de semana fora. Durante a semana é hábito na família partilharem em conjunto o almoço e jantar, só esporadicamente não o fazia; este hábito ainda se mantém. Teve namorados, mas agora refere não ter, *"às vezes é complicado compreender-se o ter de estar sempre em casa a dar apoio a alguém sobretudo se só somos namorados, não há um vínculo de casado"*. Fazia férias fora de Portugal e dentro de Portugal, havendo sempre umas das férias (mais curtas) que eram partilhadas em família. Desde há dez anos, quando começou a cuidar mais da mãe (quando começaram os esquecimentos frequentes, os riscos de estar muito tempo em casa sozinha, as dificuldades em andar), que não viaja para o estrangeiro, por receio: de acontecer alguma coisa e não estar presente, as sobrinhas ainda serem muito novas e a sua irmã não conseguir ajudar nesta tarefa de uma forma regular - *"A minha irmã tanto está bem, como de repente tem momentos de crise em que temos de lhe dar apoio, não é fácil lidar com elas, e as filhas de alguma forma têm alguma mágoa com a situação, não lidando bem com a doença da mãe. A minha mãe era um grande suporte"*. Nos últimos três/quatro anos os fins de semana

fora que fazia com os seus amigos/ex-namorado, deixaram de ser regulares e se o faz é muito pontualmente. Sente que toda a sua vida social foi alterada, tendo também de fazer alterações profissionais, ou seja, ter um horário que lhe permita estar mais tempo em casa, mais regular. Refere que agora que as minhas sobrinhas já são mais velhas (principalmente a minha mais nova) se calhar já podia combinar mais coisas, mas *"É diferente agora sabe senhora enfermeira, a responsabilidade a disposição é diferente, nunca estou verdadeiramente descansada. Tenho medo e ao mesmo tempo tenho tanta necessidade de descansar um pouco"*.

Fase Envolver-se

Esta fase, caracteriza-se pela criação de um ambiente de reciprocidade onde se estabelece tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, que permita ir ao encontro do cliente, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança, retirando contributos dessa relação, que serão utilizados mais tarde na intervenção terapêutica. A falta de conhecimentos, a sua capacidade funcional, as limitações existentes (decorrentes ou não da doença) bem como conhecer as suas motivações e identificar os recursos possíveis na promoção do Cuidado de Si, são possíveis nesta fase (Gomes, 2009).

Conhecer o cliente idoso/cuidador face à situação de doença/risco de abuso

Como se constatou a senhora dona B não tem capacidade para gerir as suas atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, necessitando de apoio de terceiros para a realização das mesmas. Constatou-se ainda que a cliente tem défices na capacidade de comunicar o seu desconforto, iniciar um discurso ou qualquer atividade sem um estímulo. Cumpre pequenas ordens, no entanto nem sempre as consegue executar. Neste sentido compreende-se que a cliente não consegue compreender a sua doença, nem se comprometer no estabelecimento de um projeto de cuidados. Neste caso, a filha P, que se assume como cuidadora, será a pessoa com a qual poderemos estabelecer um plano de intervenção.

Durante a prestação de cuidados ao domicílio podemos constatar que a senhora dona B estava sempre em decúbito dorsal, sobre a sua lesão, e com a fralda sempre suja. Conseguiu-se ainda compreender que a cliente passava grandes períodos de

tempo na mesma posição (decúbito dorsal e sentada), sem um correto posicionamento, que permitisse aliviar a pressão de determinadas zonas do corpo. Era deitada cerca das 22h e ficava até as 8h em decúbito lateral esquerdo apresentando o pavilhão auricular esquerdo com eritema pouco branqueável. Antes da filha sair para o trabalho era colocada em decúbito dorsal e assim ficava até à hora do almoço, quando era levantada, além da úlcera de pressão desenvolvida na região sacrococcígea, apresentava a nível de ambos os calcâneos eritemas não branqueáveis. Da hora do almoço até ao deitar ficava sentada. A mudança da fralda era realizada pelos profissionais que faziam a higiene, ao almoço e depois quando se deitava. Raramente era mudada a meio da tarde. Ainda se pode perceber que a cuidadora estava bastante perturbada com a evolução repentina da mãe, tendo dificuldades em gerir as suas necessidades e as necessidades da mãe. Teve capacidade para pedir apoio para os cuidados de higiene e à ECC, no entanto agora via que a mãe estava a piorar cada vez mais. Compreende a doença da mãe, sabe a sua evolução, mas não consegue digerir a sua mudança, o já não reconhecer aquela mulher forte que ela era, *"no fundo era o meu suporte emocional/afetivo era a minha mãe"*. Tem tido também dificuldades em gerir o seu horário, o horário escolar da sobrinha e o aumento das necessidades da sua mãe, e as crises de descompensação da irmã e a sua necessidade constante de apoio *"Caiu tudo em cima de mim, mas isto vai-se gerindo, a minha sobrinha mais nova tem-me ajudado bastante, ela adora a avó"*. Demonstra ter alguma dificuldade em aceitar as suas limitações, pois estava habituada a conseguir gerir tudo bem até agora. Dado o cansaço manifestado pela cuidadora aplicou-se a escala de avaliação da sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit utilizada a versão portuguesa validada Sequeira, 2007, após ser autorizado pelo autor), obtendo-se uma pontuação de 47, revelando apresentar sobrecarga uma sobrecarga Ligeira. A pontuação está relacionada essencialmente com o fator expectativas face ao cuidar (tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar; considera que o seu familiar está dependente de si; acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ela pudesse contar), e com o fator - Impacto da prestação cuidados (Sente-se tensa quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer; sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar; considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar; pensa

que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar; em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar)

Durante os momentos em que estávamos na presença da filha (sobretudo às quintas feiras que tem as tardes livres), podemos constatar que a filha tem alguma dificuldade na mudança da fralda da mãe, pelo aumento da rigidez articular, e sobretudo porque com o aumento da sobrecarga horária, não consegue estar tanto tempo em casa para mudar mais vezes a fralda. Nos posicionamentos constatou-se que tinha dificuldades em fazê-lo ficando por vezes constrangida e com discurso alterado ("parecendo irritado") devido à situação. Notando-se ainda um agravar da mobilidade da cliente, ficando com os movimentos mais lentificados e com uma maior rigidez articular. A própria filha refere que tem cada vez mais dificuldade em se deslocar com a mãe. Detetou-se a necessidade de um apoio da fisioterapia e da transmissão de conhecimentos em termos de posicionamentos, levantar, caminhar com apoio, mudança da fralda. Detetou-se estas necessidades e a própria família já as tinha detetado, mas ainda não sabia bem o que fazer.

Como às quintas feiras, a filha e a sobrinha normalmente estavam em casa à tarde, tentou-se transmitir mais algumas informações, ensinar algumas técnicas e ver qual a disponibilidade da família para desenvolver mais os seus conhecimentos, e aceitar as informações transmitidas. Conseguiu-se perceber que a sobrinha e filha estavam muito disponíveis para adquirirem mais conhecimentos e gratas por haver da nossa parte uma compreensão da sua situação, em que a filha referiu em forma de desabafo *"já houve alturas que senti que alguns dos seus colegas achavam que cuidava mal da minha mãe, que lhe queria mal, ou não queria saber, eu não consigo chegar a casa, correr fazer tudo, e ir trabalhar. Também não posso ficar desempregada"*. Neste momento consegue-se perceber que a família, de alguma forma já tinha tido algumas experiências/vivências menos agradáveis com outros profissionais, sentindo-se magoada e não compreendida. Neste ponto é fundamental refletir aqui que as representações sociais que os enfermeiros constroem sobre as famílias, poderá influenciar negativamente ou positivamente a relação que se estabelece com as mesmas, sendo fundamental que o enfermeiro ao prestar cuidados mantenha uma atitude isenta de preconceitos com intuito de compreender a perceção da família sobre as suas necessidades e dificuldades ajudando-a a

construir soluções. Construir uma relação de parceria com a pessoa idosa e sua família implica uma valorização das suas potencialidades e daquilo que lhes dá prazer e vontade de viver para que possa manter a sua autoestima e controlo da sua própria vida.

Fase Capacitar/Possibilitar

Esta etapa passa pela construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em consideração a partilha dos significados da experiência na ação; assegurando o cuidado que o Outro deveria ter consigo se tivesse capacidade para decidir (Gomes, 2009). Nesta fase encontra-se incluída a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais. A mobilização dos conhecimentos presentes sobre o cliente/cuidador e o seu contexto de vida são importantes para promover e capacitar o assumir do cuidado do Outro.

Assim, tendo em conta os objetivos desta fase achou-se pertinente a aplicação da escala de avaliação das necessidades do cuidador (utilizada a versão portuguesa validada por Sequeira (2007), após ser autorizado pelo autor), verificando-se que as maiores dificuldades da cuidadora encontradas se relacionam com problemas relacionais (a pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia), restrições sociais (não tenho tempo suficiente para mim próprio; afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto; não estou com os amigos tanto quanto gostaria; não conseguir ter tempo de descanso nem fazer uns dias de férias), exigências do cuidar (a pessoa quem cuido depender de mim para se movimentar, deixa-me muito cansada fisicamente; a pessoa de quem cuido necessitar de muita ajuda para todos os seus cuidados pessoais; a pessoa de quem cuido sofre de incontinência e não controla as necessidades), e falta de apoio familiar (alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam). A cuidadora identifica outras dificuldades como: como andar com a mãe agora que ela está cada vez mais dependente; como evitar lesões na pele; como evitar a dor quando realizamos os cuidados à úlcera, como controlar a incontinência/mudança de fralda/infeção da lesão; se nem estou sempre em casa; o que fazer para melhorar as lesões que a minha mãe já tem; como evitar a progressão da rigidez/perda do andar/o não falar/a apatia.

Em conjunto com a senhora dona P e com a sua sobrinha (que entre elas acordaram que seria a pessoa que mais apoio lhe poderia dar em situações que estivesse menos disponível) concordou-se que seria necessário a transmissão de informações, demonstração e treino de algumas técnicas como:

- Posicionamentos na cama e cuidados à pele (manutenção da pele seca, alívio da pressão);
- Levante e estratégias para caminhar com a cliente;
- Posicionamentos no cadeirão da sala;
- Aumento da ingestão de proteínas;
- Promoção de momentos de lazer para a cuidadora;
- Promoção mais apoios da comunidade;

Fase Comprometer-se

Esta fase traduz-se numa conjugação de esforços conjuntos no sentido de se atingirem os objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo e a progressão do projeto de vida e saúde. Destaca-se a importância do acompanhamento do percurso da transição e trabalho em parceria para que se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real, que pressupõe a construção de um projeto de cuidados para a promoção do cuidado de si ou para assegurar o cuidado do Outro.

O objetivo deste projeto de cuidados será então que a cuidadora senhora dona P. promova o cuidado de Si e Assegurar o cuidado à senhora dona B. Deste modo pretende-se capacitar a cuidadora na prestação de cuidados de melhor qualidade à sua mãe, que esta cuide de si (das suas necessidades), e ajudar na conciliação da sua vida social, profissional e pessoal, evitando assim a sobrecarga e stress do cuidador, que possam de alguma forma levar a comportamentos de abuso.

Para uma mais fácil leitura, de seguida irá ser esquematizado: qual o problema identificado, que resultados são esperados, quais as intervenções de enfermagem que foram efetuadas para atingir esses resultados e quais foram os compromissos estabelecidos em parceria, com a senhora dona P.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de evolução negativa da Úlcera de Pressão da região sacrococcígea, relacionado com contacto direto com a urina durante longos períodos de tempo.</p>	<p>Evitar a infeção da úlcera de pressão. Promover a cicatrização da úlcera de pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alertar para os riscos de infeção da úlcera de pressão; • Transmissão de informações sobre a necessidade de mudança de fralda mais vezes de forma a evitar o contacto direto da urina com a lesão; • Utilização de pensos que permitam a impermeabilização da lesão; • Alertar para a necessidade de conciliação de horários entre senhora dona P e sobrinha que permitam assegurar mais momentos de cuidados; • Transmissão de informações sobre estratégias de posicionamentos na cama e no cadeirão que evitem a progressão da lesão, ou o aparecimento de outras lesões; • Alertar para a necessidade de a cliente evitar períodos longos sentada ou em decúbito dorsal; • Transmitir informações sobre a necessidade de aumentar o aporte proteico na alimentação para a promover a cicatrização; • Disponibilização do contacto dos profissionais para serem informados caso o penso esteja molhado; • Alertar para durante os cuidados de higiene evitar-se molhar o penso; • Algália da cliente; • Demonstrar técnicas de manutenção do penso limpo de fezes; • Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança da fralda sempre que a cliente se encontra com a mesma suja; • Conciliação de horários entre a senhora dona P e sobrinha de forma a se conseguir que a cliente passe menos tempo só e se consiga assegurar mais momentos de cuidados; • alternância de decúbitos mais frequente; • Realização de períodos de descanso mais longos na cama à tarde, para evitar estar sentada sobre a lesão; • Adição de carne/peixe/clara de ovo à sopa e a ingestão de gelatina (rica em proteína); • Telefonarem à ECC se o penso se encontrar molhado, ou cair; • Informar os profissionais que realizam os cuidados de higiene para evitarem molhar o penso; • A cuidadora coloca compressa de proteção do penso, de forma a evitar que se suje com fezes; • Manutenção dos cuidados à algália; • A cuidadora pede ajuda e esclarece dúvidas quando elas surgem.
<p>Risco de comprometimento da pele, relacionadas com a rigidez articular e imobilidade.</p>	<p>Evitar o aparecimento de novas úlceras de pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alertar para as complicações da imobilidade e do aparecimento de úlceras de pressão; • Transmissão de conhecimentos sobre os 	<ul style="list-style-type: none"> • A adição de mais carne/peixe/clara de ovo na alimentação da cliente;

		<p>posicionamentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da Escala de <i>Braden</i>, para ir monitorizando o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão; • Transmissão de conhecimentos sobre a hidratação da pele e necessidade de massagem frequente; • Alertar para sinais e sintomas de comprometimento da pele; • Alertar para a necessidade de aumentar o aporte proteico; • Transmissão de conhecimentos sobre alguns exercícios passivos que ajudam a manter a mobilidade e a evitar a rigidez articular; • Facultar tempo para que os cuidadores verbalizem quais as suas dificuldades nos cuidados à drenagem vesical da cliente; • Validação de conhecimentos; • Demonstrar e treinar com a cuidadora os posicionamentos; • Informar sobre a possibilidade de ter apoio da fisioterapia; • Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Observação da pele e das zonas de pressão; • Alternar mais frequentemente posicionamentos; • Alertar profissionais, para alguma alteração que observem na pele; • Cuidadora pediu apoio da fisioterapia, e massagens para duas vezes por semana; • A Cuidadora esclarece dúvidas com ECC.
Défice de conhecimentos sobre os cuidados a ter com drenagem vesical da cliente.	Manutenção dos cuidados à drenagem vesical corretos.	<ul style="list-style-type: none"> • Alertar para as principais complicações da algiação e de como preveni-las; • Transmitir informações sobre os cuidados e manutenção da drenagem vesical; • Facultar informação sobre onde adquirir os sacos coletores; • Facultar tempo para que os cuidadores verbalizem quais as suas dificuldades nos cuidados à drenagem vesical da cliente; • Validar conhecimentos; • Alertar para a necessidade de aumentar o aporte hídrico para 1000 a 1500cc água por dia, e realizar uma contabilização da água ingerida e da urina drenada; • Alertar para a necessidade de corretos cuidados de 	<ul style="list-style-type: none"> • São mantidos os cuidados corretos à algiação; • Há controlo da ingesta de água e do volume de urina drenado; • São mantidos e realizados corretamente os cuidados de higiene aos genitais; • A cuidadora é capaz de adquirir e trocar sacos coletores; • Manutenção do penso da úlcera de pressão seco e limpo; • Caso a algália se exteriorize a cuidadora informa a ECC; • A Cuidadora esclarece dúvidas com ECC.

		<p>higiene aos genitais com a sonda vesical colocada, fazendo uma demonstração;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alertar a cuidadora da necessidade de informar a ECC se a algália se exteriorizar; • Fornecer números de contacto para onde possam ligar em caso de persistirem dúvidas. 	
<p>Risco de queda relacionado com diminuição da capacidade de marcha da cliente e dificuldades da cuidadora realizar técnica de auxílio de marcha correto.</p>	<p>Evitar quedas. Manutenção da marcha auxiliada; Manutenção da mobilidade.6</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a importância apoio unilateral ou bilateral em caso da cliente ter mais dificuldades em alguns momentos; • Aplicação da escala de <i>Tinetti</i> para despiste do risco de queda, possibilitando posteriormente a instituição de intervenções preventivas, assistenciais e de reabilitação; • Incentivar os cuidadores remover todos os tapetes nos locais por onde a cliente caminha • Incentivar a cuidadora a pedir apoio fisioterapia; • Informar e demonstração de técnicas de apoio de marcha e de levantar; • Treinar com cliente técnicas de apoio de marcha; • Avaliar periodicamente a marcha da cliente e se as técnicas de apoio de marcha à cliente estão adaptadas; • Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que a cliente se mobilize em segurança; • Estimular o uso de calçado e vestuário adequado para a marcha; • Explicar como poderão colocar saco coletor de forma segura quando a cliente caminha; • Validar conhecimentos e dar espaço à família para verbalizarem as suas dúvidas; 	<ul style="list-style-type: none"> • A Família já tinha tomado a iniciativa de retirar todos os obstáculos nos locais onde a cliente se desloca; • Foi pedido apoio de fisioterapia, para duas vezes por semana; • A cuidadora consegue caminhar com cliente de forma segura; • A cuidadora pede ajuda à sobrinha para caminhar com a senhora dona B, quando tem mais dificuldades em realizá-lo sozinha; • A cuidadora esclarece dúvidas sempre que necessário com ECC.
<p>Risco de sobrecarga e stress do cuidador por aumento da dependência da cliente, falta de apoio familiar, défice de conhecimentos que possam auxiliar nos cuidados realizados e falta de apoio das respostas</p>	<p>Evitar a sobrecarga da cuidadora; Evitar momentos de aumento de stress do cuidador; Promover momentos de lazer/tempo/</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a transmissão de conhecimentos necessária à manutenção dos cuidados à cliente e adaptados à sua situação de aumento de dependência; • Fornecer contactos das respostas sociais existentes na sua área de residência; • Aplicação da escala de Zarit, para despiste de 	<ul style="list-style-type: none"> • A cuidadora pede ajuda à sobrinha para os cuidados necessários a realizar à senhora dona B; • A cuidadora negociou que este ano realizaria umas mini férias com as suas amigas, e que a sua

<p>sociais; prevenindo situações de abuso.</p>	<p>cuidados ao cuidador; Prevenção de situações de abuso.</p>	<p>sobrecarga da cuidadora;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da Escala de avaliação das dificuldades do cuidador, para prevenir e despistar as suas necessidades e dificuldades; • Favorecer momentos de esclarecimento de dúvidas e expressão dos seus medos, dúvidas, necessidades, dificuldades; • Incentivar/estimular a colaboração de outros familiares na divisão dos cuidados a realizar à senhora dona B; • Incentivar a cuidadora a promover umas férias para si, programando os cuidados/apoios necessários para esses dias. 	<p>sobrinha mais nova e mais velha dariam apoio à avó, tendo na altura mais apoios da comunidade se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cuidadora pede apoio às respostas sociais sempre que ache pertinente, conseguindo gerir as suas necessidades; • A cuidadora verbaliza as suas necessidades e dificuldades à ECC.
<p>Dor no leito da ferida da região sacrococcígea, aquando da realização da limpeza e tratamento da mesma.</p>	<p>Evitar que a doente apresente dor durante a realização da limpeza e tratamento do leito da ferida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da dor por observação e através da aplicação da escala de avaliação comportamental da dor; • Informar a cuidador de técnicas de posicionamentos que promovam o alívio da pressão no local da lesão; • Incentivar, nesta fase de dor mais exacerbada, a administração da medicação que a cliente tem prescrita em SOS para as dores; • Informar da necessidade de evitar grandes períodos de tempo sentada ou em decúbito dorsal; • Sempre que se vão aplicar os cuidados ao leito da ferida refere-se à cliente o que se está a fazer e que vai sentir dor; • Dar apoio psicológico/emocional aquando da dor; • Pedir a colaboração da família, para a acalmar a dor aquando da realização dos cuidados à ferida. 	<ul style="list-style-type: none"> • A cuidadora comprometeu-se em alternar durante mais vezes os posicionamentos da cliente; • A cliente será levantada para almoçar e posteriormente fará um período de descanso na cama em decúbito lateral: • 30 a 60 minutos antes da hora da realização dos cuidados à ferida da cliente, a cuidadora administrará 1gr de paracetamol, como tem prescrito em SOS; • A cuidadora evita a colocação da cliente em decúbito dorsal, excepto durante a administração de alimentação ou líquidos; • A cuidadora evita que a cliente esteja mais de 2h a 3h sentada; • A neta e filha estão presentes durante os cuidados sobretudo às quintas-feiras e dias de férias escolares.

Fase Assegurar ou Assumir o Controle do Cuidado de Si ou do Outro

Nesta quinta e última fase do modelo de parceria o pretendido é que o cliente consiga ter controle sobre o seu projeto de vida e saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão, acerca do que é melhor para ele e lhe traz mais conforto e bem-estar; ou como nesta situação específica quando a família adquire a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, tendo em conta, as decisões partilhadas com o mesmo (Gomes, 2009). Nesta fase a cuidadora consegue gerir a situação de doença da sua mãe, atuar face à mesma, procurando ajuda quando dela necessita, trabalhando em parceria com a equipa de saúde na gestão da mesma; consegue ainda fazer face às suas necessidades pessoais, evitando a sua sobrecarga, stress, necessidade de conhecimentos, prevenindo situações de abuso.

Foram identificadas algumas necessidades de cuidados à senhora dona B. e algumas necessidades/dificuldades na sua cuidadora, foram negociadas estratégias para se atingirem objetivos comuns, tendo existido partilha de poder nessas decisões. Foi igualmente partilhada informação e validados os conhecimentos decorrentes da experiência permitindo desta forma que a mesma possa prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.

No fim a filha conseguia realizar os posicionamentos, deslocar-se com a cliente, e manter a pele íntegra e seca de forma eficaz. Foi conseguindo um aumento do aporte proteico e hídrico da cliente e conseguiu-se a cicatrização completa da ulcera de pressão da região sacrococcígea. As zonas que apresentavam eritemas não branqueáveis regrediram, e não surgiram novamente. A cliente foi desalgaliada, e conseguiu-se estabelecer um horário entre a filha e sobrinha que permitisse mudanças de posição e de fralda mais frequentes. Estabeleceu-se um plano de fisioterapia, que a cliente tem cumprido, e a cuidadora consegue manter a realização de alguns exercícios que permitam evitar a progressão da rigidez articular. Sempre que surgiram dúvidas, ou alguma situação que suscitasse dúvidas em termos de prestação de cuidados a cuidadora solicitava a nossa colaboração e ajuda, para a sua resolução. No fim a cuidadora referiu que já tinha 5 dias de férias marcados com duas colegas suas (que se divorciaram recentemente), e que iria de férias. A sua sobrinha na altura está de férias da faculdade, e responsabiliza-se pelos

cuidados *"tenho de aprender a confiar"*. Refere ainda que para ir mais sossegada a senhora que vai realizar a limpeza a sua casa irá lá durante esses dias à hora do almoço e perto da hora do jantar para assegurar a deslocação segura da senhora dona B entre o quarto e sala de estar. Os objetivos delineados foram assim atingidos, ficando em aberto novas intervenções, caso a família assim o entedesse, ficando com os contactos da ECC.

**APÊNDICE XXI - PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO NA
POPULAÇÃO QUE USUFRUI DE CUIDADOS PELA ECC.**

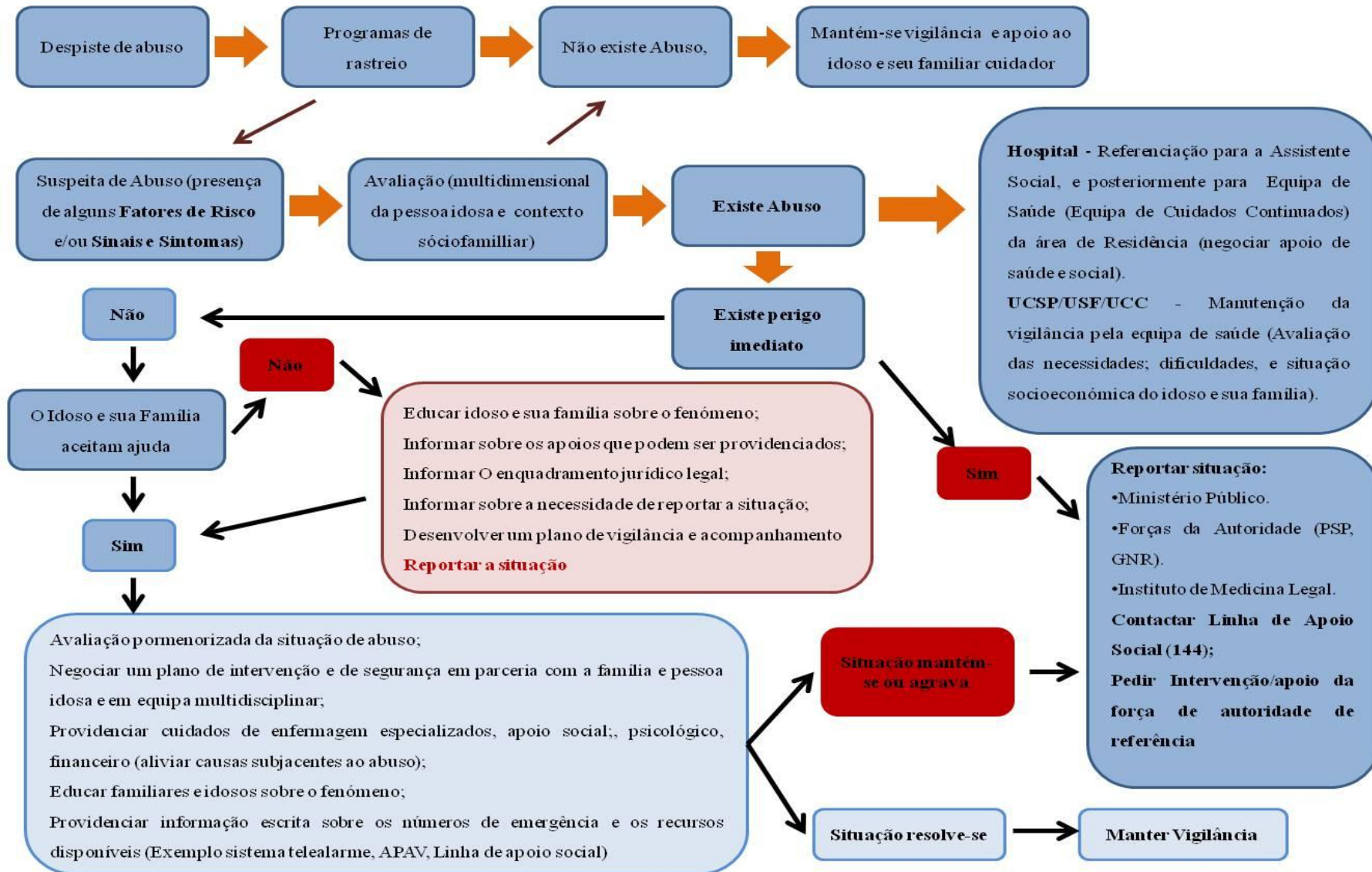
Quadro 7 - Prevalência dos Fatores de Risco de Abuso na População Idosa que usufrui de Cuidados pela ECC.

Nível	Fatores de Risco	Total
Individual (Vitima)	Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva	27
	Sexo: mulheres Idade: mais de 74 anos	18 mulheres 23 mais 75 anos
	Demência, incluindo doença de Alzheimer e outros tipos de demência	16
	Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima	14 depressão e alteração comportamento
Individual (Agressor)	Sexo: homens em casos de abuso físico e as mulheres em casos de negligência	13 mulheres cuidadoras - presença situações de negligência; 7 homens cuidadores - presença situações negligência.
	Problemas financeiros	13
	Distúrbios mentais: depressão	13
	Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas	6
	Hostilidade e agressão	5
	Stress: Sobrecarga do cuidador	21
Relação	Dependência financeira do agressor em relação à vítima	4
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor	20
	Transmissão intergeracional da violência	1
	Relacionamento difícil de longa duração	8
	Parentesco: filhos ou parceiros	26
	Coabitação	29
Comunidade	Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais	20
	Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucional	6
Social	Discriminação tendo como causa a idade:(ageísmo)	0
	Preconceito etário	0
	Outras formas de discriminação: sexismo e racismo	0
	Cultura violenta: banalização da violência	2
	Fatores sociais e económicos	14

Legenda - As prevalências a vermelho indicam os valores mais elevados.

APÊNDICE XXII - FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO

Figura 3 - Fluxograma de Intervenção



APÊNDICE XXIII - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO 1

Plano de Sessão de Formação 1

Tema da Sessão - Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa - Parceria nos cuidados de enfermagem com o cuidador familiar (1).

População Alvo - Equipa dos cuidados continuados.

Formador - Enfermeira Ana Costa.

Objetivos Geral 1

Sensibilizar a equipa dos cuidados continuados (ECC) para prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.

- **Objetivo Específico** - Que no final da sessão a ECC tenha informação disponível sobre como:
 - Prevenir as situações de abuso, mantendo a segurança e qualidade de vida do idoso e seu cuidador.
 - Reconhecer, Identificar (fatores de risco, sinais e sintomas de abuso), Avaliar, Diagnosticar e Intervir numa possível situação de abuso;
 - Sinalizar e reportar uma situação de abuso;
 - Enquadrar jurídico e legalmente o abuso à pessoa idosa.

Objetivos Geral 2

Negociar com a ECC um plano de formação (Discussão de Casos) em contexto de trabalho que permita capacitá-la na prevenção do abuso á pessoa idosa dependente em parceria com a família.

Duração - 40 a 50 minutos (aproximadamente)

Data - 17 de Janeiro de 2013.

Hora - 14h30.

Local - Unidade de cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais.

Introdução				
Atividade Didáticas	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Apresentação do tema: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa	Expositivo	Computador Projektor	-	4
Comunicação dos conteúdos programáticos e dos Objetivos	Expositivo	Computador Projektor	-	

Desenvolvimento				
Atividade Didáticas	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Conteúdos Programáticos: <ul style="list-style-type: none"> • Contextualização; • Definição de Abuso e Tipos de Abuso; • Modelos Explicativos do Abuso - <i>Ecological Model</i>; • Prevenção das Situações de Abuso; • Prevenção Primária • Fluxograma de Intervenção 	Expositivo Interativo	Computador Projektor	-	40

<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento Jurídico Legal 				
<p>Entrega de Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspetos fundamentais para a avaliação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa; • Avaliação de fatores de risco; • Ficha de sinalização de situações de abuso; • Orientações para a Participação da Situação de Abuso; • Folha de registo de visitação domiciliária. 		Papel	-	

Conclusão				
Atividade Didáticas	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Síntese	Expositivo	Projedor Computador	-	2
Despedida e ponte para a sessão seguinte - apresentação de uma situação de abuso resolvida com colaboração dos colegas.	Expositivo	Projedor Computador	-	2
Término	Expositivo	Projedor Computador	-	
Entrega da folha da avaliação da formação e seu preenchimento		Papel	-	4

Power Point

3º CME - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa

Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador

Ana Costa

Lisboa, 17 de Janeiro de 2013

Índice de Apresentação

- Objetivos;
- Contextualização;
- Definição de Abuso e Tipos de Abuso;
- Modelos Explicativos do Abuso - *Ecological Model*;
- Prevenção das Situações de Abuso;
- Prevenção Primária;
- Fluxograma de Intervenção
- Enquadramento Jurídico Legal
- Síntese
- Bibliografia

Objetivos

- **Objetivo Geral 1** - Sensibilizar a equipa dos cuidados continuados (ECC) para prevenção de situações de abuso à pessoa idosa.
- **Objetivo Específico** - Que no final da sessão a ECC tenha informação disponível sobre como:
 - Prevenir as situações de abuso, mantendo a segurança e qualidade de vida do idoso e seu cuidador.
 - Reconhecer, Identificar (fatores de risco, sinais e sintomas de abuso), Avaliar, Diagnosticar e Intervir numa possível situação de abuso;
 - Sinalizar e reportar uma situação de abuso;
 - Enquadrar jurídico e legalmente o abuso à pessoa idosa.
- **Objetivo Geral 2** - Negociar com a ECC um plano de formação (Discussão de Casos) em contexto de trabalho que permita capacitá-la na prevenção do abuso à pessoa idosa dependente em parceria com a família.

Contextualização

- Aumento do **Envelhecimento** (INE, 2011);
- Aumento da Vulnerabilidade (Aday, 1993; Rogers, 1997) e Fragilidade (Bandeira, 2010) na **Pessoa Idosa**;
- Aumento das situações de doença crónica (INE 2006/2006) com consequente incapacidade e **Dependência** (INE 2011)
- **Aumento das necessidades** de apoio familiar, social e de saúde (Gil, 2010);
- Aumento das **dificuldades do cuidador familiar**;
- **Aumento das situações de abuso à Pessoa Idosa**

Abuso à Pessoa Idosa

Abuso à Pessoa Idosa

A prevalência das situações de abuso à população idosa têm aumentado (WHO, 2011; APAV, 2011; Cooper, Selwood e Livingston, 2008). Em Portugal, entre 2000 e 2010, verificou-se um aumento de 110% de queixas de pessoas idosas vítimas de crime, passando de 290 para 610, respetivamente (APAV, 2011).

É um **problema de Saúde Pública** - Impacto na qualidade de vida da pessoa idosa ➔ problemas de saúde e transtornos psicológicos, com custos inevitáveis em termos de saúde e no número de mortes prematuras (WHO, 2011).

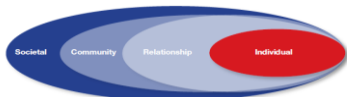
Definição de Abuso e Tipos de Abuso

O Abuso é um ato isolado ou repetido, que provoca um dano dentro de um relacionamento de confiança (cônjuge, irmão, filho, amigo, cuidador) e na casa da pessoa idosa e/ou do cuidador (National Center on Elder Abuse, 2011a).

Tipos de Abuso	Definição (National Center on Elder Abuse - 2011b)
Abuso Físico	• Uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A submedicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria.
Abuso Sexual	• Contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa.
Abuso Emocional ou Psicológico	• Infilção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais; a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria.
Exploração material ou financeira	• Uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.
Abandono	• A deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados.
Negligência	• Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.
Autonegligência	• Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de autonegligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

Modelo Explicativo para o Abuso - *Ecological Model*

Aprofunda as interações entre o indivíduo e o seu contexto. O abuso é o resultado de uma complexa inter-relação entre as características individuais (fatores biológicos, história pessoal), com as relações interpessoais que estabelece (com membros da família, pares), as características da comunidade na qual a pessoa vive ou trabalha e os fatores sociais como as políticas ou normas sociais que criam um clima favorável ao abuso/violência (Carp, 1999; Perel-Levin, 2008).



Tendo em conta o *Ecological Model* a mobilização do modelo enfermagem em parceria e a sua compreensão, como intervenção promotora do cuidado de Si, torna-se estruturante para a prática de cuidados nas situações em que as pessoas se encontram em situação de vulnerabilidade e dependência (Gomes, 2009), e que, por esse motivo, se encontram em risco de abuso, nomeadamente pelo seu familiar cuidador. Permite ainda ao enfermeiro compreender as necessidades dos familiares cuidadores, capacitando-os para cuidarem de si e do outro, prevenindo assim eventuais situações de abuso à pessoa idosa e promovendo a sua autonomia, *empowerment*, qualidade de vida e bem estar (Gomes, 2009).

Prevenção das Situações de Abuso

Níveis de Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa (Bernal e Gutiérrez, 2005)

- Prevenção Primordial - Diminuição da vulnerabilidade da população idosa, a nível macrossocial.
- Prevenção Primária- Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco.
- Prevenção Secundária - Reduzir a prevalência através da identificação e intervenção precoce de casos ocultos, evitar reincidência e consequências mais graves.
- Prevenção Terciária - Reduzir a evolução de situações de violência já identificados ou consequências (sequelas) mais gravosas.

Prevenção Primária

- **Dirigidas à Sociedade em Geral** – Divulgação de informação sobre o abuso; Promoção do envelhecimento ativo e Combate ao Isolamento Social e Geográfico; Desenvolvimento de alternativas ao cuidador familiar; Formação Cuidadores Informais;
- **Dirigidas aos Profissionais** - Formação dos profissionais sobre o envelhecimento, a violência, as situações de vulnerabilidade;
- **Dirigidas aos Cuidadores Informais (familiares)** - Programas de redução do stress/sobrecarga do cuidador; formação na gestão de comportamentos problemáticos e técnicas de cuidados, informação sobre os recursos disponíveis;
- **Dirigidas às Pessoas Idosas** – Sensibilização da população idosa sobre o abuso, promoção do convívio social, Disponibilização de linhas telefónicas gratuitas; serviço de teleassistência

Fundamental na Prevenção do Abuso à pessoa Idosa Dependente

- Conhecer a pessoa idosa/família - Avaliação multidimensional e multidisciplinar da pessoa idosa, do seu cuidador e de todo o ambiente envolvente (inclusive os fatores de risco de abuso);(Documento – Avaliação multidimensional, e fatores de risco)
- Criação de uma Relação de Qualidade (ambiente reciprocidade, disponibilidade, partilha, confiança e segurança com a família e idoso) – Permite conhecer as necessidades, dificuldades, recursos, limitações da pessoa idosa e cuidador/família;
- Capacitar a pessoa idosa a se proteger e o cuidador a cuidar de si e do seu familiar – transmissão de informação, reflexão e negociação de intervenções;
- Construção de um projeto de cuidados – intervir nas necessidades/dificuldades reais do cuidador/pessoa idosa – Estabelecimento de compromissos;
- O cuidador gere e compreende a sua situação de prestação de cuidados, procurando ajuda quando dela necessita, trabalhando em cooperação com a equipa de saúde.

Numa perspetiva ética e deontológica cabe ao enfermeiro prevenir e identificar casos de abuso cometidos por familiares a pessoas idosas, e “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Dec.-Lei 104/98, Art. 81º-C), uma vez que “qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, e uma redução da qualidade de vida para o idoso” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 126).

Barreiras à Identificação do Abuso ao Idoso

Vítima	Agressor	Profissionais
Vergonha; Medo de represálias ou de ficarem sós; Não querem que o agressor sofra consequências legais; Culpa; Desconhecerem os recursos existentes Não se reconhecem como vítimas; Estão isoladas ou dependem do cuidador.	Vergonha; Isolamento; Medo de fracasso e admitir sobrecarga dos cuidados/stress; Medo de consequências legais.	Falta de formação para identificar os sinais e indicadores; Falta de conhecimento sobre os procedimentos adequados; Negação/“Fechar os olhos”; “Não é possível fazer-se nada”; Insegurança na gestão de casos; Desconfiança dos relatos (mentira, senilidade, chamada de atenção, exagero); Fronteiras entre a confidencialidade/segredo profissional. Não dispor de recursos e medo de represálias.

Prevenção Secundária e Terciária

Assim para prevenir é preciso **saber** como:


Identificar /Reconhecer
Avaliar e Diagnosticar
Intervir (Gestão de Casos)
Reportar
Reavaliar

Identificação/Reconhecimento

- Permite através de distintos procedimentos diferenciar as pessoas idosas que são vítimas das pessoas idosas que não são vítimas ou estão em risco de abuso.
- É efetuado a partir da observação de sinais/indicadores, fatores de risco ou fatores potenciadores.
 - **Fatores de risco** – variáveis fisiológicas, psicológicas, e sociais que a investigação tem vindo a mostrarem estarem associadas às situações de abuso e negligência;
 - **Fatores potenciadores (stressores)** – Fatores que estão a presentes em muitas situações de abuso, e a investigação considera que contribuem para o desencadear do abuso;
 - **Sinais/indicadores de abuso e negligência** – constatações físicas, psicológicas, sociais, que concomitantemente surgem nestes casos; sugerem ainda possíveis consequências.

Nível	Principais Fatores de Risco (WHO, 2011)
Individual (Vítima)	<ul style="list-style-type: none"> Sexo: mulheres Idade: mais de 74 anos Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva Demência, incluindo doença de Alzheimer e outros tipos de demência Distúrbios mentais: depressão Agressão e comportamento desafiador pela vítima
Individual (Agressor)	<ul style="list-style-type: none"> Sexo: homens em casos de abuso físico e as mulheres em casos de negligência Distúrbios mentais: depressão Abuso de substâncias: álcool e abuso de drogas Hostilidade e agressão Problemas financeiros Stress: Sobrecarga do cuidador
Relação	<ul style="list-style-type: none"> Dependência financeira do agressor em relação à vítima Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor Transmissão intergeracional da violência Relacionamento difícil de longa duração Parentesco: filhos ou parceiros Coabitação
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucional
Social	<ul style="list-style-type: none"> Discriminação tendo como causa a idade:(ageísmo) Preconceito etário Outras formas de discriminação: sexismo e racismo Fatores sociais e econômicos Cultura violenta: banalização da violência

	Fatores Potenciadores (O'Loughlin, 2005)
Pessoa Idosa	<ul style="list-style-type: none"> Começa a agredir física ou verbalmente o cuidador; Perde a capacidade de manter interações sociais; Mostra-se apática perante o meio, não se mostra colaboradora e/ou rejeita cuidados; Exibe quotidianamente comportamentos agressivos.
Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Perde habitualmente o controle das suas emoções; Sente que não consegue lidar ou continuar a cuidar de pessoas idosas; Encara a pessoa idosa como sendo deliberadamente exigente; Tem de lidar com mais de 2 casos problemáticos; Crescentemente deixa de comunicar com a pessoa idosa; Não compreende sintomas da doença e falta de informação; Sente que está dependente da potencial vítima para poder fazer e tomar decisões sobre o seu dia a dia.

Tipos de Abuso	Sinais e Sintomas (Fonte: Anetzberger, 2001 e Naigral, 2001 cit. por Ferreira-Alves, 2004)
Abuso físico	(Bater, empurrar, compelir, arrastar, ameaçar com uma faca); Efeitos negativos da restrição física - agitação, agressividade, sintomas depressivos, úlceras de pressão, imobilidade, perda de massa muscular; Efeitos sobre ou sub medicação - sedação, confusão, quedas; Contusões, equimoses, arranhões, entorses, escoriações, raios na pele, feridas na pele, pele marcada por objetos, queimaduras, marcas de imobilização, alopecia, fraturas, feridas cicatrizes inexplicáveis, lesões internas.
Abuso Emocional ou Psicológico	(Gritar, chamar nomes, insultar; desmoralizar; ameaçar idoso com ferimento físico; Idoso nutrir sentimentos ambivalentes em relação ao agressor; fechar o idoso num quarto; seguir o idoso ou andar à volta dele); Idoso expressar sintomas de desamparo ou desesperança; labilidade emocional , depressão; Idoso apresentar perda de apetite; alterações do sono; isolar-se (evitar contato da família e amigos); expressar medo, ansiedade.
Negligência	Higiene pobre; Vestir inadequadamente face às condições ambientais; Exposição a situações perigosas por ausência de supervisão; falta de ortóteses (ex. óculos, bengala ou andalhões entre outros); Ausência de cuidados de saúde; Desnutrição/ Desidratação; Deficiente saúde oral/ Ausência de reabilitação protética; Úlceras de pressão; contraturas; pele irritada por urina; Isolamento social; Abandono no Hospital.
Exploração material ou financeira	Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento; Assinatura forjada de cheques ou outros documentos; Levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento do idoso); Operações legais de uma pessoa idosa com incapacidade cognitiva; Alterações súbitas e inesperadas no testamento.
Sexual	Lesões nos órgãos genitais; marcas de mordeduras humanas e traumas na região circundante aos órgãos genitais; dificuldade em andar ou estar sentada; presença de doenças sexualmente transmissíveis; extremamente desconfortável e/ou irritada quando lhe vão fazer a higiene pessoal ou a ajudam a vestir.

Avaliação e Diagnóstico

- Recolha de informações numa perspetiva multidimensional ao idoso, ao cuidador e todo o contexto social envolvente, permitindo a exatidão da identificação (recolha de provas), com o estabelecimento de um **diagnóstico e planeamento de uma intervenção**.
 - Observação
 - Exames clínicos/forenses
 - Entrevistas estruturadas
 - Aplicação de escalas de avaliação (cognitiva, AVD's, Sinais e ou fatores de risco de abuso, natureza do abuso).

[\(Avaliação situações de abuso\)](#)

Intervir (Gestão de Casos)

- Utilização de serviços, aplicação de medidas legais e procedimentos clínicos com o objetivo de tratar consequências da violência e de prevenir a sua ocorrência ou reincidência;
- Intervenção planeada de acordo com dois grandes objetivos:
 - Preservação da Autonomia**
 - Promoção da Segurança**
} **Conflito**
- Fatores que intervêm na concretização destes objetivos:
 - Capacidade e vontade do idoso e do cuidador receber ajuda
 - Adequação e eficácia dos tratamentos e serviços disponíveis – Qualquer intervenção pode trazer consequências negativas --> **Equacionar Medidas**

Objetivos de qualquer Intervenção (Anetzberger, 2004; Ferreira-Alves, 2005)

- Responder às necessidades de saúde física e mental da pessoa idosa e cuidador;
- Garantir a segurança da vítima;
- Empowerment da pessoa idosa;
- Avaliar as causas subjacentes ao abuso;
- Negociar com o cuidador uma mudança de comportamento e estabelecer um projeto de cuidados supervisionado de modo a manter a pessoa idosa segura, melhorando a qualidade de vida tanto do idoso como do cuidador; Empowerment do cuidador.

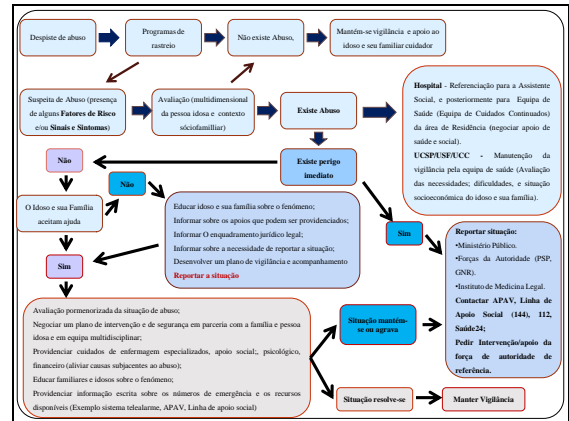
Reavaliar

- Avaliação da eficácia das estratégias de resolução do problema identificado, com melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e cuidador.
 - Pode-se delinear novas estratégias;
 - Pode-se manter o mesmo plano de atuação;
 - Pode ser necessário uma intervenção imediata das autoridades e apoio social (acolhimento de emergência).

Reportar

- Implica informar as autoridades das situações de abuso que ponham em risco a segurança da pessoa idosa (**Documento para Reportar Situações**):
 - Forças de Autoridade (PSP ou GNR);
 - Instituto de Medicina Legal (Crimes contra a Integridade Física ou Liberdade Sexual)
 - Ministério Público (Departamento de Investigação e Ação Penal).
- Em situações de **Risco Grave** contactar a **APAV** ou a **Linha de Apoio Social (144)** - Orientações e Encaminhamento e Intervenção ou Acolhimento de Emergência;
- Ou ainda o **112**, a **Saúde 24** ou a **Polícia de Proximidade**.

Fluxograma de Intervenção



Enquadramento Jurídico-legal

- O Crime de violência doméstica e de maus tratos é um **crime de domínio público** sendo previsto no Código Penal (2010).
- A **Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro**, estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas (Art.º 2 b, vítima especialmente vulnerável).
- A **Lei n.º 104/2009, de 14 de Setembro**, Regime de concessão de indemnização às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica.
- A **Lei n.º 45/2004 de 19 de Agosto** estabelece o regime jurídico das perícias médico legais forenses.

A pessoa idosa é contemplada na definição de vítima especialmente vulnerável (lei n.º 112/2009): *“a vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou avançada idade, do seu estado de saúde ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social”.*

Face a esta vulnerabilidade, a violência familiar é uma realidade que nega a condição de pessoa humana na medida que a pessoa idosa tem *“direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem o isolamento ou a marginalização social”* (CRP, art. 72º).

Constituição da República

Princípios Fundamentais

- Art.º 1 - República Portuguesa – Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.
- **Direitos e Deveres Fundamentais** – Princípio da Universalidade (Art.º 12); Princípio da Igualdade (Art.º 13); Direito à Vida (Art.º 24); Direito à Integridade Pessoal (Art.º 25); Direito à liberdade e Segurança (Art.º 27); Inviolabilidade do Domicílio e Correspondência (Art.º 34); Liberdade de Expressão e Informação (Art.º 37); Liberdade de Consciência, de Religião e de Culto (Art.º 41).

Código Civil

- **Personalidade e Capacidade Jurídica** - Começo da personalidade (Art.º 66); Capacidade Jurídica (Art.º 67); Termo de Personalidade (Art.º 68); Renúncia à capacidade jurídica (Art.º 69);
- **Direitos da Personalidade** - Tutela geral da personalidade (Art.º 70)
- **Interdição e Inabilitação** - Pessoas sujeitas a Interdição (Art.º 138); Capacidade do Interdito e regime de Interdição (Art.º 139); Dever Especial do Tutor (Art.º 145); Pessoas sujeitas a Inabilitação (Art.º 152); Suprimento da Inabilidade (Art.º 153); Levantamento da Inabilitação (Art.º 155)
- **Obrigação de Alimentos** (art.º 2003)

Código Penal (Diário da República n.º 170, de 4 de Setembro)

- **Pressupostos da Punição** – Negligência (Art.º 15)
- **Crimes contra a Integridade Física** - Ofensa à integridade física simples (Art.º 143) ou qualificada (Art.º 145); Ofensa à integridade física por negligência (Art.º 148); Violência Doméstica (Art.º 152); Maus Tratos (Art.º 152 – A).
- **Crimes Contra a Liberdade Pessoal** – Ameaça (Art.º 153); Coação (Art.º 154); Intervenções e tratamentos médico cirúrgicos arbitrários (Art.º 156); Sequestro (Art.º 158); Rapto (Art.º 161).
- **Crimes contra a Liberdade e Autodeterminação Sexual** - Coação sexual (Art.º 163); Violação (Art.º 164); Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (Art.º 165); Importunação sexual (Art.º 170).
- **Crimes contra a Propriedade** – Furto (Art.º 203); Abuso de confiança (Art.º 205); Roubo (Art.º 210); Usurpação de coisa imóvel (Art.º 215).
- **Crimes contra a Vida em Sociedade: Crimes contra a Família** - Violação da Obrigação de Alimentos (Art.º 250)

Síntese

- Uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e da sua família, e um contacto de referência;
- Comunicar a situação à equipa multidisciplinar;
- Preenchimento da ficha de sinalização e identificação dos fatores de risco e sinais e sintomas de abuso;
- Registo de Ocorrências e levantamento de diagnósticos de enfermagem de abuso (SAPE, Escrito);
- Negociar estratégias de intervenção com o idoso, sua família e em equipa multidisciplinar (Intervenção em Parceria);
- Envolvimento das parcerias sociais (sempre que necessário e oportuno);

- Realização de entrevistas de avaliação no local (caso não haja perigo e sempre acompanhado), ou na instituição de saúde;
- Informar o que legalmente se pode fazer, quais os seus direitos e deveres como cidadão, e que apoios existem na comunidade, e o que é possível a equipa fazer;
- Não criar ilusões ou falsas esperanças.
- **Reportar a situação.**
- **Contactar APAV, Linha de Apoio Social; Forças da Autoridade 112, SAÚDE 24 – Intervenção ou Acolhimento de Emergência, Orientações ou Encaminhamento.**

Referências Bibliográficas

- Aday, L.A. (1993). *At Risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Associação de Apoio à Víctima (2011). *Estatísticas APAV 2000-2010 Pessoas idosas vítimas de crime*. Lisboa: APAV.
- Baltes, M. e Silverberg, S. (1995). *A Dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida*. In Neri, L. (org) - *Psicologia do Envelhecimento: Tópicos seleccionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papirus.
- Bandeira, I. (2010). *Fragilidade em Idosos: Revisão Integrativa*. Trabalho de conclusão de curso de apresentado à disciplina TCC2 de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção de Título de Bacharel em Enfermagem. Orientadora Enfermeira Professora Doutora Maria da Graça Oliveira Crossetti. Porto Alegre.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005) - *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imserso.gov.es/contenidos/documentos/imserso-maltrato-01.pdf>
- Carp, E.(1999). *Elder Abuse in the Family: An Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing Company
- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar ...A primeira arte da vida*. Loures: Lasociência

Referências Bibliográficas

- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Aging*, 2008, 37:151-160.
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 18(203), pp.21-24.
- Decreto Lei n.º 104/1998 de 21 de Abril. DR, I Série A, (21/04/98), 1739-1757.
- Dias, Isabel (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*, (15), pp. 249-273.
- Dinis, R. (2007) - *A Família do Idoso: o parceiro esquecido?* In: GOMES, L.D., et al - *Parceria e Cuidado de Enfermagem - Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Fernandes, Ana Alexandre (1999) - *Envelhecimento demográfico e transformações da modernidade, in "Cidade Solidária" - Revista da Santa Casa da Misericórdia*, (3) , AnoII.
- Ferraz, et al (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*. 14(4), pp. 755-759.
- Ferreira-Alves, José (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In Abramosa, R. e Machado, C. (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto editores. Pp. 1-43. Acedido a Janeiro 2012. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1644822102000221>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Cadernos Climepsi da Saúde.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Cadernos Climepsi da Saúde.
- Gil, Ana Paula (2010). *Heróis do Quotidiano - Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Gomes, Idalina Delfina (2009) - *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Doutoramento.
- Borralho, O. (2010). *Maus tratos e negligência a pessoas idosas: identificação e caracterização de casos de no serviço de urgência de um hospital central*. Unibaersidade de coimbra- tese
- Zamboni, C; Mello, S; Fontana, R; Rodrigues, F. (2011). Violência contra o idoso: um velho estigma. *Cogitare Enfermagem*, out/dez, n.º 16(4), pp.634-639

Referências Bibliográficas

- Gonçalves, C. (2006). Idosos: Abuso e Violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, pp. 739-745.
- Hess, S. (2011). The role of health care providers in recognizing and reporting elder abuse. *Journal of Gerontological Nursing*. 37(11), pp. 28-34.
- INE (2005/2006) - *População residente que tem ou já teve doença crónica, por tipo de doença crónica, sexo, e grupo etário*. NUTS I, 2005/2006. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 1 de Abril de 2011. Disponível em: www.ine.pt
- INE (2011). *Censos 2011 - Resultados Preliminares*. INE. Acedido a 20 de Março 2012. Disponível em: http://censos.ine.pt/spatial/maior?pad=CTNSO&app=ctnsos011_apresentaco
- Lage, I. (2005) - *Cuidados familiares a Idosos*, in Paul, C. e Fonseca, A. (coord.), *Envelhecer em Portugal*. (pp. 2003-229) Lisboa: Climepsi.
- National Center on elder abuse (2011a). *Elder Abuse/Mistreatment Defined*. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: http://www.ncei.aau.edu/nccei/Main_Site/index.aspx
- National Center on elder abuse (2011b). *Major Types of Elder Abuse*. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: http://www.ncei.aau.edu/nccei/Main_Site/ETM/Types/Types_of_Abuse.aspx
- O'Loughlin, A. (2005). *Detección del Maltrato de Mayores Indicadores*. In *Marmolejo, I. (Ed.), Violencia contra personas mayores. (Colección Estudios sobre Violencia, 11, pp. 78-97)*. Barcelona: Ariel.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Patel-Lewis, S.(2008) - *Discussion Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Geneva: World Health Organization. Obtido a Novembro 2011: http://www.who.int/ncmea/publication/Discussion_File_Abusevch.pdf
- Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direção Geral da Ação Social/Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação
- Rogers, Ada (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sousa, Liliana (col.) (2006). *O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais*. In *Envelhecer em família - cuidados familiares ao velhice*. Porto: Ámbix, 83-119.
- Tortosa, M. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Psicología Práctima.
- WHO (2011) - *European Report on Preventing elder maltreatment*. Geneva: World Health Organization. Obtido em Fevereiro 2012: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Obrigada a Todos pela Vossa Presença



Proposta de Trabalho da Próxima Sessão

- Apresentação do Modelo de Cuidados de Enfermagem em Parceria (Gomes, 2009) e a sua Importância na Prevenção do abuso;
- Apresentação de um exemplo de uma situação de suspeita de abuso e intervenções desenvolvidas;
- Entrega e Apresentação de um Dossier de Consulta sobre a Problemática do Abuso.

Avaliação do Funcionamento da Formação

A opinião dos formandos no final da formação é importante avaliar, pois deste modo posso melhorar a qualidade das futuras sessões.

Peço que responda de forma objetiva e o mais real possível ao questionário que lhe apresento de seguida, assinalando com um **X** no quadrado que considera expressar a sua opinião.

A escala é de 1 a 5, sendo:

1. Muito Pouco;
2. Pouco;
3. Suficiente;
4. Muito;
5. Bastante.

Formação: _____

Formador: _____ Data: _____

Formando (facultativo): _____

Conteúdo	1	2	3	4	5	Não se Aplica
Os assuntos tiveram interesse.						
Os temas foram de fácil compreensão.						
Métodos/Recursos Didáticos	1	2	3	4	5	
Adequação dos métodos utilizados.						
Os métodos facilitaram a compreensão.						
Os recursos facilitaram a compreensão.						
Intervenção do Formador	1	2	3	4	5	
Foi claro nas intervenções.						
Cumpriu os objetivos propostos para o formação.						
Conseguiu promover a participação dos formandos.						

Utilizou linguagem acessível.						
Equilibrou a distribuição do tempo pelos temas.						
Dominou os conteúdos apresentados.						
Organização Sessões	1	2	3	4	5	
As instalações foram adequadas.						
A duração da formação foi adequada.						
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado.						
A documentação distribuída foi adequada						
Apoio Logístico	1	2	3	4	5	
Instalações.						
Meios audiovisuais.						
Apoio técnico/administrativo.						
Sugestões						

APÊNDICE XXIV - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO 1

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO 1

Formação: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa - Parceria nos cuidados de enfermagem com o cuidador familiar (1)

Formador: Ana Costa

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Dia: 17 de Janeiro de 2013

Hora: 14h30

Participantes: 7 Enfermeiros, 1 aluna de enfermagem, fisioterapeuta (elementos da UCC - dos dois polos de intervenção).

Conteúdo	1	2	3	4	5	Não se Aplica
Os assuntos tiveram interesse.				3	6	
Os temas foram de fácil compreensão.				4	5	
Métodos/Recursos Didáticos	1	2	3	4	5	
Adequação dos métodos utilizados.			1	2	6	
Os métodos facilitaram a compreensão.				4	5	
Os recursos facilitaram a compreensão.				4	5	
Intervenção do Formador	1	2	3	4	5	
Foi claro nas intervenções.			1	1	7	
Cumpriu os objetivos propostos para o formação.			1	3	5	
Conseguiu promover a participação dos formandos.		1	1	5	2	
Utilizou linguagem acessível.			1	1	7	
Equilibrou a distribuição do tempo pelos temas.			1	2	5	1
Dominou os conteúdos apresentados.				2	7	
Organização Sessões	1	2	3	4	5	
As instalações foram adequadas.				3	6	
A duração da formação foi adequada.				3	6	
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado.				2	6	

A documentação distribuída foi adequada			2	2	5	
Apoio Logístico	1	2	3	4	5	
Instalações.				3	6	
Meios audiovisuais.			1	2	6	
Apoio técnico/administrativo.			1	1	5	1
Sugestões						
Não foram realizadas sugestões pelos participantes.						

Apreciação Global

Foi uma apresentação essencialmente expositiva de transmissão de conhecimentos, havendo pouca interação com o público.

O tema e forma de apresentação da sessão decorreu de um acordo prévio com a equipa, tendo em conta as suas necessidades, expectativas, sugestões e contexto de trabalho.

O feedback foi bastante positivo (como se verificou no quadro). Houve apenas um dos participantes que referiu que o tema não era muito do seu interesse. Constatou-se ainda que as avaliações mais negativas estão de acordo com o expectável a pouca participação dos formandos e ainda a pouca documentação distribuída (na altura optei por não distribuir os dispositivos e apenas os documentos que gostava que os formando analisassem, de forma a sugerir a sua introdução).

O feedback posterior com a equipa foi bastante gratificante com a equipa, pela demonstração do interesse, das dúvidas levantadas e das sugestões refletidas sobre o tema e instrumentos fornecidos. Todas as sugestões resultaram na melhoria dos instrumentos que ficaram como sugestão para a introdução na ECC.

APÊNDICE XXV - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO 2

Plano de Sessão de Formação 2

Tema da Sessão - Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa -
Parceria nos cuidados de enfermagem com o cuidador familiar (2).

População Alvo - Equipa dos cuidados continuados dos Olivais.

Formador - Enfermeira Ana Costa.

Objetivos Geral

Compreender como pode o enfermeiro mobilizar o modelo de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, de modo a prevenir situações de abuso ao idoso.

Objetivos Específicos

- Apresentar o Modelo de Cuidados de Enfermagem em Parceria;
- Apresentar uma situação complexa de cuidados através da avaliação ao Sr. XXX e sua família:
 - Identificar fatores de risco, indicadores e sinais de abuso, tipos de abuso possíveis;
 - Identificar diagnósticos de enfermagem emergentes;
 - Planear cuidados de enfermagem individualizados àquela família;
 - Promover a discussão da situação de cuidados na procura de alternativas para a família

Duração - 50 a 60 minutos (aproximadamente)

Data - 31 de Janeiro de 2013.

Hora - 14h30.

Local - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais.

Introdução				
Atividade Didáticas	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Apresentação do tema: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa	Expositivo	Computador Projektor	-	4
Comunicação dos conteúdos da sessão e dos seus objetivos	Expositivo	Computador Projektor	-	

Desenvolvimento				
Atividade Didáticas	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Conteúdos Programáticos: <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Parceria nos Cuidados de Enfermagem; • Discussão e Resolução de uma situação complexa de cuidados para prevenção primária e secundária de uma situação de abuso; • Sugestão de Índice do Dossier de Consulta sobre a 	Expositivo Interativo Interrogativo	Computador Projektor	-	40

<p>Temática do Abuso à Pessoa Idosa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntese; 				
<p>Entrega de Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Power point da última apresentação sobre a Prevenção do abuso à pessoa idosa (respeitante à última sessão); • Fluxograma atualizado (respeitante á última sessão); • Power point atual; • Fases do Modelo de Cuidados de Enfermagem em Parceria; • Apresentação da Situação Complexa de Cuidados; • Sugestão de Resolução da Situação Complexa de Cuidados. 		Papel	-	3

Conclusão				
Atividade Didáticas	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Síntese sobre o tema do abuso à pessoa idosa, focando os principais aspetos a reter;	Expositivo	Projetor Computador	-	5

Apresentação do índice do dossier que constará no serviço sobre a temática do abuso à pessoa idosa.				
Despedida e Agradecimentos	Expositivo	Projetor Computador	-	2
Entrega da folha da avaliação da formação e seu preenchimento		Papel	-	4

Power Point

3º CME - Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Casa

Parceria nos Cuidados de Enfermagem com o Familiar Cuidador

Ana Costa

Lisboa, 31 de Janeiro de 2013

Índice de Apresentação

- Objetivos;
- Modelo de Parceria nos Cuidados de Enfermagem;
- Discussão de um caso prático de abuso;
- Sugestão de Índice para o Dossier sobre a Temática do Abuso à Pessoa Idosa;
- Síntese.

Objetivo Geral

- Compreender como pode o enfermeiro mobilizar o modelo de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, de modo a prevenir situações de abuso ao idoso.

Objetivos Específicos

- Apresentar o Modelo de Cuidados de Enfermagem em Parceria;
- Apresentar uma situação complexa de cuidados através da avaliação à Senhora Dona XXX e sua família:
 - Identificar fatores de risco, indicadores e sinais de abuso, tipos de abuso possíveis;
 - Identificar diagnósticos de enfermagem emergentes;
 - Planear cuidados de enfermagem individualizados àquela família;
 - Promover a discussão da situação de cuidados na procura de alternativas para a família

Modelo de Parceria nos Cuidados de Enfermagem

Cuidar implica promover o bem-estar e prazer e não apenas debruçar-se sobre o sofrimento, mas evitá-lo a todo o custo, permitindo a valorização do ser e o desenvolvimento da pessoa; (...) garantia direta da vida em grupo, o que implica o conhecimento das pessoas, do seu meio de vida, e das dificuldades que apresentam (Collière, 1999, 2001). Deste modo, "o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe" (Collière, 1999, p. 290).

A Prestação de Cuidados de Enfermagem à pessoa idosa dependente em casa

↓

Capacitar a família a cuidar, dando-lhe poder para cuidar do seu familiar idoso (*empowerment*), através de cuidados de enfermagem em parceria.

↓

Evitar situações de abuso e negligência

A Parceria promove a **partilha do poder na relação** de cuidados, promove e desenvolve a **autonomia** da pessoa idosa e ajuda a utilizar o **poder de existir** e a promover o **conforto e bem-estar**, facilitando a **integração** do doente idoso/cuidador no **contexto de inter-relação social**, promovendo um cuidado mais **centrado na singularidade da pessoa** e permitindo que esta tenha **controlo sobre o seu projeto de vida e saúde** ou que assegure que ela possa progredir na sua trajetória de vida (Gomes, 2009).



Projeto comum entre o enfermeiro e cliente com vários objetivos, entre eles, prevenir as situações de abuso.

Participação, empowerment, colaboração, aliança e cooperação

A construção de uma relação de parceria desenvolve-se em **cinco fases**:

- **Revelar-se** – Conhecer o outro e o seu potencial de desenvolvimento; Comunicação
- **Envolver-se com o Cuidador Familiar (Pessoa Idosa)** – Espaço de reciprocidade: ambiente seguro; confiança; partilha – Conhecer o cliente face ao seu risco de abuso;
- **Capacitar ou Possibilitar o Cuidado do Outro** – Partilha de poder/construção de uma ação conjunta;
- **Comprometer-se** – Transformação de uma capacidade potencial em capacidade real; cumprir objetivos reais negociados;
- **Assumir o cuidado de si próprio** (pessoa idosa –protege-se de ser abusado) ou **Assegurar o Cuidado do Outro** (cuidador cuida do seu familiar sem o pôr em risco ou a si próprio) (Gomes, 2009).

Estratégias:

- partilha de poder;
- promoção da pro-atividade;
- desenvolvimento das capacidades ao nível da comunicação;
- promoção do respeito no estabelecimento da relação com pessoa idosa/família;
- identificação das necessidades e potencialidades da pessoa idosa/família;
- ajudar na transformação das capacidades potenciais em reais; promoção da reflexão;
- respeito pelo ritmo e tempo da pessoa;
- promoção da negociação; estabelecimento de um compromisso com a pessoa idosa/família;
- ajuda nas escolhas da pessoa;
- validação dos cuidados;
- promoção da autonomia, dando reforço positivo (Gomes, 2009).

Caso Prático

Sugestão de Índice para o Dossier sobre a Temática do Abuso à Pessoa Idosa

- Índice de Consulta;
- Introdução à temática;
- Power Point sobre a Prevenção do abuso à pessoa idosa e sobre a Parceria
- Textos que suportam a bibliografia do trabalho desenvolvido;
- Legislação sobre o Abuso em Portugal (Adulto/Idoso);
- Contactos de apoio nas situações de abuso e alguns folhetos fornecidos pela APAV;
- Folha de Identificação de Fatores de Risco de Abuso; Ficha de Sinalização das Situações de Abuso; Guião Orientador de comunicação de situações de abuso a forças da autoridade – **Qual a sua importância e pertinência;**

Síntese



É fundamental assim:

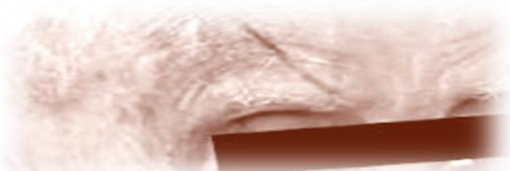
- A existência de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e da sua família;
- Estabelecer uma relação de parceria com a família cuidadora, negociando as estratégias de intervenção;
- Comunicar a situação à equipa multidisciplinar;
- Preenchimento da ficha de sinalização e identificação dos fatores de risco e sinais e sintomas de abuso;
- Registo de Ocorrências e levantamento de diagnósticos de enfermagem de abuso (SAPE, Escrito);

- Envolvimento das parcerias sociais (sempre que necessário e oportuno);
- Realização de entrevistas de avaliação no local (caso não haja perigo e sempre acompanhado), ou na instituição de saúde;
- Informar o que legalmente se pode fazer, quais os seus direitos e deveres como cidadão, e que apoios existem na comunidade, e o que é possível a equipa fazer;
- Não criar ilusões ou falsas esperanças.
- **Reportar a situação.**
- **Pedir apoio - APAV, Linha de Apoio Social; Forças da Autoridade 112, SAÚDE 24 – Intervenção ou Acolhimento de Emergência, Orientações ou Encaminhamento.**

Referências Bibliográficas

- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar ...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência
- Dinis, R. (2007) – A Família do Idoso: o parceiro esquecido? In: GOMES, I.D., et al – *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- GOMES, Idalina (coord.) [et al] – **Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2007. p. 21-152. ISBN 978-972-8485-86-3.
- Gomes, Idalina Delfina (2009) – Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Doutoramento.

Obrigada a Todos pela Vossa Presença



Alguns dos Documentos Fornecidos

1. Power Point 1ª e 2ª Sessão
2. Fases do Processo de Cuidados de Enfermagem em Parceria (Apêndice V);
3. Apresentação da Situação Complexa de Cuidados (ver de seguida - caso prático);
4. Sugestão de Resolução da Situação Complexa de Cuidados (ver de seguida - resolução caso prático).

Caso Prático

Identifique no Caso Prático

- Fatores de Risco;
- Sinais e sintomas;
- Tipos de abuso presentes;
- Dados a colher;
- Problemas/diagnósticos encontrados;
- Intervenções da equipa de cuidados continuados.

É entregue uma nova referenciação para os cuidados continuados de uma idosa de 80 anos que esteve internada, por rabiomiólise (após uma queda em casa) e associada a uma desnutrição e desidratação. A senhora até esta queda caminhava com apoio de um andarilho e tinha apoio do marido (com 84 anos) para as suas atividades de vida diária e instrumentais (não tinham apoios sociais). O casal tem um filho pouco presente durante o internamento, não se conseguindo estabelecer contacto. O marido foi visitar a esposa ao internamento, apresentando por vezes um discurso mais agressivo tanto com os técnicos de saúde como a própria utente. A senhora na presença do marido ficava, em alguns momentos, mais ansiosa e agitada. Quando questionada sobre o seu regresso ao domicílio a senhora manifestou alguma labilidade emocional, referindo que iria pedir ajuda a uma vizinha (que não se conseguiu contactar). Durante a noite apresentou alguns períodos de desorientação temporal e espacial. Após a avaliação da situação a utente foi referenciada pela equipa de gestão de altas para a equipa de cuidados continuados

da sua área de residência devido à necessidade de manutenção de cuidados de enfermagem a duas lesões traumáticas em ambas as pernas. O marido recusa apoios sociais, mas aceita o apoio de enfermagem para a realização dos pensos. Durante as primeiras visitas domiciliárias a equipa de enfermagem deteta que a casa se encontra com maus cuidados de higiene, que a senhora cheira a urina e apresenta roupa descuidada e maus cuidados de higiene. O marido por vezes é agressivo com os profissionais de saúde, ordenando a esposa a calar-se frequentemente. A senhora comunica cada vez menos com os profissionais, apresentando algumas equimoses nos braços e períodos de labilidade emocional. O filho (de 35 anos, vive na mesma rua) está ausente do país durante cerca de cinco semanas, segundo a utente, mas normalmente dá apoio ao casal *"Ele costuma ajudar-nos, mas ultimamente tem sido complicado com o trabalho dele, por isso teve de se ausentar para resolver um problema da empresa (...) e o meu marido está tão alterado"*. Segundo a utente a relação entre o marido e o filho era boa, mas que agora estava mais conflituosa. O filho voltará dentro de 2 semanas. A vizinha que a utente referiu encontra-se ausente.

Proposta de Resolução do Caso Prático

Fatores de Risco Identificados - Mulher mais de 74 anos, coabitação, incapacidade física, já com dependência nas atividades de vida diária e instrumentais, marido manifesta hostilidade com os profissionais e própria esposa, isolamento social.

Sinais e sintomas (esposa) - equimoses dispersas pelos braços, labilidade emocional, pouco comunicativa, ansiedade na presença do filho e do marido.

Sinais presentes no marido - hostilidade com os técnicos de saúde, agressividade verbal com a esposa, recusa de apoios.

Tipos de abuso presentes - Abuso físico, psicológico e negligência.

Dados a colher - Prende-se com uma avaliação multidimensional da pessoa idosa alvo de cuidados e do seu familiar cuidador (conhecer o cliente e o seu potencial de desenvolvimento, bem como perceber o acontecimento da patologia e o seu significado no seu percurso de vida, implica ainda a criação de uma relação de

confiança que permita conhecer o cliente/família face à situação identificada abuso e negligência) nomeadamente o marido e do filho. O que implica ser fundamental conhecer:

- Idade - 80 anos
- Sexo - feminino
- Identificação dos antecedentes da cliente - DMII, HTA, ICC, Fratura do colo do fémur à direita .
- Estado de dependência física - idosa com Índice de Katz 14, tendo controlo de esfíncteres (usando fralda porque perde urina por vezes e nem sempre o marido está disponível para a levar à casa de banho), mas estando dependente para a realização do banho (realiza só cuidados parciais como pode), mobilidade (não consegue utilizar o andarilho, o marido desloca-a numa cadeira de rodas antiga) e utilização da casa de banho (utiliza o lavatório e a sanita quando o marido a desloca à mesma e a ajuda na utilização dos mesmos), quanto à alimentação é independente com ajuda para partir os alimentos, necessita de alimentação de consistência pastosa e diabética, o que nem sempre é, "*o meu marido faz o que pode e o meu filho não está cá sempre*". Índice de Lawton 28 - a utente é incapaz de cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso de transporte e de dinheiro; necessita de ajuda para usar o telefone e que lhe preparem a medicação.
- Avaliação das suas capacidades cognitivas - A senhora Dona XXX encontra-se consciente e orientada na pessoa, espaço e tempo, com alguns esquecimentos e dificuldade na memorização de algumas indicações que lhe são dadas. Consegue ler, mas vê mal e os seus óculos já não estão atualizados. Sabe escrever, mas apresenta tremores sobretudo na realização de movimentos finos que lhe dificultam esta atividade.
- Não apresenta diagnósticos de demência.
- Dinâmica familiar e a sua alteração devido aos cuidados ao idoso - até há um ano a senhora dona XXX era independente nas suas AVD e AVDI, no entanto após uma queda (fratura do colo do fémur à direita) ficou mais limitada, conseguindo deslocar-se com andarilho em casa, mas cada vez com mais

dificuldade. "O meu filho teve de me ajudar e até tivemos uma empregada 3 vezes por semana para limpar casa e fazer comida, mas só durou uns tempos, pois além de ser muito caro o meu marido de repente não a quis mais, e começou a ficar mais agressivo com todos nós. Eu já não conseguia sair de casa, pois vivemos no segundo andar sem elevador. Eu fazia tudo em casa o meu marido ajudava nas compras e em algumas coisas, mas depois já não conseguia e isso também fez muita confusão ao meu marido. Agora eu estou assim e (...)o meu filho tem os problemas dele, e o meu marido enfim (...)"

- Relações familiares e com a pessoa idosa cuidada - a relação entre marido e esposa sempre foi boa, segundo a idosa, havendo apenas momentos em que ficava um pouco mais agressivo verbalmente, quando tinha algum problema no trabalho e bebia um pouco, mas era raro "*Gritava e insultava, mas nunca me bateu*". Com o filho a relação sempre foi boa (exceto nas alturas que bebia), mas desde há um ano quando tive a minha queda que a relação tem estado estranha entre eles - "*discutem muito, discordam muito e o meu filho defende-me muito*".
- Avaliação do cuidador em termos: da sua saúde, das alterações que a situação provocou na sua vida, da sua satisfação com o ato de cuidar, da sobrecarga do cuidar, das suas dificuldades e necessidades, da relação que tem com a pessoa idosa de quem cuida, da presença de distúrbios mentais (depressão, comportamentos desafiadores), da sua situação financeira (existência de problemas financeiros com dependência do idoso, ou o contrário), do abuso de substâncias (álcool, drogas), situação profissional e social (rede social, apoio social)
 - Marido - O senhor XX tem 84 anos, está reformado. Tem antecedentes de HTA, DMII, era muito cumpridor da sua terapêutica, mas neste momento não a cumpre assim tanto, esquece-se por vezes e outras acha que não é importante. Antes da mulher estar doente saia com ela iam café e às vezes ia ter com dois amigos que faleceram pouco tempo depois da queda da esposa. Desde então tem estado quase sempre por casa, tendo apenas contatos com filho e com um irmão que está na

terra. Refere estar cansado desta situação e já não ter forças. Por vezes durante o seu discurso apresenta momentos de confusão temporal e repete a mesma informação várias vezes. Refere que não foi habituado a fazer as coisas de casa, e que o filho tinha obrigação de o ajudar, mas devia era de ir para casa deles e fazer as coisas. A comida refere que vai fazendo, mas quem compra as coisas é o filho, e que a esposa não come nada do que lhe dá - "*diz que não consegue mastigar*". Refere ainda que não quer apoios em casa porque lhe roubam as poucas coisas que tem, "*não confio, até o meu filho quer tirar-me o pouco que tenho*".

- Filho - Vive na mesma rua, é divorciado, tem dois filhos que não vivem consigo devido à instabilidade no emprego. Está a passar algumas dificuldades no emprego, havendo a muita pressão pela existência de vários despedimentos e o seu posto poder estar em risco. Dá apoio aos pais nas compras e ainda ajudava na compra de medicamentos, ultimamente o pai tem-lhe dito que já não precisa, mas nem se questionou porque o pai era muito cumpridor. Ultimamente tem tido conflitos com o pai e a mãe chora muito com isso, afastei-me "*Tenho alguns problemas*". Refere ainda que o pai anda estranho, mais agressivo consigo e com mãe, por vezes confuso mas associou à falta de sono. Refere ainda que não vai com o pai já há alguns anos ao médico e costumava ir com ele. Mostra-se preocupado com situação, mas não sabe o que fazer, nem tem tido tempo para se sentar e pensar, e conseguir orientar as coisas, não sabe o que fazer. Refere ainda que ele próprio fica exaltado com o pai, e isso faz com que ainda se afaste mais, "*não quero ficar como ele, assim agressivo*".

- coabitação - vive com esposa.
- Situação de isolamento social, poucos contactos sociais - só contacta com irmão filho e esposa;

Falta de suporte/apoio social - tem apoio do filho para algumas tarefas, mas recusa suporte de instituições sociais, nomeadamente para alimentação, higiene, e limpeza da casa;

Diagnósticos/problemas encontrados

- Cuidados de higiene deficitários (marido e esposa);
 - Limpeza da casa deficitária;
 - Gestão do regime terapêutico comprometido - não cumprimento da medicação e dificuldade na sua preparação;
 - Gestão do regime alimentar comprometido - dificuldade na ingestão de alimentos (consistência); alimentação não indicada para diabéticos;
 - Gestão de hidratação oral comprometida - cliente necessita que lhe tragam água;
 - Mobilidade comprometida que impedem a realização de AVD e AVDI;
 - Comunicação comprometida (técnicos - marido; marido -esposa; filho - pai);
 - Ansiedade/Medo??
 - Capacidade da família gerir situação de cuidados comprometida.
- Negligência
 - Abuso Psicológico/Físico

Intervenções da equipa de cuidados continuados - As intervenções a delinear serão fundamentais para evitar a manutenção destas situações de abuso e negligência, trabalhando em parceria com a família. Deverão ser estabelecidas com a família e equipa multidisciplinar, tendo como objetivo final ajudar o cliente (abusado/negligenciado) a se proteger e a família a cuidar do seu familiar evitando situações que o ponham em risco.

- Inicialmente - conhecer bem a família e estabelecer uma relação gradual de confiança com a cliente e sua família --» importante que conheça gradualmente os vários elementos da equipa de enfermagem, sendo fundamental a existência de um elemento de referência;
- Identificação dos fatores de risco e preenchimento sinais e sintomas de abuso e negligência, pode-se começar a preencher logo na altura a folha de sinalização;
- Importante identificar, descrever e registar os problemas identificados e as intervenções realizadas e planeadas;

- Partilhar informações entre elementos da equipa multidisciplinar e tentar arranjar formas seguras de ajudar esta cliente - Se situação assim exigir aumentar número de vezes de realização dos pensos;
- Negociar com a cliente e seu marido os objetivos do seu projeto de cuidados;
- Valorizar as dificuldades do marido em lidar com a situação, e tentar compreender o que pretende;
- Negociar com a cliente e marido uma visita médica a ambos, para vigilância de saúde (ambos) e estado mental do próprio marido;
- Negociar com a cliente e marido uma visita conjunta com a fisioterapeuta para avaliação das capacidades de reabilitação da cliente;
- Negociar com a cliente e marido uma visita conjunta com o psicólogo para avaliação esposa e marido;
- Gradualmente compreender porque não aceitam os apoios e tentar negociar uma nova avaliação e apresentação de alguns apoios disponíveis [cuidados de higiene, alimentação, limpeza da casa (dar contactos, ou pedir participação do filho)], negociando ainda uma visita conjunta durante a realização dos pensos da assistente social para se apresentar e falar sobre o que é possível oferecer, compreender também nesta fase as suas dificuldades económicas;
- Após um primeiro contacto com o filho (colheita de dados), tentar incluí-lo no projeto de cuidados dos pais (após discussão da situação com a cliente e seu marido) e perceber até que ponto está disposto a intervir nesta situação e que tipo de apoio poderá dar;
- Compreender que relação existe com os vizinhos, e se há algum que possa de alguma forma dar algum suporte à família em risco, negociando com a cliente;
- Vigilância de saúde - HTA, DMII, lesões, medicação, gestão regime terapêutico, hidratação;
- Gradualmente informar a cliente sobre a sua necessidade de apoios e das ajudas que poderá encontrar na comunidade (recursos disponíveis e números de emergência) caso a situação se torne mais grave, tentar tornar a possibilidade de contacto com o exterior mais fácil (telemóvel, telefone portátil, telealarme);

- Caso haja dificuldade em permitir o acesso dos diversos técnicos de saúde à casa da cliente agendar uma consulta externa (UCSP, USF) sendo negociada com a mesma e com o seu marido;
- Gradualmente ir averiguando as expectativas, necessidades, dificuldades, receios, comportamentos alterados do marido, criando-se estratégias de comunicação, reflexão sobre os seus comportamentos e necessidades de apoio --» valorizá-lo e cuidá-lo.
- Negociar com este marido o que ele consegue fazer e até que ponto irá conseguir fazê-lo, criando estratégias para ultrapassar as dificuldades que poderá encontrar futuramente (agravamento da situação da esposa e do seu estado de saúde).
- Em situação extrema reportar a situação e delinear uma estratégia de segurança emergente à cliente.

APÊNDICE XXVI - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2

Avaliação Sessão de Formação 2

Formação: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa Dependente em Casa - Parceria nos cuidados de enfermagem com o cuidador familiar (2)

Formador: Ana Costa

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Dia: 31 de Janeiro de 2013

Hora: 14h30

Participantes: 5 Enfermeiros, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta (elementos da ECC - só o polo onde realizei estágio).

Conteúdo	1	2	3	4	5	Não se Aplica
Os assuntos tiveram interesse.				2	6	
Os temas foram de fácil compreensão.				2	6	
Métodos/Recursos Didáticos	1	2	3	4	5	
Adequação dos métodos utilizados.				3	5	
Os métodos facilitaram a compreensão.			1	2	5	
Os recursos facilitaram a compreensão.				4	4	
Intervenção do Formador	1	2	3	4	5	
Foi claro nas intervenções.				3	5	
Cumpriu os objetivos propostos para o formação.				3	5	
Conseguiu promover a participação dos formandos.				2	6	
Utilizou linguagem acessível.			1	1	6	
Equilibrou a distribuição do tempo pelos			1	2	5	

temas.						
Dominou os conteúdos apresentados.				1	7	
Organização Sessões	1	2	3	4	5	
As instalações foram adequadas.				4	4	
A duração da formação foi adequada.				4	4	
O tempo dedicado à exposição teórica foi adequado.				4	4	
A documentação distribuída foi adequada.				4	4	
Apoio Logístico	1	2	3	4	5	
Instalações.				5	3	
Meios audiovisuais.				5	3	
Apoio técnico/administrativo.			1	4	3	
Sugestões						
Não houve sugestões pelos participantes						

Apreciação Global:

Inicialmente encontrava-se um enorme silêncio na sala de reuniões os colegas - Sabiam que iria ser diferente, mas não sabiam o que esperar, qual o modelo de formação que se seguiria, o que seria pretendido.

Deste modo, foi apresentado primeiro o modelo de cuidados de enfermagem em parceria e posteriormente apresentou-se uma situação de cuidados complexa, que iria ser analisado e discutido à luz do modelo de cuidados de enfermagem em parceria de modo a prevenir e intervir o abuso à pessoa idosa.

Durante a discussão houve uma grande interação dos colegas entre si e comigo. Foi uma discussão sobre o próprio tema, abrindo a discussão para casos que tinham na altura, partilhando o sentimento de impotência por nada ainda se ter conseguido fazer (pela complexidade das situações, pela falta de resposta pelos sociais, pela

dificuldade em lidar com as famílias e própria situação). Foi muito interessante a participação de todos os colegas e a discussão ser tão viva e produtiva. No fim todos sentiram que foi importante esta formação e que no fundo os alertou para determinados aspetos para os quais não tinham ainda pensado sobre eles. Relativamente às situações reais que foram partilhando e discutindo em simultâneo, ajudou-os a cimentar ideias e delinear novas estratégias de atuação.

Relativamente à avaliação escrita da formação foi bastante positiva na sua generalidade, não sendo focado nenhum ponto negativo. Mais uma vez não foram realizadas sugestões.

**APÊNDICE XXVII - GUIÃO DE ENTREVISTA AOS DIRETORES DAS
RESPOSTAS SOCIAIS DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DA UCC**

Guião de Entrevista aos Diretores das Respostas Sociais da Área de Intervenção da UCC

Nome da Instituição: _____

Área Geográfica de Atuação: _____

Grupo Alvo dos Cuidados: _____

- Que respostas sociais têm de apoio à pessoa idosa?
- Quantos e que profissionais incorporam a sua equipa de cuidados à pessoa idosa em cada uma das valências desta instituição?
- Quantos utentes tem cada uma dessas valências?
- Têm-se deparado com situações de abuso à pessoa idosa, como gerem estes casos?
- Promovem formação na área do abuso à pessoa idosa aos profissionais que tem na sua equipa de cuidados?
- Estariam interessados em participar numa formação sobre o abuso à pessoa idosa?

APÊNDICE XVIII - POSTER (FASE DE DIAGNÓSTICO)

**APÊNDICE XXIX - DOSSIER: PREVENÇÃO DO ABUSO À PESSOA
IDOSA - ÍNDICE DE CONSULTA**

Dossier: Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

Índice de Consulta

- 1. Apresentação da Temática sobre o Abuso à Pessoa Idosa:**
 - a. Power Point sobre a Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa;
 - b. Fluxograma de Intervenção;
 - c. Power Point sobre o Modelo de Cuidados de Enfermagem em Parceria e Documento sobre as fases da Parceria;
 - d. Apresentação de um Caso Prático de Abuso à Pessoa Idosa e sua Resolução;
 - e. Poster;
- 2. Textos sobre a Problemática do Abuso à Pessoa Idosa e que sustentam todo o trabalho desenvolvido;**
- 3. Legislação sobre o Abuso em Portugal (Adulto/Idoso) - Lei n.º 112/2009, Lei n.º 45/2004, Lei n.º 104/2009;**
- 4. Contactos Úteis de Apoio nas Situações de Abuso à Pessoa Idosa e alguns folhetos fornecidos pela APAV;**
- 5. Instrumentos de Avaliação/Sinalização da Pessoa Idosa em Risco de Abuso e de Comunicação das Situações**
 - f. Instrumento de Colheita de Dados Desenvolvido;
 - g. Aspetos Fundamentais para a Avaliação dos Fatores de Risco de Abuso à Pessoa Idosa;
 - h. Folhas de Identificação de Fatores de Risco de Abuso;
 - i. Ficha de Sinalização das Situações de Abuso;

j. Guião Orientador de Comunicação de Situações de Abuso às Forças da Autoridade;

6. Projeto de Estágio; Bibliografia Consultada e de Referência.