



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# Empoderar para um Envelhecimento Ativo e Saudável

Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional

Olga Fernandes Franco Rodrigues





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Olga Fernandes Franco Rodrigues  
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Empoderar para um Envelhecimento Ativo e Saudável**  
**Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional**

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Mestre Maria Cândida Cracel Viana  
Mestre Odete Maria Azevedo Alves

30 de novembro de 2022

## AGRADECIMENTOS

A concretização do presente trabalho só foi possível devido ao apoio e colaboração de várias pessoas que se mostraram sempre disponíveis.

Os meus sinceros agradecimentos à Professora Mestre Cândida Cracel Viana, orientadora deste trabalho, pela orientação e pertinência das suas observações no decurso da sua execução.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestre Odete Alves, pela disponibilidade e pelo apoio incondicional, mantendo sempre uma postura profissional, competente e empenhada em transmitir o seu saber.

Ao Professor Doutor Pedro Melo, pela disponibilidade, o *know-how* e aconselhamento dado ao longo de diversos momentos.

Um reconhecimento de gratidão à Santa Casa da Misericórdia, alvo do estudo investigativo, pela preciosa colaboração no estudo, sem o seu contributo este trabalho não seria possível.

Um agradecimento sentido também aos membros do projeto “XXXXXXXXXX + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, e à equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade onde decorreu o estágio, pela simpatia demonstrada e pelo acolhimento.

Aos meus amigos, em particular, Sandra Calheiros e Jacquelin Alves, pelo apoio e motivação em especial nos momentos mais difíceis.

E, não menos importante, o mais sincero e profundo agradecimento a minha família, por acreditar que era possível, pela força que me deu quando a mesma me faltava.

A todos que direta ou indiretamente influenciaram a elaboração deste trabalho, o meu muito obrigada!

Dedico este trabalho, às minhas estrelas, os meus avós.



“Aprende a viver como deve ser e saberás morrer com qualidade”

Confúcio (551-479 a.c.)

## RESUMO

Nas últimas décadas, na Europa, e em Portugal, o envelhecimento da população incrementou o aumento da prevalência de doenças crónicas e, por conseguinte, uma maior vulnerabilidade da população idosa, gerando situações de incapacidade e condições de saúde como a fragilidade, que pode ser prevenida, visando a autonomia, a independência e a qualidade de vida da pessoa idosa. Constituindo-se espaços de eleição para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) assumem uma importância crucial, para a prevenção da fragilidade na pessoa idosa, em colaboração com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), cuja intervenção visa a capacitação dos indivíduos e o empoderamento das comunidades para a saúde.

Partindo desta problemática, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (CMEC), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), desenvolveu-se uma investigação, ancorada no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Melo (2018). O estudo foi realizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) de uma IPSS, da área de atuação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Norte de Portugal onde se desenvolveu o ENP e decorreu entre março e agosto de 2022. Com os objetivos de “Caraterizar a fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal” e “Identificar o diagnóstico da gestão comunitária promotora do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal”, efetuou-se um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, com os residentes e os profissionais da ERPI. Para a colheita dos dados dos idosos residentes utilizaram-se: um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e a *Clinical Frailty Scale*, versão portuguesa de Pinto et al. (2021). Os dados dos profissionais foram colhidos por um questionário, alicerçado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2018) e pela Escala de Avaliação e Empoderamento Comunitário (EAveC) de Melo et al. (2020). Os procedimentos éticos foram respeitados, tendo sido obtidos as devidas autorizações e consentimentos livres e informados. Os 80 idosos residentes que integraram o estudo, tinham uma média de idades de 84,2 anos  $\pm$ 7,2 anos e 75,0% eram do sexo feminino. A grande maioria (82,5%) apresentava fragilidade e 27,5% uma fragilidade severa. A prevalência da demência era de 36,2% e destes, 79,3% apresentavam um estado grave da



doença. Os dados relativos aos profissionais revelaram défices de conhecimentos sobre fragilidade e, conseqüentemente, sobre o risco de queda, bem como sobre os recursos da comunidade. Demonstraram ainda, um *coping* comunitário não efetivo, o que incidiu no diagnóstico gestão comunitária comprometida relativamente a promoção do envelhecimento ativo e saudável, no que concerne à prevenção de complicações, como a fragilidade, nos idosos que integraram o estudo.

Posto isso, entende-se que este estudo articulado com o projeto “XXXXXXXXXX + Inclusivo para o envelhecimento ativo e saudável”, identificou os diagnósticos de enfermagem imprescindíveis no desenvolvimento do projeto promotores de ganhos em saúde sensíveis ao EEEEC, tendo a comunidade IPSS como unidade de cuidados.

Este documento constitui o relatório do ENP e apresenta a investigação desenvolvida, bem como, uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso formativo realizado na componente clínica do Mestrado que possibilitou o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (CEEEEC) na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP).

**Descritores DeCS: Enfermagem comunitária e de saúde pública; Institucionalização, Fragilidade, Envelhecimento saudável, Empoderamento para a saúde.**

## ABSTRACT

In recent decades, in Europe and Portugal, the aging of the population has increased the prevalence of chronic diseases and, therefore, a greater vulnerability of the elderly population, generating situations of disability and health conditions such as frailty, which can be prevented, aiming at the autonomy, independence and quality of life of the elderly person. As spaces of choice for the promotion of active and healthy aging, the Private Institutions of Social Solidarity (IPSS) assume a crucial importance for the prevention of frailty in the elderly, in collaboration with the Specialist Nurse in Community Nursing (EEEC), whose intervention aims at training individuals and empowering communities for health.

Based on this issue, within the scope of the Internship of a Professional Nature (ENP) of the II Master's Course in Community Nursing (CMEC), at the Escola Superior de Saúde (ESS), at the Polytechnic Institute of Viana do Castelo (IPVC), a research, anchored in Melo's Evaluation, Intervention and Community Empowerment Model (MAIEC) (2018). The study was carried out in a Residential Structure for Elderly People (ERPI) of an IPSS, in the area of operation of a Community Care Unit (UCC) in the North of Portugal where the ENP was developed and took place between March and August 2022. The objectives of “Characterize the fragility of elderly people residing in an ERPI, of an IPSS in the North of Portugal” and “Identify the diagnosis of community management that promotes active and healthy aging of elderly people residing in an ERPI, of an IPSS in the North of Portugal”, a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out with ERPI residents and professionals. To collect data from elderly residents, we used: a sociodemographic and clinical characterization questionnaire and the Clinical Frailty Scale, Portuguese version by Pinto et al. (2021). The professionals' data were collected using a questionnaire, based on the MAIEC clinical decision matrix (Melo, 2018) and the Community Assessment and Empowerment Scale (EA<sub>v</sub>EC) by Melo et al. (2020). Ethical procedures were respected, and the necessary authorizations and free and informed consents were obtained. The 80 elderly residents who participated in the study had a mean age of 84.2 years  $\pm$  7.2 years and 75.0% were female. The vast majority (82.5%) were frail and 27.5% were severely frail. The prevalence of dementia was 36.2% and of these, 79.3% had a severe disease state. Data related to professionals revealed deficits in knowledge about frailty and, consequently, about the risk of falling, as well as about community resources. They also demonstrated an ineffective community coping, which

focused on the diagnosis committed community management regarding the promotion of active and healthy aging, with regard to the prevention of complications, such as frailty, in the elderly who were part of the study.

That said, it is understood that this study articulated with the project "Alto Minho + Inclusive for active and healthy aging", identified the essential nursing diagnoses in the development of the project that promote health gains sensitive to the EEEEC, having the IPSS community as care unit.

This document constitutes the ENP report and presents the research carried out, as well as a critical-reflexive analysis on the training path carried out in the clinical component of the Master's Degree that enabled the development of the Common Skills of the Specialist Nurse (CCEE) and the Specific Skills of the Nurse Specialist in Community Nursing (CEEEEC) in the area of Community Health and Public Health Nursing (ESCSP).

**DeCS Descriptors: Community and public health nursing; Institutionalization, Fragility, Healthy aging, Empowerment for health.**

## **ACRÓNIMOS**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAvEC – Escala de Avaliação de Empoderamento Comunitário

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

ULS [REDACTED] – Unidade Local de Saúde do [REDACTED]

WHO – World Health Organization

## **SIGLAS**

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

ATC – Anatomical Therapeutic Chemical

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEEEC – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

CLDS – Contratos Locais de Desenvolvimento Social

CMEC – Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

CSP – Cuidados de Saúde Primária

DGS – Direção-Geral de Saúde

DSS – Determinantes Sociais e de Saúde

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ENP – Estágio de Natureza Profissional

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESS – Escola Superior de Saúde

ICPC – International Classification of Primary Care

IESE – Instituto de Estudos Sociais e Económicos

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

ISS – Instituto de Segurança Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

S.P.S.S. – Statistical Program for Social Sciences

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>II</b>
<b>DEDICATÓRIA</b> .....	<b>III</b>
<b>PENSAMENTO</b> .....	<b>V</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	<b>X</b>
<b>SIGLAS</b> .....	<b>XI</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>XIII</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>XVII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS</b> .....	<b>XIX</b>
<b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	<b>1</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO</b> .....	<b>5</b>
1.1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	6
1.2. A UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO DO ENP - UCC.....	8
1.3. O PROJETO “ <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> + INCLUSIVO PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL”.....	10
<b>2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
2.1. INTRODUÇÃO .....	13
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.2.1. O envelhecimento demográfico.....	15
2.2.2. A síndrome geriátrica: fragilidade, sarcopenia e quedas .....	17
2.2.3. Os determinantes do envelhecimento ativo e saudável .....	22
2.2.4. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e o empoderamento comunitário .....	25
2.2.5. O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário .....	27
2.3. METODOLOGIA .....	30
2.3.1. Questão de investigação, objetivos e finalidade.....	30
2.3.2. Tipo de estudo .....	32
2.3.3. Caraterização do contexto de estudo .....	32
2.3.4. População e amostra .....	34
2.3.5. Variáveis .....	35
2.3.6. Instrumentos de colheita de dados.....	36
2.3.7. Procedimento na colheita e tratamento de dados .....	40
2.3.8. Considerações éticas .....	42
2.4. RESULTADOS.....	44

2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.....	47
2.4.2. Categorização da fragilidade e da demência das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal .....	53
2.4.3. Identificação do nível de empoderamento comunitário da comunidade de uma IPSS do Norte de Portugal, na promoção do envelhecimento ativo e saudável.....	55
2.4.4. Avaliação do processo comunitário, participação comunitária e liderança comunitária, para a promoção do envelhecimento e saudável das pessoas que residem numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal .....	57
2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
2.6. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO .....	72
<b>3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS .....</b>	<b>75</b>
3.1. PROCESSO FORMATIVO .....	76
3.1.1. Unidade Curricular Enfermagem de Saúde Pública .....	76
3.1.2. Unidade Curricular Enfermagem Comunitária .....	80
3.1.3. Estágio de Natureza Profissional ‘.....	84
3.2. AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .	93
3.3. AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	103
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>131</b>
Anexo I – OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	132
Anexo II – <i>CLINICAL FRAILITY SCALE</i> VERSÃO PORTUGUESA (PINTO ET AL., 2021) .....	135
Anexo III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO ADAPTADA E TRADUZIDA PARA LÍNGUA PORTUGUESA E PARA AS COMUNIDADES PORTUGUESA POR MELO ET AL. (2020)...	137
Anexo IV – QUESTIONÁRIO “PROJETO DO [REDACTED] INCLUSIVO PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL- DIAGNÓSTICO COM A(S) COMUNIDADE(S) DA GESTÃO COMUNITÁRIA (MELO, 2019).....	141
Anexo V– AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.....	154
Anexo VI – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	157
Anexo VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO SOBRE DOR A UCC.....	159
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>162</b>



Apêndice I – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE AO QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA PESSOA IDOSA.....	163
Apêndice II – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE A <i>CLINICAL FRAILTY SCALE</i> VERSÃO PORTUGUESA (PINTO ET AL., 2021) .....	169
Apêndice III – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE A EA <sub>v</sub> EC (MELO ET AL., 2020) .....	171
Apêndice IV – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE AO QUESTIONÁRIO “PROJETO DO [REDACTED] INCLUSIVO PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL- DIAGNÓSTICO COM A(S) COMUNIDADE(S) DA GESTÃO COMUNITÁRIA, (MELO, 2019).....	174
Apêndice V – QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NUMA ERPI, DE UMA IPSS DO NORTE DE PORTUGAL.....	178
Apêndice VI – LISTA DOS GRUPOS DE DOENÇAS CRÓNICAS, DAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NUMA ERPI, DE UMA IPSS DO NORTE DE PORTUGAL, CONFORME A CID-10 .....	183
Apêndice VII – LISTA DOS GRUPOS FÁRMACOTERAPÊUTICOS DA MEDICAÇÃO HABITUAL DAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NUMA ERPI, DE UMA IPSS DO NORTE DE PORTUGAL, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO FÁRMACOTERAPÊUTICA DE MEDICAMENTOS EM CONCORDÂNCIA COM A ATC (PORTUGAL, 2014).....	185
Apêndice VIII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO, ADAPTADA E TRADUZIDA PARA LÍNGUA PORTUGUESA E PARA AS COMUNIDADES PORTUGUESAS POR MELO ET AL., (2020), ADAPTADA A COMUNIDADE IPSS.....	187
Apêndice IX – APRESENTAÇÃO DA EA <sub>v</sub> EC ADAPTADA A COMUNIDADE IPSS, EM FORMATO <i>POWER-POINT</i> .....	191
Apêndice X – QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO DA EA <sub>v</sub> EC AOS PROFISSIONAIS DA IPSS .....	201
Apêndice XI– CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES DA MATRIZ DE DECISÃO CLÍNICA DO MAIEC .....	204
Apêndice XII – MATRIZ EISENHOWER CONFORME OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM 2021, NA POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	207
Apêndice XIII – ATIVIDADE 1: DIVULGAÇÃO DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA NOS IDOSOS FRÁGEIS INSCRITOS NA USF.....	209
Apêndice XIV – ATIVIDADE 2: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO AS COMUNIDADES .....	211
Apêndice XV – ATIVIDADE 3: AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA GESTÃO COMUNITÁRIA AS COMUNIDADES .....	213

Apêndice XVI – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA APLICADA A UCC .....	215
Apêndice XVII – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	218
Apêndice XVIII– GUIÃO DA VISITA NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR.	221
Apêndice XIX– SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR”, INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONHECIMENTO SOBRE A DOR.....	223
Apêndice XX – PLANO 1 DE SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR” .....	225
Apêndice XXI– SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR”, DIVULGAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONHECIMENTO SOBRE A DOR .....	227
Apêndice XXII – PLANO 2 DA SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR” .....	231
Apêndice XXIII – AGENDA DE REUNIÃO “GESTÃO DO INDICADOR: PROPORÇÃO DE UTENTES COM GANHOS EXPRESSOS NO CONTROLO DA INTENSIDADE DA DOR”.....	233
Apêndice XXIV – “GESTÃO DO INDICADOR:PROPORÇÃO DE UTENTES COM GANHOS EXPRESSOS NO CONTROLO DA INTENSIDADE DA DOR” .....	235

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o número de doenças crónicas.....	49
Gráfico 2 – Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o grupo de classificação de doença (CID-10) .....	50
Gráfico 3 - Distribuição dos idosos residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o grupo farmacoterapêutico .....	51
Gráfico 4 - Distribuição dos idosos residentes numa ERPI de uma IPSS no Norte de Portugal, segundo a escala numérica da Dor.....	52
Gráfico 5 - Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a categoria da fragilidade .....	54
Gráfico 6 - Distribuição das pessoas idosas com demência residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o grau de demência .....	54
Gráfico 7 - Nível de empoderamento comunitário da comunidade de uma ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, na promoção do envelhecimento ativo e saudável.....	56
Gráfico 8 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o tempo de serviço na IPSS.....	58
Gráfico 9 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção da influencia dos nutrientes no fortalecimento da massa muscular .....	59
Gráfico 10 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção sobre a prevalência da síndrome da fragilidade .....	60
Gráfico 11 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção sobre as quedas e as causas de morte por acidente nas pessoas idosas .....	60
Gráfico 12 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção sobre o medo de cair no idoso .....	61
Gráfico 13 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua motivação em participar no projeto .....	62
Gráfico 14 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a perceção da existência de parcerias na IPSS .....	63

Gráfico 15 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da existência de comissão/grupo de trabalho na IPSS .....	63
Gráfico 16 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da existência de meio de comunicação na IPSS relacionado com o envelhecimento ativo e saudável .....	64
Gráfico 17 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da avaliação do risco de queda no idoso, com um instrumento específico, na IPSS.....	65
Gráfico 21- Deficits de conhecimentos sobre a Dor, da equipa de enfermagem da UCC onde decorreu o estágio, 04/2022 .....	89
Gráfico 22 - Distribuição dos utentes não cumpridores, no indicador "Proporção de utentes com ganhos no controlo da Dor", por motivo do incumprimento (S.Clínico, UCC onde decorreu o estágio, 02/2022).....	91

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

### Figuras

Figura 1 - Os determinantes do envelhecimento ativo.....	23
--	----

### Tabelas

Tabela 1 - <i>Clinical Frailty Scale</i> versão portuguesa resultados do Teste-Reteste, realizado as pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal (2022)...	46
Tabela 2 - Resultados de confiabilidade da <i>Clinical Frailty Scale</i> versão portuguesa, aplicada as pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS, do Norte de Portugal	46
Tabela 3 - Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS no Norte de Portugal, segundo as características sociodemográficas (n=80) .....	48
Tabela 4 – Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS no Norte de Portugal, segundo as características do sono (n=80) .....	53
Tabela 5 - Moda, valor mínimo e valor máximo por cada domínio da EAvEC.....	55
Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a categoria profissional .....	57

**INTRODUÇÃO GERAL**

A importância e a complexidade das intervenções dos enfermeiros, assim como o desenvolvimento da profissão, refletem uma crescente diferenciação e especialização por parte destes profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) ENP, integrada no plano de estudos do II CMEC, da ESS, do IPVC (Despacho n.º 2598/2021). O ENP decorreu entre 01 de março e 31 de agosto de 2022, UCC do Norte de Portugal, totalizando 430 horas.

O ENP representa uma experiência privilegiada de integração e mobilização dos conhecimentos teóricos lecionados nas UC do CMEC, e de desenvolvimento de competências na prática clínica, visando obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP.

O regulamento n.º 348/2015 que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, espera que “o enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública: (...) participe, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade” (p.16482).

Neste âmbito, considera-se oportuno, o desenvolvimento das competências especializadas junto de uma IPSS, no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável, integrando o projeto “XXXXXXXXXX + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” que envolve a unidade prestadora de cuidados onde decorre o ENP. Além disso, permite de certa forma, dar continuidade ao trabalho desenvolvido nas UC – Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária – que integram o plano de estudos do II CMEC da ESS do IPVC. Salienta-se ainda, como motivação acrescida, a experiência profissional da mestranda, no contexto de uma ERPI.

Alicerçados com as CEEEEEC, na área de ESCSP, estipuladas no Artigo 2.º, do Regulamento n.º 428/2018, enunciam-se os seguintes objetivos de estágio, articulados com os objetivos elencados na UC - ENP (Anexo I):

- Desenvolver as CCEE e as CEEEEEC na área de ESCSP;
- Realizar um trabalho de investigação;

- Prestar e gerir cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP;
- Integrar um projeto comunitário da unidade prestadora de cuidados onde se realiza o ENP, alicerçado nos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Identificar o estado de saúde de uma comunidade (IPSS), aplicando as etapas do planeamento em saúde;
- Contribuir para a capacitação das pessoas idosas e profissionais de uma ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, para a prevenção da fragilidade;

Pretende-se, com este relatório, efetuar uma análise crítica sobre a aquisição e mobilização de saberes teóricos e práticos, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados em enfermagem comunitária na área da saúde comunitária e da saúde pública, da gestão dos cuidados e serviços de saúde/enfermagem, da formação contínua, da investigação, da deontologia e da ética. É ainda propósito da mestranda, dar a conhecer as atividades desenvolvidas no âmbito dos ensinamentos clínicos, que evidenciem o desenvolvimento de CCEE, bem como, o processo de aquisição das CEEEC.

Este documento encontra-se estruturado em três partes. A primeira caracteriza a unidade prestadora de cuidados onde decorreu o ENP e os outros ensinamentos clínicos efetuados no âmbito do II CMEC dando-se ênfase a um dos projetos que a UCC desenvolve em parceria com outras entidades, o projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, que se articula com a investigação desenvolvida pela mestranda.

A segunda parte dá a conhecer o trabalho de investigação e é composta pelo enquadramento teórico, onde é abordado o envelhecimento demográfico, as síndromes geriátricas tal como a fragilidade, a sarcopenia e as quedas, o conceito de envelhecimento ativo e saudável, os determinantes sociais e de saúde (DSS) e o empoderamento comunitário. Para uma melhor compreensão do percurso efetuado, descrevemos o MAIEC, de Melo (2018). Segue-se o estudo empírico, explanando as opções metodológicas adotadas na realização do estudo e os procedimentos de recolha e análise dos dados. Continuamente, vem a exposição dos resultados, com a caracterização dos idosos, a nível sociodemográfico e fragilidade. Também são revelados o nível de empoderamento comunitário e o diagnóstico de gestão comunitária da IPSS. Finalmente, são discutidos os resultados, apresentadas as conclusões mais relevantes do estudo,



incluindo as limitações sentidas no decurso da investigação, e referidos os contributos para a prática profissional.

Na última parte, analisa-se o processo formativo e o desenvolvimento das CCEE, bem como o desenvolvimento das CEEEC na área de ESCSP, descrevendo refletidamente, as intervenções desenvolvidas na área da gestão, formação, investigação e prestação de cuidados em contexto da prática clínica.

Os nomes das Instituições que integraram a investigação desenvolvida no ENP foram omitidos para garantir o seu anonimato.

Este relatório foi redigido de acordo com as orientações para elaboração e apresentação de trabalhos científicos da ESS do IPVC (IPVC, 2021).

**1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO  
ESTÁGIO**

Os estágios baseiam-se numa profunda relação dialética entre os saberes teóricos adquiridos em contexto académico e os saberes que emanam do contexto da prática clínica. Assim as UC de ensino clínico, articuladas com as diversas UC, teóricas promovem uma formação integral e integrada indispensável à aquisição e ao desenvolvimento das CCEE, bem como o desenvolvimento das CEEEC na área de ESCSP.

### 1.1. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Declaração de Alma-Ata adotada em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primária (CSP) foi considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção primária em saúde. Desde então a World Health Organization ([WHO], 1978), defende que os CSP “fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade” (p.3).

Em Portugal, o Programa do XVII Governo Constitucional reconhece a importância dos CSP, pelas suas funções de promoção da saúde e prevenção da doença, além da prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Despacho n.º 10143/2009).

Efetivamente, os CSP constituem cuidados essenciais, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade, através da sua participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. São prestados, o mais próximo possível, onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo os primeiros elementos de um processo contínuo de atenção à saúde (WHO, 1978).

Vistos como uma forma de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde e o bem-estar das populações no futuro, os CSP, constituem uma forma altamente eficaz e eficiente de abordar as principais causas e fatores de riscos da falta de saúde e bem-estar, bem como, de reduzir as despesas totais com a saúde, melhorando a eficiência dos cuidados, como na redução dos internamentos hospitalares (WHO, 2021).

Esses cuidados são, em Portugal, desenvolvidos por unidades funcionais que integram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), serviços públicos que garantem a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Criados pelo Decreto-Lei 28/2008, os ACeS dispõem de uma autonomia administrativa e de um conjunto de unidades prestadoras de cuidados de saúde, em constante articulação entre elas e integram:

- Unidades de Saúde Familiar (USF) - estruturas elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares;
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - estruturas idênticas às USF que prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos;
- UCC – estruturas que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção;
- Unidades de Saúde Pública (USP) – estruturas que funcionam como observatórios de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integram, competindo-lhes, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde;
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados – estruturas que prestam serviços de consultoria e assistenciais às restantes unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

Também pode beneficiar de outros serviços julgados necessários. Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional que dispõe de autonomia organizativa e técnica, e assegura uma intercooperação entre unidades.

Nos CSP é dado ênfase ao trabalho em equipa e parceria, conjugando os esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo. Quanto aos enfermeiros, pela natureza dos CSP que prestam, atuam adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais (Regulamento n.º 348/2015).

## 1.2. A UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO DO ENP - UCC

A mestranda desenvolveu as três UC da prática clínica, do plano de estudos do II CMEC, Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Comunitária e ENP, na mesma unidade de saúde, numa UCC do Norte de Portugal, para dar continuidade a um projeto cuja população alvo é constituída pelas pessoas idosas frágeis.

Conforme referido anteriormente, uma UCC é uma unidade funcional com autonomia organizativa, funcional e técnica que integra um ACeS. Os cuidados de saúde que presta têm um âmbito domiciliário e comunitário abrangendo as pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou de doença que exija um acompanhamento próximo (Despacho n.º 10143/2009). A sua equipa deve ser composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, podendo ainda, integrar outros profissionais considerados necessários. Também compete às UCC constituir uma equipa de cuidados continuados integrados. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (Despacho n.º 10143/2009).

A área de abrangência da UCC é de 184,76 km<sup>2</sup>, integrando 17 freguesias e 11049 habitantes. A sua população é considerada muito envelhecida, tendo em conta que apresentava, em 2021, um índice de envelhecimento de 248,4, valor superior ao da região norte (184,1) e a Portugal (167,0) (Portugal, 2021).

A UCC funciona nos dias uteis entre as 8 horas e as 20 horas e ao fim de semana e feriados das 9 horas às 16 horas. Tal como legislado, dispõe de uma equipa multiprofissional e interdisciplinar, incluindo uma equipa de cuidados continuados integrados. A equipa é constituída por dez enfermeiros (dois especialistas em enfermagem comunitária – um deles mestre em saúde pública, um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, um especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, um especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, dois especialistas em enfermagem de reabilitação e três enfermeiros de cuidados gerais - um com pós-graduação em cuidados paliativos), e por outros profissionais que exercem em tempo parcial - um médico especialista em medicina geral e familiar, um assistente social, um fisioterapeuta, um terapeuta da fala, um psicólogo, um nutricionista e um assistente técnico (UCC ■■■, 2017). Conforme o decreto-lei n.º 28/2008, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACeS do

Serviço Nacional de Saúde, a UCC é coordenada por uma enfermeira especialista, que também detém o grau de mestre em saúde pública.

A carteira de serviços desta UCC integra os seguintes programas e projetos:

- Cuidados Continuados Integrados;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – “Respirar Bem, Viver Melhor”;
- Plano de Investigação-Ação nas Demências;
- Saúde das Pessoas Idosas Frágeis;
- Gestão integrada da Doença crónica;
- Não à diabetes;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- Prevenção de Acidentes – “Vive a tua vida, sempre em segurança”;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de [REDACTED];
- Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis – Grupo para a Promoção da Saúde;
- Cuidados Paliativos em Contexto Comunitário;
- Rede Social – Conselho Local de Ação Social;
- Rendimento Social de Inserção;
- Saúde Escolar – “Comunidade escolar mais saudável”;
- Saúde Infantil;
- Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas - Prevenção e Controlo de Problemas Ligados ao Álcool;
- Saúde Oral;
- Saúde Reprodutiva – “Ser pais, um compromisso para a vida”; e
- [REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável

O “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” é o projeto onde se insere a investigação que realizamos pelo que será dado a conhecer no próximo subcapítulo.

### 1.3. O PROJETO “██████████ + INCLUSIVO PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL”

Como já referido, a carteira de serviço da UCC onde foi desenvolvido o ENP integra o projeto de investigação-ação intitulado: “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”. Este projeto constitui uma das operações dos “Projetos inovadores/experimentais na área social – Projetos Inovadores da Inclusão Social de âmbito Territorial” e tem como objetivo geral “promover a inclusão social no ██████████ através da dinamização de iniciativas de inovação e experimentação social e de animação territorial”, procurando dar resposta às debilidades referenciadas no território. Assenta num modelo de parcerias que envolve a Comunidade Intermunicipal do ██████████, a ULS ██████, E.P.E. e municípios do ██████████ (Comunidade Intermunicipal do ██████████, 2022).

Proposto em 2019 ao Conselho de Administração da ULS ██████, E.P.E., o projeto de investigação-ação “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” cuja implementação foi retardada pelo contexto pandémico da Covid19, pretende promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenindo complicações como a fragilidade, a sarcopenia e o risco de queda na população idosa, intervindo numa fase inicial, em quatro IPSS do ██████████ que assinaram com a ULS ██████, E.P.E. o protocolo de colaboração e parceria no âmbito deste projeto. Composto por uma equipa multidisciplinar, conta com a parceria do projeto MAIEC do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Universidade Católica do ██████, com a ESS do Instituto Politécnico do ██████, especificamente no contexto da Fisioterapia e com a ULS ██████, E.P.E., nomeadamente no contexto da Nutrição, Unidade de Dor, e UCC e ainda uma psicóloga, que também integra a equipa da IPSS alvo da investigação.

A metodologia de investigação-ação “caracteriza-se por se centrar num problema, num contexto específico, ser participativa e envolver intervenção no contexto da mudança, com o objetivo de gerar melhores resultados” (Vilelas, 2020, p.292).

Neste sentido, o projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” é composto por duas etapas. A primeira consiste em realizar um diagnóstico de saúde da comunidade IPSS, à totalidade dos idosos residentes e aos profissionais, para numa segunda

etapa, ser desenvolvido um programa de intervenção, com o objetivo de obter ganhos em saúde na população idosa, sensíveis aos cuidados multidisciplinares.

Para tal o projeto pretende realizar uma caracterização multifactorial dos idosos, a nível sociodemográfico e clínico, incluindo a avaliação do sono, da dor, da fragilidade e da sarcopenia, que foi desenvolvida pela mestrandia. Pretende ainda, avaliar a nutrição, a literacia em saúde, a ansiedade e depressão, a qualidade de vida, e o estado mental dos idosos, realizado pelos membros do projeto. No que concerne os profissionais, o projeto pretende identificar o empoderamento comunitário das IPSS aplicando a EAveC traduzida e adaptada por Melo et al. (2020), bem como identificar o diagnóstico da gestão comunitária das IPSS, seguindo o MAIEC criado por Melo (2018) que também é membro do projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”. É de salientar o seu grande contributo no projeto, pela sua participação num nível macro, na avaliação do empoderamento comunitário da Comunidade Intermunicipal do ██████████, envolvendo autarquias, Segurança Social, IPSS e ULS ██████████, EPE; e pela sua colaboração na construção dos instrumentos para aplicar o protocolo MAIEC (Melo 2020, 2021).

Ancorado neste projeto, desenvolveu-se este trabalho de investigação intitulado “Empoderar para um Envelhecimento Ativo e Saudável”, apresentado no próximo capítulo.



## **2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

## 2.1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa e da sua longevidade além de aumentar a prevalência de doenças crónicas e, conseqüentemente, um acréscimo em cuidados e gastos em saúde, reflete uma perda de qualidade de vida tanto individual como familiar (Portugal, 2018; WHO, 2015), bem como, compromete o conforto dos mesmos. Assim, com tradução significativa no desenvolvimento socioeconómico dos países, envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva.

O envelhecimento é definido no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, como o “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Portugal, 2006, p.5).

Nesta perspetiva, é crucial, investir na promoção do envelhecimento ativo, em todos os ciclos da vida, tendo em conta que a maioria das doenças enfrentadas por pessoas mais velhas, podia ser limitada ou retardada com a adoção de comportamentos saudáveis (Portugal, 2018).

Perante a sua área de atuação, o EEEEC na área da ESCSP, têm um papel fundamental na resolução desta problemática, uma vez que detêm

um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (Regulamento n.º 128/2011, p. 8667).

Face à realidade apresentada, a promoção do envelhecimento ativo e saudável é uma dimensão que exige, hoje mais do que nunca, particular atenção e uma intervenção de enfermagem continua e eficiente.

Para tal, as IPSS, representam um contexto de eleição, assumindo um papel de extremo relevo nesta problemática sendo que através das ERPI, dispensam aos idosos, atividades de apoio social e cuidados de enfermagem, entre outros (Portaria n.º 67/2012; Portugal, 2017).

Porém as pessoas idosas que vivem em ERPI tendem a apresentar síndromes geriátricas, como a fragilidade, a sarcopenia e as quedas, mais frequentes e com maior gravidade, do que nas pessoas idosas vivendo na comunidade (Laíns, 2014). A fragilidade relacionada com a idade constitui um verdadeiro entrave ao envelhecimento ativo e saudável, levando a incapacidade física e cognitiva, quedas, hospitalização e morte (Baptista, 2019). Apesar do grande impacto que representam a nível social e individual, as síndromes geriátricas continuam a ser subvalorizadas, insuficientemente avaliadas, mesmo perante a evidência clínica, que reconhece a obtenção de melhorias nos idosos diagnosticados e tratados conforme a síndrome. Além disso, a desadequação das infraestruturas e modelos organizacionais face ao trabalho interdisciplinar indispensável para elaborar um diagnóstico, constitui uma barreira considerável à sua prevenção (Duque, 2014). Neste contexto, considera-se de extrema relevância investir em ferramentas indispensáveis para a promoção da saúde e, conseqüentemente, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, como o empoderamento comunitário de forma a aumentar as capacidades das comunidades destas instituições, em enfrentar esta problemática.

Desta forma, perante a escassez da investigação destas síndromes geriátricas em idosos institucionalizados no território nacional e na expectativa de poder intervir através de um plano de intervenção, na prevenção e progressão destas condições de saúde, promovendo o envelhecimento ativo e saudável, desenvolveu-se uma investigação, numa ERPI, de uma IPSS que é abrangida pela UCC onde foi realizado o ENP. Este estudo de investigação intitulado “Empoderar para um envelhecimento ativo e saudável” está integrado ao projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” que é desenvolvido por vários parceiros, entre eles a UCC e tem como suporte teórico o MAIEC.

Neste âmbito, e tendo como questões de partida “Qual o perfil da fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal?”, bem como, “Qual o diagnóstico da gestão comunitária promotora do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal?” e como objetivos “Caraterizar a fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal” e “Identificar o diagnóstico da gestão comunitária promotora do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal”, efetuou-se um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, com amostras de 80 idosos residentes e 50 profissionais de uma ERPI, de

uma IPSS do Norte de Portugal. Os resultados mostraram que para os idosos residentes, a grande maioria (82,5%) apresentava fragilidade e 27,5% uma fragilidade severa. A prevalência da demência era de 36,3% e destes, 79,31% apresentavam um estado grave da doença. Os dados relativos aos profissionais revelaram défices de conhecimentos sobre fragilidade e sobre os recursos da comunidade, assim como um *coping* comunitário não efetivo, o que incidiu no diagnóstico gestão comunitária comprometida relativamente à promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne à prevenção de complicações como a fragilidade das pessoas idosas residentes na ERPI, da IPSS alvo do estudo.

Este relatório de investigação está dividido em três partes. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico, que fundamenta a problemática da investigação, englobando conceitos, como o envelhecimento demográfico, as síndromes geriátricas consideradas como entraves ao envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas, especificamente, das pessoas institucionalizadas, para depois abordar o conceito de empoderamento comunitário, alicerçado ao MAIEC. A segunda parte aborda a metodologia utilizada para construção do projeto de investigação, incluindo o tipo de estudo, as variáveis utilizadas, a seleção da amostra, a escolha e descrição dos instrumentos de recolha de dados, e as considerações éticas. Por fim, na terceira parte, são apresentados e discutidos os resultados, assim como os contributos e limitações para a prática, a investigação, a gestão em enfermagem e a formação.

## 2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os estudos de investigação não se baseiam exclusivamente nos dados obtidos na realidade, recorrem a um marco teórico (Vilelas, 2020). Desta forma emana neste capítulo a identificação da evidência científica relativa a problemática da investigação, através de uma revisão da literatura.

### 2.2.1. O envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população associado ao aumento da esperança média de vida são considerados frutos de progressos aos vários níveis: económicos, sociais e biomédicos (Decreto-Lei nº 101/2006).

Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em média, a população com idade superior ou igual a 65 anos, quase duplicou nas últimas décadas, passando de menos de 9,0% em 1960 para 17,3% em 2019. Esta parcela da população deverá continuar a aumentar nas próximas décadas, passando para 26,7% em 2050, em todos países membros da OCDE. Em Portugal, calcula-se que a população idosa que excederá um terço em 2050. Dentro dessa faixa etária, as expectativas também apontam para um aumento considerável de pessoas com idade avançada (80 anos e mais). Estima-se que entre 2019 e 2050, as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos vai mais do que duplicar nos países membros da OCDE, passando de 4,6% para 9,8%, sendo que em Portugal, mais de uma em cada oito pessoas terá 80 anos ou mais (OCDE & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Efetivamente, a esperança média de vida em Portugal, supera a da União Europeia. Em 2021, a esperança média de vida dos portugueses foi de 81,2 anos, enquanto a União Europeia apresentava uma media de 80,1 anos. Além disso, o acréscimo da esperança média de vida dos portugueses é notável comparando com a média do ano de 2000 que era de 76,8 anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Este fenómeno favorece a prevalência de pessoas idosas na população em geral. Em Portugal, em 2020, a população idosa, correspondia a 22,3% do total da população portuguesa e o índice de envelhecimento era de 165,1, o que traduz um envelhecimento da população superior ao da União Europeia, que apresentava um índice de envelhecimento de 137,2 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Contudo, apesar de representar uma “vitória”, este fenómeno não deixa de tornar-se uma problemática para o domínio da saúde pública. As novas necessidades desta população envelhecida requerem da sociedade uma resposta social e de saúde, de forma a colmatar as carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com incapacidade funcional, doenças crónicas e em fim de vida (Decreto-Lei nº101/2006). Conclui-se que os portugueses vivem mais, mas, por outro lado, a saúde fica aquém.

Efetivamente, no triénio terminado em 2019, Portugal apresentava uma expectativa de vida para uma pessoa com 65 anos de 19,61 anos, enquanto a expectativa de número de anos de vida saudável era bastante menor: 7,3 anos. Em contrapartida, na União Europeia esta expectativa de número de anos de vida saudável aos 65 anos era de 10,3 anos, o que

colocava Portugal no oitavo lugar em comparação com os outros países da União Europeia (Portugal, 2021).

### **2.2.2. A síndrome geriátrica: fragilidade, sarcopenia e quedas**

O envelhecimento desenvolve-se ao longo da vida, antes mesmo do nascimento e constitui um processo progressivo que altera a estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Portugal, 2006). Aos processos do envelhecimento sobrepõem-se processos patológicos múltiplos, como doenças não transmissíveis, “no entanto, não existem patologias específicas dos idosos, mas sim formas de apresentação diferentes nesta população”, conhecidas como síndromes geriátricas (Silva & Silva, 2021, p.22).

Estas síndromes constituem um conjunto de condições de saúde frequentes nos idosos, como o défice visual, auditivo, a iatrogenia, a insónia, a dor, a deterioração cognitiva, a depressão, a desidratação, a malnutrição, as quedas, a sarcopenia e a fragilidade entre outras. Estas condições de saúde desenvolvem-se com a presença de doenças crónicas, doenças agudas e como estão interligadas, conduzem ao aparecimento de outras síndromes (Duque, 2014).

Potencialmente responsáveis por uma elevada morbilidade e mortalidade, as síndromes geriátricas nos idosos internados estão associadas a ocorrência de eventos adversos, como a perda da capacidade funcional e da autonomia, o prolongamento do internamento, a institucionalização, em particular na fragilidade e na sarcopenia que aumentam o risco de quedas, distúrbios de mobilidade, necessidade de cuidados prolongados e morte (WHO, 2020). Contudo, mediante a história clínica, o exame físico da pessoa, a utilização de escalas de medidas validadas, estas síndromes podem ser identificadas, e na maioria dos casos prevenidas ou tratadas, através de intervenções individualizadas, integradas e interdisciplinares tendo em conta o seu caráter multifatorial (Duque, 2014).

#### A Síndrome geriátrica da fragilidade

A síndrome geriátrica de fragilidade representa um declínio no funcionamento em vários sistemas fisiológicos, que aumenta a vulnerabilidade da pessoa idosa, a estímulos agressores, aumentando a probabilidade de um declínio súbito do estado de saúde da pessoa (Terra, 2020). As alterações dos sistemas fisiológicos favorecem o declínio físico,

cognitivo e funcional que conduzem respetivamente, a incapacidade física, cognitiva e funcional (Baptista et al., 2019).

Segundo Pinto (2021),

o doente frágil corresponde a uma pessoa geralmente idosa, com multimorbilidade, com um estado de saúde instável e frequentemente incapacitada, cujas necessidades de cuidado são determinadas, entre outros fatores, às doenças crónicas, às situações sociofamiliar, económica e ambiental, à acessibilidade a serviços de saúde, à ocupação do tempo livre. (p.389)

Trata-se de um conceito complexo e multifacetado, cujo impacto é notável a vários níveis: a nível individual, aumentando o risco de doenças, quedas, lesões, limitações, incapacidades, institucionalizações e mortes; e a nível socioeconómico, aumentando os custos para os sistemas de saúde e Segurança Social devido ao risco de institucionalização/hospitalização e a necessidade de cuidadores (Baptista et al., 2019; Gruner et al., 2014; Pinto, 2021).

Com uma prevalência em torno de 10% em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2015), a ocorrência da fragilidade aumenta com a idade, sendo que cerca de 30% das pessoas com idade superior a 90 anos apresentam fragilidade. Associa-se frequentemente à solidão (Pinto & Pinto, 2021), e é mais comum em mulheres de baixo nível educacional, com presença de invalidez e doenças crónicas. Efetivamente estima-se que haja mais idosos frágeis com doenças crónicas que sem doenças crónicas, 25% com uma doença crónica *versus* 7% sem doença crónica (Gruner et al., 2014) e, em contexto de cuidados de longa duração, a fragilidade tende a aumentar, atingindo 80% dos idosos (Topinková, 2008).

Vários estudos encontraram relações entre a fragilidade e certas doenças crónicas, como anemia, hipertensão arterial, doença renal crónica, diabetes, osteopenia, fraturas, quedas, doenças orais, alterações cognitivas, doença de Parkinson, alterações do sono e depressão (Gruner et al., 2014).

Contudo, não existe uma definição única, nem uma medida padrão e consensual para avaliar a fragilidade, dificultando a uniformização da sua identificação, prevalência e tratamento (Baptista et al., 2019; Grunet et al., 2014; Pinto, 2021). No entanto “Há evidência clínica que, identificar os idosos com fragilidade e pré fragilidade, melhora os resultados clínicos” (Pinto, 2014, p.173). O grande potencial de reversibilidade desta

síndrome requer atitudes/ações preventivas primárias, secundárias, assim como terciárias através de medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Perante esta realidade, a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria e a WHO, promoveram em 2012, recomendações para a sua prevenção. Consta nessas recomendações, a necessidade de realizar testes de rastreio para identificar as pessoas frágeis, prioritariamente as pessoas com 70 anos ou mais e com perda involuntária de peso ( $\geq 5\%$ ) em consequência de doenças crónicas. Também é dado ênfase à prevenção e ao tratamento da fragilidade através de modalidades específicas, como a atividade física, suplementação proteica e de vitamina D e redução da polimedicação (Pinto, 2014).

Efetivamente, as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento provocam alterações farmacocinéticas, como a diminuição da função renal e hepática que aumentam o risco de reações adversas, como as quedas (Pinto, 2014; Gruner et al., 2014; Laíns et al., 2014; Pimentel, 2014). Sabe-se ainda, de acordo com Lains et al. (2014) que “O idoso medicado com mais de quatro fármacos apresenta um risco aumentado em nove vezes de apresentar défices cognitivos e, conseqüentemente, risco de queda” (p. 346), sobretudo quando se trata de medicamentos com ação no sistema nervoso central, tal como antidepressivos, benzodiazepinas, anti psicóticos ou relaxantes musculares. Assim, o controlo da doença e prevenção da síndrome deve orientar a decisão clínica em iniciar ou suspender a terapêutica (Gruner et al., 2014).

Relativamente à atividade física, vários estudos demonstraram que uma atividade física regular melhora os marcadores da fragilidade, assim como a mobilidade, a marcha, o bem-estar geral e a diminuição da ocorrência de quedas. Atua de forma a evitar, retardar e tratar uma componente chave no desenvolvimento da fragilidade: a sarcopenia (Gruner et al., 2014; Pinto, 2014).

#### A síndrome de sarcopenia

A sarcopenia, também descrita como síndrome geriátrica, caracteriza-se pelo declínio da força e massa muscular. Assim, a partir de exercícios físicos, nomeadamente exercícios de resistência, o metabolismo do tecido muscular é estimulado, retardando o seu desenvolvimento (Cruz-Jentoft, 2010; Santos, 2014). Contudo, o balanço só é positivo se for associado a um regime alimentar adequado. De facto, a sarcopenia induzida pelo défice de proteínas, resultante de um desequilíbrio entre síntese e degradação das proteínas do sistema músculo-esquelético, responde muito bem à ingestão alimentar de



proteínas (Santos, 2014; Gruner, 2014). Deste modo, o aporte nutricional é fundamental na prevenção desta síndrome, contudo não suficiente, tendo em conta que a atividade física aumenta a sensibilidade anabólica dos músculos à ingestão de proteínas alimentares (Baptista, 2019; Santos, 2014). No que concerne a Vitamina D, o seu défice pode provocar alterações da função neuromuscular e, como tal, alterações da força muscular. A sua suplementação atua a vários níveis, como ao nível neuro motor e músculo-esquelético, melhorando a atenção, o humor e funções executivas das pessoas idosas. Desta forma a ingestão de 800UI/dia nos idosos com deficiência em vitamina D, é recomendado, permitindo prevenir a sarcopenia e, conseqüentemente, a fragilidade e reduzir o risco de quedas (Laíns et al., 2014).

Neste contexto, o papel dos CSP é fundamental na prevenção da sarcopenia e, por consequência, da fragilidade, identificando os idosos que possam ter risco de desenvolver esta síndrome, através de uma avaliação multidisciplinar, recorrendo a vários instrumentos de avaliação e intervindo sobre os fatores de risco como a inatividade, o sedentarismo, o aporte nutricional inadequado e as doenças, de forma a prevenir a sua progressão e as suas consequências, como as quedas (Pinto, 2014).

#### A síndrome das quedas

As quedas representam umas das consequências mais significativas da fragilidade e da sarcopenia. Estima-se que um terço das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos caem, pelo menos, uma vez por ano, com a frequência e severidade das quedas a aumentar com a idade e o nível de fragilidade. As quedas constituem a principal causa de morte acidental nas pessoas idosas, correspondendo a 40% das mortes por acidente e ocupam o 5º lugar entre as causas mais importantes de morte das pessoas idosas (Baptista et al., 2019). Originam danos físicos, psicológicos e sociais que se traduzem num importante problema de saúde pública (Laíns et al., 2014). Além das lesões físicas, que ocorrem em 40 a 60% das quedas, das quais um terço necessita de internamento, o medo de cair contribui para a diminuição das atividades de vida diária, do aumento da depressão, assim como do isolamento social (Baptista et al., 2019; Laíns et al., 2014).

Mas o medo de cair também condiciona uma marcha insegura, que por si, predispõem a recorrência de quedas. Nesta linha de pensamento, entende-se que as doenças que afetam o controlo postural, a força muscular, a mobilidade articular e a visão, tendem a aumentar o risco de queda. Assim destacam-se como fatores de risco, as doenças do foro

neurológico, como a demência, o parkinsonismo, a síndrome vertiginosa, o acidente vascular cerebral; as doenças oftalmológicas como glaucomas, cataratas e as doenças músculo-esqueléticas como as osteoartroses habitualmente associadas à dor (Laíns et al., 2014).

É de salientar que a população idosa apresenta uma elevada prevalência de dor, sendo a dor crónica mais frequente, e que pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. Estima-se que 50% dos idosos que vivem na comunidade sofrem de dor crónica em relação a 83% dos idosos que vivem em lares. A dor tende a ser multifocal e multifatorial, com grau de intensidade de moderada a intensa e duração de vários anos. Pode conduzir a uma série de consequências negativas, tal como a depressão, instabilidade da marcha, perda da capacidade funcional, risco de polimedicação, insónia, entre outras (Portugal, 2010; Pimentel, 2014).

A insónia também representa um risco de queda, em particular noturna, para a população idosa. O acordar noturno, por exemplo devido à noctúria, encontrando-se o idoso mais sonolento, menos atento e com lentidão motora, propicia a ocorrência de queda (Paiva & Nunes, 2014). Afeta cerca de 30% dos idosos com mais de 65 anos (Buysse, 2004) sendo mais frequente nas mulheres. Multifatorial, a insónia é frequentemente associada à depressão, mas também se destacam outras patologias mais prevalentes, como a insuficiência cardíaca, doenças respiratórias, artroses ou artrites, hipertiroidismo, refluxo gastro esofágico, hiperplasia benigna da próstata, Parkinson, Alzheimer. Além disso, inúmeros medicamentos têm interações com o sono, destacam-se os antidepressivos e neurolépticos que aumentam a sonolência diurna e afetam o desempenho e, especificamente as benzodiazepinas que induzem alterações de memória, sonolência diurna, dependência e aumento do risco de quedas (Paiva & Nunes, 2014). É de realçar que na pessoa idosa, o sono sofre modificações significativas, sendo que as horas totais de sono em 24h mantêm-se, mas são distribuídas no período noturno e diurno. Existe uma necessidade de sesta, com duração aproximada a 1,5h, e uma diminuição do sono noturno para cerca de 5,5 horas. Ou seja, estas alterações consideradas “normais” para esta faixa etária, podem induzir a sensação de insónia, pelo facto do idoso passar mais horas acordado no leito (Paiva & Nunes, 2014; Simões 2021).

A estes fatores biológicos associam-se os fatores comportamentais como o consumo de álcool, a inatividade física, o uso de calçado inadequado, subir bancos instáveis, não utilizar iluminação noturna; os fatores relacionados com o ambiente, por exemplo

pavimento em mau estado, a presença de tapetes ou obstáculos no chão, escadas com degraus altos ou sem corrimão, uma baixa iluminação; e a nível socioeconómico, o baixo nível de escolaridade, uma habitação inadequada, a falta de recursos comunitários, o acesso limitado aos cuidados, a fraca interação social (Baptista et al.,2019; Laíns et al., 2014). Assim, a queda é multifatorial e aumenta com a associação à idade e em idosos institucionalizados (Laíns et al.,2014).

Conclui-se que promover o envelhecimento ativo e saudável na população idosa, através da prevenção de síndromes geriátricas como a queda, a sarcopenia e a fragilidade exige dos profissionais de saúde, avaliar, controlar e reduzir os fatores de risco potencialmente modificáveis, através da implementação de programas multidisciplinares de forma a abranger a extensa variedade dos DSS.

### **2.2.3. Os determinantes do envelhecimento ativo e saudável**

O envelhecimento ativo e saudável pode contribuir em muito para a qualidade de vida das pessoas e a redução da pressão sobre os sistemas de saúde e de segurança social.

O envelhecimento ativo e saudável é definido como

o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (Portugal, 2017, p. 6).

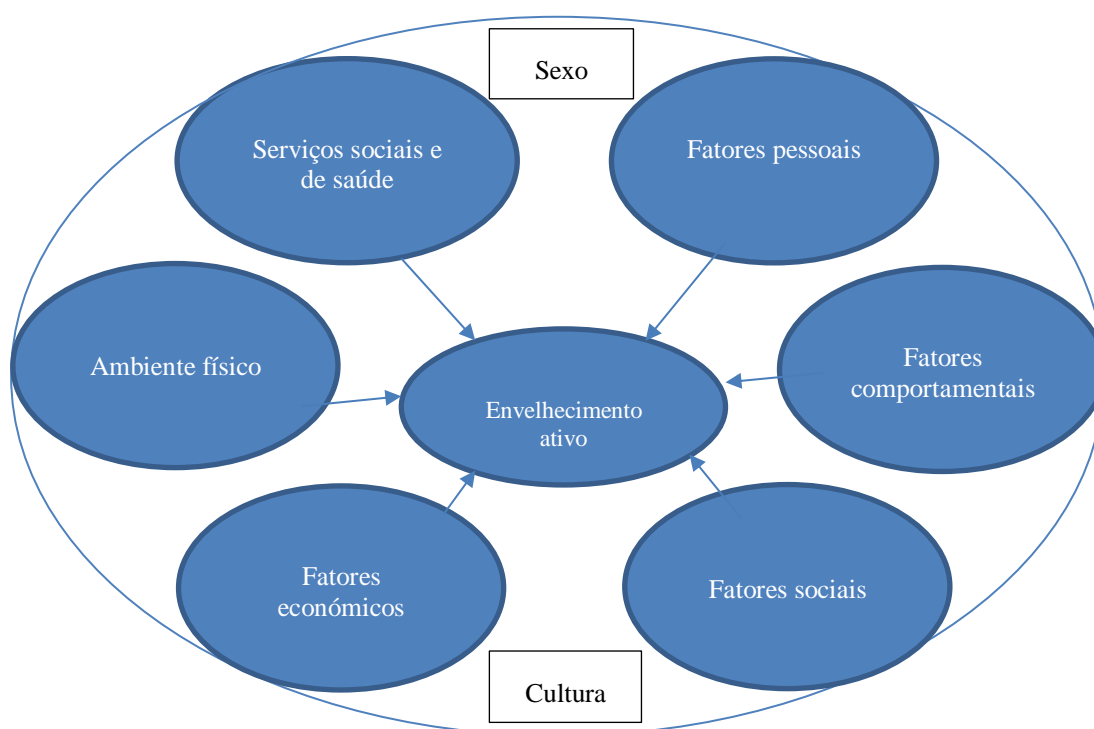
Este conceito realça a participação do idoso na sociedade promovendo a sua autonomia, independência, qualidade de vida e bem-estar (Portugal, 2017) e, por conseguinte, o seu conforto. O potencial da pessoa idosa deve ser estimulado, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade a nível socioeconómico, político e cultural. No entanto, esse potencial, varia consideravelmente entre pessoas idosas da mesma idade. As mudanças biopsicossociais associadas ao processo de envelhecimento não são lineares, nem consistentes e são condicionadas por vários fatores: biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (Portugal, 2017; WHO, 2015, 2017).

Esses fatores considerados como DSS são definidos pelo Regulamento n.º 348/2015, como “um conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações” (p.16486).

Múltiplos e interligados, os DSS interagem com a pessoa como um todo, influenciando a sua saúde. Para Melo (2020), os DSS podem ser categorizados em função de três tipos de processos inerentes à pessoa, enquanto agente intencional dos seus percursos de saúde-doença. Desta forma, os determinantes denominados de saúde biológicos, são aqueles relacionados com os processos não intencionais das pessoas; os determinantes sociais e económicos, ambientais, e de acessibilidade estão relacionados com os processos de interação das pessoas com o ambiente e por fim os determinantes estilos de vida correspondem aos processos intencionais das pessoas.

Por sua vez, a WHO (2002) delineou os DSS especificamente para um envelhecimento ativo (figura 1).

**Figura 1 - Os determinantes do envelhecimento ativo**



*Nota:* Adaptado de WHO, 2002

A figura 1 identifica oito determinantes do envelhecimento ativo, dois dos quais se destacam por serem menos específicos que os outros: o sexo e a cultura.

O sexo pode, segundo as sociedades, induzir poucas oportunidades, particularmente às pessoas de sexo feminino, devido às representações estereotipadas transmitidas pela comunicação social. Por outro lado, os valores culturais e as tradições determinam em grande parte como uma determinada sociedade concebe as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. A cultura constitui um fator decisivo na mudança dos comportamentos, por exemplo na escolha de coabitação com gerações mais novas, ou seja, molda a forma como se envelhece influenciando todos os outros determinantes do envelhecimento ativo. Os restantes seis DSS englobam os fatores pessoais, comportamentais, sociais e económicos, bem como o ambiente físico e os serviços sociais e de saúde. Os fatores pessoais fazem referência aos fatores biológicos e genéticos que influenciam a forma como se envelhece, realçando as capacidades funcionais e cognitivas indispensáveis para a manutenção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. Seguem os fatores comportamentais relacionados com a adoção de hábitos de vida saudáveis, que pode prevenir o declínio funcional e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Como determinantes mais extrínsecos à pessoa idosa, emanam os fatores sociais que integram o isolamento social, os maltratos e a baixa escolaridade; os fatores económicos que expõem, no caso das pessoas idosas com baixo rendimento, às doenças e incapacidades. Outro determinante do envelhecimento ativo reside no ambiente físico que abrange o domicílio e a região onde a pessoa vive. Deve ser seguro e adaptado, incluindo serviços de transportes acessíveis para promover a participação do idoso na comunidade, participação que deve ser refletida nos serviços sociais e de saúde, apostando em serviços integrados e coordenados, assegurando o acesso equitativo ao apoio domiciliário, aos estabelecimentos residenciais para idosos e aos cuidados de saúde, entre outros.

Entende-se que a forma como se envelhece dependerá do empenho individual, enquanto pessoa agente da sua saúde, participação e segurança, assim como da sociedade, de forma a garantir as oportunidades para tal, abrangendo nas suas respostas todas as fases do ciclo de vida, tendo em conta os DSS que influenciam o envelhecimento (Portugal, 2006, 2017).

Relativamente às DSS, a WHO (2011), através da Declaração Política do Rio, reconhece que os governos: “têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, que somente pode ser cumprida por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas, e que os esforços nacionais precisam ser apoiados por um ambiente internacional favorável” (p.1).

A alínea I) da Lei de Bases da Saúde, lei n.º 95/2019, reforça esta linha de pensamento, proclamando o direito das pessoas à

promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde (p.57).

Assim, a elaboração de políticas e programas orientadores para o processo de envelhecimento requer da sociedade, uma adaptação a vários níveis, como: a saúde, a educação, a segurança social, o trabalho, a cidadania, a economia, a justiça, os transportes, a cultura, a habitação; de forma a responder às novas necessidades e melhorar a qualidade dos anos de vida ganho (Decreto-Lei nº101/2006).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 emana linhas orientadoras a partir de quatro Eixos Estratégicos - a Saúde, a Participação, a Segurança e a Investigação - cuja missão é: “promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (Portugal, 2017, p. 18).

#### **2.2.4. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e o empoderamento comunitário**

O EEEEC na área de ESCSP, no exercício das suas funções, “dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Regulamento n.º 348/2015, p.16482)

Em 1986, a Carta de Ottawa, dava ênfase à promoção da saúde através da participação ativa dos indivíduos e comunidades, definindo-a como um processo no qual os indivíduos e comunidades visam aumentar a sua capacidade para controlarem e assim, melhorarem a sua saúde (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

O desenvolvimento das capacidades referidas na Carta de Ottawa, exige atuar em parceria com os indivíduos/grupos para obter o seu empoderamento para a saúde. Para tal é necessário mobilizar recursos humanos e materiais, facultar o acesso a informações de saúde, facilitar o desenvolvimento de competências pessoais e apoiar o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

O empoderamento para a saúde representa todos os processos - sociais, culturais, psicológicos ou políticos - por meio dos quais indivíduos e grupos sociais se tornam capazes de expressar as suas necessidades e preocupações, elaborar estratégias para se envolver na tomada de decisões e realizar várias ações - políticas, sociais e culturais - de forma a atender a essas necessidades (WHO, 2021).

Ou seja, o empoderamento para a saúde é um processo pelo qual as pessoas ganham maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde (Regulamento n.º 348/2015).

É usual distinguir o empoderamento individual e comunitário, contudo estes conceitos estão vinculados e são recíprocos já que indivíduos empoderados criam comunidades empoderadas e vice-versa. O empoderamento individual refere-se às capacidades que o indivíduo possui para tomar decisões e controlar a sua vida. Enquanto que o empoderamento comunitário envolve indivíduos que agem coletivamente de forma a obter maior influência e controle sobre os determinantes da saúde da própria comunidade, sendo este um importante objetivo da mobilização comunitária para a saúde (WHO, 2021).

Segundo Laverack (2008), o empoderamento comunitário é constituído por nove domínios que descrevem os atributos de uma comunidade mais empoderada: participação, liderança, estruturas organizacionais, apreciação de problemas, mobilização de recursos, questionar, ligações a outros, papel dos agentes externos e gestão do programa.

O domínio “participação” descreve o envolvimento dos membros da comunidade, através de uma participação ativa na resolução de seus próprios problemas comunitários. O domínio “liderança” identifica o apoio de um líder à comunidade. O domínio “estrutura organizacional” integra a existência de elementos organizativos, que se preocupam em solucionar os problemas da comunidade. O domínio “apreciação de problemas” envolve as habilidades da comunidade para identificar os problemas que a preocupa, soluções e

ações para resolver esses problemas. O domínio “mobilização de recursos” considera a capacidade da comunidade em mobilizar recursos internos e negociar recursos externos para oferecer soluções aos problemas da comunidade. O domínio “questionar” refere-se à capacidade da comunidade em auto analisar-se sobre a sua própria condição. O domínio “ligações a outros” refere-se às alianças para a saúde estabelecidas com outras comunidades ou fontes de recursos. O domínio “papel dos agentes externos” considera a facilitação do agente externo ao lado da autonomia da comunidade para resolver seus problemas. O domínio “gestão do programa” refere-se à capacidade dos membros da comunidade em gerir de forma permanente os seus programas de intervenção independentemente de agentes externos (Laverack, 2008).

Nesta perspectiva, compete ao promotor da saúde desenvolver programas de promoção da saúde que integram em todas as suas fases, os objetivos do empoderamento comunitário, alicerçado nesses nove domínios (Laverack, 2008). O EEEEC na área da ESCSP, fundamentado no regulamento das suas competências específicas (Regulamento n.º 428/2018), assume este papel basilar, tendo em conta que contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, que remete para o empoderamento comunitário. Efetivamente, tendo como alvo de intervenção a comunidade e como foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos/comunidades/populações, o EEEEC na área de ESCSP, desenvolve programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento n.º 348/2015).

Conclui-se que o EEEEC na área de ESCSP que trabalha com e para a comunidade, deve intervir de forma intencional para promover o empoderamento comunitário, utilizando um modelo que o guia, na sua tomada de decisão clínica, onde os cuidados de enfermagem comunitária, evidencie um olhar potencialmente empoderador das comunidades (Melo, 2018).

#### **2.2.5. O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário**

O MAIEC constitui um referencial teórico em enfermagem que permite ao EEEEC organizar a informação clínica identificando o empoderamento comunitário como processo e resultado da sua intervenção (Melo, 2018). Tem como base o Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário proposto por Laverack, em 2008, e os pressupostos e



postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar proposto por Figueiredo em 2012 (Melo, 2020).

Este modelo de avaliação e intervenção aborda conceitos como comunidade, ambiente comunitário, saúde comunitária e cuidados de enfermagem à comunidade.

A comunidade constitui “um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, como funções identificadas (...) é também um sistema relacional aberto, decorrente da interação de pessoas, grupos e organizações comunitárias” (Melo, 2020, p. 50).

O ambiente comunitário é definido como conjunto de elementos humanos, elementos físicos, elementos económicos, bem como elementos políticos (Melo, 2020).

O conceito de saúde comunitária corresponde ao “processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança comunitária, se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar recursos da comunidade” (Melo, 2020, p.52).

Por último, os cuidados de enfermagem à comunidade são vistos como o “desenvolvimento de uma ação colaborativa e empoderadora da comunidade que fundamenta a abordagem da gestão comunitária como potencializadora dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Melo & Alves, 2019, p.3).

Quando usado como referencial teórico, permite que

os enfermeiros de saúde comunitária sejam capazes de basear a profissão de enfermagem na disciplina de enfermagem, introduzir a comunidade como cliente no processo de enfermagem, realizar diagnósticos de enfermagem de saúde comunitária e prescrever intervenções de enfermagem para dar resposta aos diagnósticos formulados (Melo & Alves, 2019, p.6).

Para tal, a Matriz de decisão clínica do MAIEC integra as áreas de atenção dos enfermeiros centradas na comunidade como unidade de cuidados e as intervenções de enfermagem associadas à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Melo, 2020). O foco central de atenção dos enfermeiros é a gestão comunitária, associada a três dimensões de diagnóstico: processo comunitário, participação comunitária e liderança comunitária. Cada dimensão diagnóstica é avaliada em função de critérios de diagnósticos que servem para identificar vários aspetos da comunidade, e

basta um deles não corresponder para a dimensão diagnóstica estar comprometida e, por consequência, a gestão comunitária também.

Na dimensão diagnóstica do processo comunitário é avaliado o *coping* comunitário associado à capacidade da comunidade em mobilizar os recursos e responder aos seus problemas. Para tal devem ser identificados os seguintes aspetos: se a comunidade tem experiências anteriores com o problema em análise; a capacidade para questionar o “porquê” do seu diagnóstico face ao problema; as relações com agentes para a resolução do problema; e os recursos com formação em planeamento em saúde. Se algum destes itens for negativo, o processo comunitário está comprometido por *coping* não efetivo (Melo, 2020).

Sobre a dimensão diagnóstica da participação comunitária, é avaliada a eficácia da comunicação e a existência de estruturas organizativas na comunidade e parcerias comunitárias. Assim, é fundamental perceber se a comunidade e os líderes têm mecanismos eficazes de comunicação e se a comunicação é clara entre estes e os agentes externos, acerca do problema em análise. Quanto às estruturas organizativas, é necessário avaliar se a comunidade dispõe desse tipo de estrutura para dar resposta ao problema em análise. Relativamente às parcerias, o profissional de saúde deve perceber se a comunidade tem conhecimentos acerca dos recursos existentes para estabelecer parcerias, e ainda, se a comunidade tem alguma parceria em curso para a resolução do problema em estudo (Melo, 2020).

Na dimensão diagnóstica da liderança comunitária são avaliados os conhecimentos, crenças e volição dos membros e líderes da comunidade. O EEEEC deve avaliar o grau de conhecimento que a comunidade e os seus líderes dispõem sobre os principais aspetos do problema em análise. Também deve perceber se a comunidade e os líderes acreditam no projeto e nas suas competências para abordar o problema em estudo. Por fim, entender se a comunidade e os líderes apresentam vontade e/ou motivação para o desenvolvimento do projeto em estudo (Melo, 2020).

Para resolução destes diagnósticos, seguindo a matriz de decisão clínica, o EEEEC intervém para melhorar a gestão comunitária, mediante a promoção da participação comunitária, da liderança comunitária e da melhoria do processo comunitário (Melo,2020).

Para avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, é recomendável aplicar a EAvEC antes e depois da aplicação da Matriz de decisão clínica do MAIEC, para perceber o efeito das mesmas no desenvolvimento do empoderamento comunitário (Melo, 2020).

A aplicação deste modelo no âmbito da saúde comunitária, proporcionará ganhos em saúde para as comunidades, mediante a gestão comunitária e ainda, potenciará o poder da comunidade para a resolução dos seus problemas.

### 2.3. METODOLOGIA

Na investigação, o investigador cria novos conhecimentos pelo desenvolvimento ou verificação da teoria, o que fornece uma base para a prática. Em Enfermagem, como em todas as profissões com base científica, a investigação guia a prática e assegura a credibilidade da profissão, facilitando o desenvolvimento da disciplina como ciência e definindo os parâmetros, esferas de aplicação, finalidades e objetivos da profissão (Fortin, 1996).

Este capítulo apresenta a abordagem metodológica seguida neste estudo de investigação. Procede-se então, à apresentação da questão de investigação, da finalidade e dos objetivos, que orientam para o tipo de estudo. De seguida faz-se a caracterização do contexto onde foi realizado o estudo, o método de seleção da amostra, identificam-se as variáveis e os instrumentos de recolha de dados, bem como, os procedimentos de recolha e tratamento de dados e, por fim, os aspetos éticos que foram tidos em conta no estudo.

#### 2.3.1. Questão de investigação, objetivos e finalidade

Para Vilelas (2020), “o problema de investigação pode expressar-se, geralmente, sob a forma de alguma ou algumas perguntas básicas. Definir com exatidão e clareza tais perguntas é essencial para a boa conduta do trabalho” (p.83).

Neste contexto, tendo em conta as considerações empíricas e teóricas apresentadas anteriormente no marco teórico e a vivência pessoal de enfermeira a desenvolver funções numa IPSS, emergem as seguintes questões de investigação:

- Qual o perfil da fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal?

- Qual o diagnóstico de enfermagem da gestão comunitária promotora do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS, do Norte de Portugal?

A finalidade do estudo reside em promover o envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, prevenindo complicações como a fragilidade.

Quanto aos objetivos constituem a meta de um trabalho científico, ou seja, o que se pretende atingir, as contribuições que se desejam oferecer com a execução da pesquisa (Vilelas, 2020), logo emanem os seguintes objetivos para este estudo:

- Caracterizar a fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal;
- Identificar o diagnóstico da gestão comunitária promotora do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.

Como objetivos específicos definiram-se:

- Categorizar a fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal;
- Categorizar a demência das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal;
- Identificar o nível de empoderamento comunitário de uma IPSS do Norte de Portugal, na promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Avaliar a liderança comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.
- Avaliar a participação comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.
- Avaliar o processo comunitário para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.

Considerando os objetivos traçados, o capítulo seguinte contextualiza o tipo de estudo efetuado.

### **2.3.2. Tipo de estudo**

Neste estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa que segundo Vilelas (2020) visa “... a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação sobre o qual recaem as observações” (p.198).

O alcance deste estudo classifica-se como descritivo, uma vez que neste tipo de estudo o investigador, descreve o que se investiga, não procurando a sua explicação, uma vez que os estudos descritivos “servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo desta maneira uma visão mais completa” (Vilelas, 2020, p.214). Além disso, trata-se de um estudo observacional transversal, pois os dados recolhidos estão relacionados com um fenómeno presente numa população no momento da investigação, sem que o investigador interfira no seu ambiente.

### **2.3.3. Caraterização do contexto de estudo**

Quando a pessoa idosa não tem condições pessoais e familiares de permanecer no seu domicílio com qualidade de vida, surgem como respostas de apoio social os cuidados formais prestados por uma multiplicidade de instituições e profissionais. Distingue-se neste contexto, as IPSS que são constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, com objetivos de apoio social a idosos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços (Instituto de Segurança Social [ISS], 2014).

Em função das necessidades e do grau de autonomia das pessoas idosas, as IPSS podem fornecer mediante as valências disponíveis, a capacidade limite da instituição e uma retribuição monetária, os seguintes serviços: acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência; ERPI, serviço de apoio domiciliário; centro de convívio; centro de dia; centro de noite (ISS, 2017). O objetivo é privilegiar, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família.

A IPSS, na sua vertente ERPI, rege o sua organização, funcionamento e instalação, pelas condições apresentadas no artigo 1.º, alínea 2), da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, que a considera um “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (p. 1324).

Por sua vez, Melo (2020) fala de comunidade residencial para pessoas idosas, que define como uma resposta social temporária ou permanente, materializada numa ou várias estruturas destinadas ao alojamento coletivo de idosos, constituída por elementos humanos, políticos, económicos e financeiros próprios.

Os objetivos do ERPI são “a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; d) Potenciar a integração social” (Portaria n.º 67/2012, p.1324).

O estudo decorreu numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, instituição público-privada, de natureza associativa que pertence a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do concelho onde está sediada (ISS, 2014).

Esta ERPI visa ser uma resposta social de referencia pela prestação de serviços de qualidade e tem como missão cuidar com humanização e amor, fornecendo uma habitação digna às pessoas idosas e proporcionar uma vida tranquila e confortável, através de cuidados básicos prestados por uma equipa multidisciplinar. Oferece serviços de alimentação, higiene e conforto, tratamento de roupa, barbearia, ocupação do tempo livre, incluindo comemorações das épocas festivas e aniversários, assistência religiosa, assistência na saúde, fisioterapia, apoio psicossocial. Disponibiliza, ainda, duas camas para acolher a pessoa dependente para descanso do cuidador. Está implementada num edifício em razoável estado de conservação, constituído por 2 blocos independentes, com 4 pisos, todos ligados por um elevador e escadas interiores e exteriores. Localizado numa zona urbana, perto das unidades funcionais de saúde, o edifício possui saneamento, água canalizada e aquecimento central. Também dispõe de 2 terraços, jardins, vastas áreas desportivas, de lazer e áreas envidraçadas com boa luminosidade natural. Os corredores são largos e longos, como corrimãos e alguns pontos de descanso. Apresenta um refeitório, uma sala de convívio, duas salas de estar, um barbearia, uma cozinha, uma lavandaria, um gabinete de enfermagem e medicina, um gabinete técnico e uma sala de

reuniões. A sua capacidade de internamento é de 85 pessoas, repartidas por 33 quartos - individuais ou múltiplos - podendo acolher até quatro pessoas, e munidos de casa de banho (Martins, 2022).

A equipa multidisciplinar totaliza setenta e um trabalhadores incluindo: um Provedor, uma Diretora Técnica, uma Educadora Social, um Médico, quatro Enfermeiras, uma Psicóloga membro do projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, uma Psicomotricista, um Animador Sociocultural, uma Ajudante de Farmácia, um Motorista, uma Empregada de Lavandaria, uma Costureira, uma Encarregada de Serviços Gerais, uma Encarregada de Refeitório, vinte e quatro Trabalhadores Auxiliares de Serviços Gerais, dezasseis Ajudantes de Lar e Centro de Dia, cinco Cozinheiras, cinco Ajudantes de Cozinha e quatro Empregadas de Refeitório (Martins, 2022).

#### **2.3.4. População e amostra**

A população corresponde a um conjunto de elementos, com uma ou mais características comuns, encontrando-se num determinado espaço, nos quais se deseja investigar algumas propriedades (Vilelas, 2020).

Neste estudo utilizaram-se dois tipos de população, atendendo aos objetivos da investigação: as pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal e os profissionais da mesma IPSS.

Relativamente às pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, após a aplicação dos critérios de inclusão: ser residente na ERPI da IPSS alvo do estudo e ter idade igual ou superior a 65 anos, a população ficou constituída por 80 pessoas idosas, uma vez que das 85 pessoas que vivem na ERPI em estudo, 5 pessoas foram excluídas por apresentarem idade inferior a 65 anos. Através de um método e amostragem não probabilístico, utilizou-se uma amostra de conveniência coincidente com a população, sendo que todas as pessoas idosas aceitaram colaborar no estudo.

A população dos profissionais a desempenhar funções na IPSS onde foi efetuado o estudo, no período da recolha de dados, era constituída por 71 trabalhadores. O critério de inclusão da população foi: pessoas a desempenhar funções remuneradas na IPSS alvo da investigação. O número de profissionais inquiridos variou no decorrer do estudo, consoante as fases do estudo. Numa primeira fase, com o intuito de avaliar o nível de

empoderamento comunitário da IPSS, foram inquiridos 26 profissionais e numa segunda fase, para avaliar a gestão comunitária da IPSS, foram inquiridos 50 profissionais, sendo excluídos os trabalhadores: que não mostrarem disponibilidade para participar no estudo; por incapacidade temporária para o trabalho; ou por estarem a gozar férias.

### **2.3.5. Variáveis**

As variáveis revestem-se de grande importância no processo de investigação sendo qualidades ou características às quais se atribui um valor, podendo ser medido ou manipulado (Fortin, 2009).

Para melhor conhecimento das características da população idosa foram selecionadas variáveis sociodemográfico e clínicas (Apêndice I) que se distribuem da seguinte forma:

- As variáveis qualitativas nominais cujos valores, não tem uma relação de ordem entre si: o sexo, o estado civil, a profissão exercida anteriormente, as doenças crónicas, a dor crónica, a medicação habitual, a qualidade do sono, período de sono diurno ou noturno, a gestão do regime terapêutico e o regime alimentar e a realização de atividade física;
- As variáveis qualitativas ordinais cujos valores não são métricos, mas incluem relações de ordem: o ano de escolaridade, a data de entrada na ERPI, a duração atual do sono; e
- As variáveis quantitativas cujos valores são medidos numa escala métrica (Vilelas,2020, p.400): a idade, a escala numérica da dor, as horas que dorme habitualmente.

As variáveis selecionadas para a avaliação da fragilidade da pessoa idosa, são qualitativas ordinais: a categoria de fragilidade e de demência (Apêndice II);

No que concerne, à avaliação do nível de empoderamento comunitário, as variáveis utilizadas foram qualitativas ordinais: o nível de empoderamento comunitário para cada domínio da EAvEC (Melo et al., 2020) (Apêndice III).

Relativamente à elaboração do diagnóstico da gestão comunitária, as variáveis qualitativas nominais correspondem às suas dimensões diagnósticas: o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária, que foram associadas ao que se pretende avaliar em cada uma delas, tendo por base a matriz referencial do MAIEC (Apêndice IV).



### 2.3.6. Instrumentos de colheita de dados

Este item expõe os instrumentos de recolha de dados que permitem ao investigador obter informações sobre as variáveis a estudar. “É mediante uma adequada construção dos instrumentos de recolha de dados, que a investigação alcança a necessária correspondência entre a teoria e os factos” (Vilelas, 2020, p332).

Neste contexto, os instrumentos utilizados foram:

- Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (Apêndice V)
- *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) (Anexo II)
- Escala de Avaliação e Empoderamento Comunitário (EAveC) (Melo et al., 2020) (Anexo III);
- Questionário “Projeto do [REDACTED] + Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável - Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da Gestão Comunitária” (Melo, 2019) (Anexo IV)

O questionário constitui um instrumento de registo escritos e planeados, que pretende através de questões, obter de maneira sistemática e ordenada, informações acerca da população que se estuda e das variáveis que são objeto do estudo (Vilelas, 2020).

#### O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi elaborado por meio da aplicação Google Forms®, pela investigadora, tendo por base a revisão da literatura e os objetivos do estudo. Trata-se de um questionário administrado pela investigadora, que prevê, após autorização, a consulta do processo clínico da pessoa idosa, quando esta se encontra incapaz de responder às questões. Integra uma parte inicial onde se esclarece o idoso ou o cuidador sobre os objetivos do estudo, dão-se instruções de preenchimento e pede-se a sua colaboração e consentimento livre e informado. É constituído por 18 perguntas, divididas em duas partes: caracterização sociodemográfica e caracterização clínica. Considerado um questionário misto, é composto, maioritariamente, por questões fechadas dicotómicas, o que permite canalizar as reações dos inquiridos para algumas categorias muito fáceis de interpretar, mas também por questões abertas possibilitando diminuir o aspeto técnico do questionário e aumentar a riqueza da informação fornecida. A vantagem da aplicação do inquérito por questionário é dar a possibilidade de aplicação

a qualquer tipo de população, tornando a taxa de não resposta reduzida, pois o investigador incentiva à resposta. Em contrapartida, devido à presença do investigador, os inquiridos podem sentir-se constrangidos e dar respostas socialmente aceites (Vilelas, 2020). O pré-teste foi realizado numa população idosa com as mesmas características, residente numa ERPI, de outra IPSS do Norte de Portugal, também envolvida no projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, do qual não emergiu nenhuma alteração sobre o questionário.

#### A *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021)

A avaliação do nível de fragilidade da pessoa idosa, foi efetuada através da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa, traduzida, adaptada culturalmente e validada para Portugal, da *Clinical Frailty Scale* de Rockwood et al. (2005), por Pinto et al. (2021).

A versão original da *Clinical Frailty Scale*, publicada em 2005, por Rockwood et al., classificava a fragilidade em sete categorias de fragilidade: 1- Muito em forma, 2- Bem, 3- Bem com comorbilidades controladas, 4- Aparentemente vulnerável, 5- Levemente Frágil, 6- Moderadamente Frágil, 7- Severamente Frágil. Em 2007, a escala foi ampliada pela escala de 9 pontos devido a necessidade de distinguir as seguintes categorias: 7- Gravemente Frágeis, 8- Muito Gravemente Frágeis e 9- Doentes Terminais (Dalhousie University, 2022). Além disso, também foi acrescentado, três graus de classificação de demência: leve, moderada e grave.

Tal como a versão original, a *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) permite avaliar o grau de vulnerabilidade do indivíduo, baseada na decisão clínica, incluindo a cognição, mobilidade, funcionalidade e comorbilidades, tendo em vista a história e o exame físico realizados pelo profissional de saúde. Fácil e rápida de usar pode ser utilizada em ambientes hospitalares e comunidades, e aplicada a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Classifica a pessoa em nove categorias clínicas de fragilidade, com características específicas: 1 – Muito boa forma, 2 – Bem, 3 – Bem controlado, 4 – Vulnerável, 5 – Fragilidade leve, 6 – Fragilidade moderada, 7 – Fragilidade severa, 8 – Fragilidade muito severa e 9 – Doente terminal; e em caso de demência permite classificar a pessoa segundo três graus de demência: leve, moderada e grave. Cada categoria da escala possui um descritor clínico escrito e um pictograma para auxiliar na classificação da fragilidade. Assim as pessoas com uma pontuação entre 1 e 3 são consideradas não

frágeis, com uma pontuação de 4 são consideradas pré frágeis e, entre 5 e 9, são consideradas pessoas frágeis. Nas pessoas que sofrem de demência, a deterioração funcional segue, geralmente, um padrão similar ao da fragilidade, ou seja, à fragilidade leve, moderada e severa equivalem uma demência leve, moderada e severa respetivamente. Caso não se conheça o nível de demência, segue-se a classificação standard (Rockwood & Theou, 2020).

No que diz respeito à avaliação psicométrica, a *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) oferece semelhanças às outras versões validadas. O estudo da sua validação incluiu uma amostra de idosos internados em duas unidades de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Norte de Portugal e acompanhados em dois ambulatórios de instituições de solidariedade social. A confiabilidade avaliada pelo teste-reteste, demonstrou um score excelente, com um coeficiente kappa de Cohen igual a 1 para a pontuação total dicotómica não frágil/frágil e o coeficiente de correlação intraclassa para o total da escala foi de 0,999. O que significa que quando a escala foi aplicada duas vezes aos mesmos indivíduos, em um intervalo de tempo adequado, os resultados foram semelhantes entre as aplicações. A validade convergente da escala foi avaliada em relação ao Indicador de Fragilidade de Tilburg, verificando-se que os cálculos demonstram uma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) e moderada com um coeficiente de Spearman de 0,683. O coeficiente kappa de Cohen foi de 0,423, também estatisticamente significativa ( $p = 0,002$ ) e mostrando uma concordância moderada entre a classificação de fragilidade/ não fragilidade de ambas escalas, o que demonstra que a *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) é uma medida confiável e válida de fragilidade em idosos (Pinto, 2021).

#### Escala de Avaliação e Empoderamento Comunitário (Melo et al., 2020)

A avaliação do nível de empoderamento comunitário da IPSS, relacionado com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, foi realizada através da aplicação da EAvEC, que foi traduzida e adaptada culturalmente para português por Melo et al. (2020), a partir da *Empowerment Assessment Rating Scale* de Laverack (2006).

Tal como a *Empowerment Assessment Rating Scale* (Laverack, 2006), a EAvEC permite avaliar e compreender a evolução do poder da e na comunidade, a partir de nove domínios do empoderamento comunitário, sendo eles: participação comunitária,

capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos, ligações a outros, capacidade para “questionar o porquê”, gestão do programa e relação com agentes externos. Cada um dos domínios tem 5 depoimentos, relativos ao nível de empoderamento comunitário do domínio em questão, numeradas de 1 a 5, sendo 1 o menor nível empoderamento comunitário e 5 o maior nível de empoderamento comunitário. Esta escala pode ser ajustada em termos linguísticos às comunidades alvos (Melo & Alves, 2019; Melo et al., 2020)

Questionário “Projeto do [REDACTED] Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável - Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da Gestão Comunitária” (Melo, 2019)

O diagnóstico da gestão comunitária da IPSS onde decorreu o estudo, foi elaborado, mediante a aplicação de um questionário dirigido aos profissionais que aí trabalham. O questionário “Projeto do [REDACTED] Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável - Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da Gestão Comunitária” foi elaborado no Google Forms® pelo próprio autor do MAIEC, membro do projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, alicerçado nos pressupostos do MAIEC. Constituído por 28 questões, muitas com carácter obrigatório, o questionário começa por um breve enquadramento onde esclarece o inquirido acerca do projeto e onde solicita o seu consentimento informado. Seguem-se questões de caracterização sociodemográficas do inquirido, questões sobre conhecimentos, crenças e volição, assim como as parcerias, comunicação e experiências relacionadas com o envelhecimento ativo e saudável e, a prevenção de complicações nas pessoas idosas, na organização. Assim, permite avaliar, cada dimensão diagnóstica da gestão comunitária: processo comunitário, participação comunitária e liderança comunitária relacionada ao tema supracitado.

É também, um questionário de tipo misto, composto por questões fechadas e abertas. No que concerne às questões fechadas, o profissional só pode escolher entre um número limitado de respostas, maioritariamente representadas em escalas de diferenciais semânticos. Estas escalas “consistem na apresentação de diversos pares de adjetivos bipolares, antónimos, separados por 7 pontos. Os valores de 1 a 7 são escalonados sobre uma escala bipolar: 1 é a resposta mais negativa e 7 é a resposta mais positiva” (Vilelas, 2020, p.380). No caso deste questionário, os adjetivos estão separados por 2 ou 5 pontos, conforme a questão estabelecida e os valores de 0 a 2 ou de 0 a 5, são escalonados sobre

uma escala bipolar: 0 corresponde à resposta mais negativa e 2 ou 5, a resposta mais positiva. Relativamente as questões abertas, as respostas podem ser emitidas livremente pelo inquirido, proporcionam uma variedade mais ampla de respostas. Previu-se uma duração de 5 min para o preenchimento do questionário, conforme o pré-teste realizado na fase inicial do projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, pelos membros da equipa a Comunidade Inter Municipal do ██████████.

### **2.3.7. Procedimento na colheita e tratamento de dados**

A colheita de dados decorreu de 10 de maio de 2022 a 26 de julho de 2022. O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi aplicado pela mestrand a às 80 pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, que constituem uma das amostras, num período de 4 semanas, de 16 de maio ao 03 de junho de 2022, nas instalações da ERPI. Cada questionário foi identificado por um código, correspondente ao código de identificação anónima atribuído a cada pessoa idosa. O preenchimento do mesmo durou aproximadamente 5min.

As doenças crónicas e a medicação habitual foram codificadas conforme a Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados a Saúde 10º Revisão (CID-10) (WHO, 2016) e a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (WHO, 2022) respetivamente. As doenças crónicas foram agrupadas em 29 sub-grupos (Apêndice I) e posteriormente em 9 grupos, identificados por Capítulos, conforme a CID-10 (Apêndice VI). Para a medicação habitual, os fármacos foram agrupados em 28 sub-grupos conforme a ATC (WHO, 2022) (Apêndice I) e posteriormente em 13 sub-grupos conforme a classificação fármaco terapêutica de medicamentos em correspondência com a ATC (Portugal,2014) (Apêndice VII).

A avaliação do grau de fragilidade nas pessoas idosas exigiu várias visitas à IPSS, entre 06 e 27 de junho de 2022, tendo em conta a necessidade de conjugar a disponibilidade dos idosos, dos profissionais e da equipa do projeto, de forma a não perturbar o bom funcionamento da IPSS.

A aplicação da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) efetuou-se à totalidade da amostra, mediante a observação e a auscultação do idoso e do cuidador, concentrando-se na saúde geral do idoso e na sua capacidade de realizar atividades

diárias. O grau de demência foi avaliado às 29 pessoas idosas com diagnóstico de demência. O preenchimento da escala durou aproximadamente 2min.

Para avaliar o nível de empoderamento comunitário aplicou-se a EAvEC (Melo et al.,2020), adaptada à comunidade IPSS (Apêndice VIII), a 26 profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal. A reunião para a aplicação da EAvEC teve a duração de 90 min, e decorreu nas instalações da IPSS. Após apresentação do projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” pela sua coordenadora, a mestranda procedeu ao esclarecimento dos aspetos relativos à investigação, como sejam os objetivos, a participação livre e sem qualquer prejuízo, o pedido de colaboração e o consentimento livre e informado. No que diz respeito à aplicação da escala, apresentou-se a EAvEC recorrendo ao *Power-Point* (Apêndice IX), e utilizou-se um questionário, elaborado no Google Forms, distribuído aos profissionais, cujas instruções de preenchimento foram fornecidas oralmente.

O questionário individual, anónimo e autoadministrado constava de 9 domínios numerados de 1 a 9 e, as respetivas afirmações identificadas de A a E. Os profissionais deviam identificar para cada domínio, a afirmação que melhor caracterizava a sua IPSS em relação à promoção do envelhecimento ativo na prevenção de complicações como a fragilidade (Apêndice X).

A utilização deste método, foi recomendado pelo autor da EAvEC (Melo et al., 2020), tendo em conta as presenças do Provedor e da Diretora Técnica da IPSS, que podiam enviar as respostas dos colaboradores, ou mesmo inibir a sua colaboração.

Para avaliar a gestão comunitária da instituição junto dos profissionais optou-se, após reunião com o autor do MAIEC, pela aplicação de um questionário: “Projeto do ██████████ + Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável - Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da Gestão Comunitária”, autoadministrado, via on-line. Assim, mediante um link criado para o efeito, foram inquiridos 50 profissionais, recolhendo os dados diretamente no Google Forms. O preenchimento do questionário durou aproximadamente, 5 min por profissional e, aquando a sua realização, a investigadora esteve disponível para eventuais esclarecimentos. Esta fase de colheita de dados decorreu de 14 a 26 de julho de 2022, nas instalações da IPSS.

O tratamento dos dados foi efetuado, através do programa de estatística Statistical Program for Social Sciences (S.P.S.S. 28.0 para o Windows). As variáveis foram

codificadas, possibilitando a introdução dos dados no programa em questão (Apêndice I, II, III e IV). Os programas usados para coleta e tratamento dos dados foram: Google Forms, S.P.S.S. e Microsoft Office Excel 2016. Utilizou-se a análise estatística descritiva com valores das frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, moda e mediana), medidas de localização (percentil), medidas de dispersão (máximo e mínimo, desvio padrão), tendo em consideração as variáveis quanto às unidades de medida.

Importa realçar que as bases de dados e os dados obtidos foram fornecidos à equipa do projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” de forma a poderem dar continuidade ao projeto.

### **2.3.8. Considerações éticas**

A realização de um projeto de investigação levanta por parte do investigador, questões morais e éticas que devem ser acauteladas. Para Vilelas (2020): “a ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento” (p. 467).

Perante os princípios e direitos fundamentais, o investigador deve respeitar e cumprir o direito à autodeterminação, intimidade, confidencialidade e anonimato assim como os princípios da beneficência e não maleficência e de justiça (Vilelas, 2020).

Nesta perspetiva, foram tidas em conta as considerações éticas ao longo de todo o estudo de investigação, desde o enquadramento teórico, no que concerne às fontes utilizadas e adequada identificação das citações sempre que foram empregues, na recolha de dados, que começou após autorização da comissão de ética para a saúde da ULS [REDACTED], sendo que as investigações que recolham dados com participantes, requerem previamente uma aprovação ética (Vilelas, 2020). Importa salientar que a articulação do projeto de investigação da mestranda, integrado no ENP, com o projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, permitiu assimilar a autorização da comissão de ética deste último (Anexo V).

Quanto à utilização dos instrumentos de recolha de dados, a autorização dos autores para a sua utilização, já se encontrava concedida no âmbito do projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”.

O instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa idosa, só foi aplicado após informação sobre os objetivos, esclarecimento sobre a participação livre e sem qualquer prejuízo, o pedido de consentimento informado e a assinatura das pessoas idosas, já que “nenhum investigador pode envolver um ser humano como sujeito de uma pesquisa antes de obter o consentimento informado legalmente efetivo” (Vilelas, 2020, p.469). No caso da pessoa idosa se encontrar com deterioração cognitiva, o consentimento informado foi concedido pela Diretora Técnica da IPSS (Anexo VI).

De forma a assegurar o anonimato foi atribuído um código de identificação a cada idoso, com o propósito de identificar o consentimento e cada instrumento de recolha de dados, zelando pelo direito da pessoa à proteção de dados, aquando da recolha e tratamento de dados. Os códigos atribuídos, eram de conhecimento exclusivo da equipa do projeto que recolheu os dados.

Quanto à participação dos profissionais no estudo, o consentimento informado foi feito verbalmente aquando da aplicação da EAveC, salientando que o documento utilizado para a aplicação do instrumento respeitava o direito ao anonimato (Apêndice X). Formalmente o consentimento informado foi solicitado no início do questionário “Projeto do [REDACTED] Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável - Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da Gestão Comunitária” (Melo, 2019), passo indispensável para poder prosseguir o seu preenchimento (Anexo IV).

Ambos os modelos de consentimento informado, livre e esclarecido para participação neste projeto estão de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. Explicam que a participação é voluntária e gratuita, sem benefício ou risco, podendo recusar ou interromper a sua participação no estudo em qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo, e garante o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Também se pode sublinhar o consentimento da instituição empregadora e fornecedora de serviços, aquando a criação da parceria, no âmbito do projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” com a celebração de um acordo de colaboração assinado por partes.

Os dados foram tratados e analisados com rigor, de forma agregada e isenta, e os resultados foram disponibilizados à instituição de saúde, tal como o acordado com a equipa de saúde.

É de realçar que durante e após o estudo, não houve nenhum pedido de desistência.



Relativamente às pesquisas na base de dados SClínico realizadas em contexto do ENP, foi previamente solicitada a autorização da coordenadora da UCC.

## 2.4. RESULTADOS

A estatística descritiva permite compreender melhor um conjunto de dados através das suas características (Vilelas, 2020). Neste capítulo, após a apresentação das propriedades psicométricas da *Clinical Frailty Scale*, versão portuguesa e a caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas residentes na ERPI alvo do estudo, procede-se à apresentação e descrição dos resultados de acordo com os objetivos preconizados para o estudo. A apresentação dos dados foi efetuada através de tabelas e gráficos por se considerar de mais fácil visualização e compreensão.

### Propriedades psicométricas da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa

A consistência interna de uma escala é definida como a proporção da variedade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos (Vilelas, 2020).

No que concerne às propriedades psicométricas da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) recorreu-se à avaliação teste-reteste, com os 80 idosos da amostra, com intervalo de 4 semanas entre as avaliações, salientando a ausência de uma pessoa no reteste por falecimento. Para a avaliação, cada utente foi classificado em uma das nove categorias da escala assumindo o ponto de corte 5 para fragilidade e em um dos três graus de demência quando aplicável. O teste-reteste consiste em aplicar a escala duas vezes, às mesmas pessoas em intervalo de tempo diferente, sendo que os dados obtidos nos dois momentos são correlacionados de forma a avaliar as semelhanças, ou seja, a confiabilidade (Pestana & Gageiro, 2020). A confiabilidade teste-reteste da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) foi avaliada pela medição do coeficiente Kappa de Cohen para o score total dicotómico: não frágil/frágil e do coeficiente de correlação intra classe, para o total da escala de nove pontos de acordo com o método de consistência. O Kappa de Cohen é uma medida de concordância ou de semelhança entre as categorias homólogas de duas variáveis (Vilelas, 2020). De acordo com Landis e Koch (1977), atribuem-se os seguintes intervalos como indicadores da força da concordância do Kappa de Cohen:  $\leq 0,20$  concordância fraca; 0,21-0,40 concordância

razoável; 0,41-0,60 concordância moderada; 0,61-0,80 boa concordância; 0,81-1 muito boa concordância. O coeficiente de correlação intra classe permite verificar a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos, avaliando a sua consistência interna (Pestana & Gageiro, 2020). Os valores do coeficiente de correlação intra classe segundo Koo e Li (2016) sugerem que valores menores que 0,5 são ruins, entre 0,5 e 0,75 moderados, entre 0,75 e 0,9 bons e superiores a 0,9 excelentes.

Na primeira aplicação da escala (teste), a maioria (82,5%) das pessoas idosas foi categorizada como frágil, sendo que 27,5% foram categorizadas como severamente frágeis, 25,0% como muito severamente frágil, 23,8% como moderadamente frágil, 5,0% como levemente frágil e 1,3% como “doente terminal”. A demência foi registada em 29 utentes: leve para 2,5% utentes, moderada para 5,0% e severa para 28,7%. Na segunda avaliação (reteste) a maioria (81,0%) das pessoas idosas foi categorizada como frágil, sendo a categoria “fragilidade muito severa” a que apresentou maior percentagem (31,3%), seguindo-se da categoria “fragilidade severa” (18,8%), “fragilidade leve” (16,3%) e “fragilidade moderada” (13,8%). Nenhum idoso foi categorizado como “doente terminal”. A demência foi encontrada em 28 idosos: leve para 2,5%, moderada para 5,0% e severa para 27,8%. De um modo geral, na primeira avaliação correspondente ao teste, 82,5% das pessoas foram consideradas frágeis e 17,5% não frágeis, enquanto que na segunda aplicação (reteste) foram consideradas 81,0% frágeis e 19,0% não frágeis (tabela 1).

**Tabela 1 - *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa resultados do Teste-Reteste, realizado as pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal (2022)**

	Teste		Reteste	
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
<b>Categoria da fragilidade</b>				
Em muito boa forma física	7	8,8	7	8,9
Bem	2	2,5	3	3,8
Bem controlado	4	5,0	3	3,8
Vulnerável	1	1,3	2	2,5
Fragilidade leve	4	5,0	13	16,5
Fragilidade moderada	19	23,8	11	13,9
Fragilidade severa	22	27,5	15	19,0
Fragilidade muito severa	20	25,0	25	31,6
Doente terminal	1	1,3	0	0,0
<b>Fragilidade</b>				
Idosos frágeis	66	82,5	64	81,0
Idosos não frágeis	14	17,5	15	19,0
<b>Demência</b>				
Demência leve	2	2,5	2	2,5
Demência moderada	4	5,5	4	5,1
Demência severa	23	28,7	22	27,8
Total	29	36,2	28	35,4

*Nota:* para a Categoria da fragilidade e para a Fragilidade no teste e o reteste, o  $n_i$  foi, respetivamente, 80 e 79 pessoas idosas

Os resultados apresentados na tabela 2, mostraram um coeficiente Kappa de Cohen de 0,789 (Intervalo de Confiança 0,612-0,965) e um coeficiente de correlação intra classe de 0,916 (Intervalo de Confiança 0,872-0,945). Esses resultados revelam que a *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021), na amostra em estudo possui uma boa/excelente confiabilidade teste-reteste.

**Tabela 2 - Resultados de confiabilidade da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa, aplicada as pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS, do Norte de Portugal**

Confiabilidade	Valor	Intervalo de Confiança 95%	Significância Aproximada
Coeficiente Kappa de Cohen	0,789	(0,612; 0,965)	<,001
Coeficiente de correlação intra classe	0,916	(0,872; 0,945)	0,000

*Nota:* n=80

Verificada a confidencialidade da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021) apresentam-se os resultados como anteriormente referido.

#### **2.4.1. Caraterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal**

Integraram o estudo, 80 pessoas idosas (n=80) residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, sendo os dados relativos à sua caraterização sociodemográfica apresentados na tabela 3. Verifica-se que a idade está compreendida entre os 65 e 101 anos, sendo a média de idades de  $84,2 \pm 7,2$  anos. O grupo etário predominante é o dos 86 aos 90 anos (26,3%), seguido do grupo etário dos 81 aos 85 anos, com 21,3% dos idosos. A grande maioria são do sexo feminino (75,0%), predominando o estado de viuvez com 60,0% dos idosos, seguindo-se 20,0% que são solteiros(as) e 17,5% que são casados(as) ou vivem em união de facto.

Quanto à escolaridade, 41,3% das pessoas idosas não completou qualquer ano de escolaridade, 30,0% completaram o terceiro ano, 17,5% concluíram o 1º ciclo do ensino básico e igual percentagem (1,3%) concluiu o 2º e o 3º ciclo do ensino básico. Profissionalmente, mais de metade das pessoas idosas eram agricultores (62,5%), seguindo-se o ter sido doméstica com 12,5% das idosas. Agruparam-se em “Outra profissão” todas as profissões que foram mencionadas por um único idoso e incluem as seguintes profissões: empregado fabril, auxiliar hidráulica, professora 1º ciclo do ensino básico, funcionária pública, motorista, pedreiro, cabeleireira, carteiro, caseira, comerciante, costureira, empregada de limpeza. A pessoa que permanece há mais tempo na ERPI foi admitida em 1993 e a mais recente foi admitida em 2022. O ano que apresentou mais admissões foi o de 2021, com 21,3% admissões e mais de três quartos da população da amostra (76,3%) reside na ERPI há menos de seis anos.

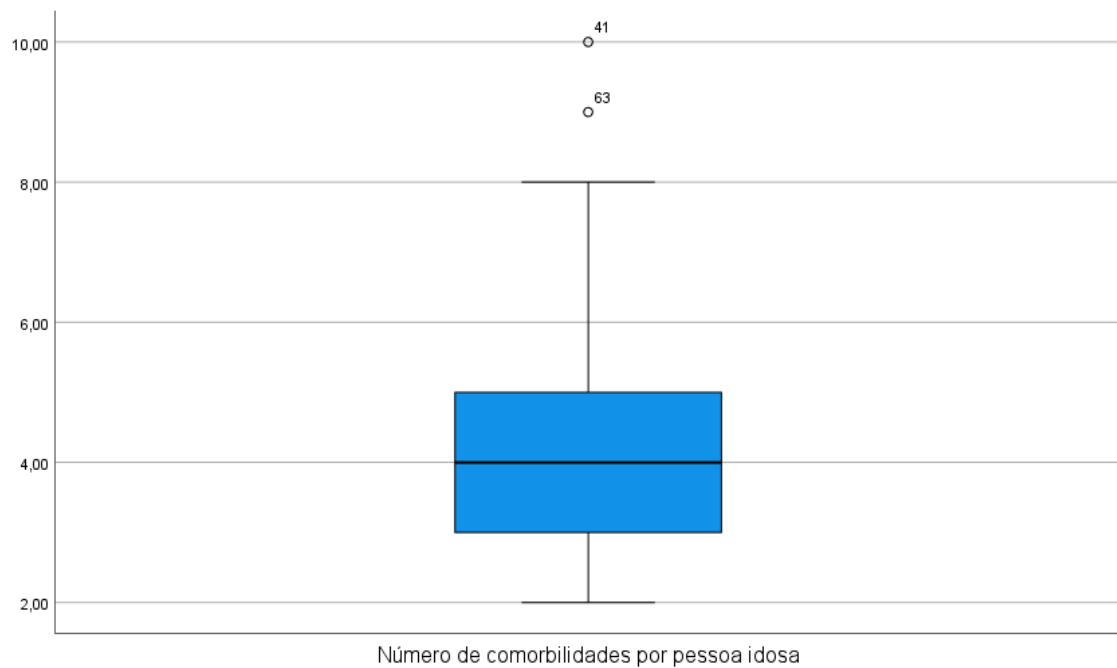
**Tabela 3 - Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS no Norte de Portugal, segundo as características sociodemográficas (n=80)**

Caraterísticas sociodemográficas		$n_i$	$f_i$
<b>Sexo</b>	Masculino	20	25,0
	Feminino	60	75,0
<b>Grupo etário</b>	65-70	3	3,8
	71-75	7	8,8
	76-80	15	18,8
	81-85	17	21,3
	86-90	21	26,3
	91-95	14	17,5
	96-100	2	2,5
	≥101	1	1,3
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	16	20,0
	Casado(a)/União de facto	14	17,5
	Viúvo(a)	48	60,0
	Divorciado(a)	2	2,5
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	33	41,3
	1º	3	3,8
	3º	24	30,0
	4º	14	17,5
	7º	1	1,3
	9º	1	1,3
	Não sabe	4	5,0
<b>Profissão que exerceu</b>	Agricultor	50	62,5
	Doméstica	10	12,5
	Construção Civil	4	5,0
	Restauração	2	2,5
	Outra profissão	12	15,0
	Não sabe	1	1,3
	Não exerceu	1	1,3

No que concerne à caracterização clínica, a totalidade dos idosos da amostra apresenta doenças crónicas, estando a sua distribuição representada no gráfico 1. O número de doenças crónicas assume um valor mínimo não *outlier* de dois e um valor máximo não *outlier* de oito, sendo a mediana de quatro doenças crónicas. A amplitude interquartil mostra que 50,0% dos idosos sofrem entre três e cinco doenças crónicas. Um quarto dos

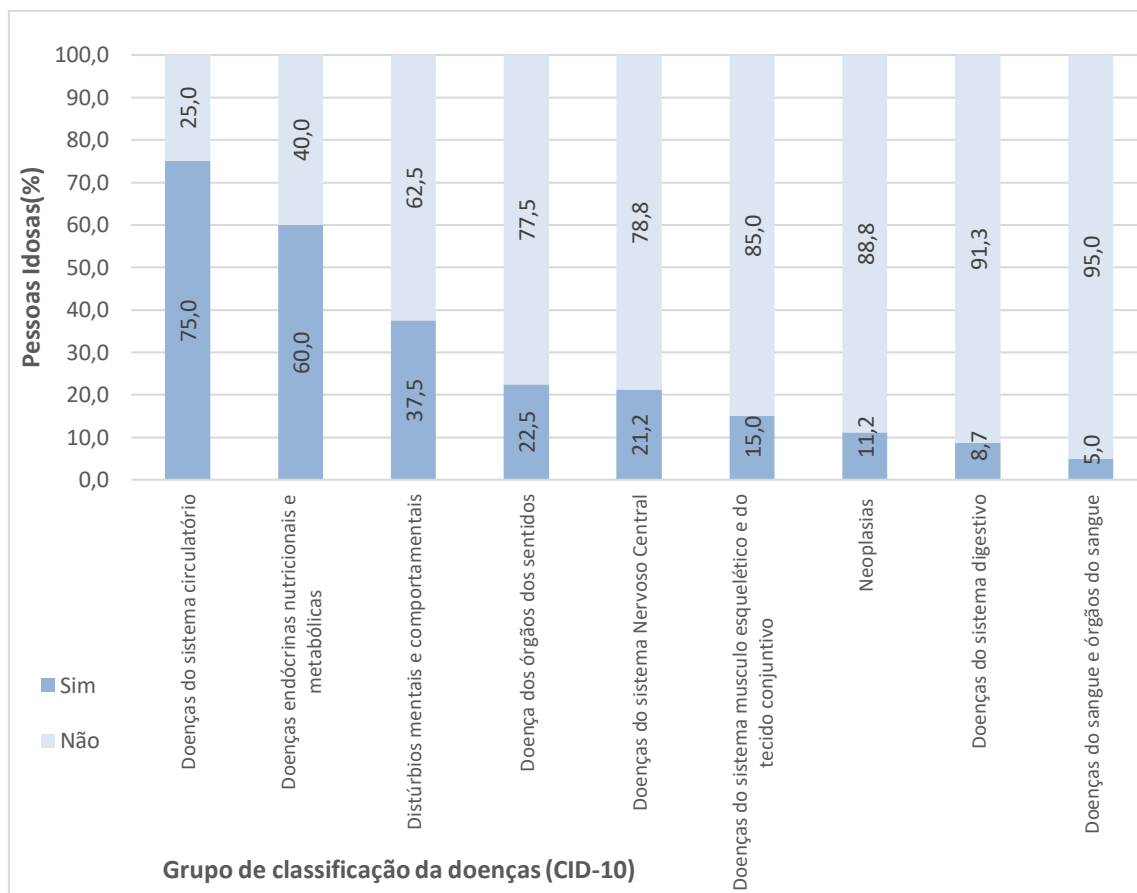
idosos apresenta entre duas e três doenças crónicas, enquanto outro quarto apresenta entre cinco e oito doenças crónicas. Duas pessoas apresentam entre 9 e 10 doenças crónicas, representando *outliers moderados* (gráfico 1).

**Gráfico 1- Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o número de doenças crónicas**



Como se pode verificar no gráfico 2, as cinco doenças crónicas mais prevalentes nos idosos que integram o estudo, são: as doenças do aparelho circulatório (75,0%), as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (60,0%), os distúrbios mentais e comportamentais (37,5%), as doenças dos órgãos dos sentidos (22,5%) e as doenças do sistema nervoso central (21,2%).

**Gráfico 2 – Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o grupo de classificação de doença (CID-10)**

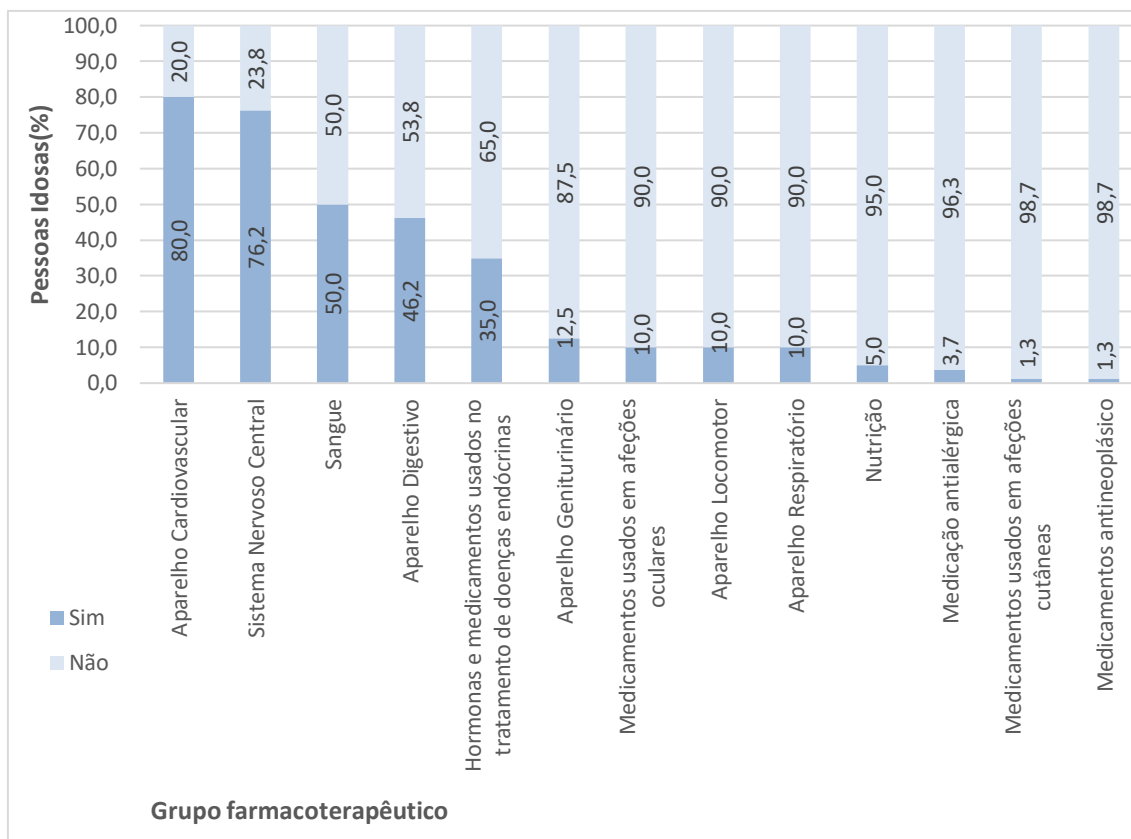


Relativamente à medicação, verifica-se que todos os idosos que integram o estudo tomam medicação habitualmente e é gerida, sem exceção, pelos enfermeiros e por outros profissionais da ERPI.

Diariamente, os idosos tomam entre 1 e 13 medicamentos, com uma média diária de  $5,9 \pm 2,8$  fármacos. O número diário de medicamentos mais consumido são cinco. A análise dos quartis mostra que um quarto da amostra toma pelo menos 4 medicamentos e 50% tomam entre 4 e 8 medicamentos.

Quando agrupamos os medicamentos segundo a classificação farmacoterapêutica (gráfico 3) verifica-se que os cinco grupos mais consumidos pelos os idosos destes estudos são: o grupo 3 - Aparelho Cardiovascular, com 80,0% dos idosos a consumi-los, o grupo 2 - Sistema Nervoso Central, com 76,2%, o grupo 4 – Sangue, com 50,0%, o grupo 6 - Aparelho Digestivo, com 46,2% e o grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas, com 35,0%.

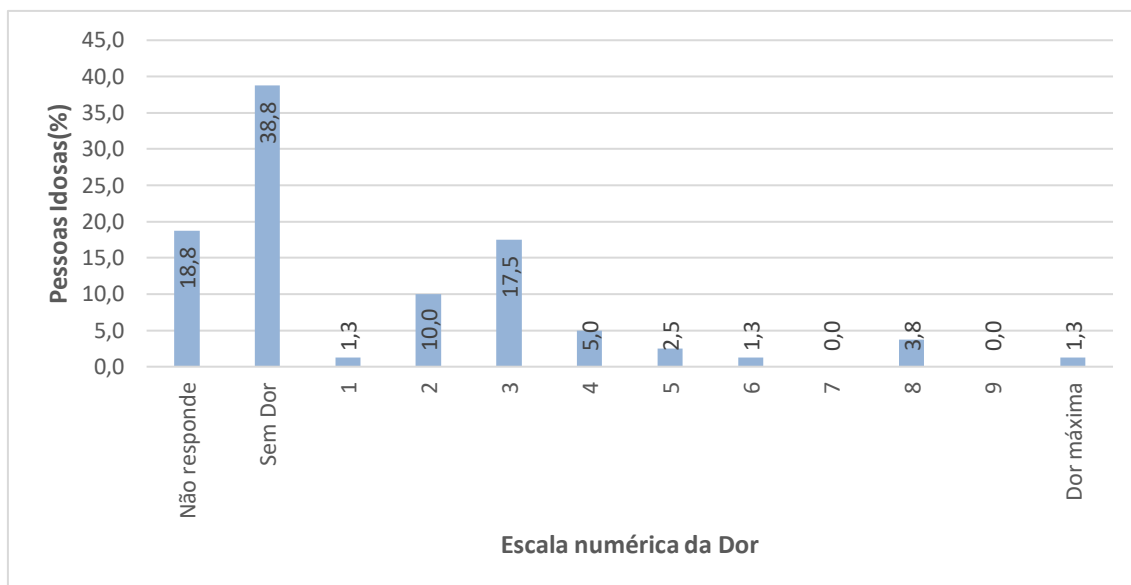
**Gráfico 3 - Distribuição dos idosos residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o grupo farmacoterapêutico**



Relativamente à dor crónica, os idosos manifestaram a presença e a ausência de dor, em igual percentagem (46,2%), sendo que 7,5% não responderam à questão. A aplicação da escala numérica da dor permitiu quantificar a dor a 81,2% dos idosos, sendo que 18,8% não responderam. Referiram não ter qualquer dor, 38,8% dos idosos da amostra, sendo que 42,4% referiram ter dor. De salientar que 17,5% atribuíram uma pontuação de 3 à dor que estavam a sentir, 10,0% qualificaram a dor como sendo de pontuação 2, 5,0% consideram uma dor com pontuação 4, uma dor 8 foi assinalada por 3,7% e 1,3% considera ter uma dor máxima (gráfico 4).



**Gráfico 4 - Distribuição dos idosos residentes numa ERPI de uma IPSS no Norte de Portugal, segundo a escala numérica da Dor**



Quanto ao sono (tabela 4), a maioria dos idosos (85,0%) considera ter um sono tranquilo, com uma duração igual ao habitual (66,3%) e dorme durante o dia (62,5%). Uma pessoa não soube responder o número de horas que dorme habitualmente, os restantes dormem em média  $10,2 \pm 2,1$  horas, variando entre 4 e 16 horas. Diariamente, a maior percentagem (35,0%) dormem 10 horas, seguindo-se os que dormem 12 horas (21,3%). De salientar que 2,6% dos idosos dormem 5 ou menos e 8,9% dormem 13 ou mais horas.

**Tabela 4 – Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS no Norte de Portugal, segundo as características do sono (n=80)**

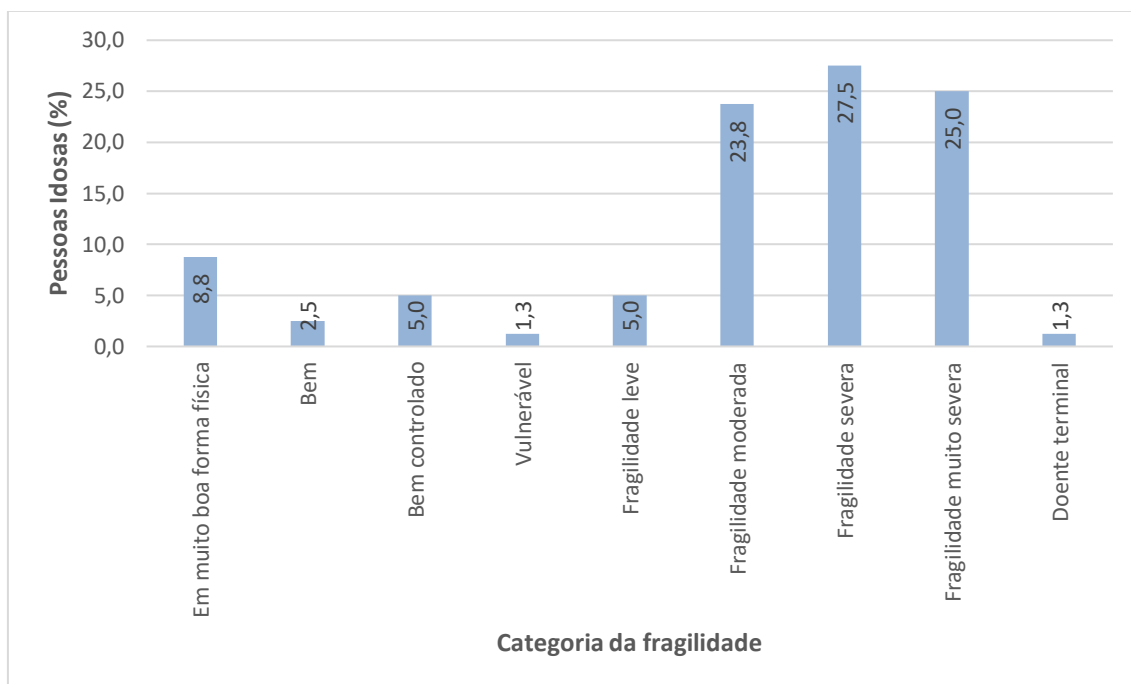
Sono		$n_i$	$f_i$
<b>Qualidade</b>	Tranquilo	68	85,0
	Agitado	11	13,7
	Não sabe	1	1,3
<b>Duração</b>	Igual ao habitual	53	66,3
	Menor que o habitual	11	13,7
	Superior ao habitual	16	20,0
<b>Sono Diurno</b>	Sim	50	62,5
	Não	30	37,5
<b>Horas de sono</b>	≤ 5 horas	2	2,6
	6 horas	1	1,3
	7 horas	3	3,8
	8 horas	12	15,0
	9 horas	3	3,8
	10 horas	28	35,0
	11 horas	6	7,5
	12 horas	17	21,3
	≥ 13 horas	7	8,9
	Não sabe	1	1,3

A atividade física é realizada por apenas 36,2% dos idosos da amostra e o regime alimentar é gerido por uma nutricionista para a totalidade dos idosos residentes.

#### **2.4.2. Categorização da fragilidade e da demência das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal**

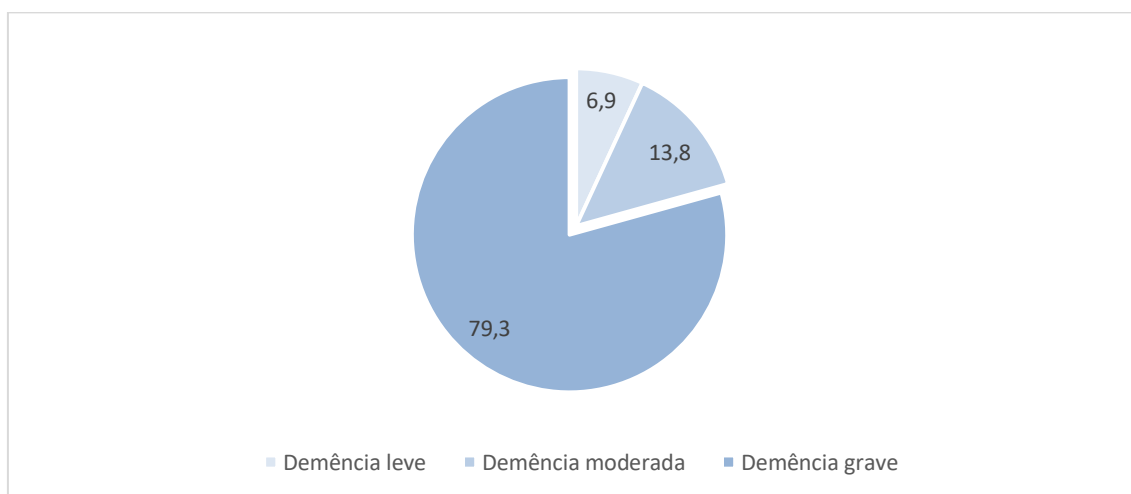
Conforme observado no capítulo “2.4.1 Propriedades psicométricas da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021)”, tabela 1, p. 46, 82,5% dos idosos foram identificados como frágeis e 17,5% como não frágeis. A fragilidade severa é a que apresenta a maior percentagem de idosos, com 27,5%, seguido da fragilidade muito severa, com 25% e da fragilidade moderada, com 23,8%, ou seja, mais de três quartos da amostra (76,3%) apresenta uma fragilidade igual ou superior a fragilidade moderada (gráfico 5).

**Gráfico 5 - Distribuição das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a categoria da fragilidade**



Quanto à demência, de acordo com a tabela 1, apresentada no capítulo “2.4.1 Propriedades psicométricas da *Clinical Frailty Scale* versão portuguesa (Pinto et al., 2021)”, p. 46, foi encontrada em mais de um terço da amostra 36,2%. Considerando os idosos identificados com demência (n=29), constata-se no gráfico 9, que 79,3% dos idosos apresentam um estado grave da doença, 13,8% apresentam um estado moderado e 6,9% um estado leve (gráfico 6).

**Gráfico 6 - Distribuição das pessoas idosas com demência residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o grau de demência**



### 2.4.3. Identificação do nível de empoderamento comunitário da comunidade de uma IPSS do Norte de Portugal, na promoção do envelhecimento ativo e saudável

Para a identificação do empoderamento comunitário foi realizada uma reunião com 28 profissionais da IPSS que integra a ERPI onde foi efetuado o estudo relativo aos idosos. Nesta reunião foram distribuídos 28 questionários, tendo havido retorno de 26, constituindo o número de profissionais da amostra.

O cálculo da pontuação de cada domínio do empoderamento comunitário foi estabelecido a partir do valor modal obtido nos questionários.

Constata-se que todos os domínios apresentam um valor modal igual ou superior a 4. Sendo que seis domínios apresentam um valor modal de 5 e os outros três um valor modal de 4 (tabela 5).

**Tabela 5 - Moda, valor mínimo e valor máximo por cada domínio da EAveC**

Domínio da EAveC									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Moda	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Mínimo	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
Máximo	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Para uma mais fácil compreensão os resultados foram representados num gráfico radar (gráfico 7), conforme as recomendações de Melo (2020).

**Gráfico 7 - Nível de empoderamento comunitário da comunidade de uma ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, na promoção do envelhecimento ativo e saudável**



Seguem-se as devidas afirmações por ordem crescente de pontuação:

- Domínio 1 - Participação comunitária (4): “Os membros da IPSS estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros” (Melo, 2020, p. 149)
- Domínio 2 - Capacidade de avaliação do problema (4): “A IPSS identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da IPSS.” (Melo, 2020, p. 149)
- Domínio 3 - Liderança local (4): “Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte dos setores de atividade da IPSS. Os líderes necessitam de treino de competências.” (Melo, 2020, p. 149)
- Domínio 4 - Estruturas organizacionais (5): “Os setores de atividade estão ativamente envolvidos dentro e fora da IPSS. A IPSS está comprometida com a sua e outras organizações.” (Melo, 2020, p. 150)
- Domínio 5 - Mobilização de recursos (5): “Criados recursos consideráveis e a IPSS decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.” (Melo, 2020, p. 150)
- Domínio 6 - Ligações a outros (5): “As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a IPSS.” (Melo, 2020, p. 150)

- Domínio 7 - Capacidade para “questionar porquê” (5): “Os grupos da IPSS têm capacidade para auto analisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva á mudança coletiva.” (Melo, 2020, p. 151)
- Domínio 8 - Gestão do programa (5): “A Gestão do programa é realizada pela IPSS, independente do agente. A gestão é responsável.” (Melo, 2020, p. 151)
- Domínio 9 - Relação com agentes externos (5): “Os agentes facilitam a mudança a pedido da IPSS que toma as decisões. O agente atua em nome da IPSS para construir capacidades.” (Melo, 2020, p. 151)

#### **2.4.4. Avaliação do processo comunitário, participação comunitária e liderança comunitária, para a promoção do envelhecimento e saudável das pessoas que residem numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal**

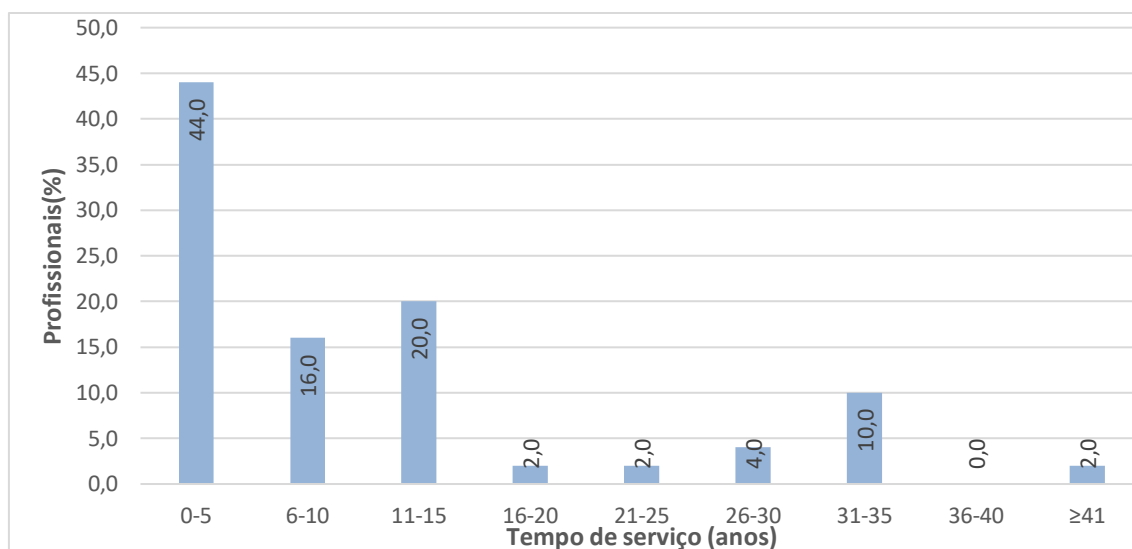
No âmbito da avaliação diagnóstica da Gestão Comunitária, a amostra foi constituída por 50 profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, correspondendo a 70,4% dos profissionais dessa instituição. Incluindo várias categorias profissionais (tabela 6), a amostra apresentou uma grande percentagem de Trabalhadores Auxiliares de Serviços Gerais (46,0%), seguindo-se as Ajudantes Lar e Centro de Dia (18,0%).

**Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a categoria profissional**

<b>Categoria Profissional</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
Ajudante de Cozinha	3	6,0
Ajudante Lar e Centro de Dia	9	18,0
Cozinheira(o)	1	2,0
Educador(a) Social	1	2,0
Empregada(o) de Refeitório	6	12,0
Encarregada(o) de Serviços Gerais	1	2,0
Enfermeira(o)	2	4,0
Lavandeira(o)	1	2,0
Motorista	1	2,0
Psicomotricista	1	2,0
Serviços Gerais	23	46,0
Técnica(o) de Farmácia	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

O tempo de serviço varia entre 0 e 41 anos, sendo a média de 10,8 anos  $\pm$ 11,1 anos. Para não haver tanta dispersão de dados, optou-se por criar grupos com intervalos de 5 anos. Desta forma, verifica-se que o grupo predominante exerce funções na IPSS há 5 ou menos anos (44,0%) e que a grande maioria (80,0%) exerce funções entre os 0 e os 15 anos (gráfico 8).

**Gráfico 8 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo o tempo de serviço na IPSS**



Após caracterizar brevemente os profissionais inquiridos, o questionário versou as três dimensões de diagnóstico da gestão comunitária: a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário, através de várias questões orientadoras. Para melhor entendimento, associou-se cada questão à dimensão e sub-dimensão de diagnóstico que se pretende avaliar, tendo por base a matriz referencial do MAIEC (Apêndice XI). Os resultados são apresentados seguindo esta lógica.

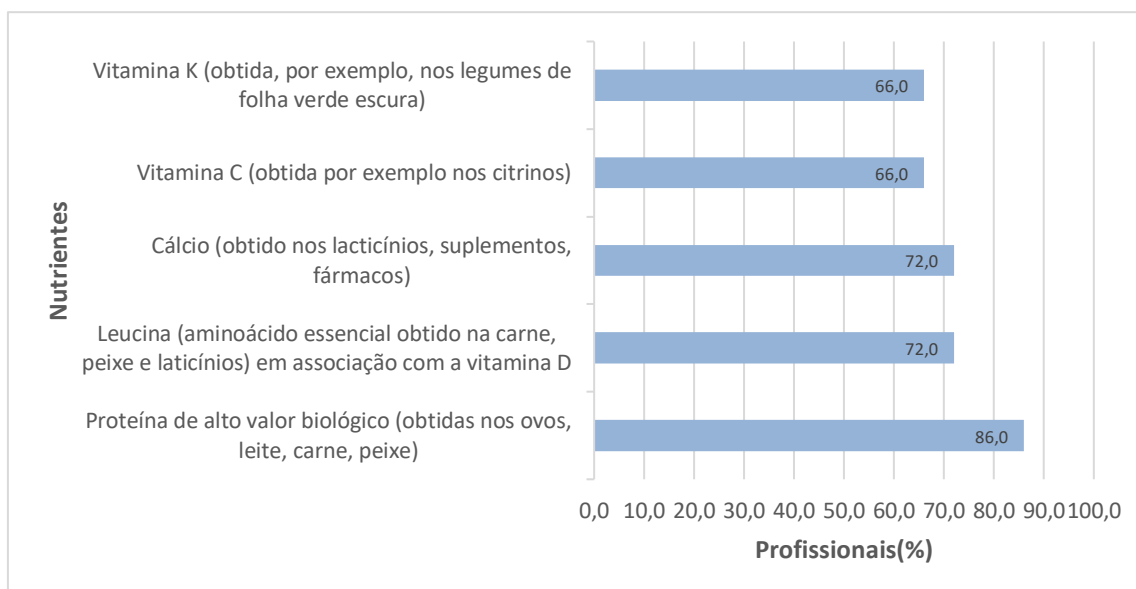
- Liderança comunitária

Relativamente à liderança comunitária da IPSS, iniciando pela sub-dimensão conhecimento, constatou-se que 70,0% dos inquiridos identificaram vários fatores que podem contribuir para aumentar a fragilidade, o declínio cognitivo e o risco de quedas nas pessoas idosas, nomeadamente, as doenças, o desequilíbrio, as barreiras arquitetónicas/pavimento e calçado, a alimentação/desidratação, a idade, o isolamento social e a medicação. Os restantes 30,0% não souberam responder ou não responderam corretamente.

Além disso, 90,0% dos profissionais consideram que a alimentação e a nutrição, podem ter influencia na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e no risco de quedas nas pessoas idosas, justificando as suas respostas ao referirem a alimentação/nutrição como “uma necessidade”, “fortalece os ossos”, “fornece energia”, “ajuda a prevenir/controlar as doenças” e “ficar saudável”.

Aprofundando esta temática, todos os profissionais responderam à questão relacionada com o efeito promotor de alguns nutrientes sobre o fortalecimento da massa muscular nas pessoas idosas. Os resultados obtidos demonstraram que 86,0% da amostra consideravam que a proteína de alto valor biológico (obtida nos ovos, leite, carne, peixe) promove o fortalecimento da massa muscular enquanto que 72,0% elegeram a Leucina (aminoácido essencial obtido na carne, peixe e laticínios) em associação com a Vitamina D (obtida, por exemplo, nos ovos). Outros (72,0%) selecionaram o Cálcio (obtido nos laticínios, suplementos e fármacos) e, por fim 66,0% dos inquiridos escolheram a Vitamina C (obtida, por exemplo, nos citrinos) e a Vitamina K (obtida, por exemplo, nos legumes de folha verde escura) (gráfico 9).

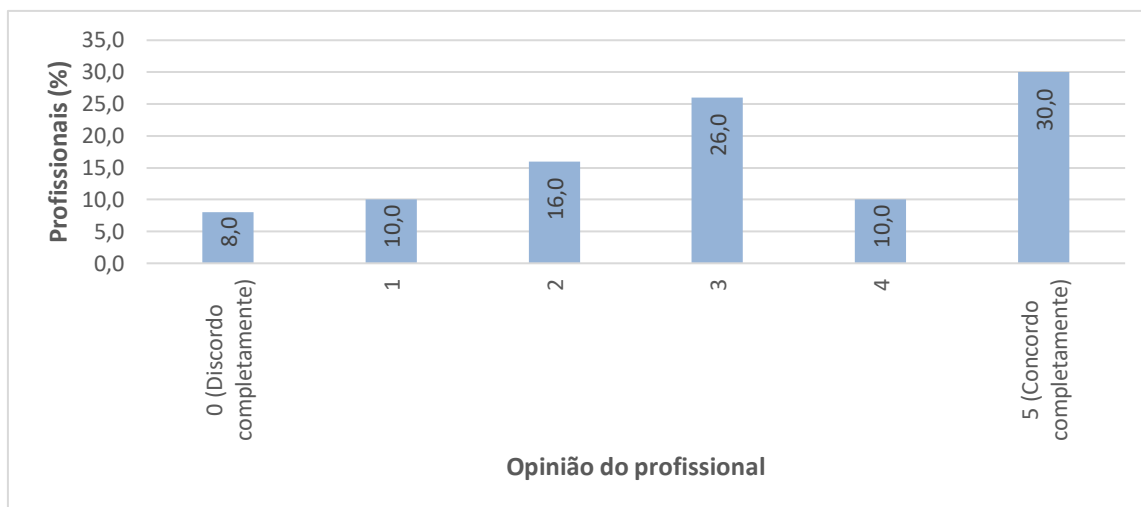
**Gráfico 9 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua percepção da influencia dos nutrientes no fortalecimento da massa muscular**



Relativamente aos conhecimentos sobre fragilidade, constata-se que a maioria dos profissionais (66,0%) concorda com a afirmação “a prevalência da síndrome de fragilidade não é muito elevada nas pessoas residentes na comunidade, contudo, essa prevalência aumenta quando se trata de pessoas institucionalizadas” (gráfico 10).

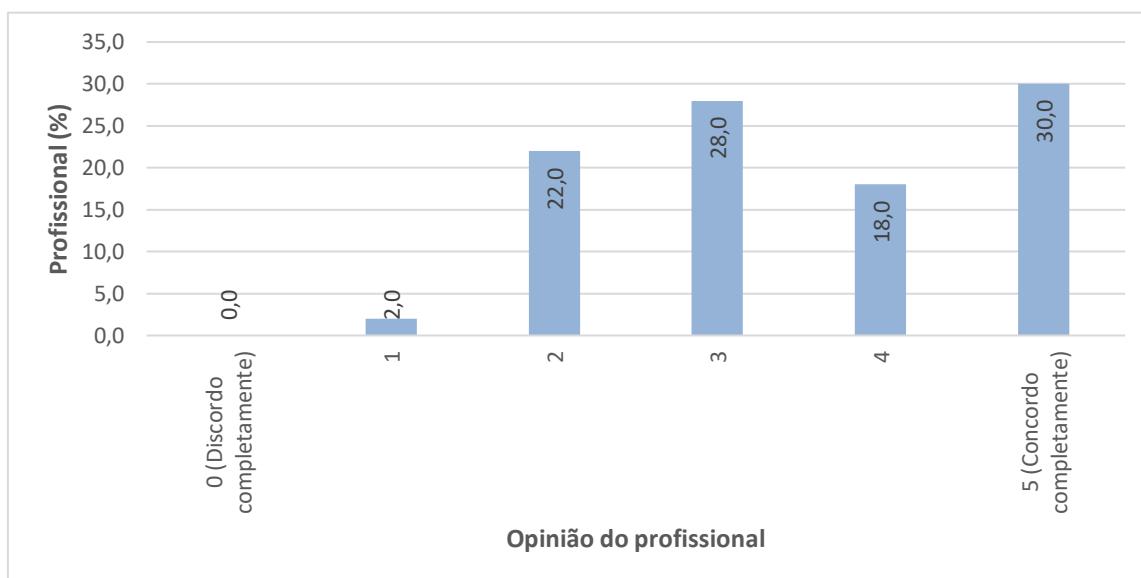


**Gráfico 10 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção sobre a prevalência da síndrome da fragilidade**



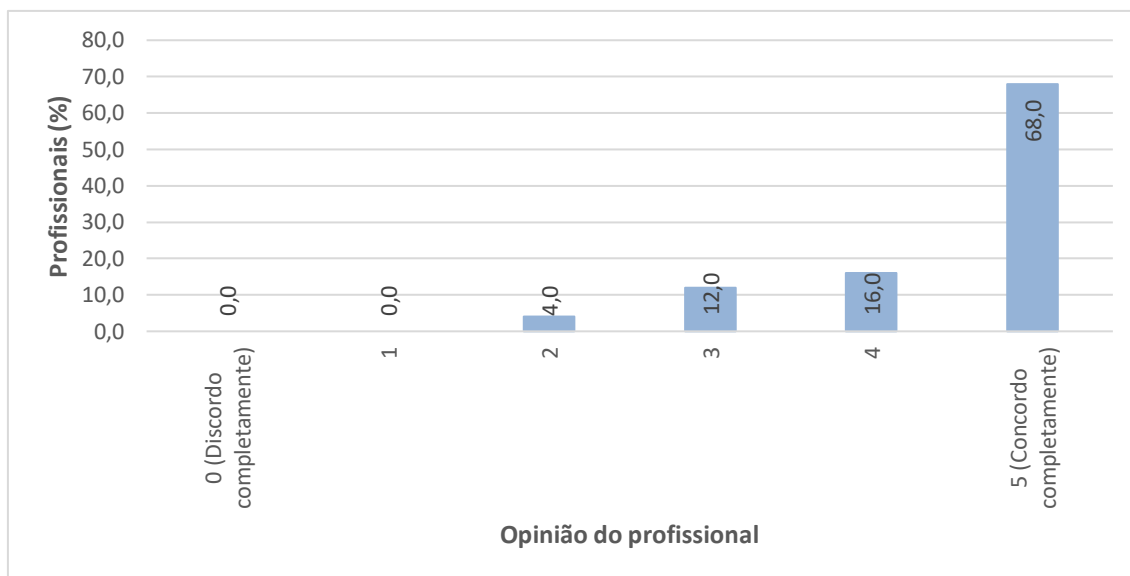
O mesmo pode ser observado, nos conhecimentos sobre quedas, uma vez que 76,0% da amostra concorda com a afirmação: “Na sua opinião, as quedas numa pessoa idosa são responsáveis por 40% de todas as causas de morte por acidente” (gráfico11).

**Gráfico 11 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção sobre as quedas e as causas de morte por acidente nas pessoas idosas**



Da mesma forma, relativamente à perceção sobre o medo de cair no idoso, observa-se que, aproximadamente, a totalidade dos profissionais (96,0%) considera veredita a seguinte afirmação: “Estima-se que aproximadamente 30,0% das pessoas idosas residentes na comunidade tenham medo de cair” (gráfico12).

**Gráfico 12 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua perceção sobre o medo de cair no idoso**

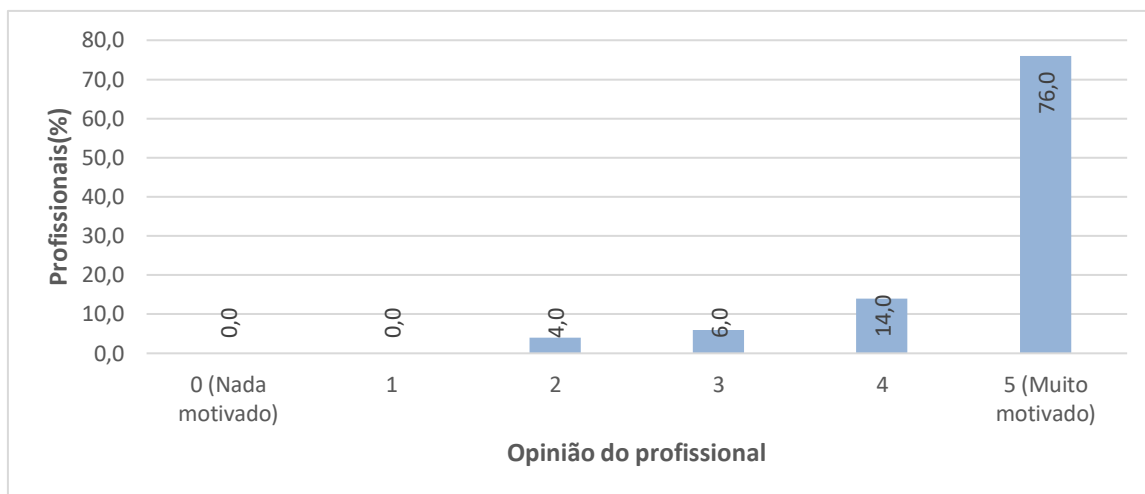


Sobre os fatores ambientais que podem potenciar o risco de queda nas pessoas idosas, as respostas dos profissionais incidiram maioritariamente sobre os seguintes fatores: a estrutura física do “edifício”, o “pavimento” (molhado/escorregadio ou em mau estado), a presença de “obstáculos” e o “calçado” inapropriado das pessoas idosas.

Relativamente à sub-dimensão crenças, a maioria dos profissionais (84,0%) considerou que um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, no declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, envolvendo a sua organização, pode ser de extrema importância, bem como, 98,0% acreditam que poderiam dar contributo para o desenvolvimento do mesmo

Quanto à sub-dimensão volição, constata-se que a maioria disse estar motivado (96,0%) para participar num projeto relacionado com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas (gráfico 13).

**Gráfico 13 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a sua motivação em participar no projeto**

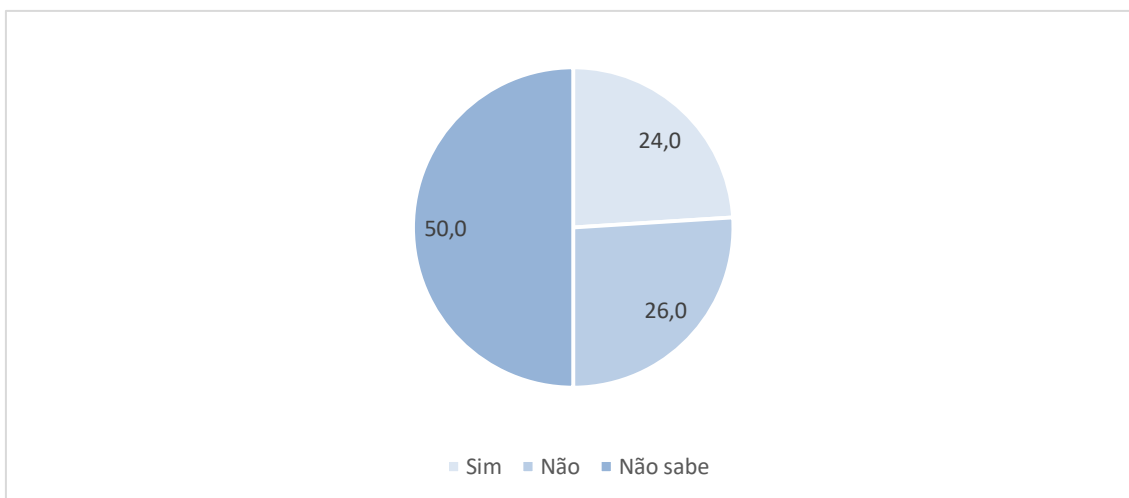


Para justificar a sua falta de motivação, os profissionais que pontuaram a sua motivação com um valor igual ou inferior a 3, correspondente a 10,0% da amostra, selecionaram os seguintes motivos: falta de tempo, falta de incentivos, falta de recursos materiais, falta de recursos humanos, cansaço e problemas de saúde. Quando questionados sobre o que os poderiam motivar a participar, mais de metade (59,0%) respondeu, traduzindo-se numa variedade de respostas: mais informação; mais tempo, o bem-estar das pessoas idosas, um aumento dos recursos humanos/salarial, um bom ambiente de trabalho, ser saudável.

- Participação Comunitária

No que concerne à dimensão diagnóstica participação comunitária, sub-dimensão parcerias, a existência de parcerias para promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenir a fragilidade, o declínio cognitivo e as quedas nas pessoas idosas, na IPSS, não era do conhecimento da maioria dos inquiridos (60,0%), havendo 28,0% que afirmaram que existiam (gráfico 14).

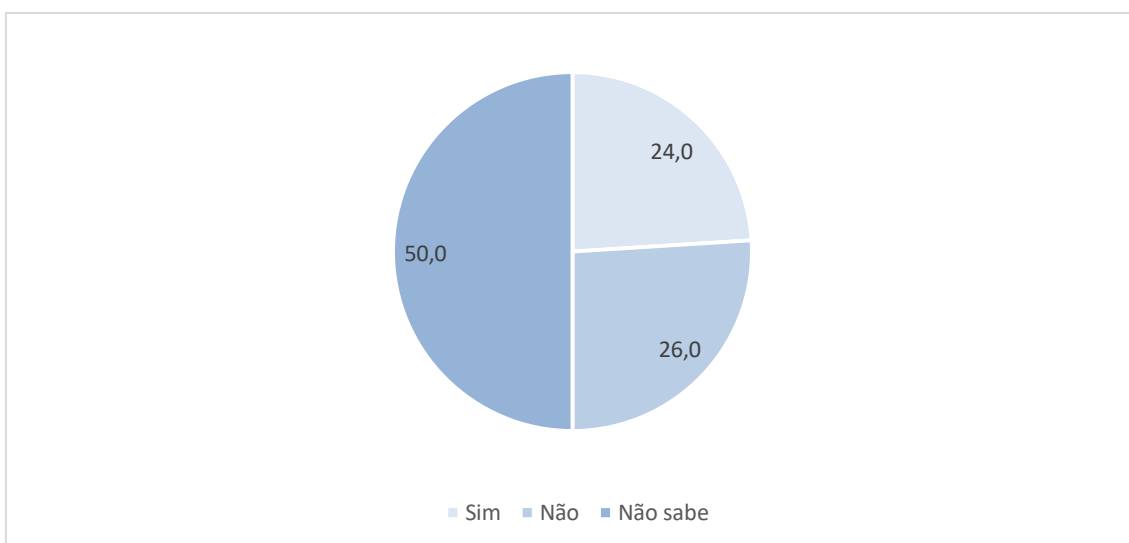
**Gráfico 14 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da existência de parcerias na IPSS**



Contudo, dos profissionais que confirmaram a existência de parcerias, 35,7% não as souberam especificar e os restantes 64,3% identificaram os seguintes parceiros: a ULS [REDACTED], EPE, a Câmara, os Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CLDS) e o Politécnico de [REDACTED].

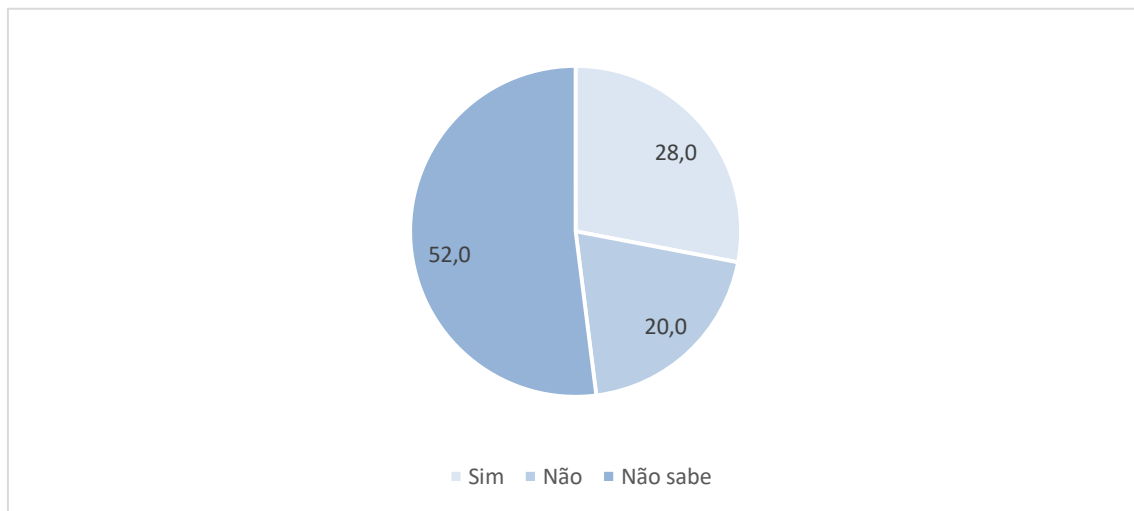
Além das parcerias, a sub-dimensão estruturas organizativas foi abordado. Os profissionais foram questionados sobre a existência de alguma comissão ou algum grupo de trabalho relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas. Metade (50,0%) não sabiam, e 26,0% responderam que não existiam comissão/grupos de trabalho (gráfico 15).

**Gráfico 15 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da existência de comissão/grupo de trabalho na IPSS**



O mesmo foi realizado para a sub-dimensão comunicação, quando se questionou a existência de um meio de comunicação (como email ou uma newsletter) na IPSS, relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, obteve-se 42,0% respostas “não sei” e 30% “não” (gráfico 16).

**Gráfico 16 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da existência de meio de comunicação na IPSS relacionado com o envelhecimento ativo e saudável**



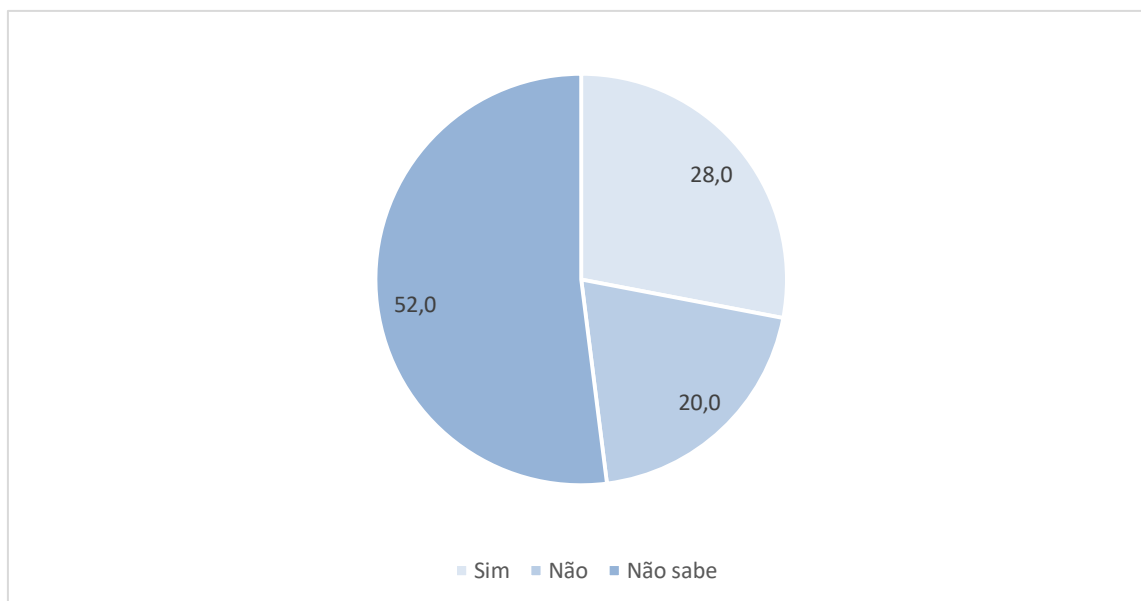
Os 28,0% que confirmaram a existência de um meio de comunicação (como email ou uma newsletter) na IPSS, enunciaram os seguintes meios de comunicação: Newsletter, Facebook, e-mail, Watts app, Sioslife, reuniões presenciais.

- Processo comunitário

Sobre a dimensão diagnóstica processo comunitário, sub-dimensão  *coping*  comunitário, observa-se que a totalidade dos profissionais considera que a IPSS tem experiência com projetos relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, contudo os inquiridos estão divididos, sendo que 46,0% pontuaram a experiência da sua organização com o valor máximo de 2, enquanto 54,0% atribuíram a pontuação intermédia equivalente a 1.

Continuando sobre o risco de queda, verificou-se que a maioria dos profissionais (52,0%) não sabiam se o risco de queda era avaliado na IPSS, com algum instrumento específico (gráfico17).

**Gráfico 17 - Distribuição dos profissionais de uma IPSS do Norte de Portugal, segundo a percepção da avaliação do risco de queda no idoso, com um instrumento específico, na IPSS**



Relativamente aos aspetos na comunidade que envolve a IPSS que possam promover o envelhecimento ativo e saudável, 22,0% dos profissionais não souberam responder e 78,0% identificaram os seguintes suportes: atividades das quais atividades motoras, os cuidados prestados incluindo os de enfermagem/médico e os projetos.

Por fim, no que diz respeito aos constrangimentos que possam dificultar o trabalho em conjunto entre a IPSS e outras instituições na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, a maioria (61,0%) dos profissionais da amostra responderam “nada” e 12,0% “não sei”. Os 27,0% restantes identificaram os seguintes aspetos: a falta de recursos, a falta de tempo, os desacordos entre organizações, o desinteresse e a burocracia.

## 2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão consiste em explorar as relações entre as partes estudadas. Segundo Vilela, (2020) “a informação processada tem um valor inestimável: dela dependerá, por certo, a resolução ou não das perguntas iniciais formuladas pelo investigador” (p.449). A discussão dos resultados é a conclusão final, que surge do marco teórico e dos dados obtidos, de acordo com os objetivos delineados para o estudo.

Iniciamos pela discussão dos dados sociodemográficos e clínicos das 80 pessoas idosas incluídas no estudo e posteriormente fazemos a discussão dos dados de acordo com os objetivos preconizados no estudo.

- Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal

A amostra é, maioritariamente, constituída por pessoas idosas de sexo feminino, viúvas, com idade avançada (80 anos e mais) e pouca escolaridade, dados corroborados por Pinto et al. (2021), num estudo realizado em 2019, numa amostra de doentes idosos internados em unidades de convalescença no Norte de Portugal. Profissionalmente a maioria trabalhou na agricultura e o tempo de internamento na IPSS era maioritariamente inferior a seis anos. No estudo de Neto & Real (2013), a amostra de pessoas idosas residentes num lar em Lisboa, partilhavam das mesmas características o que também é comum em estudos internacionais tal como verificado por Araújo & Ceolim (2010), junto de pessoas idosas institucionalizadas no Brasil.

Clinicamente a totalidade da amostra sofre, de pelo menos, duas doenças crónicas, a semelhança dos dados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) 2013-2016 do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015). Efetivamente, esse Inquérito Nacional revela que 38,4% da população portuguesa entre 25-74 anos apresenta pelo menos duas doenças crónicas, sendo a multimorbilidade mais frequente em indivíduos de sexo feminino, mais velhos e com menos escolaridade. Essas características já identificadas, na amostra alvo da investigação, podem explicar o valor máximo obtido. Considerando o estudo de Borges et al. (2013), numa amostra de pessoas idosas institucionalizadas no Brasil, 81,5% sofre de doença crónica e, 64,8% de multimorbilidades, essa diferença observada em relação à esta investigação, pode ser associada ao facto da amostra estudada pelos autores, não incluir pessoas incapazes de responder as perguntas e a média de idade ser inferior (72,4 anos). Os três grupos de doença crónicas mais prevalentes são: as doenças do aparelho circulatório, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, os transtornos mentais e comportamentais, à semelhança dos resultados do estudo de Borges et al. (2013) para os dois primeiros grupos. Os resultados obtidos para os três primeiros grupos corroboram com os dados de 2020, da ARSN, fornecidos pela Vogal do Conselho Clínico de um ACES/Representante de uma USP, do Norte de Portugal. Segundo estes dados existe uma maior carga da doença para as seguintes patologias: a alteração do metabolismo dos lípidos (25,5%), a

hipertensão arterial (21,9%) e as perturbações depressivas (11,2%), entre outras (Portugal, 2021). Em concordância com os dados obtidos no INSEF, que estimam a hipertensão arterial e o colesterol elevado como as doenças crónicas mais prevalentes em 2015, para ambos os sexos: 26,1% e 25,7% respetivamente, para o sexo feminino; 25,1% e 23,7% respetivamente, para o sexo masculino. A depressão é referida especificamente para o sexo feminino com 15,2%.

A dor crónica nas pessoas idosas está presente em metade da amostra, resultados significativamente inferiores a outros estudos que estimam que 83,0% dos idosos que vivem em lares sofrem de dor crónica (Portugal, 2010). Contudo, perante os valores obtidos através da escala numérica da dor, verifica-se que a maioria apresenta um bom controle da dor.

Os resultados no domínio do sono refletem que na maioria das pessoas idosas inquiridas o sono é tranquilo, igual ao habitual, com uma média de 10,2 horas ( $\pm 2,1$ ), à semelhança dos dados obtidos por Araújo & Ceolim (2010) numa população de pessoas idosas residentes em quatro instituições de São Paulo, Brasil. O hábito de dormir de dia, revelado pela maioria das pessoas idosas estudadas nesta investigação, não coincide com os dados dos mesmos autores, talvez por a amostra que estudaram, excluir as pessoas idosas com deficit cognitivo.

Todas as pessoas da amostra tomam medicação, a qual é gerida, sem exceção, pelos enfermeiros e pelos profissionais. Segundo o estudo de Borges et al. (2013), 83,3% da amostra estudada consumia medicação habitual e a maioria (37%) tomava cinco ou mais fármacos, de acordo com os resultados obtidos nesta investigação (um quarto da amostra toma pelo menos 4 medicamentos e 50% tomam entre 4 e 8 medicamentos). Os grupos farmacológicos mais prevalentes, por ordem decrescente: o grupo 3 - Aparelho Cardiovascular, o grupo 2 - Sistema Nervoso Central, o grupo 4 - Sangue, o grupo 6 - Aparelho Digestivo e o grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas. Estes dados corroboram os dados obtidos por Wagner et al. (2014) num estudo realizado em 2004, junto a pessoas idosas residentes em instituições na cidade de Goiânia, Brasil. A presença do grupo 2 nos grupos mais prevalentes poderá justificar o facto da dor estar controlada e o sono ser tranquilo, já que o sono pode ser induzido por inúmeros medicamentos, antidepressivos, neurolépticos e especificamente as benzodiazepinas (Paiva & Nunes, 2014).



A atividade física é realizada por uma minoria de pessoas idosas, apenas 36,2%, a semelhança do estudo realizado por Menezes & Bachion (2007), na região de Goiânia - Brasil, junto de pessoas idosas residentes em instituições de longa duração. Contudo em comparação com os dados obtidos por Carvalho et al. (2007) num estudo realizado em dois lares da região de Guimarães, o valor obtido nesta investigação é significativamente inferior. Mas, é de salientar que os idosos estudados por Carvalho et al. (2007), apresentavam uma média de idade de 77,5%, bem inferior à idade média da população idosa estudada na presente investigação, o que pode justificar a disparidade entre os resultados.

O regime alimentar é gerido por uma nutricionista para a totalidade dos idosos residentes.

- Categorização da fragilidade e da demência das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal

No domínio da fragilidade foi identificada uma prevalência de 82,5%, à semelhança do que foi relatado por Borges et al. (2013) que observou 74,1% idosos frágeis numa amostra de pessoas idosas institucionalizadas no Brasil e, à distinção do observado por Pinto et al., (2021) que identificou uma maioria de pessoas não frágeis (56,9%) numa amostra de pessoas idosas internadas em unidades de convalescença no Norte de Portugal, acompanhados em IPSS. As categorias da fragilidade mais prevalentes: “fragilidade severa” e “muito severa” traduzem um estado avançado da fragilidade, em comparação com os dados de Borges et al. (2013), que revelam uma maioria na categoria fragilidade leve (37,5%), fragilidade moderada (35%) e fragilidade severa (27,5%). É de salientar que os resultados observados pelos mesmos autores foram obtidos através de outra escala, a Escala da Fragilidade de Edmonton (Rolfson et al., 2006) e, a amostra estudada excluía as pessoas incapazes de responder às perguntas. Comparando com os resultados de Pinto et al., (2021), também se observa uma disparidade, tendo em conta que os autores só revelaram 13,7% na categoria “fragilidade severa”, podendo a média de idade (78 anos) e os critérios de exclusão (pessoas incapazes de comunicar) da amostra dos autores, explicar esta diferença. Os valores obtidos neste estudo são preocupantes considerando os efeitos adversos da fragilidade na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

A prevalência da demência é de 36,3%, mais de um terço da amostra, à semelhança dos resultados obtidos por Pinto et al. (2021). A sua gravidade é considerável tendo em conta uma frequência elevada de demência severa nos idosos identificados com demência, em

comparação aos estudos de Pinto et al. (2021). Efetivamente, Pinto et al. (2021) identificaram, nos idosos dementes de uma amostra de pessoas idosas internadas em unidades de convalescença no Norte de Portugal, acompanhados em IPSS, só 5,3% idosos com demência severa. Esta discrepância pode estar relacionada com as características da amostra, já referidas anteriormente.

Ou seja, o perfil das pessoas residentes na IPSS alvo do estudo, revela ser elevado, complexo e multifacetado, e conforme apontam vários autores pode justificar a institucionalização (Baptista et al., 2019; Gruner et al., 2014; Pinto, 2014, 2021).

- Identificar o diagnóstico da gestão comunitária promotora do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.

Inicialmente avaliou-se o empoderamento comunitário da IPSS, numa amostra constituída por 26 profissionais. Num segundo momento identificou-se o diagnóstico relacionada com o foco gestão comunitária e as suas três dimensões (liderança comunitária, participação comunitária e processo comunitário) numa amostra de 50 profissionais.

Em relação à caracterização sociodemográfica constata-se que a equipa de profissionais é multidisciplinar, sendo representada, maioritariamente, pela categoria profissional de Trabalhadores Auxiliares de Serviços Gerais. O tempo médio de trabalho dos colaboradores nesta IPSS é de 10,84 anos, embora uma grande percentagem (44,0%) apresente uma antiguidade inferior a 5 anos. A justificação da média poderá estar na amplitude verificadas na antiguidade na IPSS (0 a mais de 41 anos).

- Identificar o nível de empoderamento comunitário da comunidade de uma IPSS do Norte de Portugal, na promoção do envelhecimento ativo e saudável

A análise dos dados obtidos permitiu confirmar que a IPSS, apresenta um alto nível de empoderamento comunitário em todos os domínios, no que diz respeito à promoção do envelhecimento ativo e saudável na prevenção de complicações como a fragilidade.

A maioria dos domínios apresentam o nível máximo de empoderamento comunitário e um terço dos domínios o nível inferior. Sendo os domínios suscetíveis de ser melhorados: o domínio da participação comunitária, o domínio da capacidade de avaliação do problema e o domínio da liderança local.

A natureza das comunidades abordadas (escolas, empresas, hospitais, ACeS) em estudos alicerçados no modelo conceptual MAIEC, não permitem realizar comparações no que concerne a avaliação do nível de empoderamento comunitário em contexto IPSS.

- Avaliar a liderança comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.

Relativamente à dimensão diagnóstica liderança comunitária, enquanto foco de enfermagem, os profissionais acreditam na importância do projeto a 100,0% e do envolvimento individual a 98,0%. Ou seja, a sub-dimensão “crenças” está demonstrada. Quanto à sub-dimensão “volição”, 96,0% dos profissionais têm vontade em participar no projeto, pelo qual também se encontra demonstrada, embora a maioria dos profissionais solicitasse mais informação e mais tempo para aumentar a sua motivação em participar no projeto. Por outro lado, a sub-dimensão “conhecimento” não se encontra demonstrada, tendo em conta que 30,0% dos profissionais não conhecem fatores que possam contribuir para aumentar a fragilidade e 33,0% não conhecem a sua prevalência em pessoas idosas institucionalizadas, o que aponta para uma necessidade acrescida em formação no sentido de colmatar o deficit de conhecimento dos profissionais, sobre os aspetos basilares da fragilidade, declínio cognitivo e risco de queda. Assim, a dimensão diagnóstica liderança comunitária está comprometida relativamente à promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne à prevenção de complicações como a fragilidade nas pessoas idosas residentes na IPSS alvo do estudo.

- Avaliar a participação comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.

Quanto à dimensão diagnóstica participação comunitária encontra-se comprometida pelas três sub-dimensões, “parcerias”, “estruturas organizativas” e “comunicação” que não estão demonstradas. A maioria dos inquiridos considera que não existem parcerias, ou estrutura organizativa na sua IPSS, nem tampouco meios de comunicação relacionados com a promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne a prevenção de complicações como a fragilidade nas pessoas idosas residentes na IPSS. Assim, urge, no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne a prevenção de complicações como a fragilidade nas pessoas idosas residentes na IPSS, intervir no

sentido de divulgar as parcerias existentes, promover a criação de novas estruturas organizativas envolvendo os colaboradores ou os seus representantes e otimizar os recursos de comunicação entre os membros da comunidade já existentes.

- Avaliar a processo comunitário para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal.

O processo comunitário também se encontra comprometido, por *coping* comunitário não efetivo. Apesar da totalidade dos profissionais considerar que a IPSS tem experiência no desenvolvimento de projetos relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, verificou-se que a maioria (52,0%) não sabia se o risco de queda era avaliado na sua instituição, com algum instrumento de avaliação específico e 22,0% não identificaram os aspetos na comunidade que envolve a IPSS, que possam promover o envelhecimento ativo e saudável. Por fim, relativamente às dificuldades que possam dificultar o trabalho em conjunto entre a IPSS e outras instituições na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, o no declínio cognitivo e quedas nas pessoas idosas, só 27,0% dos profissionais identificaram alguns aspetos. Estes dados sugerem a necessidade de intervir, a partir de reuniões com os membros e líderes da IPSS de forma a identificar experiências anteriores e recursos, levando à consciencialização da comunidade para as suas estratégias de *coping* comunitário, conforme sugerido por Melo (2020).

Conclui-se que a gestão comunitária da IPSS direcionada ao envelhecimento ativo e saudável, está comprometida pela afetação das suas três dimensões: a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário. Diagnósticos, que o alto nível de empoderamento comunitário da IPSS, não deixava transparecer. É de supor, que essa discrepância foi provavelmente incutida, involuntariamente, pela presença dos membros da direção da IPSS, aquando da avaliação do nível de empoderamento comunitário.

Perante a carência de estudos alicerçados no modelo conceptual MAIEC em contexto IPSS, não foi possível realizar comparações com resultados de estudos anteriores no que concerne a avaliação diagnóstica da gestão comunitária.

O modelo conceptual utilizado, o MAIEC (Melo, 2020) será decisivo para a melhoria da Gestão Comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne à prevenção de complicações como a fragilidade nas pessoas idosas residentes na IPSS alvo do estudo. Percebe-se que é premente a continuidade do projeto e a intervenção do EEEC na área de ESCSP nesta ERPI para a promoção do envelhecimento ativo e saudável pois permitirão ganhos em saúde nas pessoas idosas residentes.

## 2.6. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

O aumento exponencial da população idosa em todo o mundo, incrementou uma elevada prevalência de problemas de saúde, potencialmente incapacitantes e mortais nas pessoas que integram este grupo populacional. Neste contexto, a síndrome da fragilidade impõe-se como um fator condicionante do número de anos vividos com qualidade, apesar de poder ser prevenida, minimizada ou eventualmente revertida (Duque, 2014). A fragilidade cria um impacto negativo na sociedade que a torna num flagelo que deverá ser alvo da atenção, não apenas das políticas governamentais da saúde, como dos diversos profissionais de saúde e das IPSS que acolhem essas pessoas. Tendo em conta que a cultura organizacional das IPSS influencia o desempenho da equipa multidisciplinar na promoção do envelhecimento ativo e saudável e, conseqüentemente, na prevenção da fragilidade, torna-se determinante na forma como o idoso vivencia o seu envelhecimento. (Duque, 2014).

Nesta linha de pensamento, a investigação desenvolvida surgiu para dar resposta às necessidades das pessoas idosas institucionalizadas, contribuindo para a promoção do envelhecimento ativo e saudável na prevenção da fragilidade, numa IPSS do Norte de Portugal. O estudo de investigação abrangeu a totalidade da comunidade IPSS (pessoas idosas e profissionais), dando uma perspetiva real e atualizada da problemática.

Foram caracterizados a nível sociodemográfico e clínico as pessoas idosas residentes na ERPI, da IPSS alvo do estudo e o perfil da fragilidade das mesmas. Observou-se que os 80 idosos residentes, que integraram o estudo, tinham uma média de idades de 84,2 anos  $\pm 7,2$  anos e 75,0% são do sexo feminino. A grande maioria (82,5%) apresentava fragilidade e 27,5% uma fragilidade severa. A prevalência da demência era de 36,2% e destes, 79,3% apresentam um estado grave da doença. Os resultados obtidos alertam para a preocupante e assustadora prevalência da fragilidade nas pessoas idosas

institucionalizadas, bem como a importância do seu diagnóstico na tomada de decisão clínica, e a necessidade da incorporação de um instrumento de avaliação nos softwares de registos de saúde, nomeadamente o SClínico®.

Na vertente dos profissionais identificou-se o diagnóstico sobre empoderamento comunitário e gestão comunitária da IPSS, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC. A análise dos dados permitiu confirmar que a IPSS, apresenta um alto nível de empoderamento comunitário em todos os domínios, sendo os domínios suscetíveis de ser melhorados: o domínio da participação comunitária, o domínio da capacidade de avaliação do problema e o domínio da liderança local. Os dados relativos à gestão comunitária da IPSS direcionada ao envelhecimento ativo e saudável, revelaram défices de conhecimentos sobre fragilidade e sobre os recursos da comunidade, assim como, um *coping* comunitário não efetivo, incidindo, respetivamente, nos subdiagnósticos de liderança comunitária comprometida, participação comunitária comprometida e processo comunitário comprometido e, conseqüentemente, no diagnóstico de gestão comunitária comprometida. Estes resultados revelam ser de extrema importância para o planeamento e a implementação de estratégias de intervenção sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária junto dos profissionais e das pessoas idosas residentes na ERPI da IPSS alvo do estudo, alicerçadas na evidência científica e associadas aos diagnósticos de enfermagem descritos.

A investigação contribuiu para o processo do projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, realizando o diagnóstico da situação, no âmbito da avaliação do nível de empoderamento comunitário da comunidade IPSS e do diagnóstico no foco Gestão Comunitária. Também forneceu um pequeno contributo ao projeto MAIEC e Empoderamento Comunitário do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Universidade Católica do ██████████ que tem como finalidade avaliar o impacto do MAIEC em várias comunidades. Ademais, sendo um estudo descritivo, constitui uma premissa para o desenvolvimento de outros trabalhos de investigação que permitam, aos enfermeiros aprofundar os conhecimentos sobre a fragilidade na pessoa idosa institucionalizada e sobre a aplicação do MAIEC.

Como limitações do estudo, considera-se que a comparação dos resultados do presente estudo com os resultados de estudos anteriores carece de alguma cautela, perante a heterogeneidade dos contextos. A escolha do instrumento para monitorizar a dor, não foi a mais judiciosa, tendo em conta a elevada prevalência de pessoas idosas com demência

severa na população em estudo; a aplicação de uma escala comportamental da dor seria mais adequada. Além disso, a consulta dos processos clínicos internos, das pessoas idosas residentes na ERPI, da IPSS alvo do estudo, revelou uma ausência de codificação dos problemas de saúde pelo Médico Assistente, e alguma carência de especificação das doenças, o que pode influenciar os resultados e não transmitir a realidade epidemiológica da problemática. Relativamente aos profissionais, considera-se como limitação, o facto dos resultados emergirem das perceções de um grupo limitado de profissionais que exercem funções na IPSS, influenciado pelo período em que decorreu o inquérito (final do mês de julho) que abrangeu a época de férias. Efetivamente, nesse período do ano, o número de efetivos é reduzido, o que também induziu uma certa inquietação por parte dos profissionais em disponibilizar um pouco do seu tempo laboral para a realização do questionário. Além disso, o método utilizado para aplicação da EAvEC, revelou-se não ser o método mais apropriado para a obtenção de dados fidedignos, tendo em conta a presença dos superiores hierárquicos que pode influenciar potencialmente as respostas dos profissionais.

Pelas competências que lhes são atribuídas, o EEEEC na área de ESCSP desempenha um papel decisivo nesta problemática, assumindo a IPSS como unidade de cuidados, a responsabilidade pela avaliação do seu estado de saúde, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, bem como, assumindo a competência de promover a capacitação da equipa multidisciplinar da IPSS em prol do envelhecimento ativo e saudável na comunidade alvo de cuidados.

Neste sentido, propõe-se, no próximo capítulo uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos que contribuirão para o desenvolvimento das CCEE e, simultaneamente, das CEEEEEC.

**3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
COMUNS E ESPECÍFICAS**



Os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em enfermagem e, em particular, na área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Apresenta-se neste capítulo, os contributos da componente clínica e do II CMEC, na prossecução dos objetivos de aprendizagem e no desenvolvimento das competências exigidas ao Enfermeiro Especialista. Inicia-se pela apresentação, descrição e análise das atividades desenvolvidas nas UC de ensino clínico e do ENP que integram o Plano de Estudos do II CMEC, da ESS-IPVC, fazendo uma reflexão e interpretação crítica. De seguida, dá-se a conhecer o contributo da componente clínica na aquisição e desenvolvimento das CCEE e das CEEEEEC na área de ESCSP.

### 3.1. PROCESSO FORMATIVO

As UC Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária são ensinamentos clínicos que integram o II CMEC, da ESS - IPVC e foram realizados, em conjunto com duas estudantes do mesmo Curso, na mesma UCC do Norte de Portugal.

#### **3.1.1. Unidade Curricular Enfermagem de Saúde Pública**

A Saúde Pública refere-se ao estado de saúde de uma população, e às atividades e condições governamentais desenvolvidas para promover, proteger ou preservar a sua saúde (Regulamento n.º 348/2015). Por sua vez a Enfermagem de Saúde Pública representa um

campo da enfermagem voltado para a promoção e proteção da saúde das populações, usando o conhecimento de enfermagem e das ciências social e de saúde pública para desenvolver pesquisa e política em saúde local, regional, estadual e nacional. É focado em população e orientado para a comunidade, direcionado a promoção de saúde e prevenção de doenças através de programas educacionais, diagnósticos e preventivos. (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2014, p.1)

Partido deste pressuposto, nesta UC considerou-se crucial a avaliação do estado de saúde de um grupo, por forma a identificar-se as suas necessidades e, em cooperação com o grupo, elaborou-se, implementou-se e avaliou-se um projeto promotor da saúde e do exercício da cidadania.

Assim face ao envelhecimento populacional que se verifica na área de abrangência da unidade de saúde onde foi realizada esta UC, cujo índice de envelhecimento é de 248,4 e à sua associação com a prevalência de doenças crónicas, responsáveis pela maior parte das mortes e da carga da doença em Portugal (Portugal, 2015), justificou-se a pertinência do estudo: “Prevalência da doença crónica nos idosos frágeis inscritos numa unidade de saúde familiar do [REDACTED]”.

Este estudo sustentou-se na metodologia do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1986) e possibilitou aprofundar, integrar e aplicar os conhecimentos teóricos desenvolvidos das UC Teóricas: “Epidemiologia e Enfermagem de Saúde Pública”, “Investigação em Enfermagem”, “Seminário: Metodologias Quantitativas aplicadas a Enfermagem Comunitária”, “Enfermagem de Saúde Comunitária II: Gestão da Doença Crónica” e, “Promoção e Educação para a Saúde e Saúde Familiar em Contexto Comunitário”.

A metodologia do planeamento em saúde assenta numa análise multisectorial e integrada de uma comunidade, numa coordenação entre níveis de planeamento (local, regional e central) e no envolvimento das várias partes interessadas: os responsáveis políticos, os responsáveis técnicos e os representantes da população. Processo contínuo e dinâmico, o planeamento em saúde pode ser definido como “uma racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1986, p.6). Constituído por sete etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação para a execução e avaliação (Regulamento n.º 428/2018), pode a qualquer etapa retroceder, desde que existem novas informações que levem a refazer determinada etapa (Imperatori & Giraldes, 1986).

Para a primeira etapa do planeamento em saúde, a identificação das necessidades, efetuou-se um estudo de investigação quantitativo, descritivo e transversal.

Seguindo as etapas da metodologia científica, recorreu-se a uma revisão da bibliográfica enunciando como questão de investigação: Qual a prevalência das doenças crónicas do idoso com idade igual ou superior a 75 anos inscritos na USF [REDACTED] que tiveram contato com a mesma, durante o ano de 2021? Segundo Vilelas (2020) “a formulação de um problema reveste geralmente a forma de uma pergunta” (p.47).

Foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar os idosos com idade igual ou superior a 75 anos, que contactaram a USF [REDACTED] no ano de 2021, no que concerne a fatores sociodemográficos;
- Determinar a prevalência da doença crónica no idoso com idade igual ou superior a 75 anos, que contactaram a USF [REDACTED], no ano de 2021;
- Estudar a associação entre a distribuição da doença crónica e o sexo no idoso com idade igual ou superior a 75 anos, que contactaram a USF [REDACTED], no ano de 2021
- Estudar a associação entre a distribuição da doença crónica e a freguesia de residência do idoso com idade igual ou superior a 75 anos, que contactaram a USF [REDACTED], no ano de 2021.

Construiu-se o referencial teórico, que permitiu às mestrandas aprofundar conhecimentos sobre o tema e definiram-se as opções metodológicas: o tipo de estudo, a população e amostra, os critérios de inclusão e exclusão, as variáveis e instrumentos de recolha de dados. A população alvo foi constituída por 1736 idosos com idade igual ou superior a 75 anos (nascidos entre 01/01/1900 e 29/09/1946), inscritos na USF no ano de 2021, cujo último contato com a USF, se efetuou entre 1 de janeiro de 2021 e 14 de outubro de 2021. A recolha de dados incidiu nas variáveis: sexo, data de nascimento, freguesia de residência e tipologia de doença crónica de acordo com a *International Classification of Primary Care* (ICPC) 2ed. e resultou da consulta de informação nas bases de dados: SClínico, Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde, Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. As questões éticas foram inteiramente salvaguardadas durante a realização deste trabalho.

A descoberta destas bases de dados específicas utilizadas na USF/UCC, inexploradas até o momento pela mestranda, permitiu abraçar novas experiências, contribuindo para

futuros estudos epidemiológicos. Para processamento e tratamento dos dados, recorreu-se aos programas Microsoft Excel e S.P.S.S e a estatísticas descritivas. Da pesquisa realizada, referente às doenças crónicas incluídas no ICPC - 2ed., procedeu-se ao seu agrupamento. Efetuaram-se as associações entre a distribuição da doença com o sexo e a freguesia. Esta etapa foi sem dúvida árdua, tendo em conta a inexperiência da mestranda no Software S.P.S.S e o conteúdo programático denso da UC “Seminário: Metodologias Quantitativas aplicadas a Enfermagem Comunitária”. Contudo resultou no desenvolvimento de conhecimentos efetivos a nível informático e no tratamento dos dados, indispensáveis para futuros trabalhos científicos. No estudo relativo a UC Enfermagem de Saúde Pública obteve-se os seguintes resultados: a amostra tem uma média de idade de 82,2 anos  $\pm$ 5,29 anos e a maioria (61,2%) é do sexo feminino. Mais de três quartos da população (75,5%) tem duas ou mais doenças crónicas. A doença crónica mais prevalente foi a hipertensão arterial (72,4%), identificou-se a freguesia com maior carga global da doença com 17,8%. A doença mais prevalente no sexo masculino e feminino foi a hipertensão arterial com 27,8% e 44,6% respetivamente. Os dados deste estudo corroboram com os dados do Perfil de Saúde do [REDACTED] (Portugal, 2018).

Uma análise mais profunda e detalhada dos dados recolhidos seria uma mais valia para futuras intervenções na área, tendo em conta as limitações do estudo, como: - a ausência de dados clínicos e carência de uniformização da codificação dos problemas de saúde pelos Médicos de Família, o que exigiu a consulta individual e detalhada do processo clínico; - a falta de registos clínicos nas consultas; - a dimensão da população em estudo; e o défice de registos pela codificação da ICPC - 2ed., que pode induzir a indicadores epidemiológicos desajustados da realidade da problemática.

Conclui-se que o estudo, revelou dados de extrema importância, permitindo definir o perfil de saúde da população alvo. Importa realçar que “o diagnóstico de Enfermagem de Saúde Pública contribui para o desenvolvimento de Programas Locais de Saúde que respondam às necessidades de saúde da população em cuidados de enfermagem” (Melo, 2020, p.11), e que o seu desenvolvimento é da responsabilidade do EEEC (Melo, 2020). Além disso o estudo fomentou a produção de evidência científica, necessária para a prática do EEEC na área de ESCSP, sendo a sua implementação, o principal desafio para o cuidado baseado em evidências, pois traduzir o conhecimento em ação é processo complexo” (Danski et al., 2017, p.1)

### 3.1.2. Unidade Curricular Enfermagem Comunitária

A Saúde Comunitária “refere-se ao estado de saúde de uma comunidade, como grupo definido de pessoas, e suas atividades e condições (públicas ou privadas) para promover, proteger ou preservar a sua saúde” (MacKenzie, Pinger e Kotecki, 2002, citado por Regulamento n.º 348/2015, p. 16482).

Tendo em conta os resultados do estudo realizado no ensino clínico anterior, elaborou-se o projeto de intervenção “           Importa-Se” no âmbito da doença crónica no idoso frágil.

Este projeto possibilitou aprofundar, integrar e aplicar os conhecimentos teóricos desenvolvidos nas UC Teóricas: “Epidemiologia e Enfermagem de Saúde Pública”, “Enfermagem de Saúde Comunitária II: Gestão da Doença Crónica”, “Promoção e Educação para a Saúde e Saúde Familiar em Contexto Comunitário” e “Enfermagem de saúde Comunitária I: Intervenção em Settings e Grupos Vulneráveis”.

Para tal, elaborou-se o plano de ação do projeto de intervenção, alicerçado na metodologia do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1986) e, procurando promover a excelência no exercício profissional, conforme o enunciado descritivo “3.7- Planeamento em Saúde e Vigilância Epidemiológico” dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados em ESCSP.

Partindo da lista de problemas resultante do diagnóstico de saúde pública, procedeu-se à determinação de prioridades.

“É importante priorizar porque normalmente nas comunidades encontram-se múltiplos diagnósticos de enfermagem e nem sempre os recursos são suficientes para responder a todos no tempo disponível. É uma escolha difícil, saber por onde começar e quais os diagnósticos que requerem maior “urgências” de intervenção” (Melo, 2020, p.19).

Assim, seguindo o método de Eisenhower (Covey, 1989) priorizaram-se os diagnósticos de enfermagem em função de dois adjetivos: Importante e Urgente (Apêndice XII). Segundo Covey (2013), o autor desta ferramenta de gestão do tempo, os problemas importantes e urgentes são problemas a serem resolvidos de imediato. Os problemas importantes e não urgentes são importantes, mas a sua resolução pode ser programada para médio ou longo prazo. Quanto aos problemas não importantes e urgentes devem ser resolvidos com prontidão, podendo ser delegados a outros parceiros. E finalmente os

problemas não urgentes e não importantes definem-se como não problemas. Tendo identificado os diagnósticos prioritários avançou-se para a definição dos objetivos.

Para Imperatori e Giraldes (1993) os objetivos consistem num enunciado do resultado desejado do problema alterando, em principio, a tendência da sua evolução. Face aos problemas considerados prioritários, a fixação dos objetivos deve ser feita de forma cuidadosa e realista, com objetivos quantificados para posteriormente poder proceder a avaliação dos resultados do plano de ação.

Definiu-se como objetivo geral: “Promover o empoderamento comunitário direcionado à doença crónica na população idosa frágil do concelho alvo”. Quanto aos objetivos específicos foram definidos os seguintes: “Divulgar os resultados do Estudo de Prevalência da Doença Crónica às diferentes comunidades”; “Avaliar o nível de empoderamento comunitário das diferentes comunidades”; e “Avaliar o diagnóstico de enfermagem da gestão comunitária das diferentes comunidades”.

Posto isso, definiram-se as comunidades, envolvidas pelo diagnóstico de situação de saúde pública: UCC de [REDACTED]; União de Freguesias com maior carga global de doença crónica, CLDS e a USF. Importa realçar que o CLDS tem como missão promover a “(...) inclusão social de grupos populacionais que revelem maiores níveis de fragilidade social num determinado território, mobilizando para o efeito a ação integrada de diferentes agentes e recursos localmente disponíveis” (Portaria n.º 229/2018, p. 4088).

Definidos os objetivos, seguem-se as estratégias para alcançar os objetivos que correspondem a um conjunto de técnicas específicas e organizadas tendo em conta os custos que estas podem implicar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Delinearam-se as seguintes atividades do plano de intervenção baseado no MAIEC, modelo já apresentado anteriormente:

Atividade n.º 1 - Divulgar o estudo de prevalência da doença crónica nos idosos frágeis do concelho alvo, a todas as comunidades envolvidas e à Vogal do Conselho Clínico de um ACES/Representante de uma USP, do Norte de Portugal (Anexo XIII).

Atividade n.º 2 - Avaliar o nível de empoderamento comunitário a todas as comunidades envolvidas aplicando a EAveC (Anexo XIV).

Atividade n.º 3 - Avaliar o diagnóstico de enfermagem da gestão comunitária a todas as comunidades envolvidas (Anexo XV).

Definidas as atividades, elaborou-se o cronograma de atividade que sustentou a execução do projeto. Após execução, analisaram-se as atividades, assim como, a avaliação global do projeto de intervenção. Perante a diferença dos grupos alvos, quer ao nível de conhecimentos quer ao nível de experiências com a população idosa frágil, a abordagem adotada foi constantemente ajustada às diferentes realidades. Em todas as atividades, após a apresentação dos resultados, as mestrandas proporcionaram um debate para esclarecimento de dúvidas

Assim, para a Atividade n.º 1, as mestrandas divulgaram às comunidades e à Vogal do Conselho Clínico de um ACeS/Representante de uma USP do Norte de Portugal, os resultados do estudo de prevalência da doença crónica nos idosos frágeis inscritos na USF e ainda a matriz de priorização de Eisenhower. Os recursos materiais e as datas previstas inicialmente, revelaram-se adequados ao desenvolvimento da Atividade n.º 1.

A Atividade n.º 2 surge como forma de determinar o diagnóstico inicial do nível de empoderamento comunitário das diferentes comunidades alvo de intervenção, através da implementação da EAvEC (Melo et.al., 2020). Este diagnóstico é realizado tendo como modelo de avaliação e intervenção o MAIEC. Após reunião com o autor do modelo, excluiu-se a USF do grupo das comunidades, uma vez que esta não tem intervenção direta na comunidade alvo. Após a avaliação do nível de empoderamento comunitário de cada comunidade, efetuou-se a divulgação dos resultados as mesmas, optando por realizar um resumo dos dados do estudo de prevalência efetuado no estágio anterior e adaptar a EAvEC à cada comunidade. É de salientar que por motivos de agenda dos intervenientes, a divulgação dos resultados ao CLDS, não foi oportunamente realizada.

Emergiram as seguintes pontuações:

- Para a UCC: capacidade para “questionar porquê” (2); estruturas organizacionais (3); gestão do programa (3); participação comunitária (4); capacidade de avaliação do problema (4); liderança local (4); relação com agentes externos (4); mobilização de recursos (5); e ligações a outros (5).

- Para a União de Freguesias: gestão do programa (2); capacidade para “questionar porquê” (2); estruturas organizacionais (3); liderança local (3); relação com agentes externos (3); participação comunitária (4); capacidade de avaliação do problema (4); ligação a outros (4); e mobilização de recursos (5).

- Para o CLDS: participação comunitária (3); capacidade de avaliação do problema (4); capacidade para “questionar porquê” (4); liderança local (5); estruturas organizacionais (5); mobilização de recursos (5); ligações a outros (5); gestão do programa (5); e relação com agentes externos (5) (gráfico 20).

Para a atividade n.º 3, foi criado um formulário/guia orientador para a avaliação da gestão comunitária, reformulado e adaptado a todas as comunidades envolvidas, segundo as orientações do Professor Pedro Melo.

Esta atividade, foi somente aplicada à UCC, pela complexidade das atividades já desenvolvidas no período de estágio. Na reunião com a UCC, realizou-se uma síntese dos conteúdos abordados anteriormente, foi definida a importância da Gestão Comunitária para os enfermeiros especialistas em saúde comunitária e apresentado o formulário da avaliação diagnóstica da Gestão Comunitária (Apêndice XVI). As dimensões diagnósticas: liderança comunitária, participação comunitária e processo comunitário, não estavam comprometidas. Desta forma concluímos que a Gestão Comunitária da UCC não está comprometida relativamente a problemática em questão.

De um modo geral, as apresentações suscitaram diálogos pertinentes e interações entre os elementos das comunidades e o grupo de mestradas. Todas as comunidades demonstraram interesse na problemática em causa, constatou-se uma grande motivação por parte dos elementos que integram este projeto, tendo como objetivo melhorar a problemática da doença crónica, assim como o seu desempenho.

No que concerne aos objetivos definidos inicialmente, estes foram cumpridos na sua generalidade dentro do prazo previsto. Relativamente ao objetivo “Avaliar as dimensões de diagnóstico da gestão comunitária segundo o MAIEC nas diferentes comunidades”, não foi totalmente conseguido, uma vez que só foi efetuada na comunidade da UCC.

Durante o percurso desenvolvido neste ensino clínico foram efetuados pontos de situação com a equipa pedagógica, face ao desenvolvimento dos trabalhos e orientações para a continuidade dos mesmos. A avaliação da satisfação dos intervenientes foi efetuada indiretamente, através da participação dos mesmos nas reuniões, das demonstrações de interesse e verbalização da pertinência do estudo. As reuniões foram geradoras de muita ansiedade e de grande expectativa, para as mestradas e requereram um grande investimento pessoal e académico, bem como um processo de comunicação verbal e não verbal, sendo ambas de extrema importância, tanto pela escolha de palavras a utilizar



durante um diálogo, realçando a clareza e adequação das frases, como pela sua expressividade, transmissão de símbolos, gestos, ou até silêncios, que ajudam a identificar o real significado de certas palavras ou expressões (Carvalho, et al., 2012).

A elaboração deste projeto de intervenção, permitiu perceber e contactar com a metodologia de Planeamento em Saúde e o modelo MAIEC, perspectivando uma intervenção junto das comunidades, contribuindo para o processo de capacitação das mesmas e para a promoção e proteção da saúde da população idosa frágil do concelho alvo. O EEEEC na área de ESCSP deve orientar a sua atividade de diagnóstico, quer para as necessidades da comunidade, no que se refere às áreas que está a abordar nos seus projetos, quer às necessidades da comunidade, no que se refere ao seu empoderamento para responder a essas mesmas áreas de intervenção (Melo, 2020)

Desta forma as mestrandas procuraram maximizar o bem-estar desta população, promovendo o seu máximo potencial de saúde, zelando pela observância dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, no exercício profissional.

Baseado num real diagnóstico de situação e priorização de necessidades, através da definição de objetivos concretos, na seleção das melhores estratégias, de acordo com os recursos disponíveis e com o envolvimento de parceiros, este projeto foi um percurso de avanços e retrocessos, pois a inexperiência das mestrandas nesta área revelou-se dificultadora na elaboração deste projeto. No entanto os momentos de partilha e reflexão entre o grupo permitiram o crescimento neste domínio de intervenção.

### **3.1.3. Estágio de Natureza Profissional ´**

Por fim, para completar o ciclo de estudos do II CMEC e dar continuidade aos ensinamentos clínicos anteriores, realizou-se o ENP na mesma UCC. De forma a enriquecer, o mais possível, a prática clínica, todas as oportunidades disponibilizadas no ENP, foram aproveitadas e desenvolvidas com empenho e rigor. O convite pela Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC para participar nas reuniões da equipa de enfermagem da UCC, foi aceite com entusiasmo, e permitiu compreender melhor e vivenciar a dinâmica da UCC e a interligação entre as diversas unidades do ACeS.

Assim, no intuito de esboçar um plano de ação para o ENP, a mestranda participou numa reunião de conselho geral, que abordou vários assuntos internos à UCC: o plano de formação, a carteira de serviço, o manual de acolhimento para novos profissionais e estudantes e os resultados dos indicadores de contratualização. Todos os assuntos abordados, constituíram áreas de atuação da mestranda no seio da equipa da UCC, exceto o manual de acolhimento para profissionais e estudantes. A especificação dos temas alvos de atuação, foi efetuado em colaboração com a Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC, ou seja, integrar a formação “Compreender e intervir na Dor”, integrar o projeto [REDACTED] + Inclusivo para o envelhecimento ativo e saudável” (pedra basilar para o desenvolvimento do trabalho de investigação), integrar a prestação de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária no contexto de Saúde Escolar e integrar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, analisando o indicador de contratualização n.º 289 “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor-UCC”. É de realçar que todas as atividades/reuniões foram realizadas, conforme um cronograma estabelecido e alterado em função das prioridades da UCC (Apêndice XVII).

Na valência da Saúde Escolar, a UCC, desenvolve vários projetos/programas em parceria com o Agrupamento de Escolas do Concelho em prol da saúde dos alunos: O “Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco”, a “Saúde escolar - Comunidade escolar mais saudável” e a “Saúde Oral”, entre outros. Neste contexto, a mestranda teve a oportunidade de atuar e estabelecer ligação com as crianças e a comunidade escolar do concelho, dando ênfase a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo da saúde das crianças, privilegiando o trabalho em equipa e em parceria (Regulamento n.º 348/2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, também apela à congregação de esforços de todos os profissionais e serviços envolvidos, para maiores ganhos em saúde, através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e identifica como núcleo central das intervenções da Saúde Escolar, a promoção da saúde (Portugal, 2015).

Segundo WHO (2021), a promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, Educação para a Saúde e intensificação das habilidades vitais, para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente. Realça que essas ações merecem ser realizadas

nas escolas ou em outros espaços comunitários através de organizações, neste caso, educacionais e governamentais.

De facto, não existe melhor local para trabalhar com um grupo, do que a comunidade escolar, uma vez que esta desempenha um papel fundamental na formação do indivíduo (Portugal, 2015).

Pelo mandato social da sua profissão, o EEEC na área de ESCSP, assume um papel fundamental face à promoção do máximo potencial de saúde e bem-estar dos grupos/comunidades, adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais (Regulamento n.º 348/2015).

No âmbito da promoção da saúde, planeou-se intervir em três turmas do 1º ciclo de ensino básico de uma escola de um Agrupamento de Escolas, envolvendo os alunos e os Professores do 1º, 2º e 3º ano, salientando que cada turma era composta por aproximadamente 15 alunos.

Procedeu-se ao agendamento da intervenção junto do Coordenador da escola e à reserva de viatura para deslocação à escola. Elaborou-se um plano de sessão de Educação para a Saúde, comum para as três turmas, elencando os objetivos e temas a abordar (Apêndice XVIII). Os temas propostos abrangiam tanto os alunos como os docentes, constituindo uma estratégia efetiva de gestão do tempo.

Assim, encorada na comunicação como “processo universal entre os seres humanos, através do qual se adquire a cultura envolvente, se partilha informação e atua intensionalmente com o objetivo de influenciar o comportamento dos outros” (Boné & Bonito, 2014, p. 1) realizaram-se sessões de educação para a saúde. A educação para a saúde é considerada uma estratégia chave da promoção da saúde, pelas “oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde” (Regulamento n.º 348/2015, p.16486)

Á luz da Teoria da aprendizagem de Bandura, a aprendizagem pode ser ativa ou por observação. “A aprendizagem ativa ocorre por meio de experiências diretas, que são comportamentos apresentados com as suas respetivas consequências” (Almeida et al., 2013, p. 84). Enquanto que a aprendizagem por observação, ocorre como o seu nome indica, pela “observação de comportamentos de outras pessoas que fornecem experiências indiretas” (Almeida et al., 2013, p.84). Meio pelo qual advém a maioria das

aprendizagens, a aprendizagem por observação é muito mais do que imitação, requer além da observação, um processo cognitivo que necessita de representações simbólicas peculiares a cada indivíduo e situação (Almeida et al., 2013).

Alicerçada nesta teoria, demonstrou-se às crianças os procedimentos de higiene oral e etiqueta respiratória, envolvendo a participação da representante da UCC: a Enfermeira Coordenadora e, os Professores, consideradas elementos de referência que exercem uma grande influência sobre as crianças, enquanto modelos de observação. As práticas de higiene das mãos e de escovagem dos dentes foram efetuadas, a cada turma, em sala de aula, no início e no fim da intervenção. A repetição das atividades práticas pelos profissionais: Enfermeiras e Professores, permitiu motivar à participação das crianças que reproduziram o comportamento observado, ou seja todos os passos dos procedimentos abordados, bem como, permitiu avaliar os conhecimentos adquiridos pelos alunos.

Para tornar os conteúdos desenvolvidos relevantes e suscitar interesse, foram apresentados exemplos de situações do quotidiano. A elaboração de questões simples, fomentou a participação ativa dos alunos e o *feedback* de cada um, como também permitiu averiguar os seus conhecimentos. A utilização da interação foi produtiva e promoveu uma procura de informações por parte dos alunos, sobre os assuntos discutidos. Houve a preocupação de mostrar empatia para com as crianças, e adequar a terminologia científica para melhor entendimento, de forma a promover a literacia em saúde que

implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (Portugal, 2019, p.6).

Além disso, com a disponibilidade e colaboração dos Professores, atualizou-se o número de alunos por turma, identificaram-se as crianças com necessidades em saúde, especificamente crianças com necessidades de ensino especiais, contribuindo para definir o perfil de Saúde Escolar e, averiguou-se o estado vacinal dos Professores. Dados posteriormente registados na plataforma SClínico com a EEEEC.

Todas as atividades planeadas para esta intervenção comunitária foram desenvolvidas, fomentando a promoção de comportamentos saudáveis na comunidade educativa.

Devido ao período de férias letivas, não foi possível determinar o desenvolvimento progressivo de competências e atitudes no âmbito da higiene oral e da etiqueta respiratória. Contudo, pelo grande empenho demonstrado pelas crianças e Professores, a intervenção foi, sem dúvida, uma mais valia, uma vez que poderão partilhar com os pares as atividades realizadas e, tornarem-se um grupo que direta ou indiretamente contribuirá para a adoção de hábitos de vida saudáveis relacionados com os temas desenvolvidos. Além disso, os Professores, demonstraram interesse e motivação para dar continuidade as atividades desenvolvidas, em anos letivos subsequentes, em parceria com a UCC.

Para a mestranda, a intervenção na escola permitiu mobilizar conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação no processo de capacitação de grupos, assim como aprofundar conhecimentos em teorias de aprendizagens e relativamente aos registos de enfermagem específicos da área de saúde comunitária.

O EEEEC tendo como alvo da sua intervenção a comunidade educativa, assume um papel relevante nos processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, da mesma, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social (Regulamento n.º 348/2015).

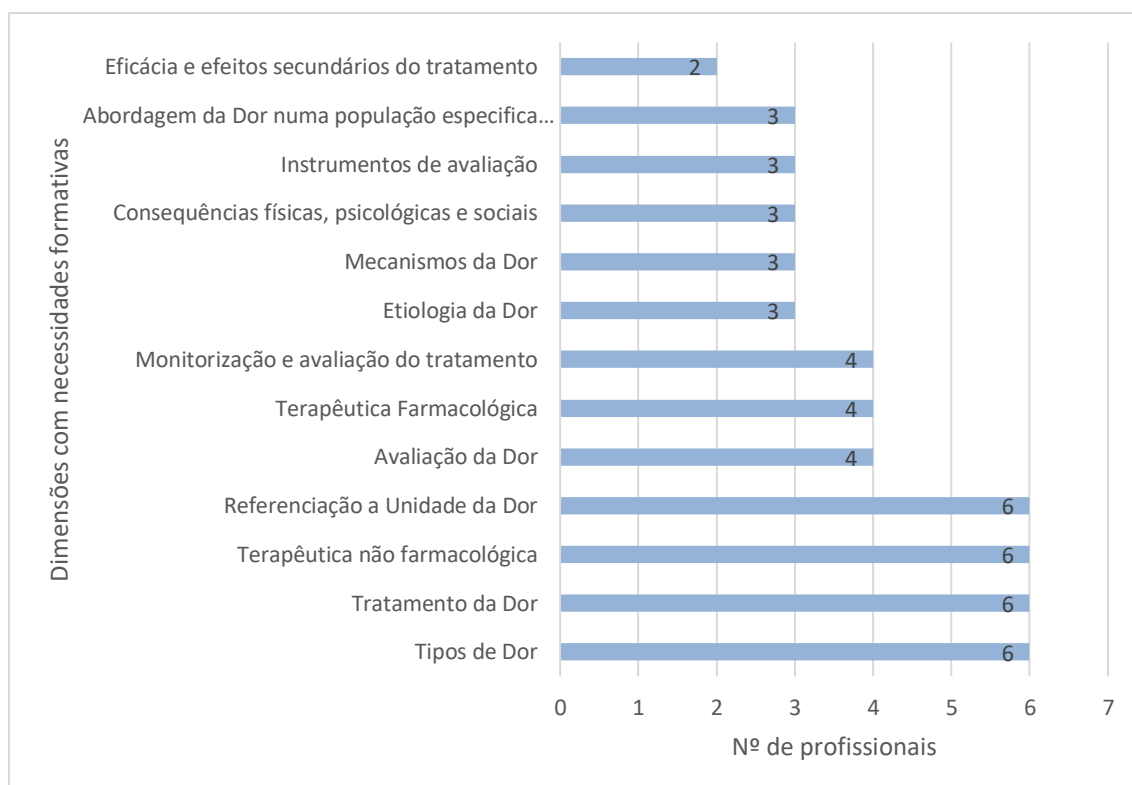
A formação profissional assume um papel central e de crescente importância perante a necessidade constante de atualização e aquisição de competências. A aposta na formação profissional conduz à estruturação e competitividade dos mercados de trabalho e assume assim, um papel decisivo na transição para uma sociedade e economia baseadas no conhecimento (Simões, 2008). Neste âmbito, foi possibilitado pela Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC, uma intervenção junto a equipa da UCC, no âmbito da Dor.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (2020) a Dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante à associada a um dano tecidual real ou potencial.

O tema “Compreender e intervir na dor” já constava no Plano Formativo da UCC, tendo sido diagnosticado como uma necessidade formativa. Para planear as sessões formativas referentes a esta temática, foram avaliados os déficits de conhecimento sobre a Dor, através da aplicação de um questionário a sete enfermeiros da UCC (78% da equipa de enfermagem). O questionário de avaliação diagnóstica foi construído pela mestranda, em colaboração com a Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC (Apêndice XIX). É de

salientar que os 7 profissionais responderam ao questionário, nenhum domínio ficou por selecionar, revelando necessidades formativas gerais de conhecimentos sobre Dor. As necessidades formativas mais referidas pelos profissionais foram: Tratamento da Dor/Terapêutica não farmacológica/Tipos de Dor/Referenciação à Unidade da Dor (gráfico21).

**Gráfico 18- Deficits de conhecimentos sobre a Dor, da equipa de enfermagem da UCC onde decorreu o estágio, 04/2022**



No intuito de especificar essas necessidades, procedeu-se, em sessão formativa, à apresentação dos resultados aos enfermeiros da UCC, recorrendo ao *Power-Point* e à leitura e análise de dois artigos científicos sobre Dor (Apêndice XXI), utilizando a dinâmica de grupo em duplas. Previamente delineada em plano de sessão (Apêndice XX) esta atividade proporcionou a consolidação de conhecimentos dos profissionais, tal como uma reflexão sobre a prática, emergindo dúvidas em certos domínios da Dor, apresentadas de imediato:

- O processo para referenciação à unidade da Dor (Quem?Quando?Como?);
- Os tratamentos não farmacológicos (Procedimentos detalhados dos mesmos)
- O tratamento farmacológico:

- Os dispositivos transdérmicos (Posologia, Intervalo de tempo entre cada dispositivo, Possibilidade de recortar o dispositivo)
- Os tratamentos adjuvantes em associação com opióides (Critérios para introdução do adjuvante, Evidência científica mais atual)
- Os registos de Enfermagem, no SClínico, que se refletem nos indicadores
- Abordagem de outras populações vulneráveis (Pessoas com deficiência, ...)

Assim, com a preocupação de melhoria contínua dos cuidados prestados, surgiu como proposta de estratégia, otimizando fluxos de informação e recursos, uma formação sobre Dor. Esta formação foi realizada, por uma Médica Anestesiologista, Diretora de Serviço da Dor da ULS [REDACTED] membro do projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”. Foi dirigida aos profissionais de saúde do ACeS onde decorreu o ENP (UCC/USF) e, aos profissionais de saúde da IPSS alvo do projeto, e, previamente planeada através de um plano de sessão (Apêndice XXII). A mestranda iniciou a formação, contextualizando a ação de formação “Compreender e intervir na Dor”, seguiu-se a intervenção da Anestesiologista que foi esclarecendo as dúvidas dos formandos, contudo os temas: “métodos não farmacológicos” e “referenciação a unidade da Dor” não ficaram completamente esclarecidos.

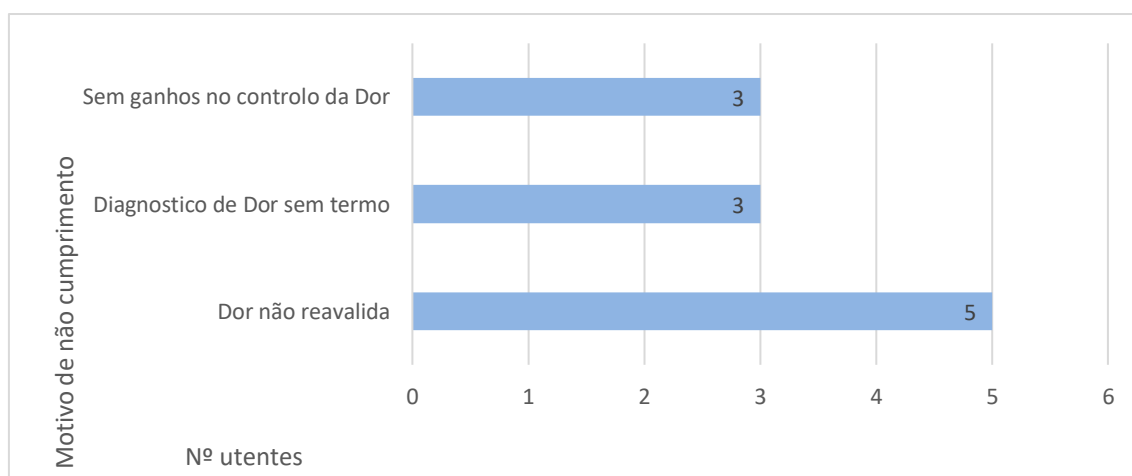
A avaliação da formação “Compreender e Intervir na Dor”, com sete enfermeiros da UCC e mediante o preenchimento do “Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação” (Mod.Q1111.1 Nov/2018) disponível no serviço (Anexo VII) revelou que a formação foi positiva, com um score médio de 4, para a “satisfação global”. Os domínios com maior satisfação correspondem a “organização/funcionamento” (score médio 4,8) e os “conteúdos programáticos” (score médio 4,6). No que concerne a “documentação” (score médio 4), os “conhecimentos adquiridos” (score médio 4) e as “expectativas” (score médio 3,8), a maioria dos formandos ficou satisfeita, contudo observou-se maior disparidade nos valores atribuídos. Os aspetos a melhorar, dizem respeito ao domínio da “qualidade das infraestruturas”, nos itens “iluminação” (score médio 3,5) e “nos meios audiovisuais” (score médio 3,42). No que diz respeito à “intervenção da formadora”, todos os formandos ficaram satisfeitos, pontuando todos os itens acima do valor 4, destacando a forma como “estabeleceu boa relação com o grupo” (score médio 5) e “despertou o interesse” (score médio 5).

Intervir nesta área, perante profissionais de saúde experientes, constituiu um grande desafio para a mestranda. A capacidade de escuta foi um elemento fundamental, para a eficácia da comunicação que envolveu vários aspetos físicos, técnicas facilitadoras da comunicação e compreensão empática (Barbosa, 2016).

Com o objetivo de implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa com Dor, e contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, a mestranda pretendeu entender os motivos do valor nulo obtido em fevereiro 2022, no score dos indicadores relacionados a Dor. Desta forma utilizando “um sistema de informação que incorpora a CIPE e toda a informação que permite a gestão de saúde dos grupos e comunidade”, atende-se ao enunciado descritivo “3.6- A organização dos cuidados de enfermagem” dos padrões de qualidade dos cuidados de ESCSP.

Assim, de forma a dar continuidade à formação sobre “Compreender e Intervir na Dor”, foram identificados os utentes diagnosticados como não cumpridores no indicador 289: “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor-UCC”, tendo em conta que os utentes não cumpridores no indicador 367: “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor-paliativos”, apareciam como óbitos. Assim, em colaboração com a Enfermeira pós-graduada em cuidados paliativos da UCC, analisaram-se os registos de 11 utentes da UCC, identificados como não cumpridores no indicador 289 e efetuou-se uma distribuição em função do motivo identificado pelo não cumprimento do utente no respetivo indicador (gráfico 29).

**Gráfico 19 - Distribuição dos utentes não cumpridores, no indicador "Proporção de utentes com ganhos no controlo da Dor", por motivo do incumprimento (S.Clínico, UCC onde decorreu o estágio, 02/2022)**





Neste contexto, elaborou-se uma agenda de reunião (Apêndice XXIII), no intuito de realizar uma reunião, com os enfermeiros da equipa da UCC, tendo como objetivo promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa, com reflexo no indicador 289: “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor”. Conforme previsto, foram divulgados os resultados do diagnóstico da situação, recorrendo ao *Power-Point* (Apêndice XXIV) promovendo a reflexão e o debate na Equipa de Enfermagem sobre a importância da avaliação e registo sistemático da Dor na pessoa idosa.

Partindo do princípio que o empoderamento comunitário é um processo e um resultado do cuidado do EEEC na área de ESCSP, procurou-se no decorrer destes estágios, seguir o modelo de gestão *Bottom up* que considera uma formatação da implementação do programa emergente dos atores que estão na base da pirâmide hierárquica (Melo, 2020).

Segundo D’Agnino (2009) este modelo de gestão incrementa um processo interativo de negociação entre aqueles dos quais depende a ação, e aqueles cujos interesses serão afetados pela mudança, e supõe que a implementação carece de uma intencionalidade. Ou seja, através desta interação entre o enfermeiro e os atores da comunidade é promovido um sentido de intencionalidade na compreensão e apropriação das soluções para os seus próprios problemas (Melo, 2020). Procurou-se a utilização de estratégias de comunicação tais como demonstrar tolerância e paciência, adotar uma atitude atenta e interessada, fazer uma questão de cada vez utilizando uma linguagem adaptada à pessoa, evitar comentários críticos relativamente às respostas do indivíduo, gerir corretamente o tempo e proporcionar ambiente confortável e de cordialidade.

Conclui-se que os ensinamentos clínicos e o ENP permitiram consolidar e transferir os conhecimentos teóricos adquiridos em todas as UC, no que diz respeito a investigação, ao planeamento em saúde, a modelos de intervenção comunitários, entre outros. Os momentos de partilha com a Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC foram de extrema relevância neste percurso formativo, orientando a mestranda no desenvolvimento do trabalho prático e escrito, fomentando constantemente a reflexão crítica sobre a ação. Permitiram tomar consciência do papel do EEEC na área de ESCSP, pelas competências que lhe são atribuídas no que diz respeito à construção de projetos de intervenção em *settings* e grupos vulneráveis, assim como no estabelecimento de parcerias com instituições e comunidades. Estes ensinamentos no contexto da prática clínica

fomentaram o desenvolvimento pela mestranda, de competências pessoais e profissionais, nomeadamente CCEE e CEEEC na área de ESCSP.

### 3.2. AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, são aqueles que partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019).

Estas competências, definidas no Regulamento das CCEE (Regulamento n.º 140/2019), envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão através da investigação nas áreas consideradas mais prementes e necessárias, no objetivo de melhor servir o cidadão.

O Enfermeiro Especialista possui uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e constitui “um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Neste âmbito, procurou-se no contexto da prática clínica, da formação e da investigação, proporcionados pelo II CMEC, desenvolver as CCEE, conforme os domínios estipulados no Artigo 4.º do mesmo Regulamento n.º 140/2019:

- “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (p.4745).

De seguida, descreve-se para cada domínio, as competências desenvolvidas, neste percurso formativo, especificando as Unidades de Competência e os Critérios de Avaliação que foram atingidos.

- Domínio (A): “Responsabilidade Profissional, Ética e legal”

Competência A1- “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de espacialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”

Unidade de Competência A1.1 “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”

- Critério de avaliação:

A1.1.1 “Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente”

A1.1.2 “Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência”

A1.1.3 “Participa na construção da tomada de decisão em equipa”

A deontologia define-se como um “conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas no princípio da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 14). Em enfermagem, a deontologia publicada no estatuto da ordem dos enfermeiros, aprovado pela lei n.º 156/2015, constitui um instrumento fundamental para o agir profissional do enfermeiro. Enuncia um conjunto de deveres e de direitos relativos ao exercício profissional, fundamentados na dignidade profissional do enfermeiro e na excelência do exercício para garantir o direito dos utentes a cuidados de qualidade. Trata-se de um documento do domínio jurídico, que inclui as diferentes dimensões da prestação de cuidados, orientando e fundamentando as decisões dos enfermeiros para julgar a ação profissional do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Posto isso, integrar as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional na prática das suas funções como profissional e estudante, revelou-se para a mestranda, uma preocupação constante, nomeadamente no desenvolvimento de sessões de educação para a saúde, no contexto da Saúde Escolar, aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos no ciclo de estudo do II CMEC, alicerçados na evidência científica. Além disso, no desenvolvimento dos projetos em contexto da prática clínica nas UC Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária, as decisões foram tomadas em conjunto com a Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC, orientadora do contexto da prática e com o

grupo de mestrandas do II CMEC; e, no caso do ENP, no âmbito do projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, os assuntos foram discutidos em reuniões junto da equipa do projeto, especificamente com a Enfermeira Tutora/Coordenadora da UCC, gestora do projeto, a psicóloga e pelo conceptor do MAIEC, especificamente na construção dos instrumentos de recolha de dados, baseados no mesmo.

Competência A2- “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”

Unidade de Competência A2.1 “Promove a proteção dos direitos humanos”

- Critério de avaliação:

A2.1.1 “Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional”

A2.1.2 “Assegurar o respeito pelo direito dos clientes no acesso da informação”

A2.1.3 “Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional”

A2.1.6 “Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupo”

O critério A2.1.1 foi revelado pela preocupação em pedir/confirmar as devidas autorizações para realizar os estudos e não permitir, por parte de outrem, qualquer tipo de coação. Assumiu-se o dever de salvaguarda dos direitos da pessoa idosa e das crianças conforme refere a deontologia profissional, no artigo n.º 102, ajudando as pessoas idosas a procurar o caminho da autonomia e fomentando uma longevidade com qualidade de vida, realizando o projeto de investigação “Empoderar para um Envelhecimento Ativo e Saudável” e colaborando no projeto “[REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”; e protegendo as crianças de qualquer forma de abuso, mediante a educação para a saúde realizada em contexto de Saúde Escolar, junto dos alunos e Professores (Lei n.º 156/2015).

As pessoas inquiridas no estudo de investigação desenvolvido no ENP, foram informadas dos aspetos relativos à investigação, como sejam os objetivos, a participação livre e sem qualquer prejuízo, o pedido de colaboração e consentimento livre e informado. Bem como

do direito de resposta a qualquer pergunta, deixando o contato eletrônico e telefónico dos responsáveis, a disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

A recolha de dados realizada no SClínico e na IPSS onde foi efetuada a investigação, bem como a realização deste relatório, foram regidos na preocupação de preservar o anonimato das pessoas e instituições, mantendo o dever de sigilo referido no artigo n.º 106 da deontologia profissional (Lei n.º 156/2015).

Quanto ao critério A2.1.6 foi atingido para com as pessoas envolvidas no processo formativo: estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, em estágio na UCC onde decorreu o ENP, profissionais e pessoas inquiridas; abstendo-se de juízos de valor e não impõe os seus próprios valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; como também, ao aceitar a não comparência das pessoas para fazer parte do estudo e, de ter aceite a sua vontade de interromper a sua participação, sem qualquer manifestação de desagrado. Ou seja, na prestação de cuidados especializados, foram respeitadas as capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos, visando o mais alto nível de satisfação dos mesmos (Regulamento n.º 348/2015).

- Domínio (B): “Melhoria Contínua da Qualidade”

Competência B1- “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”

Unidade de competência B1.1 “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria continua da qualidade”

- Critério de avaliação B1.1.3 “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados”

Unidade de competência B1.2 “Orienta projetos institucionais na área da qualidade”

- Critério de avaliação B1.2.1 “Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional”

No âmbito da formação “Compreender e intervir na Dor”, a sessão de formação desenvolvida com a equipa de profissionais que exercem funções na UCC e USF, e Profissionais da IPSS alvo do estudo, promoveu a aquisição/revisão de conhecimentos e, consequentemente, a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa com Dor.

Além disso, alicerçado nas etapas do planeamento em saúde, avaliou-se o nível de empoderamento comunitário e o diagnóstico de gestão comunitária da UCC onde foi desenvolvida a prática clínica e da IPSS onde foi realizada a investigação.

Competência B2- “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”

Unidade de competência B2.1 “Avalia a qualidade das práticas clínicas”

- Critério de avaliação:

B2.1.2 “Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas”

B2.1.4 “Analisa os resultados da avaliação efetuada”

Unidade de competência B2.2 “Planeia programas de melhoria contínua”

- Critério de avaliação B2.2.1 “Identifica oportunidades de melhoria”

Na unidade prestadora de cuidados onde se desenvolveu o ENP, utilizou-se o indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor” para avaliar a prática clínica dos Enfermeiros da UCC. Os dados obtidos foram analisados e dados a conhecer, numa reunião, com a equipa de enfermagem de forma a gerar uma revisão das práticas e melhorar, neste caso, a avaliação e os registos da Dor.

Competência B3- “Garante um ambiente terapêutica e seguro”

Unidade de competência B3.1 “Garante um ambiente terapêutica e seguro”

- Critério de avaliação:

B3.1.1 “Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo”

B3.1.5 “Fomenta a adesão a saúde e segurança ocupacional”

Unidade de competência B3.2 “Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”

- Critério de avaliação B3.2.2 “Envolve os colaboradores na gestão do risco”

As horas de culto, higiene e refeições, das pessoas idosas residentes na ERPI, da IPSS onde foi efetuada a investigação, foram respeitadas, não comparecendo para recolha de dados nestes momentos, para não perturbar o bem-estar da pessoa idosa.

Em contexto de Saúde Escolar a sessão de Educação para a Saúde desenvolvida com as crianças do Agrupamento Escolar, incrementou a aquisição de atitudes e comportamentos que fomentem um estilo de vida saudável, através entre outras da promoção da Saúde Oral.

O envolvimento de colaboradores na gestão do risco, foi efetuado no estudo investigativo e no projeto “██████████ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável”, ao fomentar a consciencialização dos profissionais, sobre a prevenção da fragilidade, da sarcopenia e do risco de queda nas pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal. Em paralelo, integraram-se os padrões de qualidade dos cuidados de ESCSP, procurando a prevenção de complicações para a saúde desta comunidade.

- Domínio (C): “Gestão dos Cuidados”

Competência C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”

Unidade de competência C1.1 “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”

- Critério de avaliação C1.1.3 “Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar”

Otimizando o processo de cuidar ao nível da tomada de decisão clínica, melhorando a informação, sobre Dor e seu processo de referenciação, fundamentada em evidência científica. Além disso, esta competência também foi desenvolvida ao longo do processo formativo usando o pensamento crítico e a prática reflexiva em contexto de ensino clínico, recorrendo a modelos teóricos, tal como estratégias de intervenção.

Competência C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”

Unidade de competência C2.1 “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”

- Critério de avaliação:

C2.1.2 “Implementa métodos de organização do trabalho adequados”

C2.1.5 “Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a saúde”

Unidade de competência C2.2 “Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”

- Critério de avaliação:

C2.2.1 “Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa”

C2.2.1 “Fomenta um ambiente positivo e favorável a prática”

Ações integrais na saúde exigem um trabalho em equipa, necessário para atender com qualidade às necessidades dos utentes. Uma equipa, “trabalha para um bem maior, reconhecendo as contribuições individuais, vibrando com o resultado final” (Leal et al., 2016, p. 1).

Considerando o grupo de mestrandas do II CMEC uma equipa de saúde, otimizou-se o trabalho em equipa, implementando reuniões diárias para fomentar um trabalho contínuo. As reuniões permitiam debates interativos nos quais se discutiam e solucionavam os problemas e potenciavam um trabalho de natureza analítica e interpretativa (Costa, 2004). Também foi relevante planificar o trabalho, definindo objetivos exequíveis perante o tempo disponível e, distribuindo tarefas segundo as competências das mestrandas, de forma a otimizar as competências de cada uma e assegurar a sua rentabilidade. A elaboração de cronogramas de estágio e de *checklist* de atividades revelaram ser ferramentas essenciais para garantir a gestão do tempo e aumentar a produtividade, priorizando e monitorizando o trabalho. Na preocupação de manter um plano de trabalho atualizado, implementaram-se todos os meios de comunicação à disposição: chamadas telefónicas, videoconferências, documentos partilhados, no Google Drive, criação de um grupo no Watts Ap.

A gestão dos recursos é uma área extremamente importante para as organizações de saúde, cuja finalidade é reduzir os gastos, “envolvendo a área administrativa e os responsáveis por cada unidade, buscando integrar o conhecimento dos diversos profissionais para a criação, efetivação e manutenção desse sistema” (Ferreira et al., 2021, p.2). No âmbito da promoção da saúde, os recursos humanos, materiais e



financeiros foram utilizados de forma eficiente. A Educação para a Saúde realizada em contexto de Saúde Escolar foi desenvolvida com a colaboração de duas EEEC que trabalham na UCC onde se desenvolveu o ENP e, três Professores do Agrupamento de Escola. A intervenção foi desenvolvida com três turmas, nas respetivas salas de aulas, no período letivo. Foram efetuados os registos no SClínico, relativos a intervenção.

Além disso, procurou-se atuar responsabilmente na área de ESCSP, fomentando um ambiente positivo, reconhecendo as funções/papeis de cada membro da equipa e a especificidade das outras profissões, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.

- Domínio (D): “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

Competência D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”

Unidade de competência D1.1 “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”

- Critério de avaliação

D1.1.1 “Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar”

D1.1.3 “Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais”

Unidade de competência D1.2 “Gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional”

- Critério de avaliação D1.2.2 “Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente”

Demonstrou-se a capacidade de autoconhecimento e assertividade, que é fundamental no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais na prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019); reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais, gerando respostas de adaptabilidade individual e organizacional, particularmente nas varias intervenções/participações em reuniões e na elaboração de trabalhos em grupo, solicitando ajuda quando necessário, assim como na autoavaliação do seu desempenho em contexto de ensino clínico.

Competência D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”

Unidade de competência D2.1 “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”

- Critério de avaliação:

D2.1.1 “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho”

D2.1.2 “Diagnostica necessidades formativas”

D2.1.3 “Gere programas e dispositivos formativos”

D2.1.5 “Avalia o impacto da formação”

Unidade de competência D2.2 “Suporta a prática clínica em evidência científica”

- Critério de avaliação:

D2.2.1 “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos”

D2.2.3- Investiga e colabora em estudos de investigação”

D2.2.4 “Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem”

D2.2.5 “Discute as implicações da investigação”

Unidade de competência D2.3 “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”

- Critério de avaliação D2.3.4 “Usa tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados”.

Entende-se por formador,

“o profissional que estabelece uma relação pedagógica adequada e eficaz e que promove e facilita a aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de competências previstas no referencial pré-definido, mobilizando os saberes e as competências necessárias em função das situações e de grupos concretos, numa prática social e eticamente situada” (Instituto de Estudos Sociais e Económicos [IESE], 2020, p. 6).

Deve, simultaneamente, mobilizar competências das áreas de psicologia, sociologia, pedagogia, gestão, marketing, entre outras ciências (IESE, 2020).

A mestranda, assumindo esse papel de facilitador nos processos de aprendizagem em contexto de trabalho integrou-se o plano de formação da unidade prestadora de cuidados. Atuou-se como formador na ação formativa “Compreender e intervir na Dor”. Avaliou-se as necessidades em conhecimento sobre Dor da equipa de enfermagem, elaboraram-se planos de sessões formativas e avaliou-se a satisfação dos formandos sobre a formação.

No que concerne a Unidade de competências D2.2 “Suporta a prática clínica em evidência científica” é de salientar que a tradução de evidências científicas em ações é imprescindível para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência. “A prática baseada em evidências surge como um movimento para uso criterioso de resultados de pesquisas científicas na tomada de decisão clínica.” (Danski et al., 2017, p.1).

No trabalho de investigação evidenciaram-se competências como investigadora, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, relativamente ao perfil da fragilidade na população alvo, que permite aos Enfermeiros orientar as suas praxis. Salientando que a divulgação dos resultados obtidos no estudo de “Prevalência da doença crónica nos idosos frágeis inscritos numa Unidade de Saúde Familiar do [REDACTED]”, realizado em ensino clínico Enfermagem de Saúde Pública foi efetuado às equipas das Unidades Funcionais do ACeS onde estava a ser realizado o ensino clínico, aos representantes da União de freguesia de [REDACTED] com maior carga da doença crónica no idoso frágil do concelho, ao CLDS do concelho e, à Vogal do Conselho Clínico de um ACeS/Representante de uma USP do Norte de Portugal.

Na preocupação de suportar a prática clínica em evidência científica, procurando conhecimentos atuais e pertinentes, foram consultados, manuais manuscritos, artigos e outro tipo de documentação online, mediante a utilização de bases de dados para pesquisa como a EBSCO, a B-On, a Google académico e software para pesquisadores académicos como o Mendeley. Neste contexto também consta a participação em eventos formativos como: o Programa Digital de Capacitação para a Prevenção da Sarcopenia, Fragilidade e Quedas (2022) organizado pela Federação de Motricidade Humana.

Além das competências comuns, o enfermeiro especialista demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros,

2011), pelo que damos a conhecer, no item seguinte, as Competências Específicas do EEEC na área da ESCSP que se desenvolveram no âmbito do II CMEC, da ESS-IPVC.

### 3.3. AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A Enfermagem Comunitária é um domínio especializado da enfermagem, onde o enfermeiro especializado assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade, população, e uma elevada capacidade de responder, de forma adequada, as necessidades dos mesmos, proporcionando efetivos ganhos em saúde (Portugal, 2011).

Deste modo, o EEEC na área de ESCSP, responsabiliza-se em assegurar os cuidados aos indivíduos/famílias e grupos, de acordo com as necessidades, por ele identificadas numa determinada área geográfica, criando ligações complementares com outros profissionais de saúde e fomentando parcerias necessárias na comunidade, num determinado contexto político, económico e social (Regulamento n.º 128/2011).

O Regulamento nº 428/2018, Artigo 2º, descreve as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (p.19354).

Como estudante em contexto de ensino clínico, o II CMEC, permitiu a mestranda, desenvolver as competências específicas do EEEC na área de ESCSP. De seguida, descreve-se para cada competência desenvolvida, as unidades de competência e os critérios de avaliação que foram atingidos.

- Competência 1): “Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Unidade de competência “1.1— Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”

- Critério de avaliação:

“1.1.1— Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.”

“1.1.2 — Integra variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.”

“1.1.3 — Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.”

“1.1.4 — Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.”

“1.1.6 — Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.”

“1.1.7 — Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.”

“1.1.9 — Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes setores, serviços e instituições da comunidade.”

“1.1.10 — Define o perfil de saúde da comunidade.”

O UC Enfermagem Comunitária teve um contributo fundamental para o diagnóstico de situação realizado a partir dos resultados obtidos no estudo de “Prevalência da doença crónica nos idosos frágeis inscritos numa Unidade de Saúde Familiar do [REDACTED]”. Entre as variáveis estudadas consta como determinantes de saúde: o sexo, a idade e o local de residência. As prevalências das doenças crónicas na população em estudo foram calculadas, incluindo a dos fatores de risco cardiovasculares, permitindo definir necessidades em saúde desta população. E finalmente procedeu-se a divulgação do perfil da doença crónica dos idosos frágeis inscritos numa USF do Norte de Portugal, no ano 2022.

Com a investigação apresentada no presente relatório, identificou-se o perfil de fragilidade da população idosa em estudo, definido a sua prevalência e os seus DDS como

a atividade física e a escolaridade. Também se efetuou o diagnóstico relativo ao empoderamento comunitário e a gestão comunitária da IPSS em estudo, direcionados à promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção de complicações na pessoa idosa.

Unidade de competência “1.2 — Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade”

- Critérios de avaliação:

“1.2.1 — Utiliza critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde. “

“1.2.2 — Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.”

Nesta etapa do planeamento importa questionar-se sobre o que deve ser resolvido, de que forma e em quanto tempo. Selecionam-se “os problemas de saúde que serão resolvidos e com este fim utilizam-se critérios de diversa ordem como, por exemplo, a dimensão do problema, ou seja, a população abrangida pelo mesmo” (Imperatori e Giraldes, 1986, p.11).

Neste contexto, partindo do diagnóstico de saúde pública anteriormente referido, procedeu-se à determinação de prioridades em saúde, no âmbito do projeto “██████████ Importa-se” da UC Enfermagem Comunitária, utilizando o método de priorização de Eisenhower (Covey, 1989).

Por sua vez, em contexto de Saúde Escolar, a mestrandia integrou a orientação estratégica do Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, que identifica no âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável, várias áreas de intervenção, como “Higiene corporal e saúde oral” (Portugal, 2015).

Unidade de competência “1.3 — Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas”

- Critérios de avaliação:

“1.3.1 — Define objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.”

“1.3.2 — Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos.”

“1.3.3 — Promove a coparticipação dos cidadãos e dos diversos setores da sociedade na definição dos objetivos operacionais.”

“1.3.4 — Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade.”

A etapa de definição de objetivos requer extremo rigor, pois a partir destes é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma muito clara (Melo, 2020).

Continuando com o projeto “██████ Importa-se”, procedeu-se à definição de objetivos concretos e à seleção de estratégias exequíveis, coerentes e articuladas, de acordo com os objetivos definidos e os recursos disponíveis. Divulgou-se os resultados do Estudo de Prevalência da Doença Crónica a comunidades de vários setores: UCC, CLDS e a União de Freguesias; assim como avaliou-se o nível de empoderamento comunitário e gestão comunitária dessas comunidades, direcionados à doença crónica do idoso frágil, aplicando-se a EAvEC e a Matriz de decisão clínica do MAIEC, respetivamente.

Unidade de competência “1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”

- Critérios de avaliação:

“1.4.1 — Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.”

“1.4.2 — Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos.”

“1.4.3 — Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção.”

“1.4.4 — Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.”

“1.4.5 — Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.”

“1.4.6 — Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.”

A fase de elaboração de projetos e programas consiste no estudo detalhado das atividades necessárias à execução das estratégias, que visam a atingir um ou vários objetivos. É uma etapa decisiva pela definição das responsabilidades de cada entidade envolvida na concretização do projeto e a nomeação do responsável pelo acompanhamento do projeto (Imperatori e Giraldes,1986).

Neste sentido, no projeto “██████ Importa-se”, procedeu-se ao planeamento e implementação das intervenções, desenvolvendo e envolvendo parcerias na resolução dos problemas no âmbito da doença crónica nos idosos frágeis da comunidade alvo. Efetivamente divulgaram-se os resultados do estudo de prevalência da doença crónica e avaliou-se o nível de empoderamento comunitário às comunidades supracitadas.

Unidade de competência “1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.”

- Critérios de avaliação:

“1.5.1 — Monitoriza a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.”

A avaliação constitui a etapa final do planeamento em saúde, liga-se à fase inicial e visa melhorar os programas/projetos, orientar a distribuição dos recursos e justificar as atividades já realizadas ou identificar insuficiências (Imperatori e Giraldes,1986).

No âmbito das UC Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitário e no ENP, cada atividade realizada no decorrer dos projetos foi avaliada de acordo com os objetivos propostos. Contudo nem todas as atividades foram realizadas, tendo em conta o prazo previsto, não cumprindo completamente com os objetivos previstos no plano de ação do projeto “██████ Importa-se”.

É de salientar que este processo de tomada de decisões alicerçado nesta metodologia, permitiu perceber as dificuldades que é necessário enfrentar para o sucesso de qualquer projeto e demonstrar a importância desta competência para a prática clínica.

- Competência 2) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.”



Unidade de competência “2.1 — Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”

- Critérios de avaliação:

“2.1.1 — Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.”

“2.1.2 — Pesquisa e diagnostica problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas.”

“2.1.3 — Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.”

“2.1.4 — Concebe, planeia e implementa programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.”

“2.1.6 — Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.”

Entende-se por capacitação de grupos e comunidades, o empoderamento das populações para a sua saúde, ou seja, procura-se que estas sejam capazes de “expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisão e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades” (Regulamento n.º 345/2015, 2015, p.16485).

Com os projetos “■■■■ Importa-se” e “■■■■ ■■■■ + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” procurou-se esta abordagem de empoderamento, na medida em que se avaliou a situação comunitária das comunidades envolvidas, visando melhorar as suas capacidades em assumirem um maior controlo sobre os determinantes em saúde das problemáticas identificadas. Também se desenvolveram parcerias, criando sinergias entre o setor da saúde (UCC) e o setor social (CLDS/IPSS), visando promover a adesão, a colaboração e a continuidade dos projetos.

Considera-se que a mestranda ao trabalhar para o empoderamento comunitário, consciencializando os indivíduos dos problemas existentes e das suas responsabilidades perante os mesmos, procurando capacitá-los para tomar atitudes para a sua resolução e

para se tornarem uma influencia na política institucional, teve de mobilizar e integrar conhecimentos da área da ciência da comunicação e da educação.

Unidade de competência “2.3 — Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.”

- Critérios de avaliação:

“2.3.2 — Procede à avaliação do processo e resultados das atividades de informação.”

“2.3.3 — Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades.”

“2.3.4 — Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.”

“2.3.5 — Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.”

“2.3.7 — Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades.”

“2.3.8 — Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.”

“2.3.10 — Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.”

A Educação para a Saúde integra a disponibilização e descodificação da informação, mas também a promoção da motivação, as competências pessoais e autoestima (Regulamento n.º 348/2015). Neste intuito, as intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias (WHO, 1986).

Com vista na consecução dos projetos já referidos, a mestranda utilizou conhecimentos de diferentes disciplinas, enfermagem, comunicação, educação, ciências humanas e sociais, nos processos de mobilização e participação comunitária nomeadamente na identificação de problemas de saúde, ao avaliar no nível de empoderamento comunitário, e ao elaborar o diagnostico da gestão comunitária aplicando o MAIEC.

Em contexto de Saúde Escolar, mobilizou-se a comunicação em saúde, visando melhorar a literacia em saúde e consequentemente, o estado de saúde dos alunos nas áreas da

higiene oral, higiene das mãos e etiqueta respiratória. Baseada na teoria de aprendizagem de Bandura, procedeu-se em sala de aulas, à mobilização e a participação dos alunos e Professores na prática da escovagem dos dentes/higiene das mãos, o que permitiu avaliar os resultados da atividade e fomentar a adoção de estilos de vida saudável, no dia a dia desta comunidade escolar.

A sessão de formação: “Compreender e Intervir na Dor”, com a equipa da UCC, permitiu gerir a informação em saúde à comunidade UCC. Foram avaliadas as necessidades específicas de conhecimentos sobre Dor, utilizaram-se estratégias como a leitura de documentos para promover a procura de informação pelos profissionais, disponibilizou-se uma informação adequada e avaliou-se a formação.

- Competência 3) “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.”

Unidade de competência “3.1 — Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.”

- Critérios de avaliação:

“3.1.1 — Participa e compromete -se nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde.”

“3.1.8 — Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos Programas de Saúde.”

Os projetos desenvolvidos no âmbito do II CMEC, integram programas de saúde que contribuem para as grandes metas apontadas no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de todos para todos. Enquadram-se com o Programa Nacional da Saúde para as Pessoas Idosas (2006) e na ENEAS (2017) que enfatizam a promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida, uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas, a promoção de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas, e a criação de ambientes potenciadores da integração e participação das mesmas (Portugal 2006, 2017).

- Competência 4) “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Unidade de competência “4.1 — Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemografia.”

- Critérios de avaliação:

“4.1.1 — Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica.”

“4.1.2 — Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemografia.”

“4.1.3 — Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.”

“4.1.4 — Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica.”

A epidemiologia é uma disciplina que estuda a distribuição da doença nas populações e os determinantes que influenciam essa distribuição (Gordis, 2008) utilizando métodos quantitativos para estudar a ocorrência de doenças nas populações e para definir estratégias de prevenção e controle. A vigilância é uma característica essencial da prática epidemiológica, a qual, através da colheita, análise e interpretação sistematicamente de dados em saúde, permite a implementação de ações efetivas para a prevenção da doença (Bonita et al., 2010).

Neste sentido, os estudos de investigação realizados no decorrer dos ensinos clínicos e o ENP, estabeleceram um perfil epidemiológico das populações estudadas, através da colheita, tratamento e análise dos dados. Os determinantes de saúde identificados, que se associam aos principais problemas de saúde estudados, também foram analisados, isto porque, no caso das doenças crónicas não transmissíveis, o principal contributo da epidemiologia é proporcionar dados indispensáveis para uma atuação célere e eficaz sobre os fatores de risco modificáveis das doenças, contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas (Bonita et al., 2010).

Considera-se assim a aquisição das quatro competências definidas no regulamento de competências específicas do EEEC na área da ESCSP.

**CONCLUSÃO**

A aquisição de competências no âmbito da especialidade em Enfermagem Comunitária, corresponde à aprendizagem de competências sobre o cuidar, pressuposta em princípios éticos e deontológicos, em que o Enfermeiro presta a melhor assistência as pessoas, dando uso à evidência científica e operacionalizando o seu cuidado com humanismo.

O percurso formativo do II CMEC revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento dessas competências e a aquisição dos conhecimentos científicos capazes de contribuir para a prática baseada na evidência.

Os EEEC são, por excelência, detentores de competências que os capacitam para responder de forma adequada às necessidades das pessoas, grupos e comunidades, avaliando as causas dos principais problemas de saúde pública, desenvolvendo programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades e ao exercício da cidadania (Portugal, 2011).

O envelhecimento expõe as pessoas à vários riscos como a vulnerabilidade do estado de saúde, a dependência física, mental e também económica, a solidão, aos abusos por discriminação ou negligência. O reconhecimento deste estado de vulnerabilidade posiciona as pessoas idosas como um grupo prioritário de intervenção do EEEC na área de ESCSP e realça a importância de uma atuação dos CSP ao nível das IPSS, local onde residem uma grande quantidade de pessoas idosas que aspiram a maiores oportunidades para um envelhecimento ativo e saudável. Intervenções em diferentes níveis podem reduzir a vulnerabilidade das pessoas idosas ao reforçar a sua capacidade de lidar com as ameaças e efeitos negativos resultantes das vulnerabilidades acumuladas durante toda a vida, traduzindo-se em ganhos em saúde melhorando a qualidade de vida dos mesmos (ENEAS, 2017).

Várias experiências relacionadas com esta problemática vieram enriquecer este percurso formativo, incluindo a integração de uma equipa multidisciplinar na implementação de um projeto comunitário, que surgiu como uma oportunidade para desenvolver o trabalho de investigação final. Com o projeto desenvolvido, tornou-se possível uma análise epidemiológica da fragilidade das pessoas idosas residentes numa ERPI de uma IPSS do Norte de Portugal, associado ao diagnóstico da gestão comunitária da IPSS direcionado ao envelhecimento ativo e saudável na prevenção de complicações como a fragilidade nas pessoas idosas residentes. Ficou perceptível a elevada percentagem de pessoas idosas com fragilidade, e uma gestão comunitária comprometida. Deixando claro a necessidade de intervir neste contexto, melhorando a gestão comunitária da IPSS, para promover ganhos em saúde nas pessoas idosas sensíveis aos cuidados do EEEC.

A elaboração deste relatório ENP foi, sem dúvida, a etapa mais penosa, para quem não efetuou o ensino básico em Portugal. Contudo ultrapassadas as dificuldades, permitiu fazer uma síntese, reflexão e análise do percurso formativo. Traduz-se numa experiência bastante enriquecedora pois permitiu aprofundar conhecimentos relativamente ao planeamento em saúde e compreender a articulação entre a teoria e a prática na elaboração de um projeto comunitário. Em simultâneo, permitiu aprofundar conhecimentos sobre o MAIEC, em vários contextos, podendo perceber o seu contributo para a prática profissional. Também se procurou promover a promoção da saúde, dinamizar parcerias estabelecidas para favorecer a obtenção de ganhos em saúde nas populações.

Para concluir a frequência do II CMEC foi decisiva para o crescimento pessoal e profissional, a componente teórica e o ensino clínico, fomentaram o desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico assim como o desenvolvimento das CCEE e das CEEEEC na área de ESCSP. Também se tornou claro a importância da formação contínua e a procura da excelência no exercício profissional, sendo uma responsabilidade ética e deontológica da profissão de enfermagem, envolvida no compromisso para com a sociedade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Almeida, A. P., Lima, F. M. V., Lisboa, S. M., Lopes, A. P. & Junior, A. J. A. F. (2013). Comparação entre as teorias da aprendizagem de Skinner e Bandura. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde*, 1(3), 81-90.
- Alves, O. M. A., Moreira, J. P., & Santos, P. C. (2021). Developing community partnerships for primary healthcare: an integrative review on management challenges. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1-19. [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/16850/1/ART\\_PCSantos\\_2.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/16850/1/ART_PCSantos_2.pdf)
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style (7<sup>ed.</sup>)*. American Psychological Association.
- Apolinário, D., Braga, R. C. O. P., Magali, R. M., Busse, A. L., Campora, F., Brucki, S., & Lee, S. Y. D. (2012). Breve avaliação da literacia em saúde para adultos de língua portuguesa. *Revista Saúde pública*, 46(4), 702-711.
- Araújo, C. L. O., & Ceolim, M. F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(3), 619-626.
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3<sup>ed.</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Baptista, F. L. D., Zymbal, V., & Carnide, F. (2019). *Prevenção da sarcopenia, fragilidade e de quedas*. Faculdade da Motricidade Humana. <http://formesp.fmh.ulisboa.pt/go4training-payments/registration/book>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica (2<sup>ed.</sup>)*. Santos Editora.
- Boné, M. & Bonito, J. (2014). Comunicar com símbolos - empoderamento comunicativo. In M. D. Sánchez et al. (Orgs.). *Libro de actas – III Jornadas Iberoamericanas*. (p. 52). Santos Editora.
- Borges, C. L., Silva, M. J., Clares, J. W. B., Bessa, M. E. P., & Freitas, M. C. (2013). Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, (24)6, 318-322.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 2, 1-12.

- Buyse, D. J. (2004). Insônia, depressão e envelhecimento. Avaliando as interações do sono do humor em idosos. *Geriatrics*, 59(2), 47-51.
- Cangussú, L. R., Alho, E. A. S., Cardoso, F. E. L., Tenório, A. P. O., Barbosa, R. H. A., Lopes, J. M., & Lopes, M. R. (2021). Concordância entre dois instrumentos para avaliação da literacia em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 30(2), 1-11.  
<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200004>
- Carvalho, J., Pinto, J., & Mota (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 7(2), 225-231.
- Carvalho, R., & e Parsons, H. (2012). *Manual de cuidados paliativos Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 2ª. Associação Nacional de Cuidados Paliativos.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(4), 1088-1095.  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/VgrH3LDXLVNBtSzKQxVpKmn/?lang=pt>
- Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Centro Internacional de Longevidade Brasil.  
[https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil\\_web.pdf](https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf)
- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. (2014). *Descritores em Ciências da Saúde*.  
[https://decs.bvsalud.org/thr/resource/?id=12072&filter=thr\\_termall&q=enfermagem%20de%20saude%20publica](https://decs.bvsalud.org/thr/resource/?id=12072&filter=thr_termall&q=enfermagem%20de%20saude%20publica)
- Comunidade Intermunicipal do [REDACTED]. (2020). *Ficha projeto [REDACTED] + inclusivo*. [http://www.cim-\[REDACTED\].pt/fotos/editor2/fichadeprojecto.pdf](http://www.cim-[REDACTED].pt/fotos/editor2/fichadeprojecto.pdf)
- Concelho Internacional de Enfermeiras. (2019). *Navegador classificação internacional para a prática de enfermagem*.  
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Conferencia internacional sobre a Cuidados Primários de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Conferencia internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

Conferencia internacional sobre a Promoção da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa*. Conferencia internacional sobre a Promoção da Saúde.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium-Jornal of Education, Technologies, and Health*. 30(09), 234-251.

<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>

Costa, D., & Cebola, M. (2020). Prevalência da sarcopenia em idosos em internamento hospitalar. *Ata Portuguesa de Nutrição*. (23), 58-62.

[https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/02/12\\_ARTIGO-REVISAO.pdf](https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/02/12_ARTIGO-REVISAO.pdf)

Covey, S. R. (2013). *Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes*. Gravida.

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y. M., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., & Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: consenso europeu sobre definição e diagnóstico. Relatório do grupo de trabalho europeu sobre sarcopenia em pessoas idosas. *Idade e Envelhecimento*. 39(4), 412–423.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>

Dagnino, R. (2009). *Curso de gestão estratégica pública*. Universidade Estadual de Campinas.

[https://www.academia.edu/36046436/DAGNINO\\_2009\\_Curso\\_de\\_Gest%C3%A3o\\_Estrat%C3%A9gica\\_P%C3%BAblica](https://www.academia.edu/36046436/DAGNINO_2009_Curso_de_Gest%C3%A3o_Estrat%C3%A9gica_P%C3%BAblica)

Dahlgren, G., Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.

<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

Dalhousie University. (2022). *Clinical frailty scale*.

<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J. & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, cuidado e saúde*. 16(2). 1-6.  
<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>
- Decisão n.º 940/2011 do Parlamento Europeu e do Conselho: Ano Europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre as gerações. (2011). Jornal Oficial da União Europeia L 246 de 2011-09-23.  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011D0940&from=EN>
- Decreto-lei n.º 101/2006. Criação da rede nacional de cuidados continuados integrados. (2006). Diário da República n.º 109, Série A de 2006-06-06.
- Decreto-lei n.º 298/2007. Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar. (2007). Diário da República n.º 161, Série I de 2007-08-22.
- Decreto-lei n.º 28/2008. Regime jurídico da organização e funcionamento dos agrupamentos de centro de saúde. (2008). Diário da República n.º 38, Série I de 2008-02-22.  
<https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto regulamentar n.º 10/83. Regime jurídico das carreiras profissionais do pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos oficiais dependentes das secretárias de estado de segurança social e da família. (1983). Diário da República n.º 33, Série I de 1983-02-09.  
<https://files.dre.pt/1s/1983/02/03300/03900395.pdf>
- Despacho n.º 24 101/2007. Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. (2007). Diário da República n.º 203, Série II de 2007-10-22.  
<https://files.dre.pt/2s/2007/10/203000000/3041930419.pdf>
- Despacho n.º 10143/2009. Regulamento da organização e do funcionamento da unidade de cuidados na comunidade. (2009). Diário da República n.º 74, Série II de 2009-04-16.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

- Despacho n.º 4742/2014. Classificação farmacoterapêutica de medicamentos. (2014).  
Diário da República n.º 65, Série II de 2014-04-02.  
<https://files.dre.pt/2s/2014/04/065000000/0886008869.pdf>
- Despacho n.º 2598/2021. Alterações ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Saúde deste Instituto. (2021). Diário da República n.º 46, Série II de 2021-03-08.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2598-2021-158991286>
- Dowd, T. (2002). Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ªed, pp. 481-495). Lusociência
- Duque, S. (2014). Síndromes geriátricas. In M. T. Veríssimo (Coords), *Geriatrics fundamental* (pp. 353-358). Lidel.
- Ferreira, J. J., Farah, B. F., Dutra, H. S., Bahia, M. T. R., Sanhudo, N. F. & Franco, M. F. (2021). Atuação do enfermeiro na gestão de recursos materiais na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*. (95)35, p.01-14.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2016). *Literacia em saúde em Portugal. Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.  
[https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf)
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*.  
<https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%3%a7a+total+e+por+sexo-1260>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *População residente: total e por grandes grupos etários (%)*.  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%3%a1rios+\(percentagem\)-3018-253437](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%3%a1rios+(percentagem)-3018-253437)

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Indicadores de envelhecimento segundo os censos*.

<https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Índice de envelhecimento*.  
<https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>

Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The english longitudinal study of ageing. *Age Ageing*, 47(3), 392-397.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afx188>

Gordis, L. (2008). *Epidemiology* (4th ed.). Saunders.

Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F. G., & Castro, S. G. (2014). O idoso frágil. In M. T. Veríssimo (Coords.). *Geriatría fundamental*. (pp.359-364). Lidel.

Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª ed.). Obrasavulsas.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde* (3ªed.) Escola Nacional de Saúde Pública.

Infarmed. (2016). *Prontuário Terapêutico*.  
[https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao\\_e\\_informacao/publicacoes/prontuario-terapeutico](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/prontuario-terapeutico)

Instituto de Estudos Sociais e Económicos (2020). *Referencial de formação pedagógica inicial de formadores*. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015). *Infográfico doença crónica*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.  
<http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5748/4/INSA-info-doenca-cronica-PT.pdf>

Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2021). *Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde.

- Instituto da Segurança Social, I.P. (2014). *Guia prático. Constituição de instituições particulares de solidariedade social*. Instituto da Segurança Social, I.P.  
[https://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao\\_ipss](https://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss)
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *Guia prático. Apoios sociais: pessoas idosas*. Instituto da Segurança Social, I.P.  
[https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35\\_apoios\\_sociais\\_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb)
- International Association for the Study of Pain. (2020). Revises its definition of pain for the first time since 1979. International Association for the Study of Pain.  
[https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet\\_R2.pdf](https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2.pdf)
- Kitchens, D.H. (2005). The economics of pit and fissure sealants in preventive dentistry: a review. *Journal of Contemporary dental Practice*. 6(3), 95-103.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*. 15, 155-163.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Laíns, J., Campos, I., Almeida, A. R., Melo, D.M., Morais, F. F., Violante, M., & Constantino, J. (2014). Quedas no idoso. In M. T. Veríssimo (Coords), *Geriatría fundamental*. (pp. 345-352). Lidel
- Landis, J. R., & Koch G. G. (1977). A medida de concordância do observador para dados categóricos. *Biometria*. 33(1), 159-174.
- Laverack, G. (2008). Abordagens de empoderamento comunitário na promoção da Saúde. In G. Laverack (Ed.), *Promoção de saúde, poder e empoderamento* (pp. 131-145). Lusodidacta.
- Laverack, G. (2008). “Encontrar o paralelismo” do empoderamento comunitário na programação da promoção de saúde. In G. Laverack (Ed.), *Promoção de saúde, poder e empoderamento* (pp. 95-110). Lusodidacta.

- Leal, L. A., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Camelo, S. H. H., Terra, F. S. Jonas, L. T., Silva, V. L. S. & Santos, F. C. (2016). Trabalho em equipe: desafios e perspectivas no processo de trabalho da enfermagem. *Anais do encontro de enfermeiros de hospitais de ensino do estado de São Paulo. 1.*
- <https://proceedings.science/enfhesp/papers/trabalho-em-equipe--desafios-e-perspectivas-no-processo-de-trabalho-da-enfermagem?lang=pt-br>
- Lei n.º 95/2019 Lei de bases da saúde. Diário da República n.º 169, Série I de 2019-09-04.
- <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015 Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181, Série I de 2015-09-16.
- <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. National League for Nursing.
- Lucena, S. L. F., Farias F. S., Cordeiro L. M., Coutinho D. T. R., Silva L. F. & Freitas M. C. (2020). Cuidados de enfermagem à idosa com síndrome da fragilidade fundamentado na teoria do conforto. *Enfermagem Foco*. 11(5),20-26.
- <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/cuidado-enfermagem-idosa-com-sindrome-fragilidade-fundamentado-teoria-conforto.pdf>
- Marques, S. R. L., & Lemos, S. L. A. (2018). Literacia em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2(16), 535-559.
- Martins, H. M. (2022). *Caraterização da IPSS [REDACTED]*. Projeto [REDACTED] + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável.
- Melo, P., Silva, R. & Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(19), 81-90.
- [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26532/2/REF\\_dez2018\\_81to90\\_port.pdf.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26532/2/REF_dez2018_81to90_port.pdf.pdf)



- Melo, P., & Alves, O. (2019). Community empowerment and community partnerships in nursing decision-making. *Healthcare: Multidisciplinary Digital Publishing Institute*. 7(2), 1-8.  
<https://www.mdpi.com/2227-9032/7/2/76/htm>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Melo, P. (2021). Newsletter do projeto MAIEC. Community empowerment and nursing. Decision making, *MAIECiencia*, (1), 01-21  
[https://issuu.com/pedromelouniversidadecatolicaportug/docs/maieciencia\\_numero\\_1\\_out-nov\\_2021/1](https://issuu.com/pedromelouniversidadecatolicaportug/docs/maieciencia_numero_1_out-nov_2021/1)
- Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L.V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Telles de Freitas, C., & Dimande, M. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. *Revista ROL de Enfermeria*. 43(1), 441-446.  
<https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Traducao-para-portugues-e-validacao-cultural-da-Empowerment-Assessment-Rating-Scale.pdf>
- Menezes, R., L., & Bachion, M. M. (2007). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(4), 1209-1218.
- Morais, M. C. S. (2022). *Estágio de natureza profissional com relatório final*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Morley, J., Vellas, B., Kan, G. A. V., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P.R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Robledo, L. M. G., Rockwood, K., Haehling, S. V., Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*. 14(6), 392-397.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084863/>

- Neto, M., J., & Real, J. C. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada-Instituto Universitário*. 1-15.  
<https://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Juridicional – Mandato 2008-2011. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE*. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.  
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/766c3111-pt.pdf?expires=1668710742&id=id&accname=guest&checksum=F86848FCA8604C49655FF5596955C19D>
- Paiva, T., & Nunes, A. P. (2014). Sono no idoso. In M. T. Veríssimo (Coords), *Geriatría fundamental*. (pp. 395-402). Lidel.
- Pimentel, F. L. (2014). Cuidados Paliativos em idosos. In M. T. Veríssimo (Coords), *Geriatría fundamental*. (pp. 375-383). Lidel
- Pinto, M., & Coutinho, S. C. (2014). Síndrome de fragilidade. *INFAD Revista de psicologia*. 1(2), 171-176.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719030.pdf>
- Pinto, M., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2021). Versão portuguesa da europa da escala de fragilidade clínica: Estudo de tradução, adaptação cultural e validação. *Acta Medica Portuguesa*, 34(11), 749-760.  
<https://doi.org/10.20344/amp.14543>

- Pinto, M., & Pinto, M. (2021). A síndrome de fragilidade em idosos: Revisão de literatura sobre instrumentos de avaliação e escalas de classificação. *INFAD Revista de Psicologia*, 2(1), 385-400.
- Portaria n.º 67/2012 Normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. (2012). Diário da República N.º 58, Série I de 2012-03-21. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria\\_n\\_67\\_2012\\_21\\_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e](https://www.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e)
- Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte. (2018). *Perfil local de saúde. ULS Alto Minho*. Administração Regional de Saúde do Norte. [http://arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/pelS2018\\_a21\\_alto-minho.pdf](http://arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/pelS2018_a21_alto-minho.pdf)
- Portugal. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. (2010). *Redução das desigualdades do período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Organização Mundial da Saúde. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706\\_por\\_contents.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf)
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos Portugal*. Instituto Nacional de Estatística.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Superfície (km<sup>2</sup>) das unidades territoriais por localização geográfica (NUTS-2013); anual*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008350&selTab=tab](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008350&selTab=tab).
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: resultados provisórios*. [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: resultados definitivos*. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_populacao&xpid=CENSOS](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS)

- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da Saúde 2019*. Instituto Nacional de Estatística.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=492335966&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=492335966&PUBLICACOESmodo=2)
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Indicadores resumo sobre população (NUTS-2013)*. Instituto Nacional de Estatística.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true)
- Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte. (2021). *Prevalência de Patologias do ACES Alto Minho e da ARS Norte, dados referentes a dezembro de 2020*. Administração Regional de Saúde do Norte.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientação da Direcção Geral da Saúde n.º 015/2010. 14/12/2010: orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Direção Geral de Saúde.  
[https://www.aped-dor.org/images/documentos/dor\\_no\\_idoso/Avaliacao da Dor no Idoso.PDF](https://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_no_idoso/Avaliacao_da_Dor_no_Idoso.PDF)
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar 2015*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Direção Geral da Saúde.  
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030*. Direção-Geral da Saúde.

- Portugal. Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018*. Ministério da Saúde.
- Portugal. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2020). *Boletim do trabalho e emprego digital*. Gabinete de estratégia e planeamento; Direção de serviços e apoio técnico e documentação.
- [http://bte.gep.msess.gov.pt/COMPLETOS/2020/BTE1\\_2020.PDF](http://bte.gep.msess.gov.pt/COMPLETOS/2020/BTE1_2020.PDF)
- Regulamento n.º 128/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. (2011). Diário da República n.º 35, Série II de 2011-02-18. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria\\_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf)
- Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. (2015). Diário da República n.º 118, Série II de 2015-06-19. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 201-02-06. <https://cgjonline.ca/index.php/cgj/article/view/463/577>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D.B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 173(5), 489-95. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/173/5/489.full.pdf>
- Rockwood, K., & Theou, O. (2020). Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Canadian Geriatrics Journal*. 23, 253-259. <https://cgjonline.ca/index.php/cgj/article/view/463/577>

- Ruiva, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. (15), 1-37.
- Santos, F. (2014). Nutrição e envelhecimento. In M. T. Veríssimo (Coords), *Geriatrics fundamental*. (pp.75-90). Lidel.
- Simões, J. A. (2021). Abordagem da pessoa idosa nos cuidados de saúde primários. *Revista Oficial Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*. (0), 9. [http://spgg.com.pt/UserFiles/File/N0\\_Revista\\_SPGG.pdf](http://spgg.com.pt/UserFiles/File/N0_Revista_SPGG.pdf)
- Simões, M. F. & Silva, M. P. (2008). *A operacionalização de processos de reconhecimento, validação e certificação de competências profissionais - guia de apoio*. Agencia Nacional para a Qualificação.
- Terra, N., Netto, A., Portuguez, M., & Crippa, A. (2020). *Geriatrics e Gerontologia clínica*. Pucrs. <https://books.google.pt/books?id=7foOEAAAQBAJ&pg=PT167&lpg=PT167&dq=conferencia+florida+2012+fragilidade+idoso&source=bl&ots=IVEvbwKCiA&sig=ACfU3U3fjIWqx53du-c8UnrQZi0mdw5q7w&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwi5krHlvc32AhVOOhoKHf0eARQQ6AF6BAgdEAM#v=onepage&q=conferencia%20florida%202012%20fragilidade%20idoso&f=false>
- Topinková E. (2008). Aging, disability and frailty. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 52(1), 6-11. <https://doi.org/10.1159/000115340>
- Viana, M. (2021). Reflexões sobre a HTA em doentes idosos e/ou frágeis. *Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Geriatria e gerontologia*. (0),11-12. [http://spgg.com.pt/UserFiles/File/N0\\_Revista\\_SPGG.pdf](http://spgg.com.pt/UserFiles/File/N0_Revista_SPGG.pdf)
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. (3º ed.). Sílabo.
- World Health Organization. (2002). *Envelhecimento ativo: uma estrutura política*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *Guidelines development group. Evidence on physical activity and frailty/sarcopenia prevention for people aged 65+ years*. World Health Organization.

[https://www.who.int/docs/default-source/physical-activity/call-for-consultation/evidence-on-falls-prevention.pdf?sfvrsn=2708e33\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/physical-activity/call-for-consultation/evidence-on-falls-prevention.pdf?sfvrsn=2708e33_4)

World Health Organization. (2021). *Cuidados de saúde primários*. World Health Organization.

<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

World Health Organization - Collaborating centre for drug statistics methodology. (2022). *Anatomical therapeutic chemical/defined daily dose. Index 2022*. Norwegian Institute of Public Health.

[https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca. (2017). *Carta de qualidade*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/1160612/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carta%20da%20Qualidade%20UCCPB.pdf>

Unidade de Cuidados na Comunidade de Valença. (2017). *Carta de qualidade*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10021/1132655/O%20QUE%20OFERECEMOS/CARTA%20DA%20QUALIDADE%202016.pdf>

**ANEXOS**



ANEXO I – OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

### **Objetivos de aprendizagem/competências a atingir (Morais, 2022):**










No decurso do presente estágio, as mestrandas devem demonstrar capacidade para:

- Realizar a prática profissional, ética e legal, na área da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem de Saúde Comunitária, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Assegurar práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Aplicar conhecimentos aprofundados da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem de Saúde Comunitária, designadamente em situações complexas;
- Integrar pressupostos sociopolíticos, ético-legais, ideológicos e teórico metodológicos norteadores da intervenção especializada em Enfermagem comunitária na área da Saúde Comunitária e da Saúde Pública;
- Avaliar, com base na metodologia do planeamento em saúde, o estado de saúde de uma comunidade;
- Participar na coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e de medidas estratégicas emergentes dos contextos;
- Cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;
- Comunicar com grupos, comunidade, o poder loco-regional, meios de comunicação social e equipa multidisciplinar no âmbito da enfermagem de saúde pública;
- Contribuir para a capacitação de pessoas, grupos em situação de vulnerabilidade e comunidade bem como de profissionais de saúde/enfermagem, com base na evidência produzida;
- Gerir cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa onde está inserido e a articulação na equipa de saúde;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Reconhecer o potencial desenvolvido e a desenvolver no âmbito do autoconhecimento e da assertividade;
- Argumentar a praxis clínica de Enfermagem comunitária na área da Saúde Comunitária e da Saúde Pública com base na evidência;
- Elaborar o relatório final inerente à prática clínica, consubstanciado o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Saúde comunitária;

- Argumentar a prática clínica com ênfase ao julgamento clínico especializado e complexidade das intervenções.

ANEXO II – *CLINICAL FRAILTY SCALE* VERSÃO PORTUGESA (PINTO ET AL.,  
2021)

## Escala da Fragilidade

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
<input type="checkbox"/> Em muito boa forma física 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ativo, vigoroso, muito motivado, forte</li> <li>• Atividade física regular</li> <li>• Em muito boa forma física para a idade</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Bem 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem sintomas de doenças ativas</li> <li>• Menos apto que na categoria anterior</li> <li>• Atividade física ocasional ou sazonal</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Bem controlado 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbilidades controladas</li> <li>• Sintomas de doenças controlados</li> <li>• Sem atividade física para além da marcha habitual</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Vulnerável 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independente nas atividades de vida diária</li> <li>• Alteração na marcha (marcha lenta – "slowed up")</li> <li>• Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença</li> <li>• Cansaço durante o dia</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Fragilidade leve 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependente nas atividades instrumentais de vida diária mais complexas - AIVDs (transporte, finanças, trabalho de casa mais pesado, toma da medicação)</li> <li>• Pode necessitar de supervisão da marcha no exterior e marcha muito lenta, passos curtos e pouco amplos</li> <li>• Normalmente necessita de supervisão para ir às compras e preparação das refeições</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Fragilidade Moderada 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão e ajuda no banho e no vestir</li> <li>• Ajuda em todas atividades fora de casa e manutenção da casa</li> <li>• Dificuldade/ impossibilidade em subir escadas</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Fragilidade severa 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependente nas AIVDs (cuidados pessoais)</li> <li>• Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva</li> <li>• Estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Fragilidade muito severa 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completamente dependente em todas as atividades da vida diária</li> <li>• Próximo do fim de vida</li> <li>• Pode não recuperar de doença <i>aguda</i>.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Doente terminal 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Próximo do fim de vida</li> <li>• Expectativa de vida inferior a 6 meses</li> <li>• Sem outra evidência de fragilidade</li> </ul>
<p><b>Na presença de Demência, o grau de fragilidade geralmente corresponde ao grau de demência.</b></p>	
<input type="checkbox"/> 1 – Demência leve	Inclui esquecimento de detalhes de um evento recente, embora ainda se lembre do próprio evento, repetindo a mesma questão/história e apresenta isolamento social.
<input type="checkbox"/> 2 - Demência moderada	A memória recente está muito prejudicada, mesmo que aparentemente se possam lembrar bem de episódios do passado, necessitam de orientação nos autocuidados.
<input type="checkbox"/> 3 - Demência grave	São totalmente dependentes nos autocuidados.

ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO  
ADAPTADA E TRADUZIDA PARA LÍNGUA PORTUGUESA E PARA AS  
COMUNIDADES PORTUGUESA POR MELO ET AL. (2020)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC) -

<b>Participação Comunitária</b>	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade.	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Estão limitados a atividades como trabalho voluntário	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	1 A comunidade não realiza qualquer avaliação de problemas.	2 A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação	3 A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	4 A comunidade identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	5 A comunidade continua a avaliar e é o "dono" dos problemas, soluções e ações
<b>Liderança Local</b>	1 Algumas organizações comunitárias sem um líder	2 Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes	3 As organizações comunitárias funcionam sobre liderança. Algumas organizações têm suporte de líderes externos a IPSS	4 Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes necessitam de treino de competências	5 Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos

<b>Estruturas Organizacionais</b>	<b>1</b> A comunidade não tem setores de atividade, tais como conselhos ou comissões	<b>2</b> As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativos	<b>3</b> Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa	<b>4</b> Muitos organizações estabeleceram ligações uns com os outros dentro da comunidade	<b>5</b> As organizações estão ativamente envolvidos dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometido com a sua e outras organizações
<b>Mobilização de Recursos</b>	<b>1</b> Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade	<b>2</b> Apenas os mais ricos e/ou influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são recrutados para providenciar recursos	<b>3</b> A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados	<b>4</b> Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça	<b>5</b> Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa
<b>Ligações a Outros</b>	<b>1</b> Nenhuma	<b>2</b> A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido	<b>3</b> A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade	<b>4</b> Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo	<b>5</b> As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a comunidade
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>



<b>Capacidade para “questionar porquê”</b>	Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da comunidade	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido	Grupo criado para ouvir os assuntos da comunidade. Esta tem capacidade para refletir sobre os assuntos, definindo as suas ideias e ações. Tem habilidade para desafiar a sabedoria adquirida	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguém experiencia em testar soluções	Os grupos da comunidade têm capacidade para auto analisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva á mudança coletiva
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Gestão do programa</b>	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade	Gestão da comunidade independente do agente. A gestão é responsável
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Relação com agentes externos</b>	Os agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas	Os agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado	A comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO “PROJETO DO [REDACTED] INCLUSIVO PARA O  
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL- DIAGNÓSTICO COM A(S)  
COMUNIDADE(S) DA GESTÃO COMUNITÁRIA (MELO, 2019)

Projeto do [REDACTED] Inclusivo para o  
Envelhecimento Ativo e Saudável -  
Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da  
Gestão Comunitária

---

\*Obrigatório

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Estimado membro da comunidade do Projeto do [REDACTED] Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável, agradecemos, desde já, a sua participação neste projeto.

### Enquadramento:

Este projeto decorre de uma parceria entre a ULS [REDACTED] EPE e a CIM [REDACTED] e conta com vários parceiros, onde se inclui o Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa no [REDACTED] da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do [REDACTED] e da Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED]

Numa primeira etapa, este projeto conta com o envolvimento do projeto MAIEC- Community Empowerment and Nursing Decision Making, pretendemos avaliar a Gestão Comunitária (relacionada com a liderança - conhecimentos, crenças e volição, a participação - comunicação, parcerias e estruturas organizativas e o processo-coping ou forças da comunidade).

### Objetivos:

- Minimizar os efeitos da fragilidade nas pessoas idosas, como fator de risco de quedas, através de um programa de exercício, associado à nutrição e à estimulação cognitiva.
- Promover sinergias para a implementação de programas de intervenção comunitária sustentáveis, de modo a garantir um envelhecimento ativo e saudável no [REDACTED]

Neste sentido, vimos solicitar a sua participação neste projeto, enquanto líder e/ou membro da sua comunidade, respondendo para isso ao questionário seguinte, que é constituído por duas partes:

- Caracterização sociodemográfica dos participantes;
- Perceção e conhecimentos relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, a síndrome de fragilidade, o declínio cognitivo e o risco de quedas nas pessoas idosas da sua organização.

O resultado do tratamento de dados será apresentado de forma genérica, não identificando nenhuma das respostas dadas por cada participante, mas sim as respostas alicerçadas em taxas, para que possamos planear em conjunto a nossa intervenção.

### Condições e financiamento:

O projeto de intervenção e de investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as).

Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar a sua vontade de interromper a sua participação, os responsáveis pelo projeto e investigadores atenderão à sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono do projeto sem prejuízo para si.

Quer o diagnóstico, quer as intervenções que desenvolveremos com a sua instituição e com as pessoas idosas da(s) comunidade(s) não terão quaisquer custos para si nem para as

comunidades envolvidas e decorrerão das respostas dos recursos pelos quais as entidades responsáveis pelo projeto providenciarão.

Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ULS [REDACTED] EPE.

Confidencialidade e anonimato:

Durante o processo em curso, e mesmo na redação de eventuais artigos científicos e relatórios que serão desenvolvidos, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a(as) participantes da investigação e do projeto de intervenção.

Se pretender mais informações sobre esta etapa pode contactar um dos investigadores/responsáveis do projeto:



1. Depois de ler estas informações, considero-me esclarecido(a) e informado(a) e aceito \* participar neste projeto e responder a este questionário (que demora em média 5 minutos a responder).

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, aceito.
- Não, não aceito.

A minha perceção sobre a minha organização e sobre os meus conhecimentos, crenças e volição sobre o envelhecimento ativo e saudável (prevenção da sarcopenia, da fragilidade, das quedas e do declínio cognitivo...) nas pessoas idosas.

Nesta parte do nosso questionário o seu contributo ajudará a compreender os conhecimentos, crenças e volição, assim como as parcerias, comunicação e experiências relacionadas com o envelhecimento ativo e a prevenção da sarcopenia e das quedas nas pessoas idosas, na organização que representa.

2. 1- Qual o Concelho onde se integra a sua organização? \*

*Marcar apenas uma oval.*

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

3. 1- Qual a organização que representa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Santa Casa da Misericórdia [Redacted]

Santa Casa da Misericórdia [Redacted]

Santa Casa da Misericórdia [Redacted]

Centro Paroquial e Social de [Redacted] Estrutura Residencial para Idosos

Centro Paroquial e Social [Redacted] Estrutura Residencial para Idosos

4. 1- Qual a minha categoria profissional? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Provedor
- Diretor técnico
- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Psicólogo
- Psicomotricista
- Fisioterapeuta
- Assistente Social
- Animador sociocultural
- Administrativo
- Auxiliar de Ação Médica
- Auxiliar de Serviços gerais

5. 2 - Há quanto tempo (em anos) exerce funções nessa organização? \*

\_\_\_\_\_

6. 3 - Qual a importância que considera que possa ter um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, envolvendo a sua organização? \*

*Marcar apenas uma oval.*

0      1      2      3      4      5

Nada importante                     Extremamente importante

7. 4 - Como considera ser a experiência da sua organização com projetos relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2

Nenhuma experiência    Muita experiência

8. 5 - Considerando a sua própria experiência, acredita que poderia dar contributo para um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3 4 5

Nenhum contributo       Um grande contributo

9. 6 - Quais os fatores que podem contribuir para aumentar a fragilidade, o declínio cognitivo e o risco de quedas nas pessoas idosas? (se não souber escreva "não sei"). \*

---

---

---

---

---

10. 7 - Considera que a alimentação e a nutrição podem ter influencia na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e no risco de quedas nas pessoas idosas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim.  
 Não.  
 Não sei responder.



11. 7.1 - Em relação à pergunta anterior, justifique a sua resposta. Se respondeu "não sei responder" volte a escrever "não sei responder". \*

---

---

---

---

---

12. 8 - Dos nutrientes descritos, quais os que promovem o fortalecimento da massa muscular nas pessoas idosas? \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Proteína de alto valor biológico (obtidas nos ovos, leite, carne, peixe)
- Leucina (aminoácido essencial obtido na carne, peixe e laticínios) em associação com a vitamina D (obtida por exemplo nos ovos)
- Cálcio ( obtido nos laticínios, suplementos , fármacos)
- Vitamina C (obtida por exemplo nos citrinos)
- Vitamina K (obtida, por exemplo, nos legumes de folha verde escura).
- Nenhum dos alimentos anteriores.
- Não sei responder a esta pergunta.

13. 9 - A prevalência da síndrome de fragilidade não é muito elevada nas pessoas residentes na comunidade, contudo, essa prevalência aumenta quando se trata de pessoas institucionalizadas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

0    1    2    3    4    5

Discordo completamente       Concordo completamente

14. r0 - Na sua opinião, as quedas numa pessoa idosa são responsáveis por 40% de todas as causas de morte por acidente. \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3 4 5

Discordo completamente       Concordo completamente

15. r1 - Estima-se que aproximadamente 30% das pessoas idosas residentes na comunidade tenham medo de cair. \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3 4 5

Discordo completamente       Concordo completamente

16. r2 - Na sua instituição costuma avaliar-se o risco de queda nas pessoas idosas com algum instrumento de avaliação específico? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim.  
 Não.  
 Não sei responder.

17. r3 - Indique que aspetos na comunidade que envolve a sua organização podem ser suporte para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Se não souber nenhum indique "não sei". \*

---

---

---

---

---

18. 14 - Indique quais fatores ambientais podem potencializar o risco de queda nas pessoas idosas. \*  
Se não souber nenhum indique "não sei". (Igual à pergunta 6?)

---

---

---

---

---

19. 15 - A organização onde exerce tem alguma parceria para promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenir a fragilidade, o declínio cognitivo e as quedas nas pessoas idosas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não  
 Não sei responder.

20. 15.1 - Se respondeu sim na pergunta anterior, consegue indicar quais as parcerias? - Se não souber responda "não sei". \*

---

---

---

---

---

21. 16 - A sua organização tem alguma Comissão ou algum grupo de trabalho relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim.  
 Não.  
 Não sei responder.

22. 17 - Existe algum meio de comunicação (como email ou uma newsletter) na sua organização, relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim.  
 Não.  
 Não sei responder.

23. 17.1 - Se respondeu sim na pergunta anterior, qual o meio de comunicação existente? Pode responder "não sei", se apesar de ter respondido "sim" não conseguir identificar nenhum meio de comunicação sobre o assunto.

---

---

---

---

---

24. 18 - Estou motivado para participar num projeto relacionado com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

0    1    2    3    4    5

---

Nada motivado       Muito motivado

---

25. 18.1 - Se respondeu uma pontuação menor ou igual a 3 na pergunta anterior, indique quais \* os fatores que contribuem para a sua falta de motivação (pode escolher mais do que uma opção):

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Falta de recursos humanos
- Falta de tempo
- Falta de recursos materiais
- Falta de incentivos (sejam financeiros, sejam outros)
- Outra: \_\_\_\_\_

26. 18.2 - Se respondeu "outros" na pergunta anterior, indique qual:

---

---

---

---

---

27. 19- Na sua opinião, o que o podia motivar para querer participar num projeto relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas?

---

---

---

---

---

28. 20 - Na sua opinião, o que pode dificultar o trabalho em conjunto entre a sua organização \* e outras na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e quedas nas pessoas idosas? (se não considerar que nada possa dificultar escreva "nada")

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO V- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE LOCAL  
DE SAÚDE

**Comissão de Ética para a Saúde (CES)**

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº80-19-11-2021</p> <p style="text-align: center;"><b>Assunto:</b></p> <p>Projeto de investigação [redacted] + inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável"</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>[redacted]</p>
--	---

**1. A(s) questão(ões) colocada(s)**

Com o objetivo de caracterizar multifatorialmente a fragilidade das pessoas idosas quanto ao risco de queda, ao risco nutricional, ao bem estar físico e mental e à dor, pede autorização para aplicar os inquéritos: Um questionário Sócio demográfico; Para avaliação da presença de fragilidade "FRAIL Questionnaire Screening Tool; Avaliar o risco de sarcopenia através da ferramenta Sarcopenia Formulary (SAR-F); identificar o risco nutricional através da ferramenta Malnutrition Universal screening Tool-MUST; avaliação do risco de queda através de testes funcionais e ainda MMT, HADs para a depressão; escala numérica da dor entre outros.

O dossier possui os modelos de questionários e modelo de Consentimento informado. Fazem parte desta equipa a [redacted]

**2. Fundamentação**

É um programa dirigido a todos os residentes das instituições parceiras envolvidas: Lar de [redacted]

EPE um Protocolo de Colaboração e Parceria no Âmbito deste projeto com o objetivo de melhorara a sua qualidade de vida e bem estar, incentivando à adoção de um estilo de vida mais ativo, mais saudável, orientado por uma equipa multidisciplinar.

Numa primeira fase é feito o diagnóstico de situação 1- nas comunidades 2-nas pessoas idosas

Numa segunda fase há um programa de intervenção nas instituições envolvidas

**3. Conclusão/parecer**

Dado que o estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULS [redacted] no Mod. Q741. Emitimos parecer favorável ao solicitado.

Nota: Referências bibliográficas:

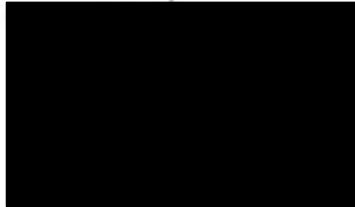


	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 20/2022 -CES</b>	Pág. 2 de 2
--	--	-------------

Relator(es)	
Ratificado em reunião do dia	28/04/2022
Enviado parecer:    /    /	

28/04/2022

O Presidente da CES



ANEXO VI – CONSENTIMIENTO INFORMADO

# Projeto [REDACTED] Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável”

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Com a realização deste estudo de investigação-ação, intitulado Projeto [REDACTED] Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável”, pretendemos:

- Minimizar os efeitos da fragilidade nas pessoas idosas, como fator de risco de quedas, através de um programa de exercício, associado à nutrição e à estimulação cognitiva;
- Promover sinergias para a implementação de programas de intervenção comunitária sustentáveis, de modo a garantir um envelhecimento ativo e saudável no [REDACTED].

Este projeto decorre da parceria entre a [REDACTED] e a CIM [REDACTED] e conta com vários parceiros, onde se incluem o Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa no [REDACTED], a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do [REDACTED], a Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED], a Santa Casa da Misericórdia de [REDACTED], o Centro Paroquial e Social de [REDACTED], o Centro Paroquial e Social de [REDACTED] e o Centro Paroquial de [REDACTED].

Neste sentido, vimos solicitar a sua participação neste projeto, respondendo para isso aos questionários seguintes.

A sua participação é voluntária, podendo desistir de participar a qualquer momento sem que daí advenham quaisquer consequências, sendo os dados destruídos. Toda a informação pessoal será anónima e confidencial e apenas usada para fins de investigação.

A participação não terá qualquer custo ou risco para si.

.....  
(Assinatura)

Se pretender mais informações sobre esta etapa pode contactar um dos investigadores/responsáveis do projeto:

[REDACTED]

[REDACTED]

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO  
SOBRE DOR A UCC

## Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação

Candidatura nº

Tipologia nº

Curso nº

Ação nº

Curso:

Data:

Duração:

### Avaliação da Ação

A sua opinião sobre esta ação de formação reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações desta natureza. Agradecemos o seu contributo respondendo a este questionário.

#### 1. EXPECTATIVAS

Reduzida

Elevada

A ação correspondeu às suas necessidades e expectativas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

#### 2. CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

Os conhecimentos que esperava vir a adquirir foram obtidos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

#### 3. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Pertinência e interesse dos conteúdos abordados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

#### 4. DOCUMENTAÇÃO

Qualidade da documentação distribuída

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

#### 5. ORGANIZAÇÃO / FUNCIONAMENTO

Acolhimento / Cortesia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Disponibilidade

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Horário

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões/Comentários/Opiniões:

---

---

#### 6. QUALIDADE DAS INFRAESTRUTURAS

Meios Audiovisuais

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Iluminação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Temperatura

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Instalações

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

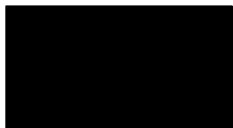
#### 7. SATISFAÇÃO GLOBAL

Reduzida

Elevada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---





**Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação**

**8. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:**

Despertou o interesse	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Expressou-se com clareza	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Prestou os esclarecimentos solicitados	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Estabeleceu boa relação com o grupo	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Contributos em termos de formação	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

**9. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:**

Despertou o interesse	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Expressou-se com clareza	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Prestou os esclarecimentos solicitados	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Estabeleceu boa relação com o grupo	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Contributos em termos de formação	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

**10. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:**

Despertou o interesse	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Expressou-se com clareza	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Prestou os esclarecimentos solicitados	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Estabeleceu boa relação com o grupo	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
Contributos em termos de formação	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

Cofinanciado por:





APÊNDICE I – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE AO QUESTIONÁRIO DE  
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA PESSOA IDOSA



<b>Variáveis - Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica</b>	<b>Atributo</b>	<b>Escala de Medida</b>	<b>Códigos</b>
Administração do questionário	Autoadministrado Assistido pelo membro do projeto Administrado pelo membro do projeto	Qualitativa nominal	1 2 3
Idade	Idade em anos	Quantitativa	Nº anos
Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa Nominal	1 2
Escolaridade	Ano se escolaridade Não sabe	Qualitativa ordinal	Resposta aberta -9
Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a) Não sabe	Qualitativa nominal	1 2 3 4 -9
Profissão que exerceu	Nome da profissão Não sabe	Qualitativa nominal	Resposta aberta -9
Início do internamento	Dia, mês e ano de início do internamento na ERPI	Qualitativa ordinal	Resposta aberta
Doenças Crónicas	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas			
Sub-grupo de doenças crónicas 1 - Neoplasias Malignas (C00-C97)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 2 - Neoplasias Benignas (D10-D36)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 3 – Anemias (D50-D64)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 4 - Distúrbios da Glândula Tiroide(E00-E07)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 5– Diabetes (E10-E14)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 6 - Distúrbios metabólicos , Obesidade e outras hiperalimentações(E65-E90)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 7 - Demências orgânicos, incluindo sintomáticos, transtornos mentais(F00-F09)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 8 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 9 - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0

Sub-grupo de doenças crónicas 10 - Transtornos do humor(afetivos) (F30-F31)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 11 - Atraso mental (F70-F79)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 12 – Doença de Parkinson(G20)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 13 – Outras doenças degenerativas do sistema nervoso (G30-G32)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 14 - Distúrbios episódicos e paroxísticos (G40-G47)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 15 - Hemiplegia(G81)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 16 - Doenças do olho e anexos(H00-H59)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 17 - Doenças do ouvido e processo mastóide (H60-H95)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 18 – Doença hipertensiva (I10-I15)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 19 - Doenças isquémicas do coração(I20-I25)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas C20_ Outras formas de doença cardíaca (I30-I52)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 21 - Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 22 - Doenças das artérias, arteríolas, capilares e Doenças das veias, vasos linfáticos, linfonodos, não classificadas em outra parte (I70-I89)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 23 - Doenças do sistema respiratório (J00-J99)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 24 – Doenças do esôfago, estômago, duodeno e Hérnia do hiato (K20-K31 e K44)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 25 - Outras doenças do intestinos (K55-K64)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 26 – Doenças do fígado, Hepatite Viral Crónica e Distúrbios da vesícula biliar, trato biliar e pancreas (K70-K77, B18, K80-K87)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 27 – Artropatias (M00-M25)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo de doenças crónicas 28 – Outras dorsopatias(M50-M54)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0

Sub-grupo de doenças crónicas 29 – Distúrbios dos tecidos moles, Osteopatias e Condrotias (M60-M94)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Dor Crónica	Sim Não Não sabe	Qualitativa nominal	1 0 -9
Escala Numérica da Dor	Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não se aplica	Quantitativa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -7
Medicação Habitual	Sim Não	Qualitativa Nominal	1 0
	Nº de fármacos	Quantitativa	Resposta aberta
Sub-grupo farmacoterapêutico 1 - Psicofármacos (N05/06A)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 2 - Antiparkinsonianos (N04)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 3 - Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas (N06B/D)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 4 – Analgésicos Antipiréticos e Analgésicos Estupefacientes (N02)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 5 – Relaxantes Musculares (M03)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 6 - Antiepilépticos e Anticonvulsivantes (N03)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 7 – Antieméticos e Antivertiginosos (A04,N07)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 8 – Antihipertensores (C03/07/08/09)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 9 – Vasodilatadores (C01/04/06DX)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 10 – Cardiotónico (C01X)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 11- Venotrópicos (C05)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0

Sub-grupo farmacoterapêutico 12 - Antidislipídicos (C10)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 13 – Anti anêmicos (B03)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 14 – Antitrombóticos e Anticoagulantes (B01)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 15 – Asmáticos e Broncodilatadores (R03)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 16 – Antiácidos e Anti-Ulcerosos (A02)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 17 – Modificadores da Motilidade Gastrointestinal e Antiespasmódicos (A03)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 18 – Medicamentos usados em Disfunções Genitourinários (G04)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 19 – Insulina Antidiabéticos e Glucagon (A10)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 20 – Corticoesteroides (H02)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 21 – Hormonas da Tireoide e Antitiroideos (H03)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 22 - Anti-inflamatórios não esteroides e Medicamentos para o tratamento da Artrose (M01)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 23 - Medicamentos utilizados para o tratamento da Gota (M04)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 24 - Anti-Histaminicos (R06)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 25 - Vitaminas e Sais Minerais (A11)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 26 - Medicamentos Queratolíticos e Antipsoriaticos (D01/05)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 27 - Medicamentos usados no tratamento da Glaucoma (S01E)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sub-grupo farmacoterapêutico 28 - Citotóxicos (L01)	Sim Não	Qualitativa nominal	1 0
Sono	Tranquilo Agitado Não sabe	Qualitativa Ordinal	1 2 -9
Duração do sono	Horas de sono Não sabe	Quantitativa	Resposta aberta -9
Duração atual do sono	Menor que o habitual Igual ao habitual Superior ao habitual	Qualitativa Ordinal	1 2 3

Período de Sono diurno	Sim Não	Qualitativa Nominal	1 0
Gestão do regime medicamentoso	Enfermeiro(a) Enfermeiro(a) e outros Outros	Qualitativa Nominal	1 2 3
Atividade Física	Sim Não	Qualitativa Nominal	1 0
Gestão regime alimentar	Nutricionista Outros	Qualitativa Nominal	1 2

APÊNDICE II – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE A *CLINICAL FRAILTY*  
*SCALE* VERSÃO PORTUGUESA DE PINTO ET AL., (2021)

<b>Variáveis - <i>Clinical Frailty Scale</i> versão portuguesa (Pinto et al., 2021)</b>	<b>Atributo</b>	<b>Escala de Medida</b>	<b>Códigos</b>
Categoria da Fragilidade	Em muito boa forma	Qualitativa ordinal	1
	Bem		2
	Bem controlado		3
	Vulnerável		4
	Fragilidade leve		5
	Fragilidade moderada		6
	Fragilidade severa		7
	Fragilidade muito severa		8
	Doente terminal		9
Categoria da Demência	Demência leve	Qualitativa ordinal	1
	Demência moderada		2
	Demência grave		3
	Não se aplica		-7

APÊNDICE III – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFRENTE A EA<sub>v</sub>EC DE MELO ET  
AL. (2020)



<b>Variáveis - EAvEC (Melo et al., 2020)</b>	<b>Atributo</b>	<b>Escala de Medida</b>	<b>Códigos</b>
Domínio 1 – Participação comunitária	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9
Domínio 2 – Capacidade de avaliação do problema	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9
Domínio 3 – Liderança Local	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9
Domínio 4 – Estruturas organizacionais	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9
Domínio 5 – Mobilização de recursos	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9
Domínio 6 – Ligações a outros	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -79
Domínio 7 – Capacidade para “questionar porquê”	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9
Domínio 8 – Gestão do programa	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5

			-9
Domínio 9 – Relações com agentes externos	Afirmção 1 Afirmção 2 Afirmção 3 Afirmção 4 Afirmção 5 Não responde	Qualitativa ordinal	1 2 3 4 5 -9

APÊNDICE IV – QUADRO DAS VARIÁVEIS REFERENTE AO QUESTIONÁRIO  
“PROJETO DO [REDACTED] INCLUSIVO PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E  
SAUDÁVEL- DIAGNÓSTICO COM A(S) COMUNIDADE(S) DA GESTÃO  
COMUNITÁRIA, DE MELO (2019)

<b>Variáveis - Questionário “Projeto do [REDACTED] + Inclusivo para o Envelhecimento Ativo e Saudável - Diagnóstico com a(s) comunidade(s) da Gestão Comunitária” (Melo, 2019)</b>	<b>Atributo</b>	<b>Escala de Medida</b>	<b>Códigos</b>
Categoria profissional	Nome da função desenvolvida	Qualitativa nominal	Resposta aberta
Tempo de serviço	Anos de serviço na IPSS	Quantitativa discreta	Resposta aberta
<b>Dimensão Diagnóstica Liderança Comunitária</b>			
Importância que possa ter um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, envolvendo a sua organização	Nada importante 1 2 3 4 Extremamente importante	Qualitativa ordinal	0 1 2 3 4 5
Contributo que poderia dar a experiência do profissional para um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas	Nenhum contributo 1 2 3 4 Grande contributo	Qualitativa ordinal	0 1 2 3 4 5
Fatores que podem contribuir para aumentar a fragilidade, o declínio cognitivo e o risco de quedas nas pessoas idosas		Qualitativa nominal	Resposta aberta
Influência da alimentação e da nutrição na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e no risco de quedas nas pessoas idosas	Sim Não Não sabe	Qualitativa nominal	1 2 -9
Justificação da influência da alimentação e da nutrição na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e no risco de quedas nas pessoas idosas		Qualitativa nominal	Resposta aberta
Nutrientes que promovem o fortalecimento da massa muscular nas pessoas idosas:	- Proteína de alto valor biológico (obtidas nos ovos, leite, carne, peixe)	Sim Não Não sabe	1 2 -9
	- Leucina (aminoácido essencial obtido na carne, peixe e laticínios) em associação com a vitamina D (obtida por exemplo nos ovos)	Sim Não Não sabe	1 2 -9
	- Cálcio ( obtido nos laticínios, suplementos , fármacos)	Sim Não Não sabe	1 2 -9
	- Vitamina C (obtida por exemplo nos citrinos)	Sim Não Não sabe	1 2 -9

	- Vitamina K (obtida, por exemplo, nos legumes de folha verde escura)	Sim Não Não sabe		1 2 -9
A prevalência da síndrome de fragilidade não é muito elevada nas pessoas residentes na comunidade, contudo, essa prevalência aumenta quando se trata de pessoas institucionalizadas.		Discordo completamente 1 2 3 4 Concordo completamente	Qualitativa ordinal	0 1 2 3 4 5
As quedas numa pessoa idosa são responsáveis por 40% de todas as causas de morte por acidente.		Discordo completamente 1 2 3 4 Concordo completamente	Qualitativa ordinal	0 1 2 3 4 5
Aproximadamente 30% das pessoas idosas residentes na comunidade tenham medo de cair.		Discordo completamente 1 2 3 4 Concordo completamente	Qualitativa ordinal	0 1 2 3 4 5
Fatores ambientais que podem potenciar o risco de queda nas pessoas idosas			Qualitativa nominal	Resposta aberta
Motivação do profissional para participar num projeto relacionado com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas.		Nada motivado 1 2 3 4 Muito motivado	Qualitativa ordinal	0 1 2 3 4 5
Fator que contribui para a falta de motivação dos profissionais com motivação $\leq 3$ , para participar num projeto relacionado com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas.	- Falta de recursos humanos	Sim Não	Qualitativa nominal	1 2
	- Falta de tempo	Sim Não		1 2
	- Falta de recursos materiais	Sim Não		1 2
	- Falta de incentivos	Sim Não		1 2
	- Outros	Sim Não		1 2
Nome dos outros fatores que contribuem para a falta de motivação do profissional com motivação $\leq 3$ , para participar num projeto relacionado com a promoção do			Qualitativa nominal	Resposta aberta

envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas.			
Aspetos que podiam motivar o profissional para querer participar num projeto relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas		Qualitativa nominal	Resposta aberta
Dimensão Diagnóstica Participação Comunitária			
Parcerias existentes na organização, para promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenir a fragilidade, o declínio cognitivo e as quedas nas pessoas idosas	Sim Não Não sabe	Qualitativa nominal	1 2 -9
Nome das parcerias existentes na organização, para promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenir a fragilidade, o declínio cognitivo e as quedas nas pessoas idosas		Qualitativa nominal	Resposta aberta
Comissão ou algum grupo de trabalho existente na organização, relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas	Sim Não Não sabe	Qualitativa nominal	1 2 -9
Meio de comunicação existente (como email ou uma newsletter) na organização, relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas	Sim Não Não sabe	Qualitativa nominal	1 2 -9
Nome dos meios de comunicação existentes na organização, relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas		Qualitativa nominal	Resposta aberta
Dimensão Diagnóstica Processo Comunitário			
Experiência da sua organização com projetos relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas	Nenhuma experiência 1 Muita experiência	Qualitativa ordinal	0 1 2
Hábito de avaliação do risco de queda nas pessoas idosas residentes, com algum instrumento de avaliação específico	Sim Não Não sabe	Qualitativa nominal	1 2 -9
Aspetos na comunidade que envolve a organização, suportes para a promoção do envelhecimento ativo e saudável		Qualitativa nominal	Resposta aberta
Aspetos que pode dificultar o trabalho em conjunto entre a organização e outras na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e quedas nas pessoas idosas		Qualitativa nominal	Resposta aberta

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E  
CLÍNICA DA PESSOA IDOSA RESIDENTE NUMA ERPI, DE UMA IPSS DO NORTE  
DE PORTUGAL

## Questionário 1

O projeto "[REDACTED]-INCLUSIVO" visa promover o envelhecimento ativo e saudável, através do empoderamento comunitário de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, do concelho de [REDACTED].

Em articulação com o projeto "[REDACTED]-INCLUSIVO" e no âmbito II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pretende-se desenvolver uma investigação, cujo título é "Empoderar para um Envelhecimento Ativo e Saudável" e que tem como objetivos obter dados que vão possibilitar caracterizar os idosos no que diz respeito a alguns aspetos pessoais e clínicos (doenças, sono, medicação).

Assim, a sua participação é muito importante e só através dela é possível desenvolvermos, com qualidade, o projeto "[REDACTED]-INCLUSIVO".

Em toda a investigação garante-se o anonimato (ninguém sabe quem respondeu ao questionário) e a confidencialidade (os dados só são dados a conhecer em conjunto, não sendo possível saber quem disse o quê) dos dados recolhidos, sendo estes exclusivamente utilizados para fins de investigação. A participação é voluntária, não terá nenhum risco, nem benefício. O investigador não é alvo de qualquer tipo de financiamento. Agradeço desde já a sua atenção e colaboração!

Data de avaliação: \_\_\_\_\_

Código do utente: \_\_\_\_\_

Assinale com uma cruz as respostas que considere mais apropriadas às questões que lhe serão enunciadas.

### I. Dados Sociodemográficos e económicos

#### 1. Forma de administração do questionário

*Marcar apenas uma oval.*

- Auto.administrado
- Assistido pelo membro do projeto
- Administrado pelo membro do projeto

#### 2. Idade

\_\_\_\_\_



3. Sexo

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

4. Ano de escolaridade

\_\_\_\_\_

5. Estado civil

*Marcar apenas uma oval.*

Solteiro (a)

Casado (a)/União de fato

Viúvo (a)

Divorciado (a)/Separado

6. Profissão anterior

\_\_\_\_\_

7. Está na ERPI desde

\_\_\_\_\_

*Exemplo: 7 de janeiro de 2019*

**II. Dados clínicos**

Esta segunda parte do questionário, é reservada ao profissional responsável pela área da saúde da pessoa idosa inquirida.

8. Doenças crônicas

*Marcar apenas uma oval.*

Sim Especifique \_\_\_\_\_

Não

9. Dor crónica

*Marcar apenas uma oval.*

Sim. Especifique o tipo e o local

\_\_\_\_\_

Não

10. Escala Numérica da Dor

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor             Dor Máxima

11. Toma medicação habitualmente?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Especifique \_\_\_\_\_

Não

II. 1) Avaliação do Sono

12. Qualidade do Sono

*Marcar apenas uma oval.*

Tranquilo

Agitado

13. Quantas horas dorme habitualmente?

\_\_\_\_\_

14. Duração atual do sono?

*Marcar apenas uma oval.*

Menor que o habitual

Igual ao habitual

Superior ao habitual

15. Dorme de dia?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## II. 2) Gestão do Regime Terapêutico

16. Quem gere o regime medicamentoso?

---

17. Realiza atividade física?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

18. Quem gere o regime alimentar?

---

**MUITO OBRIGADA!**

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE VI – LISTA DOS GRUPOS DE DOENÇAS CRÓNICAS, DAS PESSOAS  
IDOSAS RESIDENTES NUMA ERPI, DE UMA IPSS DO NORTE DE PORTUGAL,  
CONFORME A CID-10

Grupos das doenças crónicas, das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, inquiridas no estudo, identificados por Capítulos conforme a CID-10
Capítulo II – Neoplasias
Capítulo III – Doenças do sangue e dos órgãos formadores de sangue e certos distúrbios envolvendo o mecanismo imunológico
Capítulo IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Capítulo V – Transtornos Mentais e comportamentais,
Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso
Capítulo VIII – Doenças do Olho e anexos
Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório
Capítulo XI – Doenças do sistema digestivo
Capítulo XIII – Doenças do sistema musculo esquelético e tecidos conjuntivo
Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário

APÊNDICE VII – LISTA DOS GRUPOS FÁRMACOTERAPÊUTICOS DA  
MEDICAÇÃO HABITUAL DAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NUMA ERPI, DE  
UMA IPSS DO NORTE DE PORTUGAL, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO  
FÁRMACOTERAPÊUTICA DE MEDICAMENTOS EM CONCORDÂNCIA COM A  
ATC

Grupos farmacoterapêuticos da medicação habitual das pessoas idosas residentes numa ERPI, de uma IPSS do Norte de Portugal, conforme a Classificação farmacoterapêutica de medicamentos em correspondência com a ATC
Grupo 2 – Sistema Nervoso Central
Grupo 3 – Aparelho cardiovascular
Grupo 4 – Sangue
Grupo 6 – Aparelho digestivo
Grupo 8 – Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas
Grupo 9 – Aparelho Locomotor
Grupo 5 – Aparelho Respiratório
Grupo 7 – Aparelho Geniturinário
Grupo 10 – Medicação antialérgica
Grupo 11 – Nutrição
Grupo 13 – Medicamentos usados em afeções cutâneas,
Grupo 15 – Medicamentos usados em afeções oculares
Grupo 16 – Medicamentos antineoplásico

APÊNDICE VIII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO  
COMUNITÁRIO, ADAPTADA E TRADUZIDA PARA LÍNGUA PORTUGUESA E  
PARA AS COMUNIDADES PORTUGUESAS POR MELO ET AL., (2020),  
ADAPTADA A COMUNIDADE IPSS



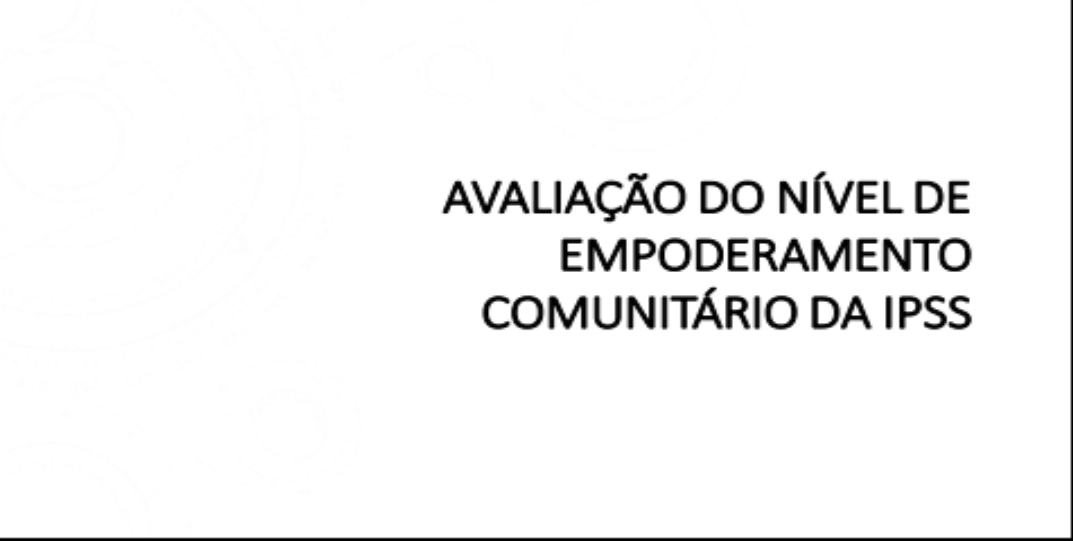
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC) -

<b>Participação Comunitária</b>	Nem todos os membros e grupos da IPSS estão a participar nas atividades e reuniões da IPSS.	Os membros da IPSS participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda	Os membros da IPSS estão envolvidos na discussão, mas não planeamento e implementação. Estão limitados a atividades como trabalho voluntário	Os membros da IPSS estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os membros da IPSS estão envolvidos em atividades fora do IPSS.
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	A IPSS não realiza qualquer avaliação de problemas.	A IPSS apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação	A IPSS tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolveu a participação de todos os setores da IPSS.	A IPSS identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da IPSS.	A IPSS continua a avaliar e é o "dono" dos problemas, soluções e ações
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Liderança Local</b>	Alguns setores de atividade da IPSS sem um líder	Existem líderes para os setores de atividade da IPSS. Alguns setores de atividade do IPSS não funcionam sob a liderança dos seus líderes	Os setores de atividade da IPSS funcionam sobre liderança. Alguns setores de atividade da IPSS têm suporte de líderes externos a IPSS	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte dos setores de atividade da IPSS. Os líderes necessitam de treino de competências	Os líderes têm iniciativa total. Os setores de atividade da IPSS em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>


<b>Estruturas Organizacionais</b>	A IPSS não tem setores de atividade, tais como conselhos ou comissões	Os setores de atividade foram estabelecidos pela IPSS, mas não estão ativos	Mais do que um setor de atividade ativo. Os setores de atividade da IPSS têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa	Muitos setores de atividade estabeleceram ligações uns com os outros dentro da IPSS	Os setores de atividade estão ativamente envolvidos dentro e fora da IPSS. A IPSS está comprometido com a sua e outras organizações
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Mobilização de Recursos</b>	Os recursos não estão a ser mobilizados pela IPSS	Apenas os mais ricos e/ou influentes mobilizam os recursos criados pela IPSS. Os membros da IPSS são recrutados para providenciar recursos	A IPSS tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados	Os recursos criados são usados para atividades fora da IPSS. Existe discussão pela IPSS sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça	Criados recursos consideráveis e a IPSS decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Ligações a Outros</b>	Nenhuma	A IPSS tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido	A IPSS acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento do IPSS	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da IPSS, baseado no respeito mútuo	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a IPSS
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Capacidade para “questionar porquê”</b>	Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da IPSS	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da IPSS e para desafiar o conhecimento adquirido	Grupo criado para ouvir a IPSS. Esta tem capacidade para refletir sobre os assuntos, definindo as suas ideias e ações. Tem habilidade para desafiar a sabedoria adquirida	Existe diálogo entre os grupos da IPSS para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções	Os grupos da IPSS têm capacidade para auto analisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva à mudança coletiva
<b>Gestão do programa</b>	1 Por agente	2 Por agente em discussão com a IPSS	3 Pela IPSS supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A IPSS não recebeu treino de competências para a gestão de programas	4 Pela IPSS, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da IPSS	5 Gestão da IPSS independente do agente. A gestão é responsável
<b>Relação com agentes externos</b>	1 Os agentes estão no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas	2 Os agentes estão no controlo, mas discutem com a IPSS. Não existe tomada de decisão da IPSS. O agente atua em representação para produzir resultados	3 Agentes e IPSS tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado	4 A IPSS toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte	5 Os agentes facilitam a mudança a pedido da IPSS que toma as decisões. O agente atua em nome da IPSS para construir capacidades


APÊNDICE IX – APRESENTAÇÃO DA EA<sub>v</sub>EC ADAPTADA A COMUNIDADE IPSS,  
EM FORMATO *POWER-POINT*



# AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA IPSS



# AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA IPSS

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Estágio de Natureza Profissional, UCC de   
Olga Rodrigues

## CONCEITOS

Sarcopenia

Envelhecimento Ativa e Saudável

Empoderamento Comunitário

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## CONCEITOS (Cont.)

### **Sarcopenia**

Doença muscular associada a :

- idade,
- perda de força muscular,
- diminuição da massa muscular

(Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia, 2018)

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## CONCEITOS (Cont.)

### **Envelhecimento ativo e saudável**

- Processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida
- Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional

### **Capacidade Funcional**

- Resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio.

(OMS,2015)

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## CONCEITOS (Cont.)

### **Empoderamento comunitário**

- Implica Trabalhar com grupos,
- Principal objetivo é a transformação cultural.
- Capacitação de grupos e comunidades:
  - tornando-os capazes de identificar quais as suas necessidades/problemas
  - providenciando-lhes ferramentas de decisão para o estabelecimento de prioridades que orientem as suas atividades para a melhoria das necessidades/problemas detetados
- Processo em que a liderança é partilhada

(Melo,2020)

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues



## Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº1:

A	B	C	D	E
Nem todos os membros e grupos da IPSS estão a participar nas atividades e reuniões da IPSS.	Os membros da IPSS participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda	Os membros da IPSS estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Estão limitados a atividades como trabalho voluntário	Os membros da IPSS estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os membros da IPSS estão envolvidos em atividades fora do IPSS.

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº2:

A	B	C	D	E
A IPSS não realiza qualquer avaliação de problemas.	A IPSS apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação	A IPSS tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da IPSS.	A IPSS identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da IPSS.	A IPSS continua a avaliar e é o "dono" dos problemas, soluções e ações

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues



## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº3:

A	B	C	D	E
Alguns setores de atividade da IPSS sem um líder	Existem líderes para os setores de atividade da IPSS. Alguns setores de atividade do IPSS não funcionam sob a liderança dos seus líderes	Os setores de atividade da IPSS funcionam sobre liderança. Alguns setores de atividade da IPSS têm suporte de líderes externos a IPSS	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte dos setores de atividade da IPSS. Os líderes necessitam de treino de competências	Os líderes têm iniciativa total. Os setores de atividade da IPSS em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº4

A	B	C	D	E
A IPSS não tem setores de atividade, tais como conselhos ou comissões	Os setores de atividade foram estabelecidos pela IPSS, mas não estão ativos	Mais do que um setor de atividade ativo. Os setores de atividade da IPSS têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa	Muitos setores de atividade estabeleceram ligações uns com os outros dentro da IPSS	Os setores de atividade estão ativamente envolvidos dentro e fora da IPSS. A IPSS está comprometido com a sua e outras organizações

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº5

A	B	C	D	E
Os recursos não estão a ser mobilizados pela IPSS	Apenas os mais ricos e/ou influentes mobilizam os recursos criados pela IPSS. Os membros da IPSS são recrutados para providenciar recursos	A IPSS tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados	Os recursos criados são usados para atividades fora da IPSS. Existe discussão pela IPSS sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça	Criados recursos consideráveis e a IPSS decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº6:

A	B	C	D	E
Nenhuma ligações a outros.	A IPSS tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido	A IPSS acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento do IPSS	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da IPSS, baseado no respeito mútuo	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a IPSS

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº7:

A	B	C	D	E
Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da IPSS	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da IPSS e para desafiar o conhecimento adquirido	Grupo criado para ouvir a IPSS. Esta tem capacidade para refletir sobre os assuntos, definindo as suas ideias e ações. Tem habilidade para desafiar a sabedoria adquirida	Existe diálogo entre os grupos da IPSS para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções	Os grupos da IPSS têm capacidade para auto analisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva à mudança coletiva

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº8

A	B	C	D	E
A gestão do programa é realizada pelo agente	A gestão do programa é realizada pelo agente em discussão com a IPSS	A gestão do programa é realizada pela IPSS supervisionada pelo agente. Os Mecanismos de tomada de decisão são mutuamente acordados. Os Papéis e responsabilidades são claramente definidas. A IPSS não recebeu treino de competências para a gestão de programas	A gestão de programa é realizada pela IPSS, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da IPSS	A Gestão do programa é realizada pela IPSS, independente do agente. A gestão é responsável

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues

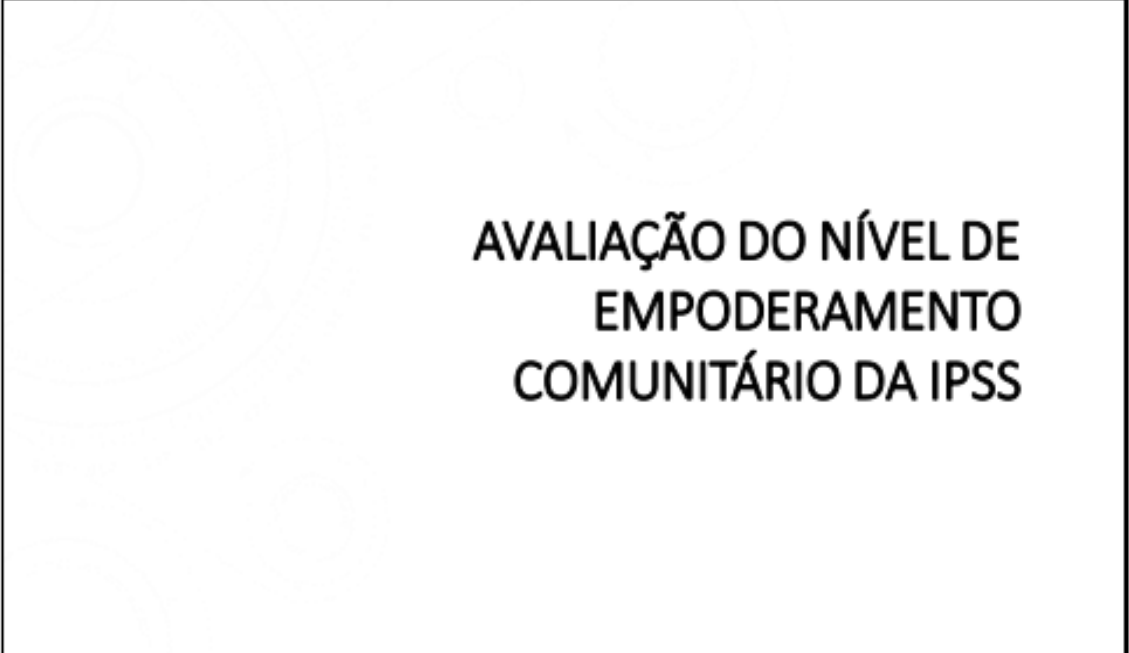
## Escala de avaliação do Empoderamento Comunitário (Cont.)

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e a prevenção de complicações como a fragilidade e a sarcopenia, seleciona a opção que melhor caracteriza a sua IPSS:

Domínio nº9

A	B	C	D	E
Os agentes estão no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas	Os agentes estão no controlo, mas discutem com a IPSS. Não existe tomada de decisão da IPSS. O agente atua em representação para produzir resultados	Agentes e IPSS tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado	A IPSS toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte	Os agentes facilitam a mudança a pedido da IPSS que toma as decisões. O agente atua em nome da IPSS para construir capacidades

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Estágio de Natureza Profissional, Olga Rodrigues



**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE  
EMPODERAMENTO  
COMUNITÁRIO DA IPSS**

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO DA EA<sub>v</sub>EC AOS  
PROFISSIONAIS DA IPSS

## Questionário 2

O projeto "██████████+INCLUSIVO" visa promover o envelhecimento ativo e a prevenção de complicações como a sarcopenia no idoso, através do empoderamento comunitário em Instituições Particulares de Solidariedade Social.

A aplicação da Escala de Avaliação de Empoderamento Comunitário (EAVEC), Melo [et al.] (2020), tem como objetivo obter dados para avaliar o nível de empoderamento comunitário da Instituição Particular de Solidariedade Social.

Assim, a sua participação é muito importante e só através dela é possível desenvolvermos, com qualidade, o projeto "██████████+INCLUSIVO". Em toda a investigação garante-se o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Agradeço desde já a sua atenção e colaboração!

Dia de avaliação: \_\_\_\_\_

No que respeita à promoção do envelhecimento ativo e prevenção de complicações como a sarcopenia seleccione por favor a opção que melhor caracteriza a comunidade de colaboradores da IPSS:

**Marcar apenas uma oval em cada domínio.**

1. Domínio nº1

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

2. Domínio nº2

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

3. Domínio nº3

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

4. Domínio nº4

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

5. Domínio nº5

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

6. Domínio nº6

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

7. Domínio nº7.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

8. Domínio nº8

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

9. Domínio nº9

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.



APÊNDICE XI– CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES E  
SUB-DIMENSÕES DA MATRIZ DE DECISÃO CLÍNICA DO MAIEC

<b>GESTÃO COMUNITÁRIA</b>	
<b>Sub-dimensão de diagnóstico</b>	<b>QUESTÕES</b>
<b>DIMENSÃO DIAGNÓSTICA: LIDERANÇA COMUNITÁRIA</b>	
<b>Conhecimentos</b>	6 - Quais os fatores que podem contribuir para aumentar a fragilidade, o declínio cognitivo e o risco de quedas nas pessoas idosas? (se não souber escreva "não sei").
	7 - Considera que a alimentação e a nutrição podem ter influencia na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e no risco de quedas nas pessoas idosas?
	7.1 - Em relação à pergunta anterior, justifique a sua resposta. Se respondeu "não sei responder" volte a escrever "não sei responder".
	8 - Dos nutrientes descritos, quais os que promovem o fortalecimento da massa muscular nas pessoas idosas?
	9 - A prevalência da síndrome de fragilidade não é muito elevada nas pessoas residentes na comunidade, contudo, essa prevalência aumenta quando se trata de pessoas institucionalizadas.
	10 - Na sua opinião, as quedas numa pessoa idosa são responsáveis por 40% de todas as causas de morte por acidente.
	11 - Estima-se que aproximadamente 30% das pessoas idosas residentes na comunidade tenham medo de cair.
	14 - Indique quais fatores ambientais podem potenciar o risco de queda nas pessoas idosas. Se não souber nenhum indique "não sei". (Igual à pergunta 6?)
<b>Crenças</b>	3 - Qual a importância que considera que possa ter um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, envolvendo a sua organização?
	5 - Considerando a sua própria experiência, acredita que poderia dar contributo para um projeto na área do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas?
<b>Volição</b>	18 - Estou motivado para participar num projeto relacionado com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas.
	18.1 - Se respondeu uma pontuação menor ou igual a 3 na pergunta anterior, indique quais os fatores que contribuem para a sua falta de motivação (pode escolher mais do que uma opção)
	18.2 - Se respondeu "outros" na pergunta anterior, indique qual
	19- Na sua opinião, o que o podia motivar para querer participar num projeto relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas?

<b>DIMENSÃO DIAGNÓSTICA: PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA</b>	
Estruturas organizativas	16 - A sua organização tem alguma Comissão ou algum grupo de trabalho relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas?
Parcerias	15 - A organização onde exerce tem alguma parceria para promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenir a fragilidade, o declínio cognitivo e as quedas nas pessoas idosas?
	15.1 - Se respondeu sim na pergunta anterior, consegue indicar quais as parcerias? - Se não souber responda "não sei".
Comunicação	17 - Existe algum meio de comunicação (como email ou uma newsletter) na sua organização, relacionado com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, do declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas?
	17.1 - Se respondeu sim na pergunta anterior, qual o meio de comunicação existente? Pode responder "não sei", se apesar de ter respondido "sim" não conseguir identificar nenhum meio de comunicação sobre o assunto.
<b>DIMENSÃO DIAGNÓSTICA: PROCESSO COMUNITÁRIO</b>	
<b>Coping Comunitário</b>	4 - Como considera ser a experiência da sua organização com projetos relacionados com o envelhecimento ativo e saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas?
	12 - Na sua instituição costuma avaliar-se o risco de queda nas pessoas idosas com algum instrumento de avaliação específico?
	13 - Indique que aspetos na comunidade que envolve a sua organização podem ser suporte para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Se não souber nenhum indique "não sei".
	20 - Na sua opinião, o que pode dificultar o trabalho em conjunto entre a sua organização e outras na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e quedas nas pessoas idosas? (se considerar que nada possa dificultar escreva "nada")

APÊNDICE XII – MATRIZ EISENHOWER CONFORME OS PROBLEMAS  
IDENTIFICADOS EM 2021, NA POPULAÇÃO EM ESTUDO

	URGENTE	NÃO URGENTE
<p style="text-align: center;"><b>IMPORTANTE</b></p>	<p>*75,52% tem 2 ou mais Doenças Crônicas;            *A doença crônica mais prevalente é HTA (72,4%);            *No sexo feminino a doença mais prevalente é HTA (44,6%);            *No sexo masculino a doença mais prevalente é HTA (27,8%);            *HTA e Alteração do Metabolismo dos Lípidos são a 1ª e 2ª respectivamente, são as doenças mais prevalentes em todas as Freguesias;            *A freguesia com maior carga Global da doença Crônica é [REDACTED] (37,1%)            *Existência de comportamentos de risco como o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo potenciam a o risco de desenvolver uma doença crônica.</p>	<p>*18,61% tem 1 Doenças Crônica;            *A 2ª doença crônica mais prevalente é Alteração do Metabolismo dos Lípidos(49%);            *No sexo feminino a 2ª doença mais prevalente é Alteração do Metabolismo dos Lípidos (32,3%);            *No sexo masculino a 2ª doença mais prevalente é Alteração do Metabolismo dos Lípidos (16,7%);            *As Doenças do Sistema Osteomuscular são a 3ª Doença mais prevalente em 22 Freguesias;            *A 2ª freguesia com maior carga global de doença crônica é [REDACTED] (21,4%)            *Falha de registo clínico e de enfermagem            *Existência de complicações e agudizações devido à autogestão da doença ineficaz;            *Insuficiente articulação entre as diferentes especialidades de enfermagem;            *Insuficiente articulação entre as diferentes unidades funcionais (UCC/USF).</p>
<p style="text-align: center;"><b>NÃO IMPORTANTE</b></p>	<p>*A 3ª doença crônica mais prevalente é as Doenças do Sistema Osteomuscular (31,9%);            *No sexo feminino a 3ª doença mais prevalente é Doenças do Sistema Osteomuscular (22,7%)            *No sexo masculino a 3ª doença mais prevalente é a Diabetes Mellitus (10,9%);            *A Obesidade 3ª Doença mais prevalente em 2 freguesias;            *A 3ª freguesia com maior carga Global da doença Crônica é [REDACTED] (19,6%);</p>	<p>*8,87% não tem nenhuma doença crônica</p>

APÊNDICE XIII – ATIVIDADE 1: DIVULGAÇÃO DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA  
DA DOENÇA CRÓNICA NOS IDOSOS FRÁGEIS INSCRITOS NA USF

Atividade n.º1: Divulgação do Estudo de Prevalência da Doença Crônica nos Idosos Frágeis inscritos numa Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]				
Grupos Focais: UCC de [REDACTED] CLDS; União de Freguesias de [REDACTED] USP; [REDACTED] Dra [REDACTED] vogal do conselho clínico ACES e representante da USP [REDACTED]				
Estratégias	Recursos	Indicador de atividade	Meta	Indicador de resultado
Realizar planificação das reuniões Negociação da data e horário tendo em atenção a dinâmica e o funcionamento dos grupos focais Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre planeamento em saúde no âmbito da enfermagem em saúde comunitária Planeamento de uma reunião direcionada a cada grupo para apresentação do estudo realizado pelo grupo MESC no estágio anterior	-Sala de reuniões do Centro de Saúde de [REDACTED] -Sala de reuniões da sede da União de freguesias; -Sala de reuniões da USP, [REDACTED] -Equipamento audiovisual; -Material Impresso; -Grupo MESC -Elementos dos grupos focais; -Gestora Pedagógica	Realização de pelo menos uma reunião com cada grupo focal para divulgação dos resultados e partilha de conhecimentos.	Que os elementos dos grupos focais participem 100% nas reuniões agendadas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões previstas}} \times 100$
Elaboração da apresentação para a reunião utilizando o equipamento audiovisual e/ou impresso.				
<b>Cronograma</b>	UCC de [REDACTED] 14 de dezembro de 2021; União de freguesias de F [REDACTED] 16 de dezembro de 2021; CLDS: 13 de janeiro de 2022; USF [REDACTED] 20 de janeiro de 2022; Dra [REDACTED] vogal do conselho clínico ACES e representante da USP [REDACTED] 4 de fevereiro de 2022.			

APÊNDICE XIV – ATIVIDADE 2: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO  
COMUNITÁRIO AS COMUNIDADES



Atividade n.º 2: Avaliação do Nível de Empoderamento Comunitário			
Comunidades: UCC de [REDACTED] CLDS; União de Freguesias de [REDACTED]			
Estratégias	Recursos	Indicador de atividade	Indicador de resultado
Realizar planificação das reuniões Negociação da data e horário tendo em atenção a dinâmica e o funcionamento das comunidades Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre o MAIEC no âmbito da enfermagem em saúde comunitária Planeamento de reuniões dirigidas às comunidades para a avaliação e discussão do nível de empoderamento comunitário pelo grupo MESC. Elaboração da apresentação para a reunião utilizando o equipamento audiovisual e material impresso. Aplicação da EAVEC para diagnóstico inicial de empoderamento comunitário; Divulgação dos resultados obtidos da aplicação da EAVEC.	-Sala de reuniões do Centro de Saúde de [REDACTED] -Sala de reuniões da sede da União de freguesias; -Equipamento audiovisual; -Material Impresso; -Grupo MESC -Elementos das comunidades; -Gestora Pedagógica	Realização de pelo menos uma reunião com as comunidades para diagnóstico do nível de empoderamento comunitário  Realização de pelo menos uma reunião com as comunidades para divulgação dos resultados da avaliação do nível de empoderamento comunitário	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões previstas}} \times 100$
<b>Cronograma</b>	UCC de [REDACTED] União de freguesias de 2021; 4 de fevereiro de 2022; CLDS: 13 de janeiro de 2022; 28 de janeiro de 2022	14 de dezembro de 2021; 25 de janeiro de 2022;	16 de dezembro de 2021

APÊNDICE XV – ATIVIDADE 3: AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE  
ENFERMAGEM DA GESTÃO COMUNITÁRIA AS COMUNIDADES

Atividade n.º 3: Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem Gestão Comunitária				
Comunidades: UCC de [REDACTED] CLDS; União de Freguesias de [REDACTED]				
Estratégias	Recursos	Indicador de atividade	Meta	Indicador de resultado
<p>Realizar planificação das reuniões</p> <p>Negociação da data e horário tendo em atenção a dinâmica e o funcionamento das comunidades.</p> <p>Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre o MAIEC no âmbito da enfermagem em saúde comunitária</p> <p>Planeamento de reuniões dirigidas às comunidades para a avaliação da gestão comunitária pelo grupo MESC.</p> <p>Elaboração de um formulário que sirva como guia orientador na avaliação da gestão comunitária</p> <p>Aplicação do processo de enfermagem segundo a CIPE, após análise crítico-reflexiva das reuniões.</p>	<p>Sala de reuniões do [REDACTED] Centro de Saúde de [REDACTED]</p> <p>-Sala de reuniões da sede da União de freguesias;</p> <p>-Equipamento audiovisual;</p> <p>-Material Impresso;</p> <p>-Grupo MESC</p> <p>-Elementos das comunidades;</p> <p>-Gestora Pedagógica</p>	<p>Realização de pelo menos uma reunião com as comunidades para diagnóstico da gestão comunitária.</p>	<p>Que os elementos das comunidades participem 100% nas reuniões agendadas.</p>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões efetuadas}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões previstas}} \times 100$
<b>Cronograma</b>	<p>UCC de [REDACTED] 1 de fevereiro de 2022;</p> <p>União de freguesias de [REDACTED] a agendar;</p> <p>CLDS: a agendar.</p>			

APÊNDICE XVI – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO  
COMUNITÁRIA APLICADA A UCC

GESTÃO COMUNITÁRIA    Comprometida    Não comprometida			
LIDERANÇA COMUNITÁRIA			
Comprometida		Não comprometida	
DADOS	QUESTÕES	JUIZO	OBSERVAÇÕES
<b>Conhecimentos</b>	Qual é a prevalência da doença crónica nas pessoas idosas frágeis inscritas na USF de [REDACTED] [REDACTED]?	Demonstrado V Não demonstrado	
	Quais são as doenças crónicas mais prevalentes nos idosos frágeis da USF [REDACTED]?	Demonstrado V Não demonstrado	Lembram-se da HTA e dos lípidos, e não da
	Quais são os fatores que contribuem para a prevalência da doença crónica nos idosos?	Demonstrado V Não demonstrado	Sedentarismo; Alimentação; Idade; Stress;
	Que ações podiam ser desenvolvidas pela UCC para melhorar a gestão da doença crónica nos idosos?	Demonstrado V Não demonstrado	
<b>Crenças</b>	Que importância tem a abordagem da doença crónica nos idosos na prestação de cuidados?	comprometidas Não comprometidas V	
	A UCC é uma organização importante na gestão da doença crónica nos idosos, na comunidade.	comprometidas Não comprometidas V	
<b>Volição</b>	Que motivação tem para intervir nesta área?	Demonstrada V Não demonstrada	
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA			
Comprometida		Não comprometida	
Estruturas organizativas	Existe uma estrutura organizativa que inclua a UCC para a gestão das doenças crónicas dos idosos na comunidade?	Sim V Não	
Parcerias	Existem parcerias que envolvem a UCC para a gestão das doenças crónicas dos idosos na comunidade?	Sim V Não	
Comunicação	Existe um mecanismo de comunicação entre a UCC e as outras organizações comunitárias, relacionado com a Gestão da Doença Crónica	Sim V Não	

Processo Comunitário			
		Comprometido	Não comprometido
<b>Coping Comunitário</b>	A UCC tem experiências anteriores (seja da Unidade ou dos profissionais da Unidade) em projetos de Gestão da Doença Crónica nos idosos?	Sim V Não	
	A UCC tem recursos com formação em Planeamento em Saúde para a gestão de um projeto no contexto da doença crónica nos idosos?	Sim v Não	<i>Alguns elementos (2) tiveram formação</i>
	A UCC conhece e mobiliza recursos da comunidade para a gestão de um projeto no contexto da doença crónica nos idosos?	Sim V Não	
	A UCC tem algum projeto nesta área dentro da carteira de serviços?	Sim Não V Estender os projetos de saúde existentes, a esta fase etária	Que intervenções gostariam de acrescentar na carteira de serviços, que não tem?

APÊNDICE XVII – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Ano 2022	março					abril					maio					junho					julho					agosto				
	02-04	07-11	14-18	21-25	28-31	04-08	11-14	18-22	26-29	30-31	01-03	06-09	13-17	20-24	27-30	01-04	08-11	15-18	22-25	29-31	01-05	08-12	15-19	22-26	29-31					
Semanas																														
Atividades																														
Seminários II CMEC																														
Reunião com a equipe pedagógica																														
Elaboração do Plano do ENP																														
Elaboração do Desenho de Investigação																														
Reunião de Conselho Geral da UCC																														
Construção do Relatório Final																														
Construção da base de dados SPSS																														
Tratamento dos dados																														
Reunião com a equipe do projeto Inclusivo																														
Elaboração do questionário as pessoas idosas																														
Formação sobre MAIEC no âmbito do projeto Inclusivo																														
Adaptação da EAVEC a IPSS																														
Aplicação da EAVEC aos colaboradores																														
Aplicação do questionário Sociodemográfico as pessoas idosas residentes na IPSS																														
Aplicação da Versão Portuguesa Europeia da Clinical Frailty Scale																														
Aplicação do questionário para avaliação da gestão comunitária																														



Semanas	março			abril			maio			junho			julho			Agosto									
	02-04	07-11	14-18	21-25	28-31	01-04	08-11	15-18	22-26	29-30	06-09	13-16	20-23	27-30	01-04	08-11	15-18	22-25	29-31	05-08	12-15	19-22	26-29	31	
Atividades																									
Reunião com a Enfª Tutoral/Coordenadora sobre o plano de formação da UCC																									
Sessão de formação "Compreender e Intervir na Dor" (diagnostico das necessidades)																									
Sessão de formação "Compreender e Intervir na Dor" (interviente)																									
Sessão de formação "Compreender e Intervir na Dor" (avaliação)																									
Reunião com a EEEEC sobre a sessão de Educação para a Saúde, no âmbito de Saúde Escolar																									
Sessão de Educação para a Saúde na Escola Básica																									
Reunião com a Enfª Tutoral/Coordenadora e Enfª da ECCI, sobre a "Gestão do indicador 289"																									
Elaboração da agenda de reunião "Gestão do indicador 289"																									
Reunião sobre "Gestão do indicador 289"																									

APÊNDICE XVIII– GUIÃO DA VISITA NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR

Agrupamento de Escolas de [REDACTED]

Escola Básica de [REDACTED]

UCC de [REDACTED]

29 de abril de 2022

### Visita no âmbito da Saúde Escolar

Turma do 1º ciclo:     1º Ano                       2º Ano                       3º Ano

Objetivos da visita:

Atualizar o numero de alunos (recém matriculados e/ou transferidos)

---

Informar sobre os sinais de alerta de risco e/ou perigo dos alunos e processo de referenciação para o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo e sem fatores pedagógicos adversos

Recusa Escolar

Hiperatividade/agitação

Ansiedade, perturbações ou medos excessivos

Agressividade, violência, oposição persistente, birras inexplicáveis e desadequadas a idade

Dificuldade na socialização, isolamento ou relacionamento desadequado com pares/adultos

Somatizações múltiplas ou persistentes

Estado vacinal dos docentes

---

---

Higiene Oral

Explicar a importância da utilização do cheque dentista (nascidos em 2014)

Explicar o bochecho de fluor

Instruir/Motivar para práticas adequadas com a higiene oral e a alimentação

Explicar o plano de controlo de pediculose (escola e domicilio)

Explicar e demonstrar o procedimento de etiqueta respiratória

Duração da visita: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Docente: \_\_\_\_\_

APÊNDICE XIX– SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR”,  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONHECIMENTO  
SOBRE A DOR

Sessão formativa “Compreender e Intervir na DOR”

UCC de [REDACTED], 29/03/2022

Avaliação das necessidades de conhecimento sobre a Dor

O Plano de Formação da UCC de [REDACTED] 2022, visa dar resposta às necessidades formativas sentidas pelos profissionais da equipa para promover a adoção de práticas de melhoria contínua, bem como aperfeiçoar competências individuais dos profissionais. Após auscultação dos profissionais, foi diagnosticada a necessidade de formação sobre Dor. Neste sentido, delineou-se uma ação formativa intitulada: “**Compreender e intervir na dor**”. Para planear as sessões formativas referentes a esta temática, é solicitada a colaboração dos profissionais da UCC de [REDACTED] respondendo ao seguinte.

Quais são as dimensões da dor que considera necessário aprofundar?

- Etiologia da dor
- Tipos de dor
  - Aguda, Crónica, Nociceptiva, Não Nociceptiva
- Mecanismos da dor
- Consequências físicas, psicológicas e sociais
- Avaliação da dor
  - Instrumentos de avaliação
- Tratamento da dor
  - Terapêutica Farmacológica
    - Antipiréticos e Anti-Inflamatórios Não Esteróides,
    - Opiodes,
    - Fármacos Adjuvantes
  - Terapêutica Não Farmacológica
- Monitorização e avaliação do tratamento
  - Eficácia e efeitos secundários
- Referenciação à Unidade da Dor
- Abordagem da dor numa população específica vulnerável
- Sugestões \_\_\_\_\_

APÊNDICE XX – PLANO 1 DE SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E  
INTERVIR NA DOR”

Plano de sessão "Compreender e Intervir na Dor"

UCC de 05/03/2022

	Conteúdos	Metodologia	Interviente	Tempo dispensado
Introdução	Apresentação e Contextualização do tema	Projeção do diapositivo: "Compreender e Intervir na Dor"	Mestranda Olga Rodrigues	5 min.
Desenvolvimento	Apresentação do resultado do diagnóstico das necessidades de conhecimentos sobre Dor  Designação dos artigos: - Núcleo de cuidados paliativos associação portuguesa dos médicos de clínica geral. (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. <i>Revista Portuguesa de Clínica Geral</i> , 23, 457-64 <a href="https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10384/10120">https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10384/10120</a> - Direção Geral da Saúde. (2010). <i>Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Nº 015/2010</i> <a href="https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx">https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx</a>	Projeção e descrição do diapositivo: "Sumário" - Projeção dos diapositivos: "1) Apresentação dos resultados: Diagnostico das necessidades de conhecimento sobre Dor" - Divulgação das dimensões do maior nível de necessidade de aprofundamento para o menor.  - Dinâmica de grupo (duplas): leitura e exploração de dois artigos científicos.  - Discussão sobre as dimensões da dor	Mestranda Olga Rodrigues e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária	1h10
Conclusão	Síntese de conteúdos	- Resumo dos conteúdos aprendidos  - Resumo dos conteúdos por explorar com propostas de estratégias	Mestranda Olga Rodrigues	15 min

APÊNDICE XXI– SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR”,  
DIVULGAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONHECIMENTO SOBRE A DOR



# SESSÃO FORMATIVA [REDACTED]

## “COMPREENDER E INTERVIR NA DOR”

UCC DE [REDACTED] ABRIL2022

Olga Rodrigues

II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ENFERMEIRA TUTORA: [REDACTED]

### SUMÁRIO

1- Apresentação dos resultados: Diagnóstico das Necessidades de conhecimento sobre a Dor;

2- Dinâmica de grupo: Leitura e exploração de dois artigos científicos;

3- Discussão em grande grupo dos artigos científicos.

Conclusão

“Compreender e intervir na dor”, UCC de [REDACTED] Abril2022

## 1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CONHECIMENTO SOBRE A DOR

Quais são as dimensões da dor que considera necessário aprofundar?

- Etiologia da dor
- Tipos de dor
- Aguda, Crónica, Nociceptiva, Não Nociceptiva
- Mecanismos da dor
- Consequências físicas, psicológicas e sociais
- Avaliação da dor
  - Instrumentos de avaliação
- Tratamento da dor
  - Terapêutica Farmacológica
    - Antipiréticos e Anti-Inflamatórios Não Esteróides,
    - Opióides,
    - Fármacos Adjuvantes
  - Terapêutica Não Farmacológica
  - Monitorização e avaliação do tratamento
    - Eficácia e efeitos secundários
  - Referenciação à Unidade da Dor
  - Abordagem da dor numa população específica vulnerável
  - Sugestões

"Compreender e intervir na dor", UCC de [REDACTED], Abril 2022

## 1- Apresentação dos resultados: Diagnóstico das Necessidades de conhecimento sobre a Dor (Cont.)

Gráfico 1: Necessidade de conhecimentos sobre a Dor, da equipa de enfermagem da UCC de [REDACTED] 2022.



"Compreender e intervir na dor", UCC de [REDACTED], Abril 2022

## 2- Dinâmica de grupo: Leitura e exploração de dois artigos científicos;

- Designação dos artigos:
- Núcleo de cuidados paliativos associação portuguesa dos médicos de clínica geral. (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 457-64  
<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10384/10120>
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. N.º 015/2010* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>

## 3- Discussão em grande grupo dos artigos científicos.

### Conclusão

“Compreender e intervir na dor”, UCC de [REDACTED] abril,2022

SESSÃO FORMATIVA [REDACTED]

“COMPREENDER E INTERVIR NA DOR”

UCC DE [REDACTED] ABRIL 2022

APÊNDICE XXII – PLANO 2 DA SESSÃO FORMATIVA “COMPREENDER E  
INTERVIR NA DOR”

Plano de sessão [REDACTED]: "Compreender e Intervir na Dor"

UCC de [REDACTED], 17/05/2022

	Conteúdos	Metodologia	Interveniente	Tempo dispensado
Introdução	Apresentação  Contextualização do tema: resumo das 2 sessões realizadas anteriormente	Discurso Oral  "Nota introdutória" Fundamentação da Sessão de hoje "1ª Sessão" Mini-inquérito sobre as os domínios da Dor a profundar, "2ª Sessão" Principais necessidades em conhecimentos sobre Dor, Leitura de dois documentos científicos sobre Dor: elaboração de um diagnóstico mais delimitado, das necessidades em conhecimento sobre Dor. Propostas de estratégias	Enfª [REDACTED], Mestranda Olga Rodrigues, Enfª [REDACTED]	15 min.
Desenvolvimento	Intervenção da [REDACTED] (Anestesiologista na [REDACTED] Medicina da Dor)	Ao critério da interveniente.	Dra [REDACTED]	1h
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas  Nota final Agradecimentos	Dinâmica em grande grupo  Discurso oral	Enfª [REDACTED], Enfª [REDACTED], Mestranda Olga Rodrigues	15 min

APÊNDICE XXIII – AGENDA DE REUNIÃO “GESTÃO DO INDICADOR:  
PROPORÇÃO DE UTENTES COM GANHOS EXPRESSOS NO CONTROLO DA  
INTENSIDADE DA DOR”

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor"

UCC de [REDACTED] 03/05/2022

Introdução	Conteúdos	Metodologia	Interviente	Tempo dispensado
	<p>Apresentação e Contextualização do tema</p>	<p>Projeção do diapositivo: Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor"</p> <p>Projeção e descrição do diapositivo: "Sumário"</p>	<p>Mestranda Olga Rodrigues</p>	<p>5 min.</p>
<p>Desenvolvimento</p>	<p>Diagnostico da situação na UCC de [REDACTED] sobre o estado do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor"</p> <p>Visualização de registos de utentes não cumpridores no indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" e dos diversos passos para o registo da Dor, no S.Clinico.</p>	<p>- Projeção dos diapositivos: "Apresentação do indicador" "Apresentação dos resultados da UCC de [REDACTED] no BI dos CSP" "Apresentação dos resultados da auscultação do S.Clinico"</p> <p>- Realizar contactos no S.Clinico, em utentes não cumpridores</p>	<p>Mestranda Olga Rodrigues e Enfermeira [REDACTED]</p>	<p>40 min.</p>
<p>Conclusão</p>	<p>Reflexão sobre a importância da avaliação e registo sistemático da dor.</p>	<p>- Discussão em grupo</p>	<p>Mestranda Olga Rodrigues e Enfermeira [REDACTED]</p>	<p>15 min</p>

APÊNDICE XXIV – “GESTÃO DO INDICADOR: PROPORÇÃO DE UTENTES COM  
GANHOS EXPRESSOS NO CONTROLO DA INTENSIDADE DA DOR”



# Gestão do indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor”

UCC de [REDACTED] 2022  
II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Mestranda Olga Rodrigues

## Súmario

- ▶ Diagnostico da situação na UCC de [REDACTED], sobre o estado do indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor”
  - ▶ Apresentação do indicador
  - ▶ Apresentação dos resultados da UCC de [REDACTED] no BI dos CSP
  - ▶ Apresentação dos resultados da auscultação do S.Clinico
- ▶ Visualização de registos de utentes não cumpridores no indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor” e dos diversos passos para o registo da Dor, no S.Clinico.

Gestão do indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor” UCC de [REDACTED], 05/2022

## Apresentação do indicador

- ▶ Designação: “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor”
- ▶ Código SIARS: 2013.289.01
- ▶ Objetivo: Avaliar os ganhos expressos no controlo da intensidade da dor nos utentes com consulta de enfermagem realizada por enfermeiros da UCC
- ▶ Descrição: Exprime a proporção de utentes com diagnóstico de enfermagem relacionados com o foco “Dor” com modificação positiva do mesmo.

Gestão do indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor” UCC de [REDACTED] 05/2022

## Apresentação dos resultados da UCC de [REDACTED] no BI dos CSP

Nome Unidade		Cálculo IDG Unidade ?		Nº Indicadores		Nº Dimensões		Valor IDG					
UCC [REDACTED]		N S		14		5		54,80					
Ajuda Exclução Indicadores													
Área	Valor IDG	Cód. Indicador	Designação indicador (+ID)	Tipo	Excluído	IDG	Mín. Ind.	Mín. Acrit.	Mín. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acrit.	Resultado	Score
<b>Desempenho Assistencial</b>	36,70	2013.284.01 FL	284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	FL		S	202202	62,00	75,00	100,00	100,00	71,739	1,498
Acesso	68,10	2013.285.01 FL	285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	FL		S	202202	85,00	95,00	100,00	100,00	87,878	0,576
Cobertura ou Utilização	87,40	2013.287.01 FL	287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	FL		S	202202	0,00	0,00	5,00	13,00	11,111	0,472
Distribuição da Atividade	66,70	2013.289.01 FL	289 - Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC	FL		S	202202	60,00	80,00	100,00	100,00	44,000	0,000
Tempos Máximos de Resposta Garantidos	37,20	2013.290.01 FL	290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	FL		S	202202	45,00	72,00	100,00	100,00	36,111	0,000
<b>Gestão da Doença</b>	<b>25,90</b>	2013.291.01 FL	291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	FL		S	202202	0,00	0,00	5,00	12,00	6,521	1,565
Abordagem Paliativa	16,70	2013.293.01 FL	293 - Tempo médio de permanência em ECCI	FL		S	202202	15,00	30,00	120,00	150,00	123,170	1,789
Doença Crónica	0,00	2016.329.01 FL	329 - Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	FL		S	202202	35,00	72,00	100,00	100,00	20,000	0,000
ECCI	49,40	2017.367.01 FL	367 - Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - paliat.	FL		S	202202	50,00	80,00	100,00	100,00	33,333	0,000
Reabilitação	63,20	2017.374.01 FL	374 - Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	FL	12	S	202002	0,00	0,00	1,60	3,50	1,052	0,000
Saúde Mental	0,00	2017.376.01 FL	376 - Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	FL	12	S	202110	25,00	70,00	100,00	100,00	0,000	0,000
Gestão da Saúde	34,30	2017.377.01 FL	377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	FL		S	202202	20,00	45,00	100,00	100,00	73,913	2,000
Saúde do Idoso	28,70	2017.387.01 FL	387 - Proporção de utentes com melhorias funcionais	FL		S	202202	45,00	70,00	100,00	100,00	51,612	0,529
Saúde Reprodutiva	39,90	2017.388.01 FL	388 - Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	FL		S	202202	35,00	80,00	100,00	100,00	50,000	0,667

Gestão do indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor” UCC de [REDACTED] 05/2022

## Apresentação dos resultados da auscultação do S.Clinico

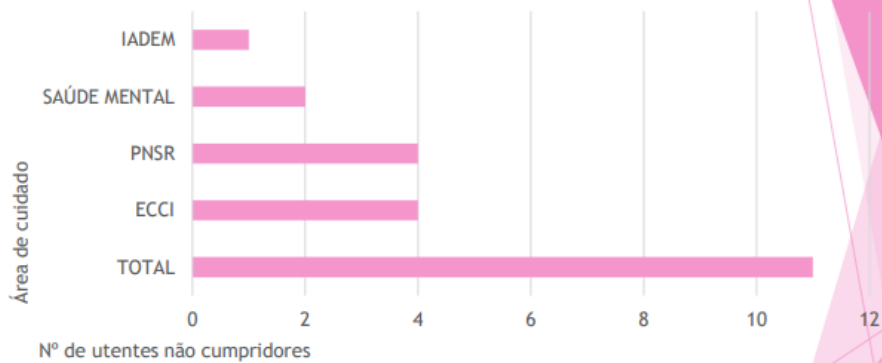


Gráfico 1: Distribuição dos utentes não cumpridores, no indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor", por área de cuidados (S.Clinico, UCC de [REDACTED] Fevereiro, 2022)

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" UCC de [REDACTED] 05/2022

## Apresentação dos resultados da auscultação do S.Clinico (Cont.)

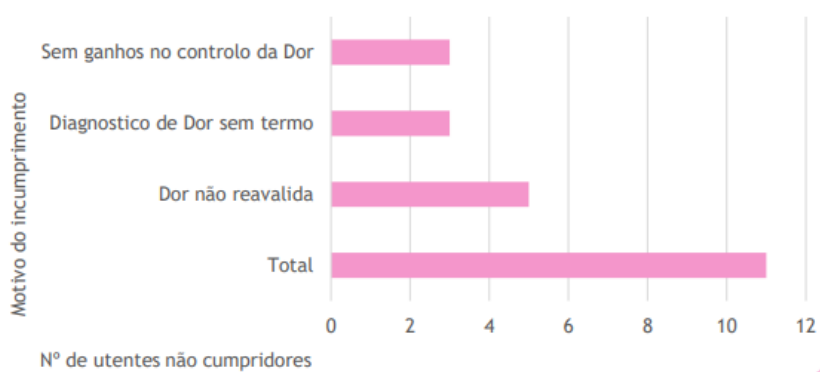


Gráfico 2: Distribuição dos utentes não cumpridores, no indicador "Proporção de utentes com ganhos no controlo da Dor", por motivo de incumprimento (S.Clinico, UCC de [REDACTED] Fevereiro, 2022)

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" UCC de [REDACTED] 05/2022

Visualização de registos de utentes não cumpridores no indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" e dos diversos passos para o registo da Dor, no S.Clinico.

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" UCC de [redacted] 05/2022

The screenshot displays the S.Clinico software interface for patient management. The main window is titled "Processo de Enfermagem" and shows the following sections:

- IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:** Nome: [redacted], Idade: 63 Anos, Nº Utentes: [redacted], Nº Processo: [redacted].
- PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE:** Checkmark for "PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE".
- INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO:** A list of diagnostic interventions including "Avaliar adesão à vacinação", "Avaliar comportamento de procura de saúde", "Monitorizar dor", and "Monitorizar uso de tabaco".
- FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO:** A table with columns for "Focos de Atenção", "Diagnósticos", "Início", and "Termo".
 

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Orientação	Desorientação	19-03-2021 17:36	
Sono	Sono comprometido	19-03-2021 17:28	
Comportamento de Procura de Saúde	Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde	19-03-2021 17:26	
Cogitação	Cogitação comprometida	17-06-2019 15:41	
Excesso de Peso	Sem excesso de peso	25-03-2019 14:45	
Dor	Dor, em grau moderado	14-06-2018 12:40	
Queda	Alto risco de queda	14-06-2018 12:39	
- Especificações:** A list of specific notes, including "19 Mar 2021 17:58 Dor, em grau moderado | Frequente crónico (oito bilateral) | (Responsável [redacted])" and "26 Dez 2019 13:45 Sem dor | (Responsável [redacted])".
- INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO:** A list of suggested interventions such as "Aliviar dor através de embalagem fria", "Aplicar envolvimento físico", "Aplicar envolvimento querista", "Assistir a identificar estratégias de alívio da dor", "Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento", "Executar técnica de distração", and "Executar técnica de imaginação guiada".
- Última Avaliação:** A table with columns for "Início", "Termo", and "Especificações".

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" UCC de [redacted] 05/2022

IDENTIFICAÇÃO DO UTEHE  
 Nome: [Redacted] Idade: 83 Anos Nº Utente: [Redacted] Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Monitorizar dor
- Monitorizar uso de tabaco

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 04-09-2008 Fim: 02-05-2022  Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Orientação	Desorientação	19-03-2021 17:36	
Sono	Sono comprometido	19-03-2021 17:28	
Comportamento de Procura de Saúde	Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde	19-03-2021 17:26	
Cognição	Cognição comprometida	17-06-2019 15:41	
Excesso de Peso	Sem excesso de peso	25-03-2019 14:45	
Dor	Dor, em grau moderado	14-06-2018 12:40	
Queda	Alto risco de queda	14-06-2018 12:39	

Sem Status  Sugerido Resp. Início: [Redacted] Resp. Termo: [Redacted]

Especificações

19 Mar 2021 17:58 Dor, em grau moderado [Frequente crónico joelho bilateral] (Responsável: [Redacted])  
 26 Dez 2019 13:45 Sem dor (Responsável: [Redacted])

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas  Ativas  Inativas

Intervenções sugeridas face ao focodiagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Aplicar envolvimento quente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os contactos	25-09-2019 17:47	
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Executar técnica de distração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Executar técnica de imaginação guiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Executar técnica de mensagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Executar terapia através de neuro estimulador de superfície	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

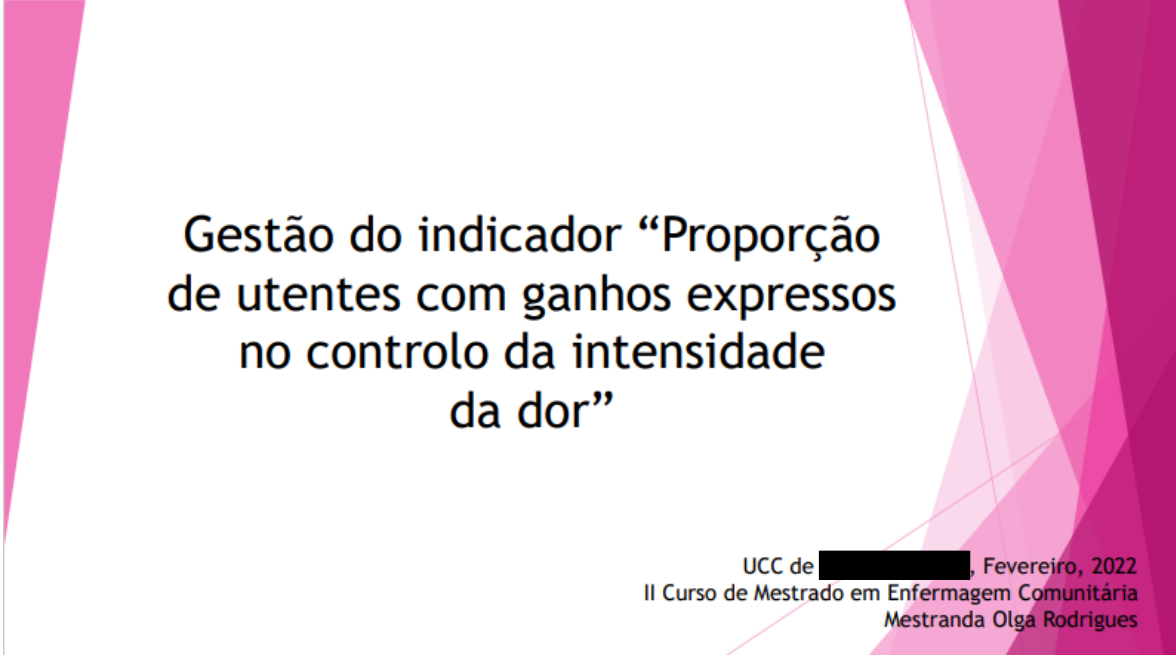
Resp. Início: Clara Ferreira Resp. Termo: [Redacted] [Tratamento Feito](#) [Novo](#) [Termo](#)

Última Avaliação: Início Termo Especificações

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" UCC de [Redacted] 05/2022

Obrigada!

Gestão do indicador "Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor" UCC de [Redacted] 05/2022



## Gestão do indicador “Proporção de utentes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor”

UCC de [REDACTED], Fevereiro, 2022  
II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Mestranda Olga Rodrigues