



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **Ansiedade da Pessoa Idosa Institucionalizada: um contributo para (re)pensar a Enfermagem Comunitária**

Andreia Amélia Silva Barbosa





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Andreia Amélia Silva Barbosa  
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Ansiedade da Pessoa Idosa Institucionalizada:  
um contributo para (re)pensar a Enfermagem Comunitária**

II Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Trabalho efetuado sob a orientação de:  
Professora Doutora Carminda Morais

novembro de 2022

## **AGRADECIMENTOS**

A concretização do ciclo de estudos de mestrado culmina com a materialização deste trabalho. Não poderia deixar de expressar o meu sentimento de gratidão àqueles que contribuíram para este percurso de enriquecimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Carminda Morais, agradeço a sua orientação, as sugestões, o apoio e ensinamentos que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Professora Isabel Amorim, agradeço o apoio e a inspiração pelo Cuidar em Saúde Mental. Aos docentes e orientadores deste Mestrado, todas as aprendizagens.

À Enfermeira Elisabete Carvalho, agradeço o acolhimento no local de estágio, orientação, sugestões, partilhas e compreensão.

Aos enfermeiros da USP Barcelos, UCC Barcelos Norte e UCC Barcelinhos, a integração e ensinamentos.

Às colegas de Mestrado, agradeço os momentos de partilha e de trabalho, mas sobretudo o companheirismo.

Aos meus colegas de trabalho por todos os incentivos e flexibilidade.

Ao meu marido Pedro, o meu pilar, o seu apoio incondicional e altruísmo.

A todos, muito obrigada!

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha querida família, os pilares essenciais da minha vida, de sempre e para sempre.

Aos meus filhos, Clara e Duarte, a minha fonte de resiliência, a minha maior força.

Ao meu norte e a minha maior sorte, o meu marido Pedro.

## **PENSAMENTO**

“Só é útil o conhecimento que nos torna melhores”

Sócrates

## RESUMO

As modificações demográficas ocorridas no último século refletem o envelhecimento da população e implicam um investimento individual e coletivo, envolvendo governos, família e sociedade.

As pessoas idosas comportam potencialidades, mas também vulnerabilidades e necessidades especiais, nem sempre relacionadas exclusivamente com os processos biológicos de envelhecimento. A pandemia reafirmou a colocação das pessoas idosas, em particular institucionalizadas, na agenda prioritária dos serviços de saúde.

Neste contexto, o ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, definiu a saúde das pessoas idosas institucionalizadas, como prioridade, tendo constituído o enfoque central de um grupo de mestrandas de Enfermagem Comunitária. A ansiedade constituiu uma das diferentes perspetivas estudadas, estruturante (ainda que não se restrinja a esta) no presente relatório.

Assim, apresenta-se um estudo de investigação quantitativo, transversal, descritivo-correlacional no qual participaram 181 pessoas idosas institucionalizadas de 20 ERPI da área de abrangência da USP Barcelos. O questionário sociodemográfico e clínico e Inventário Geriátrico de Ansiedade foram os instrumentos de recolha de dados utilizados.

Os resultados obtidos evidenciam que o nível de ansiedade da pessoa idosa é maior naqueles que não escolheram a institucionalização ( $t=2.728$ ;  $p=0.007$ ), nos que têm menor escolaridade ( $r=0.191$ ;  $p=0.010$ ) e nos que tomam medicação ansiolítica ( $t=-2.407$ ;  $p=0.017$ ). O nível de ansiedade é menor nos que recebem visitas ( $t=-2.218$ ;  $p=0.028$ ).

A perceção da pessoa idosa face à sua mobilidade parece influenciar o nível de ansiedade ( $F=4.498$ ;  $p=0.012$ ), sendo mais preocupante naqueles que a classificam em má/muito má.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável é simultaneamente desafio e oportunidade para (re)pensar e intervir ao longo do ciclo vital.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel primordial em todo o processo de Planeamento em Saúde, avaliação do estado de saúde de uma comunidade e capacitação de grupos e comunidades, participando ativamente no modelo de governação clínica e de saúde, enquanto função central orientadora da atividade do Agrupamento de Centros de Saúde.

O relatório de estágio de natureza profissional pretende demonstrar a aquisição de conhecimentos e competências comuns e específicas exigidos num ciclo de estudos de

mestrado e conducentes à atribuição de título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: ansiedade, institucionalizada, pessoa idosa, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública



## ABSTRACT

The demographic changes that took place in the last century reflect the aging of the population and imply an individual and collective investment, involving governments, family and society.

Elderly people have strengths, but also vulnerabilities and special needs, not always exclusively related to the biological processes of aging. The pandemic has reaffirmed the placing of elderly people, particularly institutionalized ones, on the priority agenda of health services.

In this context, ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, defined the health of institutionalized elderly people as a priority, having constituted the central focus of a group of Master's students in Community Nursing. Anxiety constituted one of the different perspectives studied, structuring (although not restricted to this one) in this report.

Thus, we present a quantitative, descriptive-correlational research study in which 181 institutionalized elderly people from 20 ERPIs in the area covered by USP Barcelos participated. The sociodemographic and clinical questionnaire and the Geriatric Anxiety Inventory were the data collection instruments used.

The results show that the level of anxiety of the elderly is higher in those who did not choose institutionalization ( $t=2,728$ ;  $p=0.007$ ), in those with less education ( $r=0.191$ ;  $p=0.010$ ) and in those who take anxiolytic medication ( $t=-2.407$ ;  $p=0.017$ ). The level of anxiety is lower in those who receive visits ( $t=-2,218$ ;  $p=0,028$ ).

The perception of the elderly regarding their mobility seems to influence the level of anxiety ( $F=4,498$ ;  $p=0.012$ ), being more worrying in those who classify it as bad/very bad.

Promoting active and healthy aging is both a challenge and an opportunity to (re)think and intervene throughout the life cycle.

The Specialist Nurse in Community Nursing has a key role in the entire process of Health Planning, assessment of the health status of a community and training of groups and communities, actively participating in the model of clinical and health governance, as a central guiding function of the activity of the Group of Health Centers.

The internship report of a professional nature intends to demonstrate the acquisition of common and specific knowledge and skills required in a master's study cycle and leading to the attribution of the title of Specialist Nurse in Community Nursing.

Keywords: anxiety, institutionalized, elderly, Community and Public Health Nursing

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

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

cit. - citado

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral da Saúde

DNO – Doença de Notificação Obrigatória

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

GOI – Grupo Operativo da Pessoa Idosa

GNR – Guarda Nacional Republicana

IGA- Inventário Geriátrico de Ansiedade

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

Máx. – Máximo

Min. - Mínimo

MMSE - Mini Mental State Examination

MOJ - Monitorização da Obesidade Juvenil

NUT - Nomenclatura das Unidades Territoriais

Nº - Número

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PASSE - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar  
PNSO – Programa Nacional de Saúde Ocupacional  
PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas  
PNV – Programa Nacional de Vacinação  
PLS – Plano Local de Saúde  
PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar  
RN – Região Norte  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário  
SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde  
SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica  
SPSS - Statistical Package for Social Sciences  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
USP – Unidade de Saúde Pública

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	<b>5</b>
<b>2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>9</b>
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	12
2.1.1. Envelhecimento ativo e saudável: uma necessidade de intervenção em Saúde Pública e Comunitária.....	12
2.1.2. Saúde Mental: na trajetória para o Envelhecimento ativo e saudável.	16
2.1.3. Perturbação da ansiedade na pessoa idosa institucionalizada .....	19
2.2. METODOLOGIA, MATERIAL E MÉTODOS .....	23
2.2.1. Questão de partida, finalidade e objetivos .....	23
2.2.2. Tipo de estudo .....	23
2.2.3. Contexto e População.....	24
2.2.4. Critérios de inclusão e exclusão .....	24
2.2.5. Variáveis .....	25
2.2.6. Hipóteses .....	27
2.2.7. Instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento dos dados .....	28
2.2.8. Procedimentos éticos.....	31
2.3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	32
2.3.1. Aspetos sociodemográficos e clínicos.....	32
2.3.2. Nível de ansiedade da pessoa idosa (IGA).....	40
2.3.3. Estudo comparativo e correlacional .....	42
2.3.4. Limitações do estudo, sugestões para futuras investigações e implicações para a prática.....	49
<b>3. DE ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRO ESPECIALISTA: PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS</b> .....	<b>53</b>
3.1. ANÁLISE SOBRE O PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO CLÍNICO	54
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....	55
3.2.1. Avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde .....	56
3.2.2. Contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades	57
3.2.3. Integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.....	59
3.2.4. Realização e cooperação de vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico .....	63

3.3.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	65
3.3.1.	Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 66	
3.3.2.	Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	68
3.3.3.	Competências do domínio da gestão de cuidados.....	70
3.3.4.	Competências do domínio das aprendizagens profissionais .....	72
	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>78</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>85</b>
	Anexo I - MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) .....	86
	Anexo II - INVENTÁRIO GERIÁTRICO DE ANSIEDADE (IGA) .....	89
	Anexo III - ESCALA DE KATZ .....	91
	Anexo IV - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NAS ERPI .....	93
	Anexo V - PARECER COMISSÃO DE ÉTICA .....	98
	Anexo VI - AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO IGA .....	101
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>103</b>
	Apêndice I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO .....	104
	Apêndice II – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	109
	Apêndice III – LISTAGEM DAS PROFISSÕES DESEMPENHADAS NA VIDA ATIVA 112	
	Apêndice IV – LISTAGEM DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE – DADOS FORNECIDOS PELO PARTICIPANTE .....	114
	Apêndice V – LISTAGEM DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE – DADOS FORNECIDOS PELA EQUIPA TÉCNICA, POR IDOSO.....	116
	Apêndice VI – LISTAGEM DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE – DADOS FORNECIDOS PELA EQUIPA TÉCNICA, POR DOENÇA .....	121

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Média do total do Inventário Geriátrico de Ansiedade, por classificação da mobilidade.....	45
Figura 2 – Média do total do Inventário Geriátrico de Ansiedade, por classificação da saúde em geral.....	46

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis em estudo.....	26
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa .....	33
Tabela 3 - Caracterização da vida na instituição da amostra: frequência absoluta e relativa..	35
Tabela 4 - Caracterização de saúde da amostra: frequência absoluta e relativa.....	37
Tabela 5 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.....	39
Tabela 6 – Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do Inventário Geriátrico de Ansiedade.....	40
Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes situações pontuais.....	41
Tabela 8 – Comparação da média entre mulheres vs homens quanto ao Inventário Geriátrico de Ansiedade.....	42
Tabela 9 – Comparação de médias relativas ao Inventário Geriátrico de Ansiedade segundo variáveis relacionadas com a vida na instituição e com aspetos clínicos, desvio padrão, teste t e valor de p).....	43
Tabela 10 – Comparação entre diferentes níveis de dependência dos idosos quanto à pontuação no Inventário Geriátrico de Ansiedade.....	44
Tabela 11 – Comparação de médias do Inventário Geriátrico de Ansiedade e a mobilidade dos idosos.....	45
Tabela 12 – Comparação de médias do Inventário Geriátrico de Ansiedade segundo a percepção de saúde dos idosos.....	46
Tabela 13 – Matriz de correlações entre a pontuação total no Inventário Geriátrico de Ansiedade com variáveis nominais dicotômicas, ordinais e quantitativas.....	47



## **INTRODUÇÃO**

Os cuidados de Enfermagem são cada vez mais exigentes do ponto de vista técnico e científico. Neste sentido, a diferenciação e especialização assumem particular importância para o enfermeiro e para a Enfermagem.

O mestrado corresponde ao 2º ciclo de estudos no Processo de Bolonha que pretende o conhecimento mútuo de graus e outras qualificações do ensino superior, a transparência e a cooperação europeia na garantia da qualidade. Em Portugal, o Processo de Bolonha está oficializado pelo decreto-lei nº74/2006 de 24 de Março que nos artigos 15º e 16º condiciona a atribuição do grau de mestre numa determinada área de especialidade, à demonstração pelos estudantes da capacidade de integrar e aplicar conhecimentos, da capacidade de compreender e resolver problemas e situações complexas, da capacidade de refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, da capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações e conhecimentos, bem como da demonstração de competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

Os Planos de Estudos dos Cursos de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana Castelo, reúnem os requisitos habilitantes, simultaneamente, ao Grau de Mestre e ao Título Profissional de Enfermeiro Especialista. A atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista compete à Ordem dos Enfermeiros (OE), enquanto elemento regulador do acesso, qualificação e exercício profissional. No que concerne aos ciclos de estudos conducentes ao grau de Mestre, com parecer favorável para a referida atribuição, a Ordem dos Enfermeiros considera, que a “realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade, de entre as possíveis, que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista” (OE, 2021, p.2).

O presente relatório de Estágio de Natureza Profissional (ENP) surge no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e pretende demonstrar a aquisição de conhecimentos e competências exigidos num ciclo de estudos de mestrado e conducentes à atribuição de título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem

especializados, sendo-lhe atribuído o título numa das especialidades em enfermagem previstas no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

As competências comuns assentam em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel primordial em todo o processo de Planeamento em Saúde e avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Dada a diversidade de problemas de saúde que uma comunidade enfrenta, este profissional especializado produz um planeamento em saúde mediante diferentes etapas, contribui para a capacitação da própria comunidade na obtenção dos objetivos traçados no Plano Nacional de Saúde e participa na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento nº 428/2018).

O Enfermeiro especialista participa ativamente no modelo de governação clínica e de saúde, enquanto função central orientadora da atividade do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e das suas Unidades Funcionais, para que se promovam elevados padrões de adequação, segurança e efetividade na prestação de serviços de saúde, bem como na melhoria contínua da sua qualidade (Firmino-Machado et al., 2017).

A melhoria das condições de vida e da saúde pública alicerçadas à governança, ao desenvolvimento socioeconómico e à rápida evolução da ciência e tecnologia impulsionaram a aquisição de mais anos à vida. As modificações demográficas ocorridas no último século refletem o envelhecimento da população e implicam um investimento individual e coletivo, envolvendo governos, família e sociedade. A promoção do envelhecimento ativo e saudável é simultaneamente desafio e oportunidade sobretudo para os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Considerando a “promoção do envelhecimento saudável da pessoa idosa institucionalizada” como uma prioridade de intervenção do ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende, no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, concretamente na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, desenvolveu-se um protocolo de investigação tomando como centro (objeto de estudo) as pessoas idosas institucionalizadas em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), em que se perspetiva o estudo da solidão, da qualidade de vida, da saúde mental positiva e da ansiedade. O trabalho de investigação a que se refere o presente relatório pretende conhecer as necessidades de saúde dessa população, avaliar o nível de ansiedade e

analisar possíveis relações com a componente sociodemográfica e clínica. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional.

O presente relatório encontra-se estruturado em três partes. Na primeira parte é caracterizado o contexto da prática clínica. Na segunda parte é apresentado o trabalho de investigação desenvolvido, sendo para tal efetuado o enquadramento teórico, metodologia, material e métodos e apresentação, análise e discussão dos resultados. Na terceira parte a mestranda apresenta o seu percurso formativo em contexto clínico numa perspetiva reflexiva da e na ação e como esta contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e específicas.

## **1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA**

O contexto da prática clínica a que se refere o presente relatório, respeita ao ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende.

Este ACeS pertence ao distrito de Braga e insere-se na Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT) II Norte e NUT III Cávado, sendo constituído pelos concelhos de Barcelos e Esposende.

O concelho de Barcelos apresenta uma área total de aproximadamente 378 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 313,8 habitantes/Km<sup>2</sup>, destacando-se o rio Cávado que o atravessa. Esposende apresenta uma área de 95,4 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 356,8 habitantes/km<sup>2</sup>, destacando-se a faixa Litoral do Oceano Atlântico.

Os dados provisórios dos Censos 2021, avançam que em Barcelos residem 116 752 indivíduos, tendo ocorrido um decréscimo de 3% face a 2011. Em Esposende, a população aumentou 2,6%, apresentando 35 132 residentes (INE, 2022).

Os dados do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) obtidos em Dezembro de 2021, revelaram que no ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende estavam inscritos 160 292 utentes.

O ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende tem como missão “garantir na comunidade a melhoria da qualidade na promoção da saúde, na prevenção da doença, na prestação de cuidados e em rede, garantir uma acessibilidade eficaz e eficiente a todos os cidadãos” (Portugal, 2022).

Ainda de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, apresenta 24 unidades funcionais: 12 Unidades de Saúde Familiar (USF), 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). Quanto a recursos humanos, conta com 43 assistentes operacionais, 96 assistentes técnicos, 100 médicos, 32 técnicos superiores e 154 enfermeiros (Portugal, 2022).

A USP Barcelos tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção (Barcelos e Esposende), visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para cumprimento da missão do ACeS em que se integra (Portugal, 2022).

O Plano de Atividades da USP do ACeS Barcelos/Esposende encontra-se estruturado em quatro áreas funcionais: área do Planeamento e Administração em Saúde, área da Promoção e Proteção da Saúde, área da Vigilância Epidemiológica e área da Saúde Ambiental. A

coordenadora da USP nomeia um dos médicos da USP especialistas em Saúde Pública como gestor de cada uma das áreas funcionais, ficando estes com a responsabilidade de coordenação. Cada um dos profissionais nomeados gestores constitui a sua equipa de trabalho composta por elementos da USP: enfermeiros, médicos e técnicos de saúde ambiental.

De acordo com o Plano Local de Saúde (PLS) 2016-2020, neste ACeS, a esperança de vida à nascença (82,1 anos no triénio 2015 - 2017) tem aumentado em ambos os sexos e é semelhante à da Região Norte (RN) (81,8 anos) e à do Continente (81,5), sendo maior no sexo feminino. O índice de envelhecimento (126,1 em 2017) tem aumentado, mantendo-se inferior ao da RN (153,1) e ao do Continente (158,3). No que se refere ao índice de dependência dos idosos é de 22,7%, bem abaixo dos 31,8% de Portugal e dos 28,1% da RN, contudo tem vindo a aumentar desde 2011. A taxa bruta de natalidade (7,5 nados vivos por 1000 habitantes, em 2017) apresenta valores inferiores aos da RN (7,7) e aos do Continente (8,4). Quanto ao nível de instrução, de acordo com o mesmo documento, o nível de escolaridade mais elevado da população residente melhorou de 2,7% em 2001 para 14,1% em 2011, estando abaixo da RN (22,2%) e do Continente (25,7%). A taxa de analfabetismo diminuiu no mesmo período, de 26,9% em 2001 para 0,7% em 2011, sendo em 2011 inferior à da RN (0,9%) e do Continente (1,0%), em todos os concelhos. O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra “per capita” são inferiores aos da RN e do Continente. O setor secundário é a principal fonte de emprego (51,7% da população).

No que se refere às determinantes de saúde, em dezembro de 2015, esta população encontrava-se menos exposta ao abuso de tabaco, álcool, drogas e excesso de peso do que a população residente na RN e no resto do país, mantendo esta tendência em 2018, de acordo com o Perfil Local de Saúde. Nas mulheres a exposição é menor, exceto no excesso de peso que é semelhante em ambos os sexos.

Analisando a mortalidade proporcional por causas de morte, em todos os grupos etários e ambos os sexos, destacam-se as doenças do sistema circulatório, as neoplasias malignas e as doenças do aparelho respiratório, com valores ligeiramente superiores aos da RN e Continente.

No triénio 2012-2014, as principais causas de morte prematura (<75 anos) padronizada para a idade no sexo masculino foram, por ordem decrescente: tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões; doenças cerebrovasculares; doenças isquémicas do coração; tumor maligno do estômago; e doenças crónicas do fígado. No sexo feminino, surgem como

principais causas: tumor maligno da mama; doenças cerebrovasculares; tumor maligno do estômago; tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões; e doenças isquêmicas do coração. Neste período, a taxa de mortalidade prematura (<75 anos), padronizada para a idade, por todas as causas de morte, no ACeS Barcelos/Esposende, foi significativamente inferior à verificada na RN para ambos os sexos e para o sexo masculino.

Destaca-se a taxa de mortalidade prematura padronizada para a idade por tumor maligno do estômago no sexo feminino, que no ACeS apresentou valores significativamente superiores aos da RN.

No que diz respeito às morbidades ocorridas no ACeS para ambos os sexos, destacam-se as alterações no metabolismo dos lípidos, a hipertensão arterial e a obesidade, seguidos das perturbações depressivas e diabetes.

No PLS 2016-2020 foram priorizados 5 problemas de saúde: Diabetes Mellitus, Tumor Maligno do Cólon e Reto, Tumor Maligno Mama Feminina, Tumor Maligno do Estômago e Cardiopatia Isquémica.

Nos estágios relativos às Unidades Curriculares de Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem de saúde Comunitária, a Diabetes Mellitus foi foco de atenção das Mestradas, tendo desenvolvido trabalho de investigação e projeto de intervenção neste âmbito.

As pessoas idosas institucionalizadas foram definidas recentemente pelo ACeS como prioridade, na sequência da consciência acrescida na pandemia pós-covid.



## **2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

As modificações demográficas ocorridas no último século refletem o envelhecimento da população e implicam um investimento individual e coletivo, envolvendo governos, família e sociedade. Para envelhecer com saúde, autonomia e independência, é fundamental uma atitude preventiva e promotora da saúde e da autonomia, indissociável da adoção de estilos/comportamentos de vida saudáveis (Portugal, 2006).

Os estudos mostram que as pessoas que pertencem aos grupos de 65 e mais anos, têm vulnerabilidades e necessidades especiais, nem sempre relacionadas exclusivamente com os processos biológicos de envelhecimento. Sejam por estes ou pelos determinantes de saúde a ele associados, é indiscutível que a sociedade tem que se reorganizar para responder a esta nova realidade (Coelho et al.,2021, p.5). As singularidades deste grupo etário ditam a necessidade de estudos dedicados que fomentem o desenvolvimento do conhecimento, o qual deve ser transferido para a prática de cuidados planeados e implementados de acordo com as necessidades da comunidade e da pessoa.

Considerando a “promoção do envelhecimento saudável da pessoa idosa institucionalizada” como uma prioridade de intervenção do ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende, no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, concretamente na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, desenvolveu-se um protocolo de investigação tomando como centro (objeto de estudo) as pessoas idosas institucionalizadas em ERPI, em que se pespetiva o estudo da solidão, da qualidade de vida, da saúde mental positiva e da ansiedade. Deste protocolo surgirão 4 trabalhos em perspetivas diferenciadas de investigação, mas que, numa lógica de intervenção por projeto, permite um aprofundamento do objeto de estudo. O trabalho de investigação a que se refere o presente relatório pretende conhecer as necessidades de saúde dessa população, avaliar o nível de ansiedade e analisar possíveis relações com a componente sociodemográfica e clínica. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional.

Os sintomas ansiosos, diminuição da autoestima, perda da autonomia, sentimento de insegurança e dificuldade de socialização são prevalentes entre os idosos institucionalizados, podendo comprometer a qualidade de vida e o desenvolvimento de atividades de vida diária, além de elevar a morbimortalidade nesta população (Creighton, 2019; Machado et al, 2021b, p.2).

A institucionalização da pessoa idosa pode acarretar um grande sofrimento, com a separação dos seus familiares e alguns receios da perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte e dúvidas acerca do tratamento que irão receber (Guerra et al., 2019, p.295).

O estado de saúde mental da pessoa idosa é influenciado por uma diversidade de fatores, nomeadamente as alterações físicas provocadas pelo envelhecimento, as doenças crónicas, a redução da mobilidade e a incapacidade. Estas alterações podem ter um impacto muito significativo no bem-estar psicológico e social dessas pessoas.

Considerando que o Envelhecimento Ativo e Saudável corresponde ao processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (Portugal, 2017, p.6), manter a pessoa idosa ativa e saudável é uma questão de saúde pública e de saúde comunitária.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, como profissional de saúde próximo do indivíduo e da comunidade, tem a responsabilidade de (re)pensar e intervir no envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo vital. As suas competências específicas permitem avaliar o estado de saúde da população idosa com base na metodologia do Planeamento em Saúde, com enfoque no diagnóstico de necessidades (Regulamento nº 428/2018). Constitui-se ainda como elemento ativo no campo da investigação, sobretudo quando a dúvida, curiosidade ou necessidade levam à procura de informação.

O processo de investigação corresponde à atividade que permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis (Vilelas, 2020, p.41).

## 2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nenhum facto ou fenómeno da realidade pode ser abordado sem uma adequada conceptualização. A revisão de literatura relativa ao tema em estudo permite efetuar uma estruturação concetual que dá sentido ao desenvolvimento da pesquisa (Vilelas, 2020, p.157). Estruturou-se a conceptualização em 3 pontos: o Envelhecimento ativo e saudável como necessidade de intervenção em Saúde Pública e Comunitária, a Saúde Mental enquanto trajetória para o Envelhecimento ativo e saudável e a perturbação da ansiedade na pessoa idosa institucionalizada.

### **2.1.1. Envelhecimento ativo e saudável: uma necessidade de intervenção em Saúde Pública e Comunitária**

A melhoria das condições de vida, de saúde pública e a rápida evolução da ciência e tecnologia impulsionaram a aquisição de mais anos à vida. O aumento da longevidade é um triunfo do desenvolvimento, uma das maiores conquistas da humanidade, desafiando a sociedade, a economia e a cultura.

Em Portugal, a média de esperança de vida ao nascer passou de 67,1 anos em 1970 para 81,1 anos, em 2019. O índice de envelhecimento passou de 32,9 em 1970 para 165,1 em 2020; quanto ao índice de longevidade, passou de 32,6 para 48,7 nesse período. Constata-se ainda que a proporção do grupo etário dos 65 e mais anos, passou de 9,7% em 1971 para 22,3% em 2020. (PORDATA, 2021).

Os dados provisórios dos Censos 2021, avançam que em Portugal residem 10 344 802 indivíduos, dos quais 2 424 122 têm 65 ou mais anos, correspondendo a 23.4% da população (INE, 2022). As Projeções de População Residente 2018-2080, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), considerando um cenário central, avançam que o número de idosos (65 e mais anos) passará para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. A população em idade ativa (15 a 64 anos) diminuirá de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas. É mencionado ainda que Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas (INE, 2020, p.1).

O envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível e inevitável em todos os seres vivos. Define-se 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). O envelhecimento é simultaneamente

desafio e oportunidade. A população idosa é cada vez mais escolarizada e por isso poderá desempenhar um papel mais ativo na sociedade, seja na transmissão de cultura, seja na criação de produtos direcionados para as necessidades específicas desta população. Contudo, as alterações demográficas do último século e as projeções, até 2080, colocam aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais devem estar preparados. A intensidade do envelhecimento, os aspetos que envolve, assim como os novos desafios e oportunidades com que se depara uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais idosas, tornam este tema sempre atual exigindo uma análise multidimensional.

Os Cuidados de Saúde são decisivos no desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde e previnam a doença, nomeadamente nesta faixa etária. Em 2006, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) que visa a “promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais” (Portugal, 2006, p.6), destacando ainda a prevenção primária, secundária e terciária da deficiência e incapacidade como intervenção prioritária (p.19), para além da prevenção primordial. Tomando a funcionalidade como premissa, foi publicado nesse mesmo ano o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Os Cuidados Continuados Integrados são intervenções de saúde e/ou apoio social, centrados na recuperação global da pessoa. Estes cuidados visam a promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social e são assegurados por Unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. (Decreto-Lei nº 101/2006).

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, no qual evidenciou que a longevidade não se deve apenas ao fator genético, mas também aos ambientes físico e social, nos quais as pessoas se inserem.

O Envelhecimento Saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional e que permite o bem-estar em idade avançada. A capacidade funcional é a competência de ser ou fazer aquilo que se valoriza, sendo o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. (OMS, 2015a, p.13).

É uma necessidade urgente, a intervenção da Saúde Pública no envelhecimento. (OMS, 2015a, p.14). A abordagem deve prevenir doenças crónicas ou garantir a deteção e controlo precoce das mesmas, mas sobretudo reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial, através do incentivo e promoção de comportamentos que melhorem a

capacidade funcional (p.12). Privilegiam-se cuidados centrados na pessoa como um todo biopsicossocial e cultural em detrimento do modelo biomédico centrado na doença.

Em 2017, foi emitida a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 na qual são definidos como eixos estratégicos: a Saúde (com enfoque na promoção), a participação (reforçando a importância da literacia em saúde), a segurança e a medição, monitorização e investigação (com enfoque no diagnóstico de necessidades), (Portugal, 2017a).

Esta Estratégia está alinhada com o Plano Nacional de Saúde (PNS), Programas Nacionais de Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Organização das Nações Unidas (ONU), nomeadamente no objetivo 3 - garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos em todas as idades; no objetivo 16 - promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis; e no objetivo 17 - reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

O PNS 2021-2030 adotou a metodologia do planeamento estratégico em saúde de base populacional, considerando que o planeamento integrativo, multisectorial e multidisciplinar facilitador da seleção de estratégias de desenvolvimento sustentável (Portugal, 2021a, p.28). De acordo como este documento (p.74), em 2019, os valores do indicador anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal foi de 6,9 no sexo feminino e 7,9 no masculino, valores inferiores ao registado na média da União Europeia (10,4 e 10,2, respetivamente). No que se refere ao número de anos de vida saudável à nascença estimado para Portugal foi de 59,2 anos, menos 5,4 anos do que o valor médio dos países da União Europeia. (p.75). É crucial investir na promoção da saúde ao longo do ciclo vital.

Considerando que o Envelhecimento Ativo e Saudável corresponde ao processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (Portugal, 2017a, p.6), manter a pessoa idosa ativa e saudável é uma questão de saúde pública e de saúde comunitária.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável envolve o compromisso e implementação de políticas saudáveis. Estas políticas devem incluir indicadores específicos à saúde do idoso, onde se sinalizem situações de solidão/isolamento, se incentive a adaptação dos serviços, se priorize o atendimento à pessoa idosa e se dinamizem ações de formação e capacitação dirigidas aos cuidadores. Na edição de 2021 da Operação “Censos Sénior”, a Guarda Nacional Republicana (GNR) sinalizou 44.484 idosos que vivem sozinhos e/ou

isolados, ou em situação de vulnerabilidade, em razão da sua condição física, psicológica, ou outra que possa colocar em causa a sua segurança.

A promoção do envelhecimento ativo e saudável, para além de um compromisso político, é um desafio para os Cuidados de Saúde Primários. É necessário que as Unidades de Cuidados de Saúde Primários se voltem para os idosos e, na mesma ótica dos hospitais amigos dos idosos, adotem medidas que reflitam uma elaboração de processo de cuidados adaptados a esta população (Machado et al., 2021a, p.507).

As consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários são fundamentais para a identificação de grupos de risco e o diagnóstico precoce de situações que promovam o declínio do idoso. O enfermeiro promove e educa para a saúde, assegura o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), trata situações agudas e crónicas e minimiza eventuais danos, referenciando para equipas diferenciadas, nomeadamente: RNCCI e consultas hospitalares. Contudo, ainda não existem programas e planos de cuidados individualizados para a pessoa idosa nem indicadores específicos para essa avaliação (Machado et al., 2021a, p.506).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, como profissional de saúde próximo do indivíduo e da comunidade, tem a responsabilidade de (re)pensar e intervir no envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo vital. As suas competências específicas (Regulamento nº 428/2018) permitem avaliar o estado de saúde da população idosa com base na metodologia do Planeamento em Saúde (com enfoque no diagnóstico de necessidades) e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, numa atitude preventiva e promotora da saúde, envolvendo a comunidade numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos. A competência de realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, permite a medição e monitorização, sendo facilitadora do processo de investigação. O enfermeiro especialista constitui-se um elemento fulcral na construção do Plano Local de Saúde que se pretende específico, individualizado e orientado para potenciais ganhos em saúde da comunidade que serve. É também um agente facilitador e integrador dos diferentes parceiros (Portugal, 2016).

As competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária estão alinhadas com Plano Nacional de Saúde, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável e os Programas de Saúde.

### **2.1.2. Saúde Mental: na trajetória para o Envelhecimento ativo e saudável**

O Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 da OMS, reconheceu a saúde mental como uma componente fundamental para o bem-estar dos indivíduos. Baseando-se numa abordagem do ciclo de vida, o Plano de Ação visou alcançar a equidade através da cobertura universal de saúde e destacou a importância da prevenção da doença mental. (OMS, 2013). Em junho de 2022, a OMS divulgou sua maior revisão mundial sobre saúde mental. Com base nas evidências mais recentes, destaca a importância da mudança, convidando todas as partes interessadas a trabalharem juntas para aprofundar o valor e o compromisso dado à saúde mental, remodelar os ambientes que influenciam a saúde mental (lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde) e fortalecer os sistemas que cuidam da saúde mental das pessoas (OPAS, 2022).

A Saúde Mental é essencial para o bem-estar e funcionamento plenos dos indivíduos e das comunidades e pode ser encarada através de duas dimensões: positiva e negativa. A saúde mental positiva relaciona-se com os recursos pessoais para enfrentar os desafios da vida e a capacidade de ter relações satisfatórias com os outros, estando relacionada com o bem-estar, satisfação com a vida, vitalidade e energia. A saúde mental negativa está relacionada com a existência de doença mental, sintomas e problemas. (Portugal, 2019, p.49).

A abordagem na área da saúde mental visa conhecer as suas determinantes e planejar intervenções específicas e assenta em duas vertentes: a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental. A promoção da saúde mental e a prevenção de doença mental abrangem as determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, ao reforçarem os fatores protetores e ao diminuírem os fatores de risco (Bruxelas, 2005, p.8). Os determinantes sociais da saúde mental incluem fatores económicos e sociais. O contexto social e económico específico de cada indivíduo, ao longo do ciclo de vida, a diferente exposição a eventos adversos ao longo da vida, bem como as condições específicas de vulnerabilidade e resiliência que estes contextos e exposição produzem, colocam os indivíduos em situações diferentes para atingir o mais elevado padrão de saúde mental e bem-estar psicológico (Portugal, 2019, p.7).

A promoção da Saúde Mental é crucial ao longo do ciclo vital, desde o nascimento, seguindo-se o período da infância à adolescência, na idade adulta e nos idosos.

Os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde mental; investir na promoção da saúde mental das crianças e dos adolescentes é investir no futuro. Uma abordagem holística



contribui para aumentar as competências sociais, melhorar a resiliência e reduzir o assédio, a ansiedade e os sintomas depressivos (Bruxelas, 2005, p.9).

No que se refere à idade adulta, os riscos psicossociais são hoje uma grande preocupação de Saúde Pública. A avaliação e gestão desse risco assegura ambientes de trabalho saudáveis, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e a capacidade de trabalho a longo prazo com elevados níveis de saúde e bem-estar mental dos trabalhadores. O trabalho é, simultaneamente, fator de riscos psicossociais, mas também o local ideal para os enfrentar (Portugal, 2021b, p.10).

Viver mais significa estar mais exposto a riscos como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização (Cabral et al., 2013, p.12).

Constituem-se, portanto, desafios aos Cuidados de Saúde Primários, designadamente na área da saúde Mental: a preparação para a parentalidade, a intervenção em saúde escolar, a intervenção em saúde ocupacional através da promoção de ambientes e locais de trabalho saudáveis e a promoção da Saúde do Idoso. As escolas, os locais de trabalho e as ERPI, onde as pessoas passam muito do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação, sobretudo na criação de projetos inovadores que articulem o Programa Nacional de Saúde Mental com o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional e o Programa Nacional para as Pessoas idosas, respetivamente.

Nas pessoas idosas, a criação de redes de apoio sociais, a promoção da atividade física e da participação em programas comunitários, alguns dos quais de caráter intergeracional e de voluntariado, são algumas das ações com êxito identificadas no âmbito de projetos comunitários (Bruxelas, 2005).

A interação de fatores como a saúde física e mental, a capacidade funcional, a integração social, a capacidade económica e o suporte familiar são determinantes no envelhecimento saudável (Almeida et. al. 2021, p.142).

As perdas físicas, sociais, familiares e económicas que podem acompanhar a velhice podem provocar sentimentos de impotência e dependência, interferir na autoestima e influenciar a capacidade funcional, cognitiva e relacional, constituindo-se fatores de risco da saúde mental do idoso. (Almeida et. al. 2021, 99). Promover a participação da pessoa no processo de envelhecimento, estimulando a sua autonomia é basilar para a saúde mental e qualidade de vida, assim com é fundamental assegurar a inclusão social das pessoas que envelhecem e de garantir a sua presença na vida coletiva (Cabral et al., 2013, p.19).

Considerando-se o Envelhecimento Ativo e Saudável 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 (Portugal, 2017a, p.6), importa salientar a importância da promoção Saúde Mental como estratégia e necessidade de saúde não apenas da pessoa idosa.

A colaboração interdisciplinar, a formação de pessoal especializado, o estabelecimento de parcerias intersectoriais e o envolvimento da comunidade são elementos essenciais para o sucesso das estratégias de promoção da saúde mental, com vantagens para o indivíduo e a comunidade” (Portugal, 2019, p.64).

O investimento na prevenção da doença mental é também crucial. Portugal é dos países europeus com prevalência mais elevada de perturbações psiquiátricas, destacando-se as perturbações da ansiedade que afetam 16,5% da população (Portugal, 2019, p.24). Estima-se que, em Portugal, as perturbações psiquiátricas tenham sido responsáveis por 12% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade e 18% dos anos vividos com incapacidade, em 2017. As perturbações de ansiedade encontram-se na 6ª posição dos problemas de saúde que mais contribuem para a incapacidade (Portugal, 2019, p.24). Ainda de acordo com o mesmo documento, “em Portugal, as taxas de suicídio mais elevadas registam-se nas pessoas com mais de 65 anos”.

A reabilitação da pessoa com doença mental deve ser relevada. A desinstitucionalização dos serviços de saúde mental e a criação de serviços desta natureza nos Cuidados de Saúde Primários, adequados às necessidades dos doentes e das respetivas famílias podem contribuir para a inclusão social (Bruxelas, 2005, p. 11). O tratamento, acompanhamento, reabilitação e apoio àqueles que vivem com doença mental, permitirão uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar (Portugal, 2021b, p.10).

A área da Saúde Mental é determinante para a promoção do envelhecimento saudável, seja pela promoção da qualidade e satisfação com a vida, preservação das capacidades da pessoa, prevenção da doença ou reabilitação. A promoção da saúde mental ao longo do ciclo vital deveria ser uma estratégia nacional para a promoção envelhecimento saudável, minimizando as consequências neurodegenerativas do envelhecimento como a demência e as perdas associadas (identitárias, de personalidade, sociais, afetivas).

### **2.1.3. Perturbação da ansiedade na pessoa idosa institucionalizada**

O conceito de envelhecimento ativo e saudável, traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a apoios. Contudo, há um número considerável de pessoas idosas que não encontram uma resposta adequada nesse meio, seja por motivos familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, surgindo a necessidade do recurso a essas respostas sociais, em que se inclui o alojamento em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, a título temporário ou permanente.

A Portaria nº 67/2012, de 21 de março, define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Constituem objetivos dessas Estruturas: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

A institucionalização da pessoa idosa pode acarretar um grande sofrimento, com a separação dos seus familiares e alguns receios da perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte e dúvidas acerca do tratamento que irão receber. Por outro lado, podem sentir-se mais acompanhados, ativos e mesmo mais felizes do que quando se encontravam sós em suas casas (Guerra et al., 2019, p.295).

Os cuidados à pessoa idosa revestem-se de uma complexidade com características próprias, pelo que o exercício de cuidar, na verdadeira aceção da palavra, deve ser holístico, envolvendo para além do cumprimento de normas e técnicas, o estabelecimento de uma relação empática. Pessoa idosa transcende a definição cronológica de idoso que segundo a Organização Mundial de Saúde, é a pessoa com mais de 65 anos.

O estado de saúde mental da pessoa idosa é influenciado por uma diversidade de fatores, nomeadamente as alterações físicas provocadas pelo envelhecimento, as doenças crónicas, a redução da mobilidade e a incapacidade. Estas alterações podem ter um impacto muito significativo no bem-estar psicológico e social dessas pessoas. A literatura científica identifica algumas variáveis associadas a um risco aumentado de problemas de saúde mental na pessoa idosa, incluindo o nível educacional mais baixo, baixo rendimento e baixa literacia em saúde (Portugal, 2019, p.61).

Os sintomas depressivos, ansiosos, diminuição da autoestima, perda da autonomia, sentimento de insegurança e dificuldade de socialização são prevalentes entre os idosos

institucionalizados, sendo diretamente proporcionais ao tempo de institucionalização. Além disso, podem comprometer a qualidade de vida e o desenvolvimento de atividades de vida diária, além de elevar a morbimortalidade nesta população (Creighton, 2019; Machado et al, 2021b, p.2).

A Covid-19 trouxe desafios acrescidos para a gestão do bem-estar e promoção da autonomia da pessoa idosa institucionalizada (Abreu, 2021, p.251). A alta contagiosidade da Covid-19, o crescimento de casos confirmados, mortes e isolamento social têm causado a disseminação de emoções e pensamentos negativos, ameaçando a saúde mental da população idosa. De acordo com Naranjo-Hernández et al.(2021), o isolamento social como medida para evitar o contágio pelo Covid-19 tem repercussões na saúde mental da pessoa idosa e requer o estabelecimento de estratégias integradas a nível mundial.

Nesse sentido, em Abril de 2020, a Ordem dos Psicólogos emitiu um manual de recomendações para a intervenção psicológicas nas ERPI, destacando a importância da naturalização dos afetos, da responsabilização coletiva, do envolvimento nas diferentes atividades da instituição, da atenção com as pessoas que exibem sinais de ansiedade mais pronunciados e a promoção da autorregulação emocional, nomeadamente da ansiedade (Ordem dos Psicólogos, 2020, p.3).

A doença mental encontra-se definida através de classificações aceites internacionalmente, nomeadamente a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5).

As perturbações de ansiedade referem-se a um grupo de distúrbios mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbações fóbicas, incluindo a fobia social, perturbação obsessiva-compulsiva e perturbação de stress pós-traumático. O número total estimado de pessoas que vivem com distúrbios de ansiedade no mundo é de 264 milhões. Este total, para 2015, representa um aumento de 14,9% desde 2005, em resultado do crescimento da população e do envelhecimento. A proporção da população global com perturbações de ansiedade, em 2015, foi estimada em 3,6%, sendo mais comum entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global). As taxas de prevalência não variam substancialmente entre os grupos etários, embora haja uma tendência observável para uma menor prevalência entre as pessoas mais idosas. (Portugal, 2017b, p.5).

As perturbações de ansiedade geriátricas são relativamente comuns no final da vida. Estas perturbações desencadeiam alterações que afetam a qualidade de vida dos idosos, particularmente restringindo as suas vidas sociais e diminuindo gradualmente a sua

independência. Tal como nos adultos, são mais prevalentes em mulheres e nos indivíduos com menor grau de escolaridade e que apresentam outras doenças físicas. Os sintomas ansiosos, quando relacionados às comorbidades, estão mais fortemente associados com deficiência ou incapacidade física. (Machado et al., 2016, p.29).

De acordo com Daniel et al. (2015), as perturbações ansiosas são mais prevalentes em pessoas idosas com doença de Parkinson, défice cognitivo ligeiro, problemas gerais de saúde física, abuso de substâncias, problemas de sono e depressão.

Os estudos também têm mostrado que é comum em pessoas idosas, a comorbidade entre transtornos de ansiedade e disfunções cardíacas, respiratórias e do aparelho vestibular, sendo que a ansiedade pode agravar ou ser agravada por outras doenças (Machado et al., 2016, p.29).

As perturbações da ansiedade são menos estudadas na população idosa do que outros transtornos emocionais como a depressão e a demência. Possíveis razões para a escassez de estudos sobre ansiedade no final da vida podem ser as dificuldades diagnósticas devido a comorbilidades como a depressão, causando confusão diagnóstica e a subestimação da prevalência (Bryant, 2010; Sheik, 2005 cit. por Ribeiro et al., 2011, p.742). Outra possível explicação para a subdetecção prende-se com a desvalorização, por parte da pessoa idosa e técnicos, de determinados sinais e sintomas, que são equivocadamente considerados parte integrante e habitual do processo de envelhecimento (Daniel et al., 2015, p.32).

No contexto institucional, em particular, a avaliação da ansiedade pode ser problemática devido à presença expectável de algum grau de défice cognitivo e de patologias médicas (Daniel et al., 2015, p.34), o que pode justificar em parte o facto dos estudos sobre ansiedade em pessoas idosas institucionalizadas serem escassos.

O trabalho de Machado et. al. (2021b), objetivou verificar a relação entre ansiedade, autocompaixão e ações de promoção à saúde mental de pessoas idosas institucionalizadas. Neste estudo, concluiu-se que a cada ponto de aumento nos níveis de autocompaixão há uma redução nos níveis de ansiedade. As ações de promoção à saúde mental também reduziram os níveis de ansiedade. A cognição, a independência e o nível de escolaridade demonstraram associação significativa e correlacionaram-se negativamente com a ansiedade, enquanto a idade e o internamento por vontade própria se correlacionaram positivamente com a ansiedade.

Considerando a autocompaixão um “estado mental positivo, que protege os indivíduos das consequências negativas do autojulgamento, isolamento e sentimentos depressivos, resultando em perdoar falhas, inadequações e sofrimentos” (Machado et. al.,2021b, p.2), as

estratégias de promoção de saúde Mental Positiva devem ser consideradas na promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Estudar a ansiedade dos idosos e suas determinantes é fundamental para o desenvolvimento de projetos de intervenção que visem a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

## 2.2. METODOLOGIA, MATERIAL E MÉTODOS

O conhecimento racional, sistemático e organizado implica que seja seguido um método, um caminho concreto que aproxime dessa meta (Vilelas, 2020, p.55).

### 2.2.1. Questão de partida, finalidade e objetivos

Perante a revisão bibliográfica realizada definiu-se a seguinte questão de partida:

- Qual o nível de ansiedade e suas determinantes da pessoa idosa institucionalizada em ERPI da área de abrangência da USP Barcelos/Esposende?

Este estudo tem como finalidade:

- Contribuir para a gestão eficaz dos cuidados de saúde à pessoa idosa institucionalizada, com base na evidência, nomeadamente no que se refere à ansiedade.

Tendo em conta a finalidade traçaram-se como objetivos:

- Avaliar o nível de ansiedade da pessoa idosa institucionalizada em ERPI
- Analisar a relação entre o nível de ansiedade e as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, crença religiosa, institucionalização, acesso a visitas na instituição e participação nas atividades da instituição);
- Analisar a relação entre o nível de ansiedade e as variáveis clínicas (alterações do sono, consumo de substâncias, comorbilidades, mobilidade/ dependência);
- Identificar necessidades de saúde dos idosos institucionalizados em ERPI, nas suas próprias vozes.

### 2.2.2. Tipo de estudo

De acordo com Vilelas (2020), o tipo de estudo pode ser classificado quanto ao modo de abordagem, ao objetivo geral e aos procedimentos técnicos. Quanto ao modo de abordagem, este é um estudo quantitativo, pois visa a “apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações” (p.198). No que refere ao objetivo geral, é um estudo descritivo e correlacional

porque procura conhecer as características de determinada população/fenómeno e estabelecer relações entre variáveis. Relativamente aos procedimentos técnicos, é um estudo transversal, “um estudo epidemiológico no qual o fator e efeito são observados num mesmo momento histórico” (p.225), utilizando-se o método de inquérito que, de acordo com o mesmo autor, parte da premissa que “se queremos conhecer algo do comportamento das pessoas, o melhor, o mais direto e simples, é perguntá-lo diretamente a elas” (p.222). Este estudo pretende avaliar o nível de ansiedade da pessoa idosa institucionalizada em ERPI e relacionar com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

### **2.2.3. Contexto e População**

O presente estudo decorre no contexto de prática clínica caracterizado no ponto 1 deste relatório.

De acordo com os dados do SIARS obtidos em Dezembro de 2021, no ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende estão inscritos 30.875 utentes com 65 e mais anos, representando 19,2% da população inscrita. O diagnóstico P01 – sensação de ansiedade registou-se em 4,2% das pessoas com mais de 65 anos, sendo mais preocupante nas mulheres (5,4%) do que nos homens (2,8%). O diagnóstico P74 – distúrbio ansioso ocorreu em 6,6% dessa mesma população, registando-se em 8,2% das mulheres e 4,5% dos homens.

A população em estudo são as pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área de abrangência da USP Barcelos/Esposende.

Em Barcelos e Esposende, de acordo com a Carta Social em março de 2022, existiam 21 ERPI (17 e 4 respetivamente), totalizando 827 utentes inscritos.

O recrutamento dos participantes faz-se por convite individual, após ter sido obtida concordância das ERPI para a condução do estudo. Trata-se de uma amostragem por conveniência e, por essa razão, não se encontra estimado previamente o tamanho da amostra.

### **2.2.4. Critérios de inclusão e exclusão**

Tendo em conta o objetivo do estudo e a sua viabilidade foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Idade superior a 65 anos;
- Residência em ERPI da área de abrangência da USP Barcelos/Esposende.



- Os participantes apresentarem capacidades cognitivas necessárias para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.

Por sua vez, como critérios de exclusão foram definidos:

- Não falar ou compreender português;
- Ausência de capacidade para preenchimento do Mini Mental State Examination (MMSE) – anexo I. O MMSE (versão original de Folstein & McHugh, 1975) é um instrumento que viabiliza a avaliação da função cognitiva através dos domínios: orientação, memória, atenção, cálculo e linguagem. É constituído por um total de 20 exercícios, variando a pontuação entre os 0 e os 30 pontos. Em Portugal foi publicado em 1994 o estudo de adaptação da tradução por Guerreiro et al., no qual foram determinados valores de corte para deteção de défice cognitivo, que têm sido utilizados desde a sua publicação (15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 para 1 a 11 anos de literacia e 27 para literacia superior a 11 anos). Este é um teste passível de distinguir sujeitos com e sem défice no que respeita ao domínio cognitivo, com possibilidade de prever de forma quantitativa a severidade do mesmo défice (Guerreiro et al. 1994).

### **2.2.5. Variáveis**

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações suscetíveis de assumir diferentes valores (Vilelas, 2020, p.171). Numa investigação, as variáveis devem estar alinhadas com a questão de partida e os objetivos e devem apresentar as seguintes características: utilidade, homogeneidade, inclusividade, mútua exclusividade, pertinência e dimensão (p.172).

Para o presente estudo foi definida a variável dependente: nível de ansiedade. Quanto às variáveis independentes consideram-se: idade, sexo, estado civil, escolaridade, crença religiosa, institucionalização (escolha da institucionalização, tempo de institucionalização e motivo), acesso a visitas na instituição, participação nas atividades da instituição, alterações do sono, consumo de substâncias (medicamentos ansiolíticos, tabaco e álcool) e mobilidade/dependência (perceção da pessoa e avaliação da equipa técnica). Estas variáveis foram operacionalizadas como se apresenta na tabela 1.

**Tabela 1 – Operacionalização das variáveis em estudo.**

Variável		Escala de medida	Operacionalização
<b>Dependente</b>	Nível de ansiedade da pessoa idosa - IGA	Quantitativa discreta	Likert -1 (Discordo muito) a 4 (Concordo muito)
<b>Independente</b>	Idade	Quantitativa de razão	Nº de anos
	Sexo	Qualitativa nominal	Masculino/ Feminino
	Estado Civil	Qualitativa Nominal	Solteiro/ Casado/ União de facto/ Divorciado/ Viúvo
	Escolaridade	Qualitativa Ordinal	Não sabe ler nem escrever/ 1º ciclo/ 2º ciclo/ 3º ciclo/ Secundário/ Ensino Superior
	Crença religiosa	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Tempo de institucionalização	Quantitativa de razão	Nº de anos
	Escolheu a institucionalização	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Motivo de institucionalização	Qualitativa Nominal	Incapacidade ou doença/ Solidão/ Falta de suporte social ou familiar
	Participação nas atividades da instituição	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Acesso a visitas na instituição	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Alterações do sono	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Consumo de álcool	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Consumo de tabaco	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Medicação ansiolítica	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Comorbilidades (perceção da pessoa)	Qualitativa Nominal	Sim/ Não
	Comorbilidades (informação clínica)	Qualitativa Nominal	Nome da doença
	Mobilidade/dependência (avaliação pela pessoa)	Qualitativa Ordinal	Muito boa/ Boa/ Razoável/ Má/ Muito má
Mobilidade/dependência (avaliação pela equipa técnica)	Qualitativa Ordinal	Dependência total/ Dependência grave/ Dependência moderada/ Dependência ligeira/ Independente	

### 2.2.6. Hipóteses

A hipótese é uma afirmação, ainda que não verificada, que relaciona de uma maneira explícita duas ou mais variáveis (Vilelas, 2020, p.167). Esta deve ser formulada tendo em conta o enunciado e o sentido da relação, a verificabilidade, a consistência teórica e a plausibilidade. (p.168).

As hipóteses pretendem antecipadamente explicar ou compreender um determinado fenómeno, criando linhas de orientação (Pardal & Lopes, 2011, p.70). Estas foram formuladas tendo em conta o tema em estudo, a evidência científica e os procedimentos metodológicos, visando o alcance dos objetivos e finalidade da investigação. Definiram-se para este trabalho as hipóteses:

Hipótese 1 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é maior nas mulheres;

Hipótese 2 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é maior naqueles que não escolheram a institucionalização;

Hipótese 3 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é menor naqueles que recebem visitas;

Hipótese 4 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é menor naqueles que consomem medicamentos ansiolíticos;

Hipótese 5 - O nível de ansiedade na pessoa idosa aumenta com o nível de dependência;

Hipótese 6 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é maior naqueles que classificam a sua saúde em níveis mais baixos;

Hipótese 7 - O nível de ansiedade da pessoa idosa diminui nos níveis de escolaridade mais elevados;

Hipótese 8 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é menor naqueles que têm crença religiosa;

Hipótese 9 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é menor naqueles que recebem que participam nas atividades proporcionadas pela instituição;

Hipótese 10 - O nível de ansiedade na pessoa idosa é maior nas pessoas com alterações do sono.

## 2.2.7. Instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento dos dados

### 2.2.7.1. Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de recolha de dados são recursos que o investigador pode utilizar para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação que necessita, de acordo como os elementos teóricos e o tipo de estudo (Vilelas, 2020, p.331). A adequada construção desses instrumentos contribui para a tão desejada correspondência entre a teoria e os factos em investigação (p.332).

Para dar respostas aos objetivos, e atendendo ao tipo de estudo, foram utilizados os instrumentos de colheita de dados: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica – apêndice I e Inventário Geriátrico de Ansiedade (IGA) – anexo II, para avaliação do nível de ansiedade da pessoa idosa.

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi co construído pelas mestrandas a realizar ENP na USP Barcelos/Esposende e foi planeado com o intuito de obter, de maneira sistemática e ordenada, a informação acerca da população e variáveis em estudo (p.359). Construiu-se um questionário misto, que combina questões fechadas e abertas, dando a possibilidade neste último de a resposta ser livre. Tendo em conta a população em estudo e os recursos disponíveis, optou-se por um instrumento de registo escrito em papel, com as questões a serem colocadas oralmente aos inquiridos. Conforme mencionado anteriormente, foi utilizado o MMSE como critério de inclusão/exclusão do estudo). Ainda na componente clínica do questionário foi utilizada a Escala de Katz – anexo III, para avaliação do nível de autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária: banho, vestir, utilização da sanita, transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; controlo de esfíncteres e alimentação. Para cada atividade o idoso é classificado como dependente (0) ou independente (1). A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 atividades, considerando-se as classificações: dependência total (0 pontos), dependência grave (1-2 pontos), dependência moderada (3-4 pontos), dependência ligeira (5 pontos) e independência (6 pontos). A informação é obtida através da observação direta do idoso aquando da entrevista ou fornecida pela equipa técnica da ERPI.

O *Geriatric Anxiety Scale* (GAI), versão original de Pachana *et al.*, 2007; versão portuguesa adaptada Ribeiro *et al.*, 2011 (Inventário Geriátrico de Ansiedade) é um instrumento de autorresposta ou hetero-resposta especificamente desenvolvido para avaliar os sintomas

ansiosos em pessoas idosas. De acordo com as características psicométricas da versão portuguesa do instrumento, no que se refere à consistência interna determinada com base no alfa de Cronbach, registou o valor de 0,964 (Ribeiro *et al.*, 2011, p.745), considerando-se muito boa, nos termos propostos por Pestana e Gageiro (2014, p.531).

Este instrumento é constituído por 20 itens, com opção de resposta dicotómica (“concordo” ou “discordo”), referente à última semana. A pontuação total resulta do somatório de todas as respostas, podendo corresponder a uma pontuação mínima 0 pontos (sem ansiedade) e máxima de 20 pontos (ansiedade alta). Os autores referem “The cut-off score of 8/9”, ou seja, pontuação superior a 8-9 pontos indiciam sintomas de ansiedade graves (Ribeiro *et al.*, 2011, p.745).

Este instrumento é de fácil administração e de passível avaliação num curto espaço de tempo.

#### 2.2.7.2. Processo de recolha e tratamento de dados

O processo de recolha de dados teve início com a aplicação na população em estudo dos critérios de inclusão e exclusão. Nesta etapa, o grupo de mestrandas contou com a colaboração da equipa de enfermagem e direção técnica das ERPI que garantiram que os participantes possuíam capacidades cognitivas para o fazer, de acordo com o Mini-Mental State.

Definida a elegibilidade para participação, junto da equipa técnica, foram recolhidos os dados relativos aos antecedentes pessoais, medicação habitual, escala de Katz e tempo de institucionalização.

O questionário foi impresso para facilitar a leitura das questões pelo inquiridor e o registo das respostas fornecidas pelo participante. Essas mesmas respostas foram posteriormente registadas numa base de dados em Excel.

Relativamente aos procedimentos estatísticos todos os cálculos foram realizados no programa estatístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS - versão 28.0).

Foi assumido um nível de significância estatístico de 5% ( $p=0.05$ ), sendo que se  $p>0.05$  considera-se não significativo, se  $p\leq 0.05$  considera-se significativo, se  $p<0.01$  considera-se bastante significativo e se  $p<0.001$  considera-se altamente significativo.

Não existem valores omissos.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva tais como frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV), valores mínimo (Min.) e máximo (Máx.) para as variáveis quantitativas.

A dispersão foi ainda verificada pelo coeficiente de variação (CV), que segundo Pestana e Gageiro, (2014) um CV menor ou igual 15% aponta para uma fraca dispersão, se entre 15% a 30% moderada dispersão e se superior a 30% temos uma forte dispersão.

A verificação da normalidade foi efetuada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ( $D$ ), com correção de Lilliefors, quando  $n \geq 50$  ou pelo teste de Shapiro-Wilk ( $W$ ) quando  $n < 50$ . Exceto se apresentarem forte assimetria e/ou curtose, ao abrigo do Teorema Limite Central, apenas nas variáveis com  $n < 30$  foi importante a suposição da normalidade.

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene. No caso de heterocedasticidade foi efetuada a correção nos graus de liberdade.

A comparação entre duas amostras independentes, com variáveis quantitativas, foi efetuada pelo teste  $t$  de medidas independentes.

A comparação entre três ou mais amostras independentes foi realizada pela *one-way* ANOVA de medidas independentes. No caso de incumprimento dos pressupostos, usamos o teste  $H$  Kruskal-Wallis. Na presença de diferenças estatisticamente significativas, será usado o *post-hoc* HSD Tukey (variâncias homogêneas) ou o teste de Games-Howell (variâncias não-homogêneas).

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Pearson,  $r$ , quando as variáveis são quantitativas com distribuição Normal, ou pela correlação de Spearman  $r_s$ , quando pelo menos uma das variáveis é qualitativa ordinal.

A análise da relação entre uma variável quantitativa e uma variável nominal dicotômica discreta, foi efetuada pelo coeficiente de correlação bisserial de pontos ( $R_{bp}$ ).

A interpretação da magnitude da correlação (Pearson, Spearman ou bisserial de pontos) foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana e Gageiro (2014, p.347), para quem independentemente do sinal (+ ou -): a correlação é muito fraca se  $R_{bp}$  ou  $r$  ou  $r_s \leq 0.19$ , fraca se  $0.20 \leq R_{bp}$  ou  $r$  ou  $r_s \leq 0.39$ , moderada se  $0.40 \leq R_{bp}$  ou  $r$  ou  $r_s \leq 0.69$ , forte se  $0.70 \leq R_{bp}$  ou  $r$  ou  $r_s \leq 0.89$  e muito forte se  $0.90 \leq R_{bp}$  ou  $r$  ou  $r_s \leq 1.0$

A consistência interna foi verificada pelo  $\alpha$ -Cronbach, de acordo com a seguinte classificação (Pestana & Gageiro, 2014; p.531): muito boa se  $\alpha \geq 0.90$ , boa se  $0.80 \leq \alpha < 0.90$ , razoável se  $0.70 \leq \alpha < 0.80$ , fraca se  $0.60 \leq \alpha < 0.70$  e inaceitável se  $\alpha < 0.60$ .

### **2.2.8. Procedimentos éticos**

Numa investigação que estude a população humana devem ser respeitados os princípios que regem a conduta ética e legal.

Não ocorreu conflito de interesses na realização do estudo.

Numa primeira fase foi apresentado o desenho de investigação á orientadora e à tutora do ENP. Após validação do mesmo, seguiu-se o pedido de autorização para realização do estudo nas ERPI – anexo IV. O projeto de protocolo de investigação foi posteriormente submetido a apreciação e aprovação pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, preenchendo para o efeito, os critérios que constam do regulamento – anexo V.

Os autores dos instrumentos a utilizar neste estudo foram consultados para a obtenção de autorização de utilização dos mesmos – anexo VI.

Para salvaguardar os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos, existe um conjunto de regras que orientam o investigador. O código de Nuremberga surgiu para balizar as responsabilidades morais do investigador perante os sujeitos em estudo e toda a comunidade científica.

A vontade de colaborar ou não no estudo foi respeitada. Os inquiridos foram informados da natureza e objetivos do estudo, expressando o seu consentimento e formalizando-o através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado – apêndice II. Aqueles que não sabiam assinar, foi recolhida impressão digital.

A intimidade, a confidencialidade das respostas e o anonimato das informações foram garantidos e assegurados. Os questionários foram codificados, aplicados individualmente e na ausência de terceiros.

Os participantes foram informados do direito a mudarem de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificar a desistência, em consonância com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo.

O grupo de trabalho comprometeu-se a destruir todo o material produzido no âmbito deste trabalho de investigação, 2 meses após o término do estudo.

## 2.3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto serão apresentados os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados: questionário sociodemográfico e clínico e IGA. Para tornar a apresentação mais clara, a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo inclui a vida na instituição e a caracterização de saúde.

Procede-se á análise estatística, interpretação e discussão. Segue-se uma abordagem correlacional e de comparação e termina com as limitações do estudo, sugestões para futuras investigações e implicações para a prática.

Participaram neste estudo 181 pessoas idosas institucionalizadas em 20 ERPI das 22 existentes na área de abrangência do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende.

### 2.3.1. Aspetos sociodemográficos e clínicos

Na Tabela 2 são apresentados os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica da amostra.

A maior parte dos sujeitos são do sexo feminino (72.4%).

O estado civil viúvo ocorre na maioria dos inquiridos (54.1%), seguindo-se o de solteiro (22.7%).

Relativamente à profissão exercida na vida ativa, obtiveram-se diversas respostas, sendo as mais frequentes agricultor/a (28.7%), operário/a fabril (17.8%) e doméstica (14.4%). No sentido de melhorar a compreensão do trabalho, e por serem dados muito exaustivos, a listagem de profissões que os idosos inquiridos desempenharam encontra-se no apêndice III. O pedido de reforma antecipada não foi feito pela maioria dos sujeitos (58%). Contudo, nos casos em que tal pedido foi efetuado, a principal razão foi por doença (84.2%).

A nível da escolaridade, predominam os níveis mais baixos de literacia: 1º ciclo do ensino básico (63%) e analfabetismo (26.5%).

A quase totalidade dos sujeitos tem uma crença religiosa (99.4%), sendo que quase todos a enquadram na rotina diária (97.8%).



**Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa (N=181).**

Variáveis e categorias	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Feminino	131	72.4
Masculino	50	27.6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	41	22.7
Casado(a)	28	15.5
União de facto	2	1.1
Divorciado(a)/Separado(a)	12	6.6
Viúvo(a)	98	54.1
<b>Reforma antecipada</b>		
Sim	76	42.0
Não	105	58.0
<b>Motivo de antecipação da reforma</b>		
doença	64	84.2
acidente	2	2.6
acordo com a empresa	1	1.3
cuidador da esposa	1	1.3
cuidadora do marido	1	1.3
decisão própria	1	1.3
deficiência motora	1	1.3
desemprego	1	1.3
fratura da coluna	1	1.3
fratura do fémur	1	1.3
invalidez	1	1.3
vantagens sociais	1	1.3
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler nem escrever	48	26.5
1º ciclo do ensino básico	114	63.0
2º ciclo do ensino básico	10	5.5
3º ciclo do ensino básico	6	3.3
Ensino secundário	1	0.6
Ensino superior	2	1.1
<b>Crença religiosa</b>		

Sim	180	99.4
Não	1	0.6
<b>– Em caso afirmativo, frequência da prática religiosa</b>		
Rotina diária	176	97.8
Quando estou triste	2	1.1
Quando estou ansioso(a)	2	1.1

Na Tabela 3 são apresentados os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização da vida na instituição da amostra. A maioria dos sujeitos não escolheu ser institucionalizado (53%). As razões que levaram à institucionalização foram: falta de suporte social/familiar (49.2%), incapacidade/doença (34.8%) e solidão (15.5%). Apenas um sujeito mencionou a opção “outro”, e neste caso devido a violência doméstica.

Quase todos os idosos recebem visitas (93.4%). Os filhos/as são os elementos da família que mais visitam os idosos (39.1%). A maioria dos idosos (55.8%) recebem visita de outros familiares que não os filhos. A visita por amigos/as e colegas ocorre em 14.8%. As visitas são realizadas, maioritariamente, numa frequência semanal (52.5%), seguindo-se a frequência mensal (30.9%) e a anual (7.7%).

Acerca da participação em atividades proporcionadas pela Instituição, a maioria afirmou participar ativamente (81.2%), sendo os jogos de mesa/tabuleiro (34%), atividade física (27.2%) e artes manuais (25.9%) as atividades mais frequentes. A maioria dos idosos afirmou ter oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência (64.1%). Quanto à oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição, a maioria dos idosos afirmou que “Sim” (57.5%).

**Tabela 3 – Caracterização da vida na instituição da amostra: frequência absoluta e relativa (N=181).**

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
<b>Opção pela institucionalização</b>		
Sim	85	47.0
Não	96	53.0
<b>Motivo da institucionalização</b>		
Falta de suporte social/familiar	89	49.2
Incapacidade/doença	63	34.8
Solidão	28	15.5
Outro	1	0.6
<b>Recebe visitas?</b>		
Sim	169	93.4
Não	12	6.6
<b>– Grau de parentesco/amizade face às visitas</b>		
Filho/a	66	39.1
Família em geral	94	55.8
Amigos/as e colegas	25	14.8
Namorado	1	0.6
Vizinhos	1	0.6
<b>Frequência das visitas</b>		
Diariamente	4	2.2
Semanalmente	95	52.5
Mensalmente	56	30.9
Anualmente	14	7.7
<b>Participação em atividades proporcionadas pela Instituição</b>		
Sim	147	81.2
Não	34	18.8
<b>– Tipo de atividades</b>		
Jogos de mesa/tabuleiro	50	34.0
Atividade física	40	27.2
Artes manuais	38	25.9
Leitura	8	5.4
Música	7	4.8
Dança	4	2.7
<b>Oportunidade de apresentar sugestões sobre atividades a realizar</b>		

Sim	116	64.1
Não	65	35.9
<b>Conhece o direito à participação ativa na vida da Instituição</b>		
Sim	104	57.5
Não	77	42.5

Na Tabela 4 são apresentados os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização de saúde da amostra. A maior parte dos idosos refere ter algum tipo de doença (72.9%), destacando-se as patologias ósseas, cardíacas, diabetes, hipertensão arterial (HTA) e acidente vascular cerebral (AVC). A listagem das doenças mencionadas pelos idosos consta do apêndice IV.

Conforme mencionado anteriormente, foi solicitado à equipa técnica a disponibilização dos dados relativos aos antecedentes clínicos. Estes dados podem ser consultados no apêndice V onde a informação está agrupada por idoso. Dos 181 participantes no estudo, 176 apresentam alguma doença (97.2%), verificando-se comorbilidades.

No apêndice VI estão listados os antecedentes fornecidos pela equipa, desta feita distribuídos por doença. A hipertensão regista-se na maioria dos idosos (65%), seguindo-se a dislipidemia (35%), a diabetes (27.7%) e a patologia cardíaca (24.3%). O diagnóstico de ansiedade verificou-se em 11.9% dos sujeitos. Este aproxima-se aos dados do SIARS obtidos em Dezembro de 2021 (10,8%) relativos à ansiedade dos idosos inscritos no ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende.

A maior parte dos idosos afirmou consumir bebidas alcoólicas (78.5%), sobretudo às refeições (92.3%).

A quase totalidade dos idosos não é fumador (96.7%). Entre os que fumam, a maior parte, fazem-no numa frequência 2 a 3 cigarros por dia.

A maioria dos idosos (55.2%) sente que tem problemas de sono.

O recurso a equipamento adaptativo é bastante frequente na quase totalidade dos sujeitos (90.1%), principalmente óculos (38.7%), cadeira de rodas (33.1%), andarilho (22.1%) e bengala (20.2%). De notar que muitos idosos possuem mais do que um equipamento adaptativo, logo a frequência absoluta e relativa excede os  $n=181$  e 100%, respetivamente.

A mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho/a) é, na maioria dos sujeitos, avaliada como razoável (45.3%), seguindo-se de má (29.8%). De acordo com os dados disponibilizados pelas equipas

técnicas, a maior frequência de sujeitos situa-se na dependência moderada (29.8%), seguindo-se a dependência ligeira (27.1%) e dependência grave (23.8%).

A classificação do estado de saúde feita pelos idosos é, na maioria dos casos, razoável (56.4%), seguindo-se a de má (24.9%). As opções extremas são as menos prevalentes.

No campo da medicação, verifica-se que a maior parte dos sujeitos é polimedicado (86.2%), toma ansiolíticos (59.7%) e não toma antidepressivos (52.5%).

**Tabela 4 – Caracterização de saúde da amostra: frequência absoluta e relativa (N=181).**

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
<b>Portador de alguma doença</b>		
Sim	132	72.9
Não	49	27.1
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>		
Sim	39	21.5
Não	142	78.5
<b>– Frequência de consumo de bebidas alcoólicas</b>		
refeição	36	92.3
diário	1	2.6
1 vez por semana	1	2.6
em festas	1	2.6
<b>Hábitos tabágicos</b>		
Sim	6	3.3
Não	175	96.7
<b>– Frequência do consumo tabágico</b>		
2 cigarros/dia	2	33.3
3 cigarros/dia	2	33.3
4 cigarros por dia	1	16.7
7 cigarros por dia	1	16.7
<b>Problemas de sono</b>		
Sim	100	55.2
Não	81	44.8
<b>Utilização de equipamento adaptativo</b>		
Sim	163	90.1
Não	18	9.9
<b>– Tipo de equipamento adaptativo</b>		

Óculos	63	38.7
Cadeira de rodas	54	33.1
Andarilho	36	22.1
Bengala	33	20.2
Canadianas	11	6.7
Aparelho auditivo	2	1.2
Muleta axilar	1	0.6
Apoio na mobília	1	0.6
<b>Percepção relativa à mobilidade/dependência</b>		
Muito boa	5	2.8
Boa	36	19.9
Razoável	82	45.3
Má	54	29.8
Muito má	4	2.2
<b>Percepção da saúde global</b>		
Muito boa	3	1.7
Boa	27	14.9
Razoável	102	56.4
Má	45	24.9
Muito má	4	2.2
<b>Nível de dependência</b>		
Dependência total	8	4.4
Dependência grave	43	23.8
Dependência moderada	54	29.8
Dependência ligeira	49	27.1
Independência	27	14.9
<b>Polimedicação</b>		
Sim	156	86.2
Não	25	13.8
<b>Medicação ansiolítica</b>		
Sim	108	59.7
Não	73	40.3
<b>Medicação antidepressiva</b>		
Sim	86	47.5
Não	95	52.5

Na Tabela 5 apresenta-se a média, o desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas. A média de idade dos sujeitos estudados foi de 81,7 anos, estando o intervalo de idades compreendido entre 65 e 96. Nesta variável verifica-se fraca dispersão ( $CV < 15\%$ ). No que se refere ao número de filhos, a média é de 2.7. Esta variável regista forte dispersão ( $CV > 30\%$ ), com um mínimo de 0 filhos e máximo de 12. O total do IGA tem forte dispersão ( $CV > 30\%$ ).

Quanto aos anos de institucionalização, na amostra estudada em média são 4.6 anos, contudo há uma grande dispersão, variando de 0.1 a 26 anos.

**Tabela 5 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.**

Variáveis	M	DP	CV	Min.	Máx.
Idade	81.7	8.38	10.3%	65	96
Nº de filhos	2.7	2.78	103.0%	0	12
Anos de institucionalização	4.6	4.36	94.8%	0.1	26
TOTAL IGA	5.6	5.75	102.7%	0.1	20

### 2.3.2. Nível de ansiedade da pessoa idosa (IGA)

A consistência interna do IGA foi verificada pelo recurso à estatística  $\alpha$ -Cronbach, que varia entre 0 e 1. “O alpha de Cronbach é um instrumento útil para a investigação da fiabilidade de uma medida, e por tal permite o estudo da precisão de um instrumento” (Maroco & Garcia-Marques, 2006, p.80). De acordo com a classificação de Pestana e Gageiro (2014, p.531), observa-se que o Inventário Geriátrico de Ansiedade possui muito boa consistência interna ( $\alpha_c=0.930$ ), validando as características obtidas pelo autor.

A Tabela 6 apresenta a frequência absoluta ( $n$ ) e relativa (%) de sujeitos em cada item do Inventário Geriátrico de Ansiedade.

Consta-se que em todos os itens, a maior parte das respostas estão na opção “discordo”, o que sugere baixos índices de ansiedade por parte da amostra de pessoas idosas do presente estudo.

A média da frequência relativa na opção de resposta discordo é de 72.2. Na opção concordo, é de 27.8. Portanto, uma maior prevalência de respostas na opção “discordo”.

As variáveis com frequências mais equilibradas são o IGA13 “penso que sou uma pessoa nervosa” e IGA8 “considero-me uma pessoa preocupada”. A variável IGA19 “deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado” foi a que reuniu maior consenso.

**Tabela 6 – Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do Inventário Geriátrico de Ansiedade.**

Itens	Discordo		Concordo	
	n	%	n	%
IGA1	125	69.1	56	30.9
IGA2	136	75.1	45	24.9
IGA3	117	64.6	64	35.4
IGA4	124	68.5	57	31.5
IGA5	133	73.5	48	26.5
IGA6	135	74.6	46	25.4
IGA7	125	69.1	56	30.9
IGA8	102	56.4	79	43.6
IGA9	142	78.5	39	21.5
IGA10	114	63.0	67	37.0
IGA11	124	68.5	57	31.5
IGA12	146	80.7	35	19.3



IGA13	91	50.3	90	49.7
IGA14	133	73.5	48	26.5
IGA15	123	68.0	58	32.0
IGA16	144	79.6	37	20.4
IGA17	161	89.0	20	11.0
IGA18	137	75.7	44	24.3
IGA19	165	91.2	16	8.8
IGA20	135	74.6	46	25.4

No trabalho de Ribeiro et al. (2011, p.745), os autores referem “The cut-off score of 8/9”, ou seja, pontuação superior a 8-9 pontos indiciam sintomas de ansiedade graves.

Considerando a pontuação 8, verifica-se que 33.7% dos idosos do presente estudo têm problemas graves de ansiedade, mas se considerarmos a pontuação 9, a percentagem desce para 29.3%.

Qualquer um destes valores é muito superior ao identificado nos antecedentes clínicos – Apêndice VI, cujos dados indicam que estão diagnosticados com perturbação de ansiedade 11,9% dos sujeitos que participaram no estudo. Estes resultados conduzem à questão: estarão as perturbações de ansiedade das pessoas idosas a ser subdiagnosticadas? Lembrar que, de acordo com Daniel et. al. (2015), no contexto institucional a avaliação da ansiedade pode ser subvalorizada pela presença de algum défice cognitivos e pela desvalorização dos sinais e sintomas pela pessoa idosa e equipa de saúde. A institucionalização e a pandemia também poderão ter impacto nos valores obtidos.

Obtiveram uma pontuação menos preocupante de ansiedade 66.3% dos idosos que contribuíram para o estudo, conforme tabela 7.

**Tabela 7 – Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes situações pontuais.**

Pontuação	n	%
≥ 8 pontos	61	33.7
≥ 9 pontos	53	29.3
≤ 7 pontos	120	66.3

### 2.3.3. Estudo comparativo e correlacional

A Tabela 8 apresenta a comparação entre mulheres vs homens quanto ao Inventário Geriátrico de Ansiedade. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças entre os sexos quanto aos índices de ansiedade ( $t=0.496$ ,  $p=0.621$ ), pelo que não rejeitar a hipótese nula da igualdade de médias ( $H_0: \mu_M = \mu_H$ ).

Assim, a amostra em estudo não corrobora os resultados obtidos por Machado et al. (2016, p.29), não há evidência de que os transtornos de ansiedade sejam mais prevalentes nas mulheres.

Contudo, em termos médios, uma vez que as duas amostras registam valor inferior a 8 pontos, tal indicia uma menor sintomatologia de ansiedade.

**Tabela 8 – Comparação da média entre mulheres vs homens quanto ao Inventário Geriátrico de Ansiedade.**

Sexo	M	DP	t	p
Mulheres	5.7	5.95	0.496	0.62
Homens	5.2	5.23		1

A Tabela 9 apresenta a comparação entre idosos que responderam “Sim” vs “Não” relativamente a um conjunto de variáveis. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “Opção pela institucionalização” ( $p=0.007$ ), “Receção de visitas” ( $p=0.028$ ), “Oportunidade de apresentar sugestões sobre atividades a realizar” ( $p=0.012$ ), “Possui alguma doença” ( $p=0.001$ ), “Utilização de equipamento adaptativo” ( $p=0.044$ ) e “Medicação ansiolítica” ( $p=0.017$ ). Nos três primeiros casos, devido à média mais elevada da opção “Não”, o que sugere serem situações preocupantes, nas três variáveis seguintes, decorrente da média mais elevada da opção “Sim”, o que também é revelador de alguma preocupação com a condição de saúde. Nas restantes variáveis existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ( $p>0.05$ ). No consumo de bebidas alcoólicas, as diferenças são marginalmente significativas ( $p<0.10$ ).

A maior ansiedade verificada entre as pessoas idosas que não escolheram a institucionalização e que não recebem visitas, pode ser explicada pelo facto de a institucionalização acarretar sofrimento com a separação dos familiares e alguns receios de

perda de liberdade e abandono pelos filhos (Guerra et al.,2019, p.295), o que parece ser minimizado com as visitas. Na amostra em estudo, 93.4% recebem visitas e os filhos são quem mais os visita (66%).

Não se confirma a hipótese de estudo 4 “o nível de ansiedade na pessoa idosa é menor naqueles que consomem medicamentos ansiolíticos”. Na amostra em estudo o nível de ansiedade parece ser maior naqueles que tomam medicação ansiolítica. Esta situação poderá estar relacionada com a dependência e tolerância aos ansiolíticos, á necessidade de estratégias de coping para lidar com as emoções ou ainda com o acumular de percepções ao longo da vida que encontram expressão em idade geriátrica.

**Tabela 9 – Comparação de médias relativas ao Inventário Geriátrico de Ansiedade segundo variáveis relacionadas com a vida na instituição e com aspetos clínicos, desvio padrão, teste t e valor de p).**

Variáveis	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
Opção pela institucionalização	4.4	4.82	<b>6.6</b>	6.30	- 2.728●	0.007*
Receção de visitas	5.3	5.57	<b>9.1</b>	7.31	-2.218	0.028*
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição	5.7	5.62	4.9	6.30	0.766	0.445
Oportunidade de apresentar sugestões sobre atividades a realizar	4.7	5.19	<b>7.1</b>	6.40	- 2.542●	0.012*
Oportunidade percebida para participar ativamente na vida da Instituição	4.9	4.74	6.4	6.82	- 1.657●	0.104
Possui alguma doença	<b>6.4</b>	5.97	3.4	4.49	3.580●	0.001*
Consumo de bebidas alcoólicas	7.0	6.11	5.2	5.60	1.772	0.078
Utilização de equipamento adaptativo	<b>5.8</b>	5.91	3.7	3.61	2.110●	0.044*
Polimedicação	5.5	5.77	6.1	5.74	0.483	0.630
Medicação ansiolítica	<b>6.4</b>	5.84	4.3	5.42	-2.407	0.017*
Medicação antidepressiva	6.1	6.21	5.1	5.29	-1.102	0.272
Problemas de sono	6.1	5.82	4.9	5.64	1.319	0.189

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

● correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 10 apresenta a comparação entre idosos com diferentes níveis de dependência (de acordo com a Escala de Katz), quanto à pontuação no Inventário Geriátrico de Ansiedade. A um nível de significância de 5%, pelo teste  $H$  Kruskal-Wallis, verifica-se que não existem diferenças entre os níveis de dependência dos idosos quanto aos índices de ansiedade ( $H=1.903, p=0.754$ ), pelo que não rejeitar a hipótese nula da igualdade de medianas ( $H_0: \tilde{\mu}_{DT} = \mu_{DG} = \tilde{\mu}_{DM} = \tilde{\mu}_{DL} = \tilde{\mu}_{Ind}$ ).

Considerando os resultados apresentados na tabela 10, não se confirma a hipótese 5 – “o nível de ansiedade na pessoa idosa aumenta com o nível de dependência”.

**Tabela 10 – Comparação entre diferentes níveis de dependência dos idosos quanto à pontuação no Inventário Geriátrico de Ansiedade.**

Classes	n	Mean Rank	H	p
Dependência total	8	71.25	1.903	0.754
Dependência grave	43	95.36		
Dependência moderada	54	88.45		
Dependência ligeira	49	90.19		
Independência	27	96.46		

A Tabela 11 apresenta a comparação de médias do Inventário Geriátrico de Ansiedade e a mobilidade dos idosos. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de mobilidade dos idosos quanto aos índices de ansiedade ( $F=4.498, p=0.012$ ), pelo que rejeitar a hipótese nula da igualdade de médias ( $H_0: \mu_{MB/B} = \mu_R = \mu_{M/MM}$ ). Pelo *post-hoc* de Games-Howell constata-se que existe diferença significativa entre as classificações “Razoável” vs “Má/Muito má” ( $p=0.017$ ), devido à média mais elevada (portanto, maior ansiedade) dos idosos com classificação “Má/Muito má”. A comparação entre idosos classificados com saúde “Razoável” vs “Muito boa/Boa” é não-significativa ( $p=0.828$ ), bem como entre os idosos com saúde “Muito boa/Boa” vs “Má/Muito má” ( $p=0.186$ ).

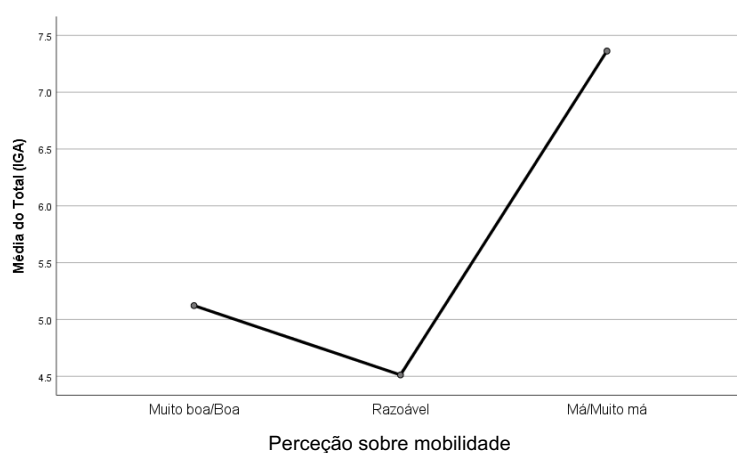
A percepção da pessoa idosa face à sua mobilidade parece influenciar o nível de ansiedade, verificando-se que, naqueles que a classificam em má/muito má, a ansiedade é mais preocupante. Embora a classificação da dependência de acordo com a Escala de Katz não evidencie a relação com o nível de ansiedade, a percepção da pessoa idosa face à sua mobilidade/dependência evidencia os estudos de Machado et al. (2016, 2021b) segundo os

quais os sintomas ansiosos estão mais fortemente associados com dependência, deficiência ou incapacidade física.

**Tabela 11 – Comparação de médias do Inventário Geriátrico de Ansiedade e a mobilidade dos idosos.**

Mobilidade	n	M	DP	Mín	Máx	F	p
Muito boa/Boa	41	5.1	5.82	0	20	4.498	0.012
Razoável	82	4.5	4.63	0	16		
Má/Muito má	58	7.4	6.73	0	20		

A Figura 1 apresenta graficamente a evolução das médias das três categorias de percepção da mobilidade.



**Figura 1 – Média do total do Inventário Geriátrico de Ansiedade, por percepção da mobilidade.**

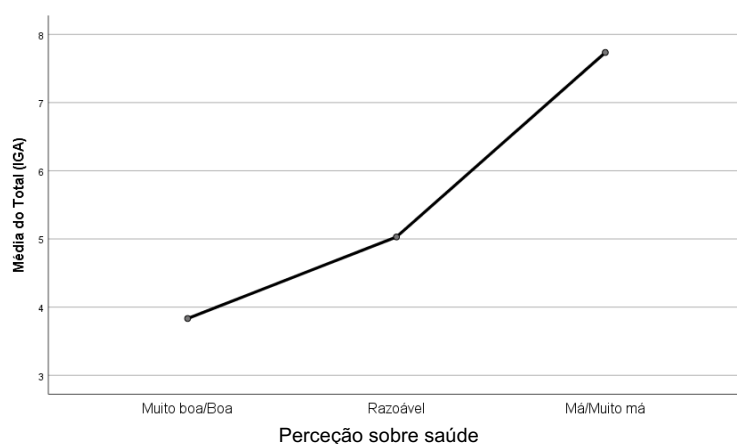
A Tabela 12 apresenta a comparação de médias do Inventário Geriátrico de Ansiedade segundo a percepção de saúde dos idosos. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas de diferenças entre as diferentes classificações de saúde dos idosos quanto aos índices de ansiedade ( $F=5.560$ ,  $p=0.005$ ), pelo que rejeitar a hipótese nula da igualdade de médias. Pelo *post-hoc* de Games-Howell constata-se que existe diferença significativa entre as classificações “Muito boa/Boa” vs “Má/Muito má” ( $p=0.016$ ) e “Razoável” vs “Má/Muito má” ( $p=0.035$ ), em ambos os casos, decorrente da média mais elevada (portanto, maior ansiedade) dos idosos com classificação “Má/Muito má”. A comparação entre idosos classificados com saúde “Razoável” vs “Muito boa/Boa” é não-significativa ( $p=0.542$ ).

Atendendo aos dados obtidos, a percepção da pessoa idosa face à sua saúde parece influenciar o nível de ansiedade, verificando-se que, naqueles que a classificam em má/muito má, a ansiedade é mais preocupante. A hipótese de estudo 6 “o nível de ansiedade da pessoa idosa é maior naqueles que classificam a sua saúde em níveis mais baixos” fica confirmada.

**Tabela 12– Comparação de médias do Inventário Geriátrico de Ansiedade segundo a percepção de saúde dos idosos.**

Percepção da Saúde	n	M	DP	Mín	Máx	F	p
Muito boa/Boa	30	3.8	5.50	0	19	5.560	0.005
Razoável	102	5.0	5.13	0	20		
Má/Muito má	49	7.7	6.56	0	20		

A Figura 2 apresenta graficamente a evolução das médias das três categorias de percepção da saúde em geral.



**Figura 2 – Média do total do Inventário Geriátrico de Ansiedade, por classificação da saúde em geral.**

A Tabela 13 apresenta um conjunto de correlações entre a pontuação total do Inventário Geriátrico de Ansiedade com variáveis nominais dicotômicas (correlação bisserial de pontos), ordinais (correlação de Spearman) e quantitativas (correlação de Pearson).

De uma forma geral, as correlações são de fraca ( $0.20 \leq r \leq 0.49$ ) e muito fraca ( $r \leq 0.19$ ) magnitude. Todavia, algumas correlações, sinalizadas com asterisco (\*), são estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ). De notar, ainda, que algumas correlações têm orientação negativa, o que significa que ao aumento da pontuação no Inventário Geriátrico de Ansiedade ocorre

uma diminuição do valor da outra variável, e vice-versa, ainda que com muito fraca magnitude.

Considerando os resultados obtidos, confirma-se a hipótese de estudo 7 – “o nível de ansiedade da pessoa idosa diminui nos níveis de escolaridade mais elevados”. Estes resultados podem ser evidenciados por 26,5% dos sujeitos serem analfabetos e 63% terem frequentado o 1º ciclo. Pode também justificar-se pela relação entre a baixa escolaridade e a baixa literacia em saúde.

A literatura científica evidencia o nível educacional mais baixo e baixa literacia em saúde como fatores de risco para a saúde mental na pessoa idosa (Portugal, 2019, p.61; Machado et al., 2021b, p.2), o que se confirma na amostra em estudo.

As crenças religiosas, a participação em atividades proporcionadas pela instituição e as alterações de sono não parecem ter relação com o nível de ansiedade da pessoa idosa, não se confirmando as hipóteses 8, 9 e 10 respetivamente.

**Tabela 13 – Matriz de correlações entre a pontuação total no Inventário Geriátrico de Ansiedade com variáveis nominais dicotómicas, ordinais e quantitativas.**

Total IGA vs ...	r	p
+ Correlação bisserial de pontos		
Sexo	-0.037	0.621
Crença religiosa	0.123	0.100
Opção pela institucionalização	0.197	0.008*
Visitas	0.164	0.028*
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição	-0.057	0.445
Oportunidade percebida para participar ativamente na vida da Instituição	0.128	0.086
Consumo de bebidas alcoólicas	-0.131	0.078
Hábitos tabágicos	-0.025	0.740
Problemas de sono	-0.098	0.189
Utilização de equipamento adaptativo	-0.107	0.153
Polimedicação	-0.036	0.630
Medicação ansiolítica	0.177	0.017*
Medicação antidepressiva	0.082	0.272
+ Correlação de Spearman		
Escolaridade	0.191	0.010*
Frequência das visitas	0.114	0.141
Mobilidade/dependência	0.125	0.094

Percepção global de saúde	0.223	0.002*
Nível de dependência	0.029	0.698
+ Correlação de Pearson		
Idade	-0.048	0.517
Nº de filhos	-0.071	0.341
Anos de institucionalização	-0.058	0.437

\* Correlação estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ )



#### **2.3.4. Limitações do estudo, sugestões para futuras investigações e implicações para a prática**

Durante a realização deste estudo ocorreram algumas limitações que não determinaram a sua concretização, mas a condicionaram. A primeira das limitações foi o tempo decorrido entre a submissão do pedido de parecer para realização de estudo à Comissão de Ética e a sua aprovação. Tal situação fez com que a colheita da dados tivesse início apenas em meados de julho de 2022.

O tempo de preenchimento do instrumento de colheita de dados foi outra limitação do estudo. O instrumento era composto por um questionário sociodemográfico e clínico e quatro escalas, uma vez que visou dar resposta a 4 trabalhos de investigação. Assim, tornou-se uma ferramenta demasiado extensa, demorando em média 20 minutos o seu preenchimento.

A extensão do instrumento, associada à necessidade das pessoas idosas em partilhar as suas experiências e contar as suas histórias a alguém desconhecido, condicionou a que o momento da recolha de dados fosse exaustivo, porém enriquecedor.

Nas pessoas com maior nível de dependência, o questionário foi aplicado no quarto ou no seu local de preferência. Os que reuniam condições, viram o instrumento ser aplicado em local reservado para o efeito. O entrevistador, em vários momentos assistiu na deambulação e transporte do entrevistado, estabelecendo momentos únicos de colaboração.

A baixa literacia dos sujeitos em estudo e a hipoacúsia de alguns deles, fez com que existisse a necessidade de repetir as questões e em alguns casos a tradução por outras palavras, constituindo também limitações do estudo. Ainda relativamente ao nível de literacia, seria importante a Universidade Sénior de Barcelos não restringir o acesso às pessoas institucionalizadas.

No processo de tratamento de dados, a tomada de decisão na utilização do SPSS foi uma dificuldade que culminou num caminho de aprendizagem. Outra limitação foi o tratamento das respostas às questões abertas, dada a diversidade de opções.

As questões que compõe o IGA são relativas à última semana. O estudo do percurso e acontecimentos de vida das pessoas idosas seria importante para estudar o impacto da ansiedade (e outras perturbações mentais) ao longo do ciclo vital. Tais constatações permitiriam analisar se o investimento numa Estratégia Nacional de Promoção de Saúde Mental ao longo do ciclo vital, rentabilizaria recursos e custos associados ao tratamento e controlo da doença mental, de forma a influenciar políticas de saúde. Sugere-se a criação de projetos de saúde mental para implementar na comunidade, nas escolas, nos locais de

trabalho e nas ERPI. Uma das estratégias poderá ser potenciar os recursos já existentes na comunidade, nomeadamente a Unidade Paul Adam Mackay que é uma unidade sócio ocupacional para adultos que tem como finalidade responder aos pedidos de ajuda e situações de vida angustiantes de pessoas portadoras de doença mental severa e seus cuidadores (Recovery, 2022). Esta resposta social aguarda integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, existindo potencial para articulação com as ERPI.

A nível municipal, o Grupo Operativo da Pessoa idosa (GOI) é um grupo de trabalho temático na rede social do município de Barcelos que tem desenvolvido atividades com este público-alvo. Embora esteja inserido no Conselho Local de Ação Social de Barcelos, cujo ACeS é parceiro, verifica-se que as iniciativas desenvolvidas ficam adstritas ao poder municipal não agregando com as juntas de freguesia que são mais próximas das populações. As parcerias (e sua reformulação) entre ACeS, instituições (dia, convívio, serviço de apoio domiciliário, ERPI) e poder local serão basilares para a obtenção de ganhos em saúde para as populações.

A ansiedade da pessoa idosa institucionalizada deve preocupar os setores social e saúde sobretudo no período pós pandemia. O modelo de Saúde Mental Positiva e o Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Teixeira, Sequeira e Lluch, 2020) deveria ser adotado pela DGS como um programa de saúde prioritário, desafiando à criação de projetos e atividades como os idosos nos seus contextos.

A população em estudo foram os idosos institucionalizados, contudo emerge a curiosidade quanto ao estado de saúde mental dos idosos não institucionalizados, nomeadamente dos que frequentam centros de convívio, centro de dia e os que estão no seu domicílio.

De acordo com o Jornal Barcelos Popular na sua edição de 2 de junho de 2022, 42.3% da população idosa de Barcelos reside só ou com outros idosos. Destaca ainda que mais de duas centenas vivem sozinhos e sem apoio familiar, estando sinalizados pela Guarda local. Urgem sinergias que garantam condições de segurança, saúde e qualidade de vida a estas pessoas. Sugere-se a criação de parcerias entre a Guarda Nacional Republicana, a USP e as Câmaras Municipais de Barcelos e Esposende no sentido de efetuarem o diagnóstico de situação face aos idosos que moram sozinhos e sem apoio familiar. Com base neste estudo sejam criados projetos comunitários, programas sociais e de voluntariado. Os serviços de apoio domiciliário (SAD) podem assumir nestes casos um papel preponderante.

A família, habitual suporte de cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas, com a mulher, principal cuidadora, a assumir outras funções sociais, nomeadamente no

mercado de trabalho. O apoio social á pessoa idosa e ao cuidador informal são formas de assistência no domicílio que evitam sobrecarregar a nova realidade das famílias.

Contudo, é necessário repensar a atuação dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a diminuir a vulnerabilidade física e psicológica da pessoa idosa. A visitação domiciliária assume particular relevo, destacando um plano de cuidados individualizado. Estas poderiam ser asseguradas pelas USF e USP, mas também por equipas das UCC, á semelhança com o que acontece na ECCI e passar a funcionar diariamente, aos fins de semana e período noturno para corresponder às necessidades dos idosos e famílias.

Outra sugestão é a criação de uma rede de cuidados domiciliários constituída por equipas multidisciplinares (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais) das equipas hospitalares e dos cuidados de saúde primários, num projeto comum e modelado às necessidades das pessoas no seu contexto. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária pode ser um promotor de um modelo de prestação de cuidados e contratualização de indicadores neste âmbito.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária neste âmbito é fomentado na implementação de projetos com os idosos, bem como na capacitação dos cuidadores com competências cognitivas (informação), instrumentais (saber-fazer) e pessoais (saber lidar com), em diferentes settings, a saber: as instituições, no domicílio, nas autarquias e juntas de freguesias.

A nível de governação clínica e de saúde, seria fundamental existir um Plano para o Envelhecimento (que parece estar entregue à área social quando deveriam ser criadas condições na área da Saúde) para acolher estas pessoas. A área social suporta vários custos com saúde, sendo muitos serviços geridos com os recursos mínimos. Ao nível das ERPI, verificou-se que estavam lotadas e nalguns casos existem idosos em lista de espera. Nestas instituições é fundamental repensar as dotações seguras de enfermeiros para que se consiga promover efetivamente a autonomia e assim o envelhecimento saudável, bem como pensar noutros modelos de prestação de serviços e cuidados, como por exemplo, criação de condições de cooperativas de jovens com condições de financiamento pelo menos similares às dadas às IPSS.

Qualquer profissão tem necessidade de desenvolver um conjunto de conhecimentos que sustente a sua prática. Ao longo da história da enfermagem e enquadrados num contexto temporal, social e cultural próprios, foram surgindo determinados conceitos, modelos e teorias, que não só influenciaram o aparecimento de novas teorias como também influenciam as práticas de cuidados e motivaram a investigação.

O modelo de promoção da saúde proposto por Nola J.Pender, em 1990, foi referencial neste estudo, considerando que o enfermeiro realiza as suas intervenções numa base sustentada em rigor e evidência científica, mas também por apontar a enfermagem como essencial na mudança de comportamento do sujeito em busca de um viver mais saudável.

A promoção da saúde mental constitui um fenómeno importante para as ciências da enfermagem que, apesar de não ter uma teoria definida, conta com alguns contributos teóricos. A importância de se construírem relações interpessoais com o sujeito a ser cuidado (Peplau), identificar o sujeito como um ser biopsicossocial (Pender) que passa por transições (Meleis) e que, para tanto, precisa de apoio para se adaptar e adotar comportamentos mais saudáveis (Roy), constituem contributos teóricos para a promoção da saúde mental aplicáveis a este estudo (Bittencourt et al., 2018, p.125).

**3. DE ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA: PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS**

### 3.1. ANÁLISE SOBRE O PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO CLÍNICO

O ACeS Cávado III Barcelos/Esposende foi o contexto clínico onde a mestranda teve oportunidade de desenvolver os estágios das Unidades Curriculares de Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária e o Estágio de Natureza Profissional. O estágio de Enfermagem de Saúde Pública decorreu de 27 de setembro de 2021 a 30 de novembro de 2021, na Unidade de Saúde Pública de Barcelos e no seu curso foi desenvolvido o estudo de investigação “Crescer com Diabetes *Mellitus* tipo 1 - Um processo de cocriação com a comunidade escolar para um caminho de inclusão”. O estágio de Enfermagem Comunitária decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Barcelos Norte, no período de 2 de dezembro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022, tendo sido desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “Crescer com Diabetes Mellitus tipo 1”.

O Estágio de Natureza Profissional, de caráter opcional, foi desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de Barcelos no período de 1 de março de 2022 a 31 de agosto de 2022 e culmina com o presente relatório e projeto de investigação.

O ENP visa, de acordo com o Regulamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, “complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos [1º ano], através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho” (IPVC, 2019).

A mestranda desenvolveu o estágio em conformidade com o protocolo estabelecido, respeitando os referenciais epistemológicos e profissionais inerentes à Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, as suas potencialidades/necessidades pessoais articuladas com o Projeto da Unidade Prestadora de Cuidados. Teve oportunidade de prestar/gerir cuidados no âmbito da Enfermagem Especializada, sustentados em evidência científica e com o previsto para uma formação de nível de mestrado de natureza profissional.

Para OE, “O estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, materializando o relatório apresentado, a síntese crítica da organização, estruturação e atividades que compuseram o processo formativo em causa” (OE, 2021, p.2). Assim, a mestranda pretende refletir e analisar o seu percurso formativo, demonstrando que possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das

peças e nos diferentes níveis de prevenção, de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo.

Para melhor clareza na apresentação, o conteúdo encontra-se estruturado de acordo com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, conforme Regulamento nº140/2019 que visa prover um “enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados”.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel primordial em todo o processo de Planeamento em Saúde e avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Dada a diversidade de problemas de saúde que uma comunidade enfrenta, este profissional especializado produz um planeamento em saúde mediante diferentes etapas, contribui para a capacitação da própria comunidade na obtenção dos objetivos traçados no Plano Nacional de Saúde e participa na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento nº 428/2018).

Surge o desafio atual à especialidade em Enfermagem Comunitária de reconhecimento pelo poder local e pelos colegas de profissão como tendo um mandato social diferente de outras especialidades. A afirmação destes especialistas na equipa multidisciplinar é de extrema importância.

Os padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015) constituem um referencial para a prática profissional e concomitantemente, guia de recolha de informação sobre evidências dessa mesma prática. A satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, planeamento em saúde e vigilância epidemiológica são pressupostos do planeamento à intervenção e permitem a melhoria dos cuidados prestados e a reflexão sobre o exercício profissional. Os padrões de qualidade são indissociáveis das competências do enfermeiro especialista.

No decurso do ENP, bem como nos estágios de Enfermagem de Saúde Pública e estágio de Enfermagem Comunitária, a mestranda teve a oportunidade de integrar programas,

projetos e atividades que permitiram alcançar os objetivos de aprendizagem/competências sobre as quais apresenta as suas reflexões.

### **3.2.1. Avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planejamento em Saúde**

O Planejamento em Saúde assume particular relevância devido à escassez de recursos, à importância da intervenção nas causas dos problemas e aos custos associados a intervenções mal planejadas, com a importância de priorizar para otimizar recursos e ser assim custo-efetivo (Imperatori e Giraldes, 1983; Melo, 2020). O planejamento em Saúde está intimamente relacionado com a organização de cuidados.

Na componente letiva a mestrandia teve oportunidade de adquirir conhecimentos teóricos sobre a metodologia de planejamento em saúde e sua aplicabilidade, tendo alguns dos seus trabalhos acadêmicos sido desenvolvidos com base nessa mesma metodologia. Contudo, foi nos estágios curriculares que a metodologia de planejamento em saúde se tornou pedra basilar.

No estágio de Saúde Pública foi sugerida a problemática da Diabetes *Mellitus* tipo 1 como necessidade de estudo, planejamento e intervenção. Para isso foi desenvolvido o estudo de investigação “Crescer com Diabetes *Mellitus* tipo 1 - Um processo de cocriação com a comunidade escolar para um caminho de inclusão”. Esse estudo objetivou avaliar o nível de conhecimentos sobre diabetes dos pais/encarregados de educação, docentes e não docentes dos Agrupamentos de Escolas da área de abrangência da USP que integravam crianças/jovens com essa patologia, bem como avaliar a sobrecarga dos pais/encarregados de educação. Esse estudo constituiu a primeira etapa do Planejamento em Saúde e permitiu diagnosticar necessidades, bem como determinar a prioridade de empoderar os docentes e não docentes dessas crianças/jovens. Relativamente às necessidades sentidas e expressas pelos participantes no estudo, nas questões abertas do questionário sociodemográfico, verificou-se que existiam algumas lacunas merecedoras de intervenção, nomeadamente: “como agir em caso de crise de hipoglicemia”, “que sintomas estar atenta” até temas mais específicos como “administração de insulina” ou “medicação SOS”.

As etapas fixação de objetivos, Seleção de estratégias, elaboração de projeto, execução e avaliação tiveram continuidade no Estágio de Enfermagem Comunitária, com o projeto



de intervenção comunitária “Crescer com Diabetes Mellitus tipo 1”. No plano de ação deste projeto foram contempladas 4 atividades que serão analisadas no próximo ponto - contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades. O sucesso da intervenção nesse estágio em muito se deveu ao adequado diagnóstico de necessidades, alicerçado na pesquisa de evidência científica. Tal facto, corrobora o papel fulcral do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária nas Unidades de Saúde Pública e Unidades de Cuidados na Comunidade.

No ENP foi efetuado um estudo de investigação para melhor conhecer o estado de saúde dos idosos institucionalizados em ERPI da área de abrangência da USP Barcelos/Esposende. A ansiedade foi tema de estudo da mestranda, bem como as relações com a componente sociodemográfica e contexto pandémico. A mestranda pretende, através dos resultados que obteve no estudo de investigação, apresentar o mapa de problemas e recursos e propor intervenções com vista a capacitar a comunidade para a problemática em estudo. Estas sugestões visam a continuidade e articulação das intervenções, eventualmente por alunos de Licenciatura ou Mestrado.

Ainda no ENP, o grupo de mestrandas contribuiu com um desenho de estudo que pretende diagnosticar os comportamentos de saúde dos adolescentes do parque escolar do ACeS. Tiveram oportunidade de apresentar o desenho em reunião de serviço, sendo as sugestões propostas passíveis de ser integradas na construção de um projeto na área da Saúde Mental que conta com profissionais de saúde de várias unidades funcionais do ACeS. Tiveram também a oportunidade de divulgar numa outra reunião de serviço, o trabalho desenvolvido nos dois primeiros estágios.

### **3.2.2. Contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

A capacitação de grupos e comunidades corresponde ao contributo para o aumento das habilidades das pessoas para “definir, avaliar, analisar e agir sobre a saúde” (Laverack, 2022, p.117).

No estágio de Enfermagem Comunitária foi desenvolvido um projeto de intervenção, para capacitar os docentes e não docentes das crianças/jovens com diabetes no que se refere à patologia e cuidados associados. De acordo com as necessidades identificadas, foram desenvolvidas as atividades: “Está nas nossas mãos”; “Agir agora”; ”Manipulação Medicamentosa” e “Envolver para incluir” que constam do plano de ação do projeto de

intervenção comunitária desse estágio. A atividade “Está nas nossas mãos” visou uniformizar a atuação dos docentes e não docentes, em caso de hipoglicemia grave, para isso foi elaborado o procedimento de atuação com os parceiros anteriormente identificados e solicitado parecer e homologação pelo Conselho Clínico do ACeS.

As atividades “Agir agora” e “Manipulação Medicamentosa” surgiram com o objetivo de contribuir para a gestão eficaz dos cuidados de saúde prestados em contexto escolar. Enquanto que a primeira consistiu numa apresentação em formato Powerpoint, a segunda corresponde a um vídeo com a técnica de administração de glucagon®. As atividades integraram uma sessão de formação que devido à situação pandémica teve que ser dinamizada à distância. Durante a sessão, os docentes e não docentes manifestaram interesse, satisfação e participação adequadas, tendo ocorrido momentos de partilha espontânea de conhecimentos e experiências. A avaliação da sessão pelos participantes, permitiu corroborar o sucesso e alcance das aprendizagens. As ferramentas utilizadas na avaliação foram o questionário de conhecimentos inicial, final e de avaliação da formação pelos formandos.

A atividade “Envolver para Incluir”, com o objetivo de contribuir para a promoção de um contexto escolar inclusivo das crianças/jovens com Diabetes *Mellitus* tipo 1, consistiu na elaboração de um poster com os resultados obtidos no trabalho de investigação realizado na USP Barcelos e no projeto de intervenção comunitária implementado na UCC Barcelos Norte. Os objetivos desta atividade foram parcialmente atingidos pois pretendia-se divulgar o poster em reunião com os diretores dos agrupamentos de escolas para promover a reflexão e a procura de uma comunidade inclusiva, conseguida através da co construção de modelos de abordagem e implementação de medidas promotoras de ambientes saudáveis.

Este projeto de intervenção comunitária desenvolvido na UCC Barcelos Norte reforçou a escola como setting prioritário e privilegiado de intervenção na geração mais jovem, e ainda fortalecer as relações entre a comunidade escolar e os profissionais de saúde. O trabalho desenvolvido corroborou o papel do enfermeiro especialista em Comunitária como elemento articulador e de compromisso com os parceiros.

No ENP desenvolvido na USP a mestranda teve a oportunidade e o desafio de planear uma sessão de educação para a saúde dirigida a um grupo de pessoas refugiadas árabes em situação de acolhimento numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) com a temática da saúde Oral.

A sessão foi planeada com base numa revisão de literatura, relativa à temática. Foi possível efetuar o contato prévio e presencial junto do grupo-alvo, para conhecimento e para que se pudesse proceder às respetivas apresentações. A barreira linguística foi ultrapassada com a ajuda de uma tradutora de línguas (portuguesa e árabe) que traduziu toda a informação fornecida aos participantes, escrita e oral, inclusive durante a sessão presencial. Na sessão foram utilizados recursos pedagógicos diversificados e adaptados ao grupo-alvo. Predominaram as demonstrações e treino com recurso ao modelo anatómico gentilmente cedido pela UCC Barcelinhos. Foi ainda desenvolvido o jogo dos cartões que visou identificar os alimentos cariogénicos, mas também assimilar os conhecimentos sobre alimentação saudável cuja formação precedeu esta. Durante a sessão, os participantes manifestaram interesse, satisfação e participação adequadas, tendo ocorrido momentos de partilha de experiências e dúvidas. O sucesso da intervenção foi reforçado pelos resultados obtidos da aplicação do questionário de conhecimentos inicial e final. Este instrumento, bem como a observação e partilha pelos intervenientes denotaram a satisfação dos destinatários. A intervenção nos grupos de refugiados é uma emergência de Saúde Pública que requer uma resposta articulada e multisectorial. O enfermeiro especialista assume particular relevo na equipa e na intervenção em *settings* e grupos vulneráveis. Urge integrar nestas equipas mediadores culturais como agentes facilitadores.

### **3.2.3. Integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um instrumento de governação em saúde que traça o rumo estratégico, orienta e facilita a construção de um compromisso social para a obtenção da melhoria do estado de saúde da população no quadro da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Portugal, 2022).

O Plano Local de Saúde (PLS) é um instrumento ímpar de implementação do PNS, de alinhamento com os objetivos nacionais e regionais e, como tal, deve também traçar estratégias e intervenções específicas e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em saúde da comunidade que serve. (Portugal, 2016). O Plano de Atividades da USP do ACeS Barcelos/Esposende encontra-se estruturado em quatro áreas funcionais, cada uma delas com programas/projetos com equipa e gestor atribuídos. A área funcional

do Planejamento e Administração em Saúde integra o Observatório de Saúde de Barcelos e Esposende, o Plano Local de Saúde e o programa de Comunicação e Informação em Saúde. Todos eles apresentam um médico especialista em Saúde Pública nomeado como gestor. A área funcional de saúde Ambiental tem como gestores técnicos de saúde ambiental. Na Vigilância Epidemiológica e na Promoção e Proteção da Saúde existem programas que contam com enfermeiros especialistas como gestores.

A integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS é também competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

A mestranda teve oportunidade de integrar os vários programas, dispostos em projetos e atividades, de acordo com o plano de atividades em vigor da USP Barcelos. Para tal, em articulação com a tutora foram calendarizadas e priorizadas as atividades a integrar, para melhor organização das intervenções e aprendizagens individuais. Consideraram-se as atividades com enfermeiro especialista na equipa e nalguns casos como gestor.

Destaca-se o Programa de Vigilância das Condições de Instalação e Funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social no qual se insere o trabalho de investigação produzido. Salientar que este programa da USP foi revisto para integrar a Saúde e o enfermeiro especialista em Comunitária, revelando a importância que este assume na equipa multidisciplinar.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) também merece particular relevo no que respeita ao desenvolvimento de competências. O projeto de investigação e o projeto de intervenção desenvolvidos nos estágios das Unidade Curriculares de Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária estavam integrados neste programa, bem como o desenho de estudo relativo ao estado de saúde mental e comportamentos das crianças e adolescentes apresentado neste ENP. O Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) e o Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) têm a sua aplicação em contexto escolar através de projetos e atividades das UCC. A mestranda teve oportunidade de reunir com as gestoras destes programas e melhor conhecer a intervenção do enfermeiro especialista. Integrou ainda algumas atividades da UCC Barcelinhos, nomeadamente Suporte Básico de Vida dirigido aos alunos do 9º ano e Mindfulness para docentes e não docentes. A mestranda desempenha funções de técnica especializada no ensino secundário. Pretende maturar as competências adquiridas na formação no seu exercício profissional.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) 2021-2025 visa promover a saúde oral da população ao longo da vida através da progressiva capacitação da população em matéria de literacia e promoção da saúde. (Portugal, 2021, p.9). Cumpre aos profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro especialista, o contributo nesse processo de literacia e promoção da saúde oral. O acesso gratuito às consultas de medicina dentária é garantido através de documento de referência ou cheque-dentista, disponível para crianças/jovens até aos 18 anos, grávidas e grupos vulneráveis, ficando grande parte da população adulta e idosa excluída desse benefício de gratuitidade. Atendendo ao investimento que representam as consultas e respetivos tratamentos, é urgente construir parcerias com os municípios para o desenvolvimento de iniciativas e projetos promotores da saúde oral e de reabilitação da saúde oral. O enfermeiro especialista nas USP pode ser um forte dinamizador de parcerias e alinhar com o plano local de saúde.

Existem vários projetos relativos à saúde oral para crianças/jovens em dinamização pelas unidades funcionais do ACeS. A mestranda teve a possibilidade de desenvolver uma iniciativa neste âmbito do PNPSO através da capacitação de um grupo de refugiados, mencionado no ponto anterior.

Com a pandemia, a escovagem dos dentes e aplicação do bochecho fluoretado em contexto escolar ficaram suspensas. Com o alívio das medidas do plano de contingência, as UCC recomendaram a retoma dessas atividades que foi recebida com alguma apreensão pelos docentes. Tal facto foi comunicado à USP no sentido de se pronunciar sobre a retoma e emitir um comunicado formal para as instituições de ensino, o que denota a função agregadora e a resposta articulada que se pretende da USP.

Na USP Barcelos/Esposende, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral tem como gestora uma enfermeira especialista em Comunitária, como tal foi de extrema importância integrar as atividades desenvolvidas neste âmbito. Destaca-se o papel da gestora do programa na vigilância da atribuição e utilização dos cheques-dentista e referência.

O Programa Nacional de Vacinação e o Programa Contra a Gripe Sazonal têm também enfermeiros especialistas como gestores, pelo que a mestranda teve a oportunidade de contactar a realidade de intervenção nestes programas. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) tem como objetivo “proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação” (Portugal, 2020, p.17). Os

ACeS colaboram com a DGS na governação do PNV. Na USP a monitorização da cobertura vacinal e o envio dos resultados apurados a cada unidade funcional são efetuados trimestralmente. A gripe é uma doença sazonal e no sentido de impedir epidemia surge o Programa de Vacinação contra a Gripe sazonal para grupos de risco (idosos, profissionais de saúde, utentes de ERPI e RNCCI). Nos ACeS, nos últimos anos (coincidentes com a pandemia por Covid-19) registou-se uma adesão nos maiores de 65 anos superior a 80%, contrariamente aos cerca de 60% habitualmente registados. Tal facto pode dever-se à organização do processo de vacinação em massa nos centros de vacinação, mas também ao aumento da literacia em saúde face à emergência de Saúde Pública gerada pela pandemia. O registo da administração das vacinas é efetuado online na plataforma VACINAS, disponível em todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para profissionais de saúde com credenciais para utilização da aplicação. A mestranda, no exercício de funções de enfermagem do trabalho em instituições privadas viu o acesso à aplicação negado. Considera assim, que as empresas autorizadas pela DGS para a prestação de serviços internos e externos de Saúde Ocupacional deveriam aceder à plataforma e registar, constituindo-se a informação da adesão um dado de vigilância mais efetivo com contributos para a investigação e ganhos em saúde.

No início do ENP, era foco de interesse da mestranda integrar as atividades do Programa Local de Saúde Ocupacional (PLSO), dado o seu exercício de funções na área da Saúde Ocupacional. Tal não foi possível devido a situação de doença do enfermeiro que integra a equipa. Na USP, este é um programa da área funcional da saúde ambiental. A mestranda considera que este programa tem especial enfoque na realização de auditorias e considera que o mesmo beneficiaria com reestruturação se nele fosse objetivada a promoção de locais de trabalho saudáveis em alinhamento com os objetivos de desenvolvimento sustentável. A Enfermagem do Trabalho articula e cria a simbiose perfeita com a Enfermagem de Comunitária nas sete categorias de enunciados descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica. Considera também essa simbiose para as competências específicas do enfermeiro especialista. Uma vez que é detentora de pós-graduação em Segurança do Trabalho e é habilitada pela Direção Geral da Saúde para o exercício de Enfermagem do Trabalho, com competência acrescida diferenciada atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, pretende consolidar essas competências no seu exercício profissional diário.

Pretende desenvolver no seu local de trabalho um projeto de gestão de riscos psicossociais e promoção de saúde mental positiva.

O Plano de Atividades da USP encontra-se estruturado em áreas funcionais, cada uma delas com programas/projetos com equipa e gestor atribuídos. O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária integra a equipa de vários programas/projetos do plano de atividades da USP do ACeS Barcelos/Esposende, contudo na Comunicação e Informação em Saúde e na maioria dos projetos da área funcional Saúde Ambiental não está definido o seu envolvimento.

A Comunicação e Informação em Saúde é um programa da USP Barcelos/Esposende que pretende contribuir para aumentar a literacia da população servida pelo ACeS e seus profissionais. Neste âmbito, as mestrandas a realizar ENP redigiram 2 artigos a divulgar no Jornal de Esposende “Diabetes Mellitus tipo 1 em meio escolar” e “Envelhecimento Saudável”. O tema do primeiro surgiu na continuidade dos Projetos de Investigação e Intervenção desenvolvidos nos estágios anteriores, já o segundo respeita ao grupo-alvo do Projetos de Investigação relativos ao ENP. Posto isto, e dada a intervenção das mestrandas, reforça-se que a competência específica do especialista em Enfermagem Comunitária de capacitação de grupos e comunidades, torna-o um elemento ímpar e a considerar nas atividades de Comunicação e Informação em Saúde.

No que se refere à área funcional Saúde Ambiental, o Programa de Vigilância de Água para Consumo Humano e o Projeto Sal na sopa beneficiariam com as competências específicas e contributos do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, sobretudo no âmbito da capacitação e investigação.

#### **3.2.4. Realização e cooperação de vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença (Regulamento nº428/2018).

A Monitorização da Obesidade Juvenil (MOJ) é uma intervenção do âmbito do enfermeiro especialista na USP. A mestranda integrou esta atividade de monitorização através da utilização da plataforma de Informação Clínico (SCLínico – Perfil enfermeiro). De acordo com o PNS extensão a 2020 (p.11) os indicadores relativos à obesidade infantil em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso são muito difíceis de

monitorizar, bem como projetar. Contudo, estabelece como meta controlar a incidência e prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020. Na USP de Barcelos esta monitorização é efetuada aos 6 anos e os últimos dados recolhidos são preocupantes e indicam que 27% das crianças nesta faixa etária apresentam obesidade ou excesso de peso. Estes dados podem ser ainda mais preocupantes, considerando que são relativos ao período pré-pandemia. Torna-se importante planear intervenções dirigidas a estas faixas etárias e encarregados de educação, bem como promoção do exercício físico. Auditar as máquinas de vending no espaço escolar é importante, mas regular a oferta alimentar peri-escolar é fulcral e isso envolve articulação com o poder local. Urge repensar a aplicabilidade do Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) e seus domínios. Cada vez mais os programas devem ser adaptados às reais necessidades das pessoas e à sua capacitação, pelo que devem estar em permanente atualização. O enfermeiro especialista em Comunitária poderá destacar-se pelas suas competências tanto na articulação com o poder local, quanto na identificação de necessidades de intervenção, implementação e avaliação do impacto.

Ainda no que se refere à participação na Vigilância Epidemiológica, a mestranda reuniu com os gestores do Programa de Vacinação Contra a Gripe Sazonal, Programa de Tuberculose e Doenças de Notificação Obrigatória (DNO) e teve oportunidade de observar a monitorização/registo na plataforma do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Considerando que grande parte dos indicadores que contribuem para a vigilância epidemiológica são produzidos pelos enfermeiros e médicos de família, a mestranda considera fundamental que as USF percebam o impacto das suas intervenções em saúde pública. A vigilância epidemiológica será tanto mais efetiva quanto maior for a robustez dos registos clínicos. Destaca-se assim a importância dos sistemas de informação, nomeadamente o SClínico que necessita de investimento e melhoria dos diagnósticos e intervenções na comunidade. A parametrização dos registos, a qualidade e robustez dos mesmos e avaliação de desempenho dos profissionais fornecerão contributos fundamentais à vigilância epidemiológica à investigação, à definição adequada de indicadores e à contratualização, com ganhos em saúde para a comunidade.

A USP é por excelência o Observatório Local de Saúde e possui as competências técnicas na área do planeamento, sendo responsável pela coordenação técnica do Plano Local de Saúde. Conhecer o estado de saúde da população da área que abrange e implementar o



PLS são objetivos do Observatório Local de Saúde da USP Barcelos. Aqui destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Comunitária com a competência de avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde. Em 4/5/2022, a mestrandia teve oportunidade de participar na reunião do Observatório Local de Saúde 2022-2024. Nesta reunião foi planeada a reativação do grupo de trabalho devido à estabilização do período pandémico. A presença nesta reunião permitiu refletir sobre a importância de conhecer o contexto e as necessidades de saúde das populações, bem como das oportunidades e potencialidades dos parceiros em articulação com o poder local. A título de exemplo, na autarquia de Barcelos, os problemas com a rede pública de água e saneamento são sobejamente conhecidos. A parceria com a USP poderá ser um elemento facilitador na resolução de alguns problemas, nomeadamente através da sensibilização para a realização de análises periódicas à qualidade da água de poços familiares ou através da promoção de parcerias à investigação da qualidade da água de consumo humano.

Destaca ainda a importância do trabalho em equipa e articulação dos projetos e atividades em curso, com potencial para a criação de sinergias em saúde. Os descritores e perfil de competências do enfermeiro especialista coadunam-se no papel deste profissional na equipa do Observatório Local de Saúde.

### 3.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de Enfermagem são cada vez mais exigentes do ponto de vista técnico e científico. Neste sentido, a diferenciação e especialização assumem particular importância para o enfermeiro e para a Enfermagem.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, sendo-lhe atribuído o título numa das especialidades em enfermagem previstas no Estatuto da OE.

O enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem. As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se, desde 2011, publicadas em Diário da República e resultam do aprofundamento das referentes ao enfermeiro de cuidados gerais. Entende-se por competências comuns “as

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº140/2019).

As competências comuns assentam em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências abrangem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação relevante e pertinente, que permita a melhoria contínua dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

### **3.3.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

“O enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento nº 140/2019).

No que respeita às normas legais destacam-se os Regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018, respetivamente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº348/2015) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) é a pedra basilar para a prática da profissão onde estão expressos os deveres e responsabilidades dos enfermeiros para com os direitos da pessoa e comunidade. É uma área do conhecimento que define um conjunto de normas com base nos processos do moral e do direito, elucidando as boas práticas da profissão de enfermagem (OE, 2005).

Conforme o art.º 78 do CDE (2005, p. 61) “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” e englobam dois tipos de ações: autónomas e interdependentes. Em ambas as intervenções o enfermeiro tem conhecimento técnico-científico para decidir autonomamente a implementação das referidas intervenções mediante os riscos/benefícios em defesa do melhor interesse e segurança do utente ou comunidade.

O enfermeiro especialista, garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos conforme Declaração Universal dos Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais. Na prossecução desses objetivos assimila os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Lei nº 15/2014), nomeadamente: direito de escolha, consentimento ou recusa, adequação da prestação dos serviços de saúde, dados pessoais e proteção de vida privada, sigilo, direito à informação e segunda opinião, assistência espiritual e religiosa, direito ao acompanhamento e direitos dos menores e incapazes. A pandemia por Covid-19 colocou alguns destes direitos em causa, levanto a dilemas éticos e legais pelos enfermeiros, sobretudo no acesso aos serviços de saúde e impossibilidade de permanência de acompanhantes e visitas, comprometendo o direito de escolha e a autodeterminação.

Assistimos hoje a novos desafios aos Direitos Humanos relacionados com populações vulneráveis e migrantes, com valores próprios, crenças espirituais e práticas específicas. Urge a implementação de projetos que integrem estes grupos na sociedade de forma a que os seus direitos não sejam marginalizados.

Atuar com responsabilidade pelos cuidados prestados implica um desempenho seguro e com consciência, assente numa prática baseada na evidência e que permite uma tomada de decisão fundamentada. A teoria Nudge, associada ao marketing social em saúde e coping comunitário é disso exemplo. Embora este seja um modelo interessante em promoção da saúde e capacitação, a forma como é aplicado às pessoas pode levantar reservas éticas, emergindo a reflexão pelo enfermeiro especialista sobretudo em enfermagem comunitária.

O enfermeiro no exercício da sua profissão é parte integrante de uma equipa multidisciplinar pois “a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional” (Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos, 2005 p. 154). Contudo frequentemente surgem dúvidas sobre o campo de atuação de cada profissional dado que os limites de competência podem ser “ (...) em determinadas circunstâncias, ténues, havendo territórios “cinzentos” em que não está assim tão claro a quem compete fazer o quê (...) ” (OE, 2005, p. 155). Imerge nesses casos a capacidade de tomada de decisão para decidir e intervir quem se encontra melhor preparado face à situação, sendo o grande objetivo o melhor interesse do utente e comunidade. O enfermeiro especialista deve ter desenvolvida a capacidade de tomada de decisão, liderando esse processo na sua área de especialidade e solicitando sempre que necessária,

a colaboração de outras especialidades de enfermagem. Tal capacidade assume particular relevância nas reuniões da equipa multidisciplinar e com os parceiros comunitários.

É relevante ainda referir que uma profissão isolada não consegue estabelecer cuidados em todas as suas dimensões, pois é num contexto de multidisciplinariedade e reflexão que se atingem finalidades comuns. Trabalhar em equipa é mais que a soma de cada elemento, é incorporar o melhor que cada um tem, é reconhecer o conhecimento individual e direcioná-lo para o bem comum. No fundo, é esse o desafio dos gestores de programas/projetos nas USP, integrar/acolher profissionais de áreas e especialidades distintas e liderar os processos, ajudando a que o projeto/programa tenha sucesso. Privilegiem-se assim as relações hierárquicas horizontais em detrimento das verticais.

### **3.3.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

A última reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal teve início formal em 2005. Antecederam-na a construção do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para toda a população, com uma rede de Centros de Saúde e hospitais por todo o território, e a estruturação das carreiras profissionais no Estado. No entanto, quis-se mais, mais qualidade com maior acessibilidade, melhores cuidados, uma participação ativa e uma maior satisfação de todos. Estudaram-se então os sistemas de saúde de outros países e literatura científica e construiu-se o modelo de reforma do qual resultou a criação e estruturação dos ACeS (Decreto-Lei nº28/2008) e se apostou na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde pela melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos (Biscaia & Heleno, 2016).

A Governação clínica e de saúde é uma função central orientadora da atividade do ACeS e das suas Unidades Funcionais, para que se promovam elevados padrões de adequação, segurança e efetividade na prestação de serviços de saúde, bem como na melhoria contínua da sua qualidade (Firmino-Machado et al., 2017).

O Plano Local de Saúde é um instrumento essencial de governação em Saúde a nível do ACeS, pelo que é de extrema importância o envolvimento do enfermeiro especialista na sua co-construção e avaliação. Estes planos apresentam ainda uma visão centrada na doença e na prevenção da mesma. Urge incorporar nestes planos uma visão centrada nas pessoas através da avaliação e intervenção nas suas necessidades, liberdade de escolha (literacia em saúde e capacitação) e satisfação, garantindo a adequação dos cuidados. O

enfermeiro especialista em Comunitária tem competências fulcrais neste âmbito devendo também por isso ser envolvido no processo de contratualização através da sugestão de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.

Considerando como ponto de partida a segurança, é fundamental que sejam cumpridas as dotações seguras para a prática de cuidados. Contudo, estas devem ser ajustadas às especificidades da avaliação comunitária e não apenas à população abrangida. É desafio do enfermeiro especialista integrar esta visão, articulando com o poder local e influenciando políticas.

A melhoria contínua dos processos através do planeamento, criação de procedimentos, definição clara de objetivos/metas e incentivos para as equipas e gestão de não conformidades e auditorias em muito contribuirá para fomentar a qualidade com ganhos em saúde. A mestrandia considera que as UCC beneficiariam com enfermeiros especialistas em Comunitária no cargo de coordenadores, dadas as suas competências específicas. O enfermeiro especialista é o profissional que detém conhecimentos, capacidades e competências que as mobiliza e aplica com base na melhor evidência científica. Planear programas de melhoria contínua e qualidade compreende a identificação de oportunidades de melhoria, estabelecimento de prioridades, seleção de estratégias e implementação dos mesmos. A competência do enfermeiro especialista em Comunitária na avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde poderá ser um grande contributo com dividendos para a qualidade de cuidados e ganhos em saúde.

A reforma dos CSP em Portugal é um exemplo de mudança e inovação nas organizações que não partiu do caos, maus resultados ou ineficiência, mas de uma procura de excelência e de qualidade. Existem hoje em Portugal equipas de hospitalização domiciliária que se deslocam à comunidade. Seria importante repensar em dotar os ACeS de recursos (nomeadamente meios complementares de diagnóstico) e organizar equipas da comunidade para a prestação desse cuidado diferenciado, tal como outros países que já o fazem. Sugere-se que sejam apresentados projetos nesse âmbito pelas UCC, á semelhança com os existentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O reforço das redes formais e informais de suporte social também permitirão reformular a abordagem na comunidade.

Continuando com o exemplo da reforma dos CSP, estudaram-se boas práticas e reviu-se literatura servindo de molde à criação de uma estrutura adaptada à realidade portuguesa. Também nas organizações a partilha de boas práticas coadunada a uma forte liderança

poderá culminar com a excelência no exercício. São exemplos de boas práticas a existência de procedimentos documentados, a definição clara de funções, a partilha de experiências em grupo e a existência de manuais de acolhimento atualizados para profissionais e estudantes. As boas práticas são responsabilidade individual e coletiva.

Uma efetiva governação em saúde só se conseguirá com uma forte liderança na sua implementação, mas também com um robusto sistema de informação no qual é fundamental investir, de forma a integrar e contribuir para a investigação, inovação e desenvolvimento.

No percurso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, as Unidades Curriculares - Epidemiologia e Enfermagem de Saúde Pública e Inovação, Gestão e Supervisão Clínica - foram basilares para a aquisição e consolidação de conhecimentos no âmbito da melhoria contínua da qualidade. Contudo, foi em contexto clínico que se tornou mais premente que “o enfermeiro especialista deve desenvolver práticas de qualidade e melhoria contínua, garantindo um papel dinamizador de estratégias no âmbito da governação clínica” (Regulamento nº140/2019).

### **3.3.3. Competências do domínio da gestão de cuidados**

Os sistemas que apresentam um financiamento estável, processos sólidos com previsão dos riscos, uma gestão eficaz, conhecimento dos pontos fortes e fracos da organização, noção dos custos dos cuidados de saúde e recursos humanos qualificados são organizações resilientes pois conseguem concretizar um planeamento a longo prazo, com o uso adequado dos fundos e promover a motivação e qualidade dos seus funcionários. (Bruxelas, 2014). O desenvolvimento de competências de resiliência, tanto das pessoas e comunidades, quanto dos profissionais de saúde e organizações são indispensáveis à gestão de cuidados sobretudo na procura da qualidade que é um caminho em construção. Através do diagnóstico, intervenção e avaliação, o enfermeiro especialista poderá contribuir para a promoção da melhoria organizacional.

Atualmente emergem no setor da saúde frequentes e rápidas transformações científicas e tecnológicas, constituindo verdadeiros desafios à gestão das organizações. Exemplo disso são as emergências climáticas, o surgimento de novas doenças como a Covid-19, e o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde com a integração da telemedicina, teleconsultas e áreas do cidadão. Essas transformações impelem à adaptação e

equacionamento de recursos humanos, materiais, estruturais e organizacionais. As organizações de saúde estão em permanente desafio e com elas, as pessoas que lá trabalham sobretudo no que à gestão de cuidados se refere. A capacidade de priorização de intervenções e tomada de decisão fundamentadas na legislação, políticas e procedimentos são elementos essenciais e transformadores de desafios em oportunidades. No caso da pandemia por Covid-19, veio expor fragilidades do serviço nacional de saúde e seus recursos, mas também trilhar potencialidades. Se por um lado o sistema sob stress respondeu com ensino/formação à distância, vacinação em massa, teleconsulta, teletrabalho, por outro veio perpetrar que os serviços de saúde não podem apenas ser reativos, mas sobretudo preventivos e que é uma emergência de Saúde Pública investir nos CSP para não colapsar os serviços hospitalares. No período pós-pandémico será importante trabalhar as lacunas e os recursos entretanto surgidos, o que envolverá um grande desafio à resiliência na construção da inovação. As novas metodologias, proporcionadas por novos meios, permitirão aos serviços de saúde respostas cada vez mais adaptadas às necessidades dos clientes aos quais servem. Será importante inovar nas áreas da Saúde Mental, na avaliação dos consumos de álcool e outras drogas, na avaliação da dependência das crianças e adolescentes em relação aos computadores e videojogos e dos comportamentos auto-lesivos, na avaliação familiar, na identificação precoce dos problemas e recursos das famílias (financeiros, profissionais, pessoais), atentar aos índices de violência doméstica, analisar e reforçar redes de apoio, reforçar a preparação para a parentalidade, permitir a auto-gestão das doenças crónicas. A Saúde Comunitária também terá que estar cada vez mais acessível e desenvolver respostas mais integradoras, multidisciplinares e multissetoriais, através do estabelecimento de parcerias, nomeadamente com o poder local. Quanto ao processo de priorização de intervenções e tomada de decisão deve centrar-se nas necessidades das pessoas e contextos e suas potencialidades.

O Enfermeiro Especialista poderá assumir um papel preponderante e de liderança na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade. Urge quebrar o estigma e o preconceito em relação aos enfermeiros em cargos de topo. É disso exemplo o facto de o cargo de coordenador de USF não estar acessível aos enfermeiros.

A capacidade de tomada de decisão e negociação, alicerçados à evidência científica certamente culminarão numa adequada e inovadora gestão de recursos.

### **3.3.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

A capacidade de autoconhecimento é central na prática de enfermagem. O conhecimento de si mesmo e da sua capacidade de relação com o outro relevam a prática de enfermagem no âmbito das relações interpessoais sejam elas com o utente, família, comunidade ou equipa multidisciplinar. O autoconhecimento conduz indubitavelmente a mudanças sobretudo no autocontrolo e autogestão das emoções, tão importantes nas relações interpessoais, sobretudo em situações de pressão e conflito. Neste processo individual de autoajuda o enfermeiro busca também estratégias para ajudar os outros e desenvolve capacidades de antecipação. É disso exemplo a procura de cursos de formação em autoconhecimento e Mindfulness, no qual a mestranda teve possibilidade de participar. Nessa formação os profissionais que a frequentam treinam competências para poderem aplicar com os seus alunos. Tal atividade permitiu refletir sobre a importância do autoconhecimento na relação com os outros, cruciais à educação e à saúde.

Capacidades intrínsecas ou treinadas como a assertividade, coerência, gestão de conflitos e emoções contribuem para uma comunicação eficaz, sendo esta uma ferramenta indispensável e singular na enfermagem.

O enfermeiro especialista baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, para tal é fundamental a atualização e formação contínuas, de acordo com o seu âmbito de atuação, permitindo-lhe intervir como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Durante o ciclo de estudos do mestrado frequentou diversas formações, das quais destaca: Jornadas de Gestão Unidades de Saúde 2020/2021 (22/5/2021); III Congresso Nacional da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade em (17/3/2022 e 18/3/2022); II Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva (22/4/2022) e Congresso da OE (5/5/2022 a 7/5/2022). O grupo de mestrandas participou no Congresso da OE com a comunicação oral “Crescer com Diabetes Mellitus tipo 1: coconstrução de uma comunidade escolar mais inclusiva”. Salaria ainda a organização pela Coordenadora de Curso do mestrado do Webinar “A comunidade como cliente: transferibilidade do conhecimento para o contexto clínico” – conferencista Pedro Melo (11/5/2022) e o Webinar “Envelhecer Saudavelmente: novos sentidos, novas abordagens” (13/7/2022), bem como dos vários seminários.

A formação profissional é um direito e dever de todos os trabalhadores. De acordo com o Código do Trabalho (Lei n.º 93/2019), a entidade tem o dever de assegurar ao



trabalhador o direito individual à formação e o trabalhador tem o dever de participar, de modo diligente, nas ações de formação que lhe forem proporcionadas. Compete também ao especialista diagnosticar necessidades de formação no seu contexto de trabalho e, se habilitado para tal, ministrar essa formação ou estabelecer parcerias para a sua implementação e colaborar posteriormente nessa avaliação, contribuindo para o cumprimento legal e normativo. O enfermeiro, no caminho de aperfeiçoamento de conhecimentos e competências utiliza a autoformação como ferramenta de atualização científica. Constitui-se, pois um agente facilitador nos processos de aprendizagem potenciando-se como um elemento ativo no campo da investigação, sobretudo quando a dúvida, curiosidade ou necessidade leva à procura de informação. É disso exemplo o trabalho de investigação que se apresenta no primeiro capítulo.

**CONCLUSÕES**

A promoção do envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos setores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. Os serviços de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, têm o enorme desafio e responsabilidade de implementar e melhorar estratégias de intervenção comunitária, no sentido de mobilizar respostas que satisfaçam as necessidades específicas da população idosa (Portugal, 2006).

A promoção da saúde das pessoas idosas deve ser uma componente importante de qualquer estratégia de promoção da saúde da população ao longo do ciclo de vida, desenvolvendo não apenas a capacitação individual, mas também a capacitação da comunidade, de acordo com os princípios basilares da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde dirigidas aos mais idosos ganham especial relevância devido ao envelhecimento acelerado da população portuguesa, tornando a promoção da saúde mental necessariamente uma componente crucial dessas ações (Portugal, 2019, p.63).

O enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, competindo-lhe atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos, bem como, identificar lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Compete-lhe ainda investigar e colaborar em estudos de investigação, interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; discutir as implicações da investigação e contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento nº 140/2019).

O estudo de investigação desenvolvido teve como participantes pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área de abrangência da USP Barcelos, num total de 181. Os resultados obtidos evidenciam que o nível de ansiedade na pessoa idosa é maior naqueles que não escolheram a institucionalização e menor naqueles que recebem visitas. A institucionalização acarreta sofrimento com a separação dos familiares e alguns receios de perda de liberdade e abandono pelos filhos (Guerra et al.,2019, p.295), o que parece ser minimizado com as visitas. O nível de ansiedade parece ser maior naqueles que tomam medicação ansiolítica. Esta situação poderá estar relacionada com a dependência e tolerância aos ansiolíticos, á necessidade de estratégias de coping para lidar com as emoções ou ainda com o acumular de percepções ao longo da vida que encontram expressão em idade geriátrica.

O estudo do percurso e acontecimentos de vida das pessoas idosas seria importante para estudar o impacto da ansiedade (e outras perturbações mentais) ao longo do ciclo vital.

A literatura científica evidencia o nível educacional mais baixo e baixa literacia em saúde como fatores de risco para a saúde mental na pessoa idosa (Portugal, 2019, p.61; Machado et al., 2021b, p.2), o que se confirma na amostra em estudo.

A perceção da pessoa idosa face à sua mobilidade parece influenciar o nível de ansiedade, verificando-se que, naqueles que a classificam em má/muito má, a ansiedade é mais preocupante. Embora a classificação da dependência de acordo com a Escala de Katz não evidencie a relação com o nível de ansiedade, a perceção da pessoa idosa face à sua mobilidade/dependência evidencia os estudos de Machado et al. (2016, 2021b) segundo os quais os sintomas ansiosos estão mais fortemente associados com dependência, deficiência ou incapacidade física.

A perceção da pessoa idosa face à sua saúde parece influenciar o nível de ansiedade, verificando-se que, naqueles que a classificam em má/muito má, a ansiedade é mais preocupante.

A população em estudo foram os idosos institucionalizados, contudo emerge a curiosidade quando ao estado de saúde mental dos idosos não institucionalizados, nomeadamente dos que frequentam centros de convívio, centro de dia e os que estão no seu domicílio.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve ser fomentado na implementação de projetos dirigidos aos idosos, seja nas instituições, no seu domicílio, bem como na capacitação dos cuidadores com competências cognitivas (informação), instrumentais (saber-fazer) e pessoais (saber lidar com).

As parcerias (e sua reformulação) entre ACeS, instituições (dia, convívio, SAD, ERPI) e poder local serão basilares para a obtenção de ganhos em saúde para as populações.

A nível de governação clínica e de saúde, sugere-se a construção de um Plano para o Envelhecimento e intervenção com a pessoa idosa com indicadores contratualizados e uma rede de cuidados domiciliares associada que respondam às necessidades das pessoas idosas e famílias.

Urgem sinergias que garantam condições de segurança, saúde e qualidade de vida a estas pessoas.

Reforça-se o papel do enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária, como profissional de saúde próximo do indivíduo e da comunidade, com a responsabilidade de (re)pensar e intervir no envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo vital. As suas competências comuns e específicas permitem avaliar o estado de saúde da população idosa

com base na metodologia do Planejamento em Saúde, com enfoque no diagnóstico de necessidades, constituindo-se elemento ativo no campo da investigação e intervenção comunitária, sustentadas em evidência científica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, M. (2021). Envelhecimento e pandemia: Vivências e evidências da intervenção em contexto institucional. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021abreu>.
- Almeida, M. L.F., Tavares, J. P. & A., Ferreira, J.S.S. (Coord.). (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da saúde: Enfermagem (UICISA:E/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barcelos Popular (2022). Semanário Regional, Democrático e independente - Idosos Abandonados. III Série, nº1177 (2022-06-02).
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 701–711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>.
- Bruxelas. Comissão das Comunidades Europeias. (2005) – *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Comissão das Comunidades Europeias.
- Bruxelas. Comissão Europeia. (2014) – *Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes*. Comissão Europeia.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Creighton, A. S., Davison, T. E. ,& Kissane, D. W. (2019). The Factors Associated With Anxiety Symptom Severity in Older Adults Living in Nursing Homes and Other Residential Aged Care Facilities. *J Aging Health*. 31(7):1235-58. <https://doi.org/10.1177/0898264318767781>.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa

- amostra de utentes de estruturas residenciais para idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 30(2), 31-45.
- Decreto-Lei nº 74/2006 - Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série-A, nº 60(2006-06-24) 2242-2257.
- Decreto-Lei nº 101/2006 – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série-A, nº 109 (2006-06-06) 3856-3865.
- Decreto-Lei nº 28/2008 - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I, nº 38 (2008-02-22) 1182-1189.
- Firmino-Machado, J., Magalhães, I., Rodrigues, J., Ramos, V., Baptista, S., & Vilas-Boas, B. (2017). Health governance and proximity management: The need for autonomy in management in primary health care systems. *Acta Medica Portuguesa*, 30(6), 431–433. <https://doi.org/10.20344/amp.8274>.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão E Desenvolvimento*, (27), 291-313. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A. e Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, (1), 9-10.
- Katz, S.; Ford A.B.; Moskowitz, R.W.; Jackson, B.A.; Jaffe, M.W. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 185(12), 914–919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: resultados provisórios*. [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html).
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2019). *Regulamento de Frequência e Avaliação dos Cursos de Mestrado da ESS-IPVC*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde.



- 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.
- Laverack, G. (2022). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*: Tradução de Pedro Melo. Universidade Católica Editora.
- Lei nº14/2014 - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série, nº 57 (2015-03-21), 2127-2131.
- Lei nº 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I Série, nº 181 (2015-09-16), 8059-8105.
- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., Schwalm, M. T., Ceretta, R. A., Ceretta, L. B., Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 65(1), 28–35. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>.
- Machado, D. M. R, Mota, M. F. Q., Brás, M. A. M., & Enes, E. M. G. J. (2021a). Programas e Respostas à Saúde do Idoso em Portugal. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(2), 501-508.
- Machado, B. D., Isabela, T. M. J., Manzine, P. R., Carvalho, L. P. N., Cardoso, J. F. Z., & Orlandi, A. A. S. (2021b). Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Rev. Eletr. Enferm.* 23:63826, 1-7. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.63826>.
- Marôco, J. & Garcia, T. M. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4(1), 65-90.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Molde, H., Nordhus, I. H., Torsheim, T., Engedal, K., Bendixen, A. B., Byrne, G. J., Márquez-González, M., Losada, A., Feng, L., Ow, E. K. T., Pisitsungkagarn, K., Taephant, N., Jarukasemthawee, S., Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., Ribeiro, O., Diefenbach, G. J., Blank, K. & Pachana, N. A. (2020). A cross-national analysis of the psychometric properties of the geriatric anxiety inventory. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(7), 1475–1483. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz002>.
- Naranjo-Hernández, Y., Mayor-Walton, S., Rivera-García, O., González-Berna, G. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la Covid-19.

- Revista Información Científica*. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. ISSN 1028-9933. 100 (2), 1-11.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- 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.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Recomendações para a intervenção psicológica nas estruturas residenciais para pessoas idosas: Material de apoio*. OPP.
- Organização das Nações Unidas. (2015). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. ONU. [https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG\\_brochure\\_PT-web.pdf](https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>. OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. OMS.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>.
- Pardal, L., Lopes, E. S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. 6ª ed. Edições Sílabo, Lisboa.
- PORDATA. (2021). *Indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Portaria n.º 67/2012 - Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República I Série, n.º58 (2019-03-21), 1324-1329.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direção-Geral da Saúde.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2016). *Manual Orientador dos Planos de Saúde: Desenvolver os Planos Locais de Saúde Reforçar o Plano Nacional de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder –Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. CNS.
- Portugal. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Saúde Um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019*. OPSS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021b). *Guia Técnico nº3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021c). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Gabinete de estratégia e planeamento. *Carta Social*. (2022). <https://www.cartasocial.pt>.
- Portugal. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2022a). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/Pages/default.aspx>.
- Portugal. Administração Regional de saúde do Norte (2022b). *Perfil Local de Saúde 2018*. [https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018\\_A8\\_BarcelosEsposende.pdf](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018_A8_BarcelosEsposende.pdf).
- Recovery. (2022). Unidade Paul Adam Mackay: unidade sócio ocupacional adultos. <http://recovery.pt/valencias/upam/>
- Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º26 (2019-02-06), 4744-4750.

- Regulamento n.º 348/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Diário da República II Série, n.º 118 (2015-06-19) 16481-16486.
- Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República II Série, n.º 135 (2018-07-16) 19354-19359.
- Ribeiro, O.; Paúl, C.; Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the geriatric anxiety inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging and Mental Health*, 15(6), 742–748. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562177>.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2a). LIDEL.
- Teixeira, S., Sequeira, C., Lluch, Teresa. (2020). *Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva para adultos: manual de apoio*. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.

**ANEXOS**

ANEXO I - MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

\_\_\_\_\_ Em que ano estamos?

\_\_\_\_\_ Em que mês estamos?

\_\_\_\_\_ Em que dia do mês estamos?

\_\_\_\_\_ Em que dia da semana estamos?

\_\_\_\_\_ Em que estação do ano estamos?

\_\_\_\_\_ Em que país estamos?

\_\_\_\_\_ Em que distrito vive?

\_\_\_\_\_ Em que terra vive?

\_\_\_\_\_ Em que casa estamos?

\_\_\_\_\_ Em que andar estamos?

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

\_\_\_\_\_ Pera \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola

3 – Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas) “Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 \_\_ 24 \_\_ 21 \_\_ 18 \_\_ 15 \_\_

4 – Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

\_\_\_\_\_ Pera \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola

5 – Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

\_\_\_\_\_ Relógio \_\_\_\_\_ Lápis

b) “Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Pega com a mão direita

\_\_\_\_\_ Dobra ao meio

\_\_\_\_\_ Coloca onde deve

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

\_\_\_\_\_ Fechou os olhos

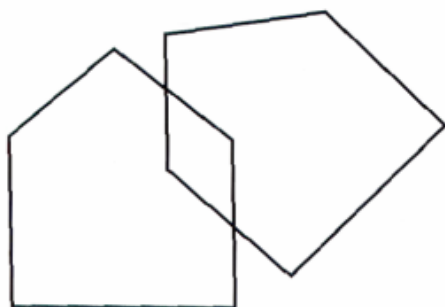
e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

#### 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

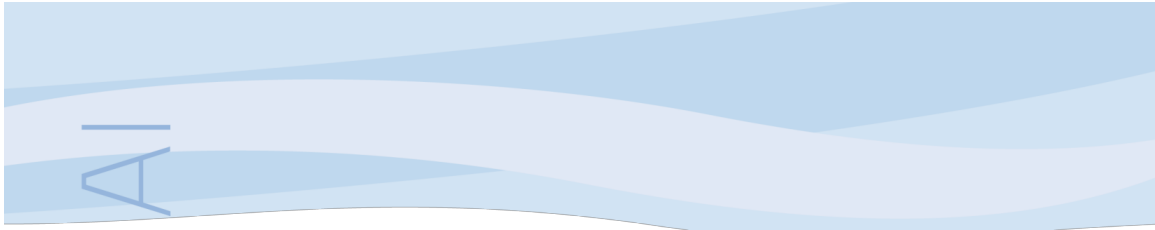
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecionados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:





ANEXO II - INVENTÁRIO GERIÁTRICO DE ANSIEDADE (IGA)



IAG

Para algumas das afirmações que se seguem, pede-se a sua opinião sobre o que tem sentido durante a última semana. Se acha que o que é dito se aplica no seu caso, faça uma cruz (X) no quadrado 'Concordo'. Se, pelo contrário, achar que o que é dito não se aplica a sua situação, faça uma cruz (X) no quadrado 'Discordo'. Há ainda outras afirmações que indicam a frequência com que determinadas coisas lhe podem ter acontecido na última semana e pede-se, igualmente, que escolha a alternativa ('concordo' ou 'discordo') que estiver mais próxima do que se passou consigo. **Responda, por favor, a todas as afirmações.** Não existem respostas certas ou erradas para estas afirmações porque as pessoas são diferentes umas das outras. O importante é responder de acordo com aquilo que sentiu (ou se passou consigo) na última semana..

	Concordo	Discordo
Ando preocupado(a) a maior parte do tempo.		
Tenho dificuldade em tomar decisões		
Sinto-me muitas vezes inquieto(a).		
Tenho dificuldade em descontraír.		
Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações.		
Aflijo-me muito com coisas sem importância.		
Sinto muitas vezes um peso na cabeça.		
Considero-me uma pessoa preocupada.		
Não consigo deixar de me preocupar, mesmo com coisas simples do dia-a-dia.		
Sinto-me muitas vezes nervoso(a).		
Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me ansioso(a).		
Sinto-me muitas vezes tenso(a).		
Penso que sou uma pessoa nervosa.		
Acho que vai sempre acontecer o pior.		
Sinto muitas vezes um nervosismo interior.		
Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida.		
Sinto-me muitas vezes paralisado(a) pelas minhas preocupações.		
Tenho muitas vezes a sensação de ter a cabeça vazia.		
Deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado.		
Sinto-me muitas vezes aflito(a).		

(Geriatric Anxiety Inventory; Pachana e colaboradores, 2006) Versão Portuguesa Adaptada: O. Ribeiro, C. Paúl, M.R. Simões e H. Firmino, 2010

© The University of Queensland 2010. Copyright in the Geriatric Anxiety Inventory is the property of The University of Queensland. All content is protected by Australian copyright law and, by virtue of international treaties, equivalent copyright laws in other countries. The Geriatric Anxiety Inventory may not be reproduced or copied without the prior written permission of UniQuest Pty Limited.

ANEXO III - ESCALA DE KATZ

### 1-BANHO

- 1 Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- 0 Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

### 2- VESTIR

- 1 Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- 0 Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

### 3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- 1 Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- 0 Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

### 4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- 1 Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- 0 Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

### 5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- 1 Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- 0 Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

### 6- ALIMENTAÇÃO

- 1 Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- 0 Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

### PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Dependência total	6

**Tempo de aplicação:** 5 minutos

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NAS ERPI

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← **Estudo Centro Social de Remelhe**

**AR** Ana Rodrigues <centrosocialremelhe-dir.tecnica@hotmail.com>  
qui, 14/04/2022 10:03  
Para: Você

**Bom dia,**

**conforme conversa telefónica, vimos por este meio aprovar a realização do estudo proposto na nossa instituição. Aguardo novas orientações. Com os melhores cumprimentos,**

Ana Batista  
(Diretora Técnica)

**Centro Social de Remelhe - D. António Barroso**  
Rua da Calçada, 113  
4755-455 Remelhe  
253107057  
969659620

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← **RE: Pedido de autorização para realização de estudo**

**PS** Provedora SCMFao <provedora@scmfao.pt>  
ter, 12/04/2022 15:54  
Para: Você  
Cc: anarpribeiro@gmail.com; andrejaasbarbosa.enf@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; rzambrano@arsnorte.min-saude.pt **Mais 2 pessoas**

Boa tarde.

Na sequência do vosso pedido vimos informar da nossa disponibilidade em colaborar com o vosso estudo de investigação. Para o efeito agradecemos que toda a articulação necessária seja efetuada com o Diretor Técnico da nossa ERPI, o Dr. Miguel lemos, que definirá internamente qual a equipa que acompanhará o vosso trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

**Raquel Vale**  
Provedora

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

----- Mensagem encaminhada -----  
From: **Vera Rosa** <vera.rosa@centrosocialsilva.pt>  
Data: qui., 14/04/2022 às 14:49  
Assunto: Re: Pedido de autorização para realização de Estudo  
Para: Andreia Barbosa <andrejaasbarbosa.enf@gmail.com>

Exmos Senhores,

Vimos pelo presente informar que a Instituição e a sua equipa da resposta social ERPI está disponível para participar no estudo de investigação, deferindo assim o vosso pedido.

Estamos ao dispor, aguardando agendamento.

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

**De:** Serviços Gerais - Casa do Povo de Alvito <geral@casadopovodealvito.org>  
**Data:** 14 de abril de 2022, 18:21:35 WEST  
**Para:** vaniarcouto@hotmail.com  
**Cc:** Presidente Casa do Povo de Alvito <presidente@casadopovodealvito.org>  
**Assunto:** FW: Pedido de autorização para realização de Estudo.

Exma. Sra.,

No âmbito do pedido em epigrafe, vimos pelo presente informar que a Instituição está disponível para colaborar no vosso estudo. Para o efeito, solicitamos que as ações a realizar sejam agendadas com a devida antecedência, para que possamos organizar o serviço.

Ficamos então a aguardar notícias da vossa parte.

Atentamente,  
Sandra Fernandes

**De:** Vânia Couto <vaniarcouto@hotmail.com>  
**Enviado:** 12 de abril de 2022 11:42  
**Para:** Serviços Gerais - Casa do Povo de Alvito <geral@casadopovodealvito.org>

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

**S** sandrabrito@somosavos.site  
ter, 19/04/2022 10:07  
Para: Você

Bom dia

Vimos desta forma manifestar o nosso interesse em colaborar no vosso estudo. Ficamos a aguardar mais indicações.

Cumprimentos

Sandra Brito

Com os melhores Cumprimentos,

Sandra Brito  
sandrabrito@somosavos.site  
253 096 319

**Somos Avós**  
Ativo em Casa  
Rua das Amélias, nº 275, 4755-001 Adães, BCL.  
253 096 319  
Registo: [www.somosavos.site](http://www.somosavos.site)

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← Re: Pedido de autorização para realização de estudo

**AR** Alessandra Ruão <alessandra@czps.org>  
ter, 19/04/2022 10:30  
Para: Você

Bom dia, Sr<sup>a</sup>, enf. Sandrine

Antes de mais, quero agradecer a amabilidade de seu contacto.

Assim, como falamos ao telefone penso ser de mais valia a realização deste estudo. Assim, sendo, autorizo a realização do estudo de investigação, no âmbito da "Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada".

Att.

Em 19/04/2022 11:49 sandrine da silva vieira <sandrinesv@hotmail.com> escreveu:

Com os melhores cumprimentos,

Alessandra Ruão  
(Gerontóloga - Diretora Técnica)  
[alessandra@czps.org](mailto:alessandra@czps.org)  
[www.czps.org/](http://www.czps.org/)  
253 886 070  
933 330 913

Eliminar | Legítimo | Phishing | Bloquear remetente | Mover para | Categorizar | ...

**C** carmen.ribeiro@clinica-queiroz-faria.com  
ter, 19/04/2022 11:09  
Para: Você  
Cc: 'vera neiva'; [logistica@clinica-queiroz-faria.com](mailto:logistica@clinica-queiroz-faria.com)

Bom dia

Informo que está autorizado o estudo na Instituição.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

**ch.macieirarates@cruzvermelha.org.pt**  
ter, 19/04/2022 11:44  
Para: Você  
Cc: anarpribeiro@gmail.com; andreiaasbarbosa.enf@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; rzambrano@arsnorte.min-saude.pt **Mais 1 pessoa**

Bom dia,  
Será com prazer que participaremos no vosso estudo.  
Aguardando feedback  
Atenciosamente

**Laurinda Novais**  
Diretora do Centro Humanitário de Macieira de Rates

**CRUZ VERMELHA PORTUGUESA**  
**MACIEIRA DE RATES**

Av. Engenheiro Adelino Amaro da Costa, 189  
4755-274 Macieira de Rates  
[ch.macieirarates@cruzvermelha.org.pt](mailto:ch.macieirarates@cruzvermelha.org.pt)  
252 959 000/ 965 295 212

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← Re: FW: Pedido de autorização para realização de estudo

**cssv Diretora <csssv.diretora@gmail.com>**  
ter, 19/04/2022 16:07  
Para: Você

Boa tarde Enf. Sandrine

O CSSSV poderá participar no estudo.

Pedimos que logo que possível nos desse mais informações sobre como e quando se irá processar.

com os melhores cumprimentos,

Andreia Barbosa  
Diretora Técnica

*Centro de Solidariedade Social de S. Veríssimo*  
253801420

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← RE: Pedido de autorização para realização de Estudo

**Santa Casa da Misericórdia de Barcelos <geral@misericordia Barcelos.pt>**  
qui, 21/04/2022 08:23  
Para: Você; ana Rita Ribeiro; Andreia Barbosa

Bom dia, Enf. Rita Ribeiro

Espero que te encontres bem.

Na sequência do contacto telefónico e dando resposta ao pedido, incumbe-me o Senhor Provedor, Dr. Nuno Reis, de confirmar a nossa disponibilidade em acolher o vosso estudo nas nossas 5 ERPI.

Com os melhores cumprimentos, pessoais,  
Márcia Soares

---

**De:** Santa Casa da Misericórdia de Barcelos <geral@misericordia Barcelos.pt>  
**Enviado:** 13 de abril de 2022 09:38  
**Para:** Nuno Reis <provedor@misericordia Barcelos.org>

← Re: Pedido de autorização para realização de estudo

**Andreia Simões <cspicmvilacovadt@gmail.com>**  
sex, 22/04/2022 11:23  
Para: Você  
Cc: anarpribeiro@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; andreiaasbarbosa.enf@gmail.com; Elisabete Fernandes Carvalho **Mais 1 pessoa**

Boa Tarde Exmos Senhores,  
Vimos a informar que foi aprovada a realização de estudo na nossa Instituição.

Ao dispor



--  
Com os melhores cumprimentos

Ao dispor,  
Andreia Simões  
Diretora Técnica - CSPICM VILA COVA-  
Telef:253862483  
Telm: 961949770



**CB** C.S.B.E. de Barqueiros <cbesb.geral@maisbarcelos.pt>  
qui, 28/04/2022 14:00  
Para: 'Vânia Couto'  
Cc: Você

↶ ↷ → ...

Boa tarde,  
Vimos por este meio demonstrar total disponibilidade para participar no vosso estudo de investigação no âmbito da "Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada".

Fico ao dispor para qualquer esclarecimento adicional sobre este assunto.  
Apresento os melhores cumprimentos,

Joëlle Mandim Vieira



*Centro de Bem Estar Social de Barqueiros*

Lar de Idosos - Centro de Dia - Apoio Domiciliário - Creche - Jardim de Infância - CATL

Contribuinte n.º 502111739

**AD** ACRA - Direcao <direcao@acra-ipss.pt>  
qui, 28/04/2022 15:04  
Para: Você  
Cc: direcao@acra-ipss.pt; diretora@acra-ipss.pt

↶ ↷ → ...

Boa tarde Enfermeira Sandrine,

Venho por este meio confirmar a possibilidade de realizar o estudo na nossa Instituição.  
Estará sob vigilância e acompanhamento da Diretora Técnica- Dra Sameiro Felgueiras (936645139).

Alguma dúvida disponha,

Cumprimentos,

António Barbosa- Presidente da Direção

**G** geral@hotellarcondesdebarcelos.pt  
sex, 29/04/2022 15:48  
Para: Você

↶ ↷ → ...

Boa tarde,  
Espero que este email as vá encontrar bem.

Após conversa telefónica e leitura do vosso email, serve o presente para autorizar a realização do vosso estudo.

Com os melhores cumprimentos,

**Dra. Maria Rosalina Gomes**  
+351 963 003 684



**CS** Catarina Sá <catarinasa@scmesposende.pt>  
sex, 29/04/2022 16:23  
Para: Você  
Cc: emilivilarinho@scmesposende.pt; 'Paula Pilar'

↶ ↷ → ...

Boa tarde Exma. Senhora  
Enfª Sandrine Vieira,

Na sequência do contacto telefónico e do pedido de autorização para realização de estudo, confirmo autorização.

Atentamente.

**Catarina Sá**  
Coordenadora Técnica

**Centro de Apoio Social Ernesto Miranda**  
Santa Casa da Misericórdia de Esposende  
Av. Dr. Henrique Barros Lima  
4740-203 ESPOSENDE  
Tel.: 253 965 310

ANEXO V - PARECER COMISSÃO DE ÉTICA

<b>Solicitação</b>
<p>Pedido de Parecer à Comissão de Ética relativo a projeto intitulado <b>“Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada”</b>, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Investigadoras proponentes: Ana Rita pedroso Ribeiro, Andreia Amélia Silva Barbosa, Sandrine Silva Vieira e Vânia Vicente Couto (mestrandas) e investigadora responsável/orientadora: Carminda Morais</p>
<b>Documental</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulário de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética e termo de responsabilidade</li> <li>2. Consentimento Informado</li> <li>3. Planos de investigação de 4 estudos interrelacionados integrados no projeto</li> <li>4. Instrumentos de recolha de dados</li> </ol>
<b>Análise e Parecer</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De acordo com os documentos submetidos, trata-se de um projeto constituído por 4 estudos de tipo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, tendo como objetivos principais: i) caracterizar a população idosa residente em ERPI na área do ACES Cávado III Barcelos/Esposende segundo variáveis relacionadas com as perceções de qualidade de vida, nível de solidão ansiedade e saúde mental positiva e ii) Associar as variáveis anteriores com fatores sociodemográficos e clínicos.</li> <li>2. É definida a população do estudo (idosos institucionalizados em ERPI na área geográfica selecionada) e definidos critérios de inclusão e exclusão ajustados ao tipo de população e ao uso de instrumentos de autorrelato (está, neste caso, a exclusão de idosos que não apresentam capacidades cognitivas necessárias para preenchimento de instrumentos).</li> <li>3. O recrutamento dos participantes faz-se por convite individual, após ter sido obtida concordância das ERPI para a condução do estudo. Trata-se de uma amostragem por conveniência e, por essa razão, não se encontra estimado previamente o tamanho da amostra.</li> <li>4. São apresentados os instrumentos de recolha de dados: i) questionário sociodemográfico e clínico; ii) inventário Geriátrico de Ansiedade; iii) Questionário de Saúde Mental positiva; iv) Escala Ucla da Solidão; v) WHOQOL – Bref e os procedimentos de recolha de dados. <u>Nota: no Questionário sociodemográfico não deve ser solicitada a data de nascimento e, em alternativa, deve ser solicitada a</u></li> </ol>

idade. A data de nascimento é um dado pessoal que põe em causa o anonimato dos dados.

5. No formulário de consentimento informado são fornecidas informações sobre âmbito e objetivos do estudo, procedimentos, garantias de confidencialidade e anonimização de dados, participação voluntária e autónoma e procedimentos de guarda e destruição dos dados.

#### **Síntese/conclusão**

O projeto *Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada* foi submetido com documentação onde se descrevem opções metodológicas que cumprem os requisitos éticos da investigação com seres humanos e se apresentam garantias de respeito pela dignidade e integridade dos participantes, bem como de privacidade e proteção de dados pessoais.

Para realizar o projeto, os investigadores devem proceder em conformidade com a nota que consta no ponto 4.

A Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde emite parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido a esta comissão, a partir da data deste parecer.

A presidente, Maria Carmen Pardo



ANEXO VI - AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO IGA

Com este estudo pretendo avaliar o nível de ansiedade dos idosos institucionalizados em ERPI e analisar a relação entre o nível de ansiedade e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Para isso, venho por este meio, solicitar autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados Geriatric Anxiety Inventory adaptado para a população portuguesa.

Aguardo as suas indicações.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Amélia Silva Barbosa



**Óscar Ribeiro** <oribeiro@ua.pt>

para mim, CARMINDA, MARIA ▾

30/03/2022, 23:47 ☆ ↶ ⋮

Cara Enfª. Andreia Barbosa,

Agradeço o cuidado do seu contacto e considere autorizada a aplicação do GAI, sendo que o instrumento é de livre acesso. Em anexo envio a versão Portuguesa do mesmo, assim como o artigo de validação correspondente e um outro recentemente publicado sobre as suas características psicométricas em comparação internacional.

Votos de sucesso para o seu estágio profissional!

Melhores cumprimentos,  
Oscar Ribeiro

.....  
Oscar Ribeiro

Prof. Auxiliar | PI AgeingC CINTESIS, Coord. [CINTESIS.UA](http://CINTESIS.UA)

**APÊNDICES**

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO











## APÊNDICE II – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Ana Rita Ribeiro<sup>1</sup>, Andreia Barbosa<sup>1</sup>, Sandrine Vieira<sup>1</sup> e Vânia Couto<sup>1</sup>

1 – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

### Promoção do Envelhecimento Saudável da pessoa idosa institucionalizada

O envelhecimento populacional das nossas sociedades deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se reforçar o foco nas perspetivas salutogénicas de promoção da saúde ao longo da vida e dos diversos contextos. Intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal ator e autor dos seus projetos de saúde. Embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, estes não necessitam de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Canhestro e Basto,2016). Neste sentido, o presente estudo inscreve-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais e pretende-se com o mesmo contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável.

Os dados serão obtidos através da aplicação de um questionário em formato papel. Para o efeito será efetuada uma entrevista presencial, que poderá ser realizada em dois momentos, se esse for o seu entendimento. Posteriormente, serão tratados e analisados com recurso a programa informático próprio. Com base nos resultados obtidos será proposta a construção de um plano de ação participado, com vista à melhoria da situação de saúde da população em estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e de extrema importância. Todas as informações facultadas serão confidenciais e pode, a qualquer momento, desistir de participar no estudo sem qualquer tipo de consequências. O material recolhido será destruído no prazo de 2 meses após a conclusão do trabalho. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Assumimos total responsabilidade pela confidencialidade da informação e pelo seu devido tratamento, assim como do anonimato de todos os dados de identificação

fornecidos, que não serão registados nem divulgados. A aplicação do instrumento de colheita de dados será realizada em ambiente com total privacidade.

Estamos inteiramente ao dispor para esclarecimento de dúvidas através dos contactos a seguir fornecidos, agradecendo antecipadamente a sua disponibilidade para colaborar com este estudo.

Ana Rita Pedroso Ribeiro (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – [anaribeiro@gmail.com](mailto:anaribeiro@gmail.com) – 932199171

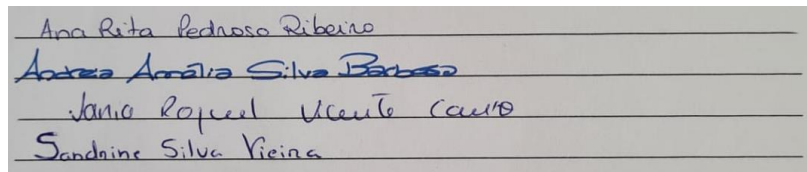
Andreia Amélia Silva Barbosa (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – [andreiaasbarbosa.enf.@gmail.com](mailto:andreiaasbarbosa.enf.@gmail.com) – 913728087

Sandrine Silva Vieira (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – [sandrinesv@hotmail.com](mailto:sandrinesv@hotmail.com) – 914631556

Vânia Raquel Vicente Couto (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – [vaniarcouto@hotmail.com](mailto:vaniarcouto@hotmail.com) - 967650940

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.*

Assinatura de quem pede consentimento:



Ana Rita Pedroso Ribeiro  
Andreia Amélia Silva Barbosa  
Vânia Raquel Vicente Couto  
Sandrine Silva Vieira

#### Consentimento do participante

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

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APÊNDICE III – LISTAGEM DAS PROFISSÕES DESEMPENHADAS NA VIDA  
ATIVA



**Profissão que exercia (n=181)**

Profissões	n	%
agricultor/a	52	28.7
alfaiate	2	1.1
assistente operacional	2	1.1
auxiliar de enfermagem	1	0.6
caminhos de ferro	1	0.6
carpinteiro	1	0.6
ceramista	1	0.6
chefe de secção	1	0.6
comerciante	4	2.2
construção civil	10	5.5
costureira	6	3.3
doméstica	26	14.4
eletricista	2	1.1
empregada de limpeza	4	2.2
empregada de loja	1	0.6
empregada doméstica	3	1.7
empregado de restauração	4	2.2
encarregado de obras	1	0.6
enfermeira	1	0.6
engenheiro elétrico	1	0.6
escriturária datilografa	1	0.6
feirante	2	1.1
hotelaria	1	0.6
jardineiro	1	0.6
mecânico	1	0.6
motorista	1	0.6
operário/a fabril	34	17.8
ótica	1	0.6
padeira	3	1.7
padre	1	0.6
pedreiro	1	0.6
peixeira	1	0.6
pintor de loiças	1	0.6
professor/a	3	1.7
serralheiro	1	0.6
serralheiro mecânico	1	0.6
talhante	1	0.6
tecedeira	1	0.6
nunca trabalhou	1	0.6

APÊNDICE IV – LISTAGEM DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE – DADOS  
FORNECIDOS PELO PARTICIPANTE

**Possui alguma doença? (n=132) Se SIM, qual(ais)?**

Doenças	n	%
arritmia, patologia pulmonar	1	
artrite reumatoide	1	
asma	2	
AVC	8	
AVC, patologia osteoarticular	1	
bronquite	1	
bronquite, patologia osteoarticular	1	
cirurgia a hérnias	1	
cirurgia à tiroide e doença respiratória	1	
depressão	1	
depressão, patologia osteoarticular	1	
diabetes Mellitus I	11	
diabetes, HTA, patologia respiratória	1	
diabetes, patologia cardíaca	1	
diabetes, patologia osteoarticular	2	
diabetes, psoríase	1	
diabetes, varizes, patologia osteoarticular	2	
diminuição da força generalizada	1	
dislipidemia	1	
doença oncológica	1	
DPOC	1	
esclerose múltipla	1	
gastrectomia, patologia osteoarticular	1	
HTA	3	
HTA, depressão e dislipidemia	2	
HTA, diabetes, insuficiência venosa, patologia osteoarticular	1	
HTA, dislipidemia	1	
HTA, patologia cardíaca	1	
HTA, patologia cardíaca, patologia osteoarticular	2	
HTOcular	2	
insuficiência venosa	2	
invisual, anemia	1	
miopia	1	
obstipação	1	
osteoporose	1	
paraplegia	2	
Parkinson	2	
patologia cardíaca	13	
patologia cardíaca, apneia do sono	2	
patologia cardíaca, AVC	1	
patologia cardíaca, patologia osteoarticular	1	
patologia cardíaca; patologia osteoarticular; poliomielite na infância	1	
patologia da coluna	2	
patologia da coluna, doença nervosa	1	
patologia estômago	2	
patologia hepática	2	
patologia neurológica	1	
patologia osteoarticular	23	
patologia osteoarticular, anemia	1	
patologia osteoarticular, cirurgia aos olhos	1	
patologia osteoarticular, depressão	2	
patologia osteoarticular, PTA	1	
patologia psiquiátrica	7	
patologia psiquiátrica, alcoolismo	1	
patologia respiratória; insuficiência venosa; PTA dir.	1	
PTA bilateral, PTJ dir., patologia intestinal	1	
PTA direita e má circulação	1	
surdez	1	
tuberculose	1	
úlcera pilórica	1	

APÊNDICE V – LISTAGEM DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE – DADOS  
FORNECIDOS PELA EQUIPA TÉCNICA, POR IDOSO

## Antecedentes (n=177), por idoso

Antecedentes de doenças	n	%
AIT; HTA; Dislipidemia, DMII, PTA	1	
Alcoolismo, Dislipidemia, fratura do cotovelo esq., síndrome cerebral orgânico	1	
Alcoolismo, HTA, Dislipidemia, Patologia cardíaca	1	
alcoolismo, paraplégico	1	
alcoolismo, perfuração de úlcera pilórica com peritonite	1	
Ambliopia	1	
Ambliopia bilateral	1	
Anemia, PTA, HBP	1	
Ansiedade	4	
Ansiedade, Síndrome Depressiva, Litíase Renal, HTA, AVC	1	
AVC	1	
AVC, Alcoolismo, Dislipidemia, H.B.P.,	1	
AVC, Diabetes, DPOC, Obesidade e patologia cardíaca	1	
AVC, Diabetes, HTA	2	
AVC, Dislipidemia, Patologia cardíaca, DPOC, HTA	1	
AVC, Patologia cardíaca, HTA, Diabetes, Dislipidemia, Anemia	1	
AVC; Alcoolismo; Ansiedade	1	
Bronquite, Asma, HTA, Patologia da tireoideia, Patologia osteomuscular	1	
Cirurgia ao reto por neoplasia, anemia, HTA, Depressão, PTJ dir., PTA dir.	1	
Coxartrose bilateral, HTA, artroplastia	1	
Depressão, Alcoolismo,	1	
Depressão, alcoolismo, HTA, AVC	1	
Depressão, Alcoolismo, patologia cardíaca, HBP	2	
Depressão, HTA, Diabetes, patologia osteoarticular	1	
Depressão, HTA, Dislipidemia, Hiperuricemia, DPOC, DRC	2	
Depressão, HTA, Parkinson, Insuficiência Venosa	1	
Depressão, HTA, Patologia Osteoarticular	1	
Depressão, Parkinson, patologia osteoarticular, patologia tiroide	1	
Depressão, Patologia Tiroide, Patologia cardíaca, Patologia osteoarticular, PTJ	1	
Diabetes Mellitus, HTA	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia, Hipotireoidismo, Patologia osteoarticular degenerativa, Depressão, doença arterial periférica	1	
Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, Insuficiência venosa, patologia osteoarticular, patologia cardíaca, PTJ esq, tireoidectomia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Patologia osteoarticular, cirurgia ocular	1	
Diabetes Mellitus, HTA, PTA, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes, FA-Hipocoagulada, HTA, Mieloma múltiplo	1	
Diabetes, HTA, Parkinson, Dislipidemia, Trombocitose, Hérnia do hiato	1	
Diabetes, HTA, Bronquite	1	
Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca, Anemia, Obesidade	1	
Dislipidemia, Hipoacusia, Patologia Osteoarticular	1	
Dislipidemia, Meningite de Infância	1	
Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1	
Diverticulite, Patologia muscular e óssea, Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, obesidade, cirurgia as mãos bilateral, patologia cardíaca	1	
DM2, insuficiência cardíaca; HTA; gonartrose, Parkinson, dermatite seborreica, apendicectomia, cirurgia cataratas	1	
DMII, HTA, FA, Dislipidemia, Patologia da tiroide, osteoporose	1	
DMII, Dislipidemia, artroses	1	
DPOC, Diabetes, Patologia tiroide, HTA, Dislipidemia	1	

DPOC, Doença renal crónica, patologia cardíaca	1
DPOC; Diabetes Mellitus; HTA.	1
DRC	2
DRC, DMII, Hipocoagulado, amputação do MI	1
Epilepsia, depressão, HTA, HBP, Ansiedade, Bipolaridade em estudo	2
Epilepsia, HTA, Dislipidemia, patologia cardíaca	1
Esclerose múltipla, HTA,	1
Esofagite, Ansiedade	1
Estenose aórtica, DPOC, dislipidemia, DMII	1
Estenose aórtica, HBP	1
fratura do fémur, perturbação delirante, obesidade	1
Gastrite Crónica, Ansiedade	1
HBP, Dislipidemia, AIT	1
HBP, HTA, Vertiginoso, Hipocoagocada, FA	1
Hiperuricemia, HTA, Hipocoagulado	2
HTA	2
HTA, Alzheimer em estudo	1
HTA, anemia, hipotireoidismo com exérese total, AVC isquémico, fratura L2	1
HTA, Ansiedade, patologia osteoarticular	2
HTA, AVC, Cardiopatia	1
HTA, AVC, Dislipidemia, Epilepsia, Patologia degenerativa	1
HTA, AVC, Epilepsia, Cirurgia oftalmológica,	1
HTA, AVC, Insuficiência hepática	1
HTA, Cirurgia ocular bilateral, Insuficiência venosa,	1
HTA, Depressão, Ansiedade, Dislipidemia	2
HTA, Depressão, Dislipidemia, Gastrectomia subtotal	1
HTA, Diabetes Mellitus, Anemia Crónica, Doença Renal Crónica, HBP, PTJ dir., Diverticulose, Patologia cardíaca	1
HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Insuficiência vascular cerebral, patologia osteoarticular,	1
HTA, Diabetes Mellitus, Neo prostata	1
HTA, Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular, Dislipidemia, obesidade, HBP, Patologia cardíaca, DPOC	1
HTA, Diabetes, Dislipidemia, Hiperuricemia, Obesidade, Anemia, DRC, Hipoacusia, DPOC, HBP, Patologia cardíaca	1
HTA, Diabetes, DRC, Dislipidemia, Obesidade, DPOC,	1
HTA, Diabetes, Obesidade, Dislipidemia, Patologia cardíaca com pacemaker, Ansiedade e Depressão, patologia osteoarticular	1
HTA, dislipidemia, Insuficiência Venosa, osteoporose	1
HTA, Dislipidemia, Anemia, patologia cardíaca, PTJ à direita, Ansiedade	1
HTA, Dislipidemia, Ansiedade	1
HTA, Dislipidemia, Diabetes, DPOC, Patologia cardíaca, Depressão, patologia tiroide	1
HTA, Dislipidemia, Diabetes, PTJ à Esquerda, PTA à direita, AVC, Epilepsia, Patologia cardíaca, Anemia	1
HTA, Dislipidemia, distúrbio do sono, gastrite crónica	1
HTA, Dislipidemia, Enfarte Agudo do Miocárdio	1
HTA, dislipidemia, FA, pacemaker	1
HTA, Dislipidemia, P. Tiroide, Osteoporose	1
HTA, Dislipidemia, Patologia Circulatória, Síndrome Depressivo, AVC, osteossíntese de fratura do colo do fémur	1
HTA, Dislipidemia, Patologia Cardíaca, Depressão, Patologia osteoarticular	1
HTA, Dislipidemia, Patologia óssea degenerativa, cirurgia ao colo do fémur	1
HTA, Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral com complicações	1
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral, PTA esquerda	1
HTA, DM2, dislipidemia, ICC, neoplasia bexiga, patologia respiratória	1

HTA, Gastrite crónica, Depressão, Ansiedade, patologia hepática	1
HTA, gastrite crónica, PTA bilateral, fratura pulso direito	1
HTA, Gastrite, osteoporose, AVC	1
HTA, HBP, Uropatia Obstrutiva	1
HTA, Hiperuricemia, Patologia cardíaca, Anemia, DPOC, DRC, Patologia osteoarticular, Depressão, Ansiedade	1
HTA, Hipotireoidismo, Bronquite, Artroses	1
HTA, Hipotireoidismo, depressão, ansiedade, ideação suicida	1
HTA, Hipotireoidismo, DPOC, Patologia cardíaca, PTA	1
HTA, insuficiência cardíaca, patologia osteoarticular	1
HTA, insuficiência cardíaca, patologia pulmonar crónica, epilepsia, meningioma, Parkinson, depressão, colostomia	1
HTA, Insuficiência Venosa, Patologia articular degenerativa, neo face	1
HTA, osteoporose, Lombocitalgia	1
HTA, Patologia Cardíaca	1
HTA, Patologia Cardíaca, Patologia Renal Crónica, Hiperuricemia, várias cirurgias	1
HTA, Patologia Cardíaca, Ansiedade	1
HTA, Patologia Cardíaca, Diabetes Mellitus, Patologia da tiroide, Dermatose bolhosa, fratura do braço esquerdo	1
HTA, Patologia Cardíaca, Dislipidemia, PTJ bilateral	1
HTA, Patologia cardíaca, Patologia Hepática, HTA portal, Anemia, Patologia Renal Crónica, PAC bilateral, fratura do joelho esq.	1
HTA, patologia osteoarticular, PTA direita, insuficiência renal	1
HTA, Perturbação do sono, dislipidemia, HBP, Diabetes Mellitus	1
HTA, síndrome neurodegenerativo, dislipidemia, perturbação do sono, síndrome da coluna com irradiação de dor neurodegenerativo	1
HTA, Trombose Pulmonar, Dislipidemia, Mal de Pott	1
HTA, Dislipidemia, alcoolismo, tentativa de suicídio, gastrite crónica, depressão	1
HTA, dislipidemia, DMII; Hipoacusia, síndrome demencial, hipotireoidismo, fratura do ramo isquiopúbico	1
HTA, DMII, patologia cardíaca, depressiva	1
HTA, síndrome depressivo, dislipidemia	1
HTA; DMII	1
HTA; Doença venosa	1
HTA; DPOC; Diabetes	1
HTA; fratura fémur esquerdo	1
HTA; Poliomielite na infância; Patologia osteoarticular; Psoríase; Depressão.	1
HTOcular, Insónia	2
Insuficiência Cardíaca, hiperuricemia, Bronquite crónica, PTA	1
Insuficiência Venosa, Insuficiência cardíaca, HTA, DPOC, Anemia Crónica, Insuficiência Renal	2
mastectomia total, dislipidemia, patologia osteoarticular degenerativa, colecistectomia, diverticulose, esofagite, gastropatia do antro	1
meningite ao nascimento, atropelamento com TCE, cirurgia maxilar	1
Nefrolitíase, HBP, glaucoma dir., tuberculose, patologia óssea degenerativa	1
neuropatia periférica síndrome da coluna com irradiação de dor	1
Obesidade, HTA, Diabetes Mellitus	1
obstipação, lesão medular neuromotora da C3	1
Paralisia cerebral na infância; osteoporose, espondilose lombar	1
Paraplegia, amputação MIE, HTA, DM2, alcoolismo, colostomizado, uretrotomia, bexiga neurogénica	1
Patologia cardíaca, DMII, Dislipidemia, EAM, osteoporose, EAM, AVC,	1
Patologia cardíaca, mastectomia radical	1
Patologia cardíaca, osteossíntese de fratura do fémur à direita	1
Patologia psiquiátrica psicótica, glaucoma, anemia, perturbação do sono,	1

Patologia Cardíaca, HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Psoríase, AVC, gastrite crónica, colecistectomia	1	
Patologia cardíaca, HTA, Dislipidemia, Apneia do sono, Patologia da tiroide, Insuficiência venosa, Reumatismo degenerativo, Diabetes Mellitus	1	
Patologia cardíaca, HTA, Pacemaker, Insuficiência venosa, Diabetes Mellitus	1	
Patologia Cardíaca, Trombo embolia pulmonar, Dislipidemia, Depressão	1	
Patologia osteoarticular	1	
Patologia osteoarticular,	1	
patologia osteoarticular, depressão, Parkinson, dislipidemia, HTA	1	
Patologia osteoarticular, Parkinson	1	
Psoríase, Traumatismo Cervical	1	
PTA bilateral, hemorroides, fratura do ramo i.i.púbico, osteossíntese de fratura trocantérica, colectomia por adenocarcinoma do cólon	1	
PTA dir., Depressão,	1	
PTJ bilateral, Diabetes, Insuficiência Respiratória, patologia tiroide, osteossíntese de fratura trocantérica à esquerda	1	
Saudável	1	
Síndrome Demencial, Depressão e Osteoporose	2	
Síndrome depressivo, dislipidemia	1	
Síndrome Depressivo, encefalopatia isquémica, HTA, Anemia	1	
Síndrome Depressivo, Ex. Alcoólico, Neo Gástrico,	1	
Síndrome depressivo, HTA, Diabetes Mellitus, Gonartrose, Dismetria dos membros inferiores	1	
Tetraplegia, # C3 e C4, gastrite	1	



APÊNDICE VI – LISTAGEM DOS ANTECEDENTES DE SAÚDE – DADOS  
FORNECIDOS PELA EQUIPA TÉCNICA, POR DOENÇA

**Antecedentes (n=177), por doença**

<b>Doença</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
HTA	115	65,0
Dislipidemia	62	35,0
Diabetes	49	27,7
Patologia cardíaca	43	24,3
Patologia osteoarticular e muscular	43	24,3
Depressão	38	21,5
Patologia pulmonar (DPOC, bronquite, asma)	25	14,1
Ansiedade	21	11,9
AVC	20	11,3
Patologia da tiróide	17	9,6
Anemia	15	8,5
HBP	14	NA
Alcoolismo	12	6,8
PTA	12	6,8
PTJ	10	5,6
Insuficiência venosa	10	5,6
FA	9	5,1
Obesidade	9	5,1
Patologia renal	8	4,5
Gastrite	8	4,5
Hiperuricemia	8	4,5
DRC	8	4,5
Parkinson	7	4,0
Epilepsia	7	4,0
Neoplasia	6	3,4
Hipocoagulado	5	2,8
Psoríase	3	1,7
Hipoacúsia	3	1,7
AIT	2	1,1
Bipolar	2	1,1
Ambliopia	2	1,1
Estenose aórtica	2	1,1
Esofagite	2	1,1
Glaucoma	2	1,1
Esquizofrenia	1	0,6
Apneia de sono	1	0,6